

ÉDITORIAL

La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire » à bon escient

Therapeutics is also the science and art of "de-prescribing" wisely

Patrice Queneau¹
Athanasé Bénéto²

¹ Professeur émérite de Thérapeutique,
Doyen honoraire de la faculté de médecine
de Saint-Étienne,

Membre émérite de l'Académie de
Médecine

² Professeur de Gériatrie au CHRU de Nancy,
Membre correspondant de l'Académie
nationale de médecine

Correspondance : P. Queneau
pat-queneau@orange.fr

• **Mots-clés :**

thérapeutique ; iatrogénie ;
ordonnances [therapeutics;
iatrogenesis; prescriptions]

doi : 10.1684/med.2024.991

La France pleure 10 000 à 30 000 morts par an par accidents médicamenteux. C'est trois à dix fois plus de morts que les accidents de la circulation. C'est aussi 30 à 80 morts par jour, soit la capacité d'un à deux Airbus A320 par semaine. Ces accidents médicamenteux sont aussi responsables de quelque 100 000 à 300 000 hospitalisations, voire davantage, dont une partie notable de celles des services d'urgences. D'où la question : Combien d'accidents eussent pu être évités ? Et notamment par l'arrêt de médicaments inutiles ou imprudemment poursuivis dans le temps ?

« Dé-prescrire » ? Pourquoi ?

« Dé-prescrire est l'acte visant à arrêter de façon volontariste » une prescription, selon la définition du dictionnaire de l'Académie de médecine [1], comme nous l'avons souligné dès 2004 lors de la première publication en langue française sur « dé-prescrire » [2].

Dé-prescrire n'a évidemment pas pour objectif de priver les malades d'un quelconque bénéfice thérapeutique, même modeste, pas plus que de vouloir freiner la consommation de médicaments pour des raisons strictement économiques. Cet arrêt volontariste ou cette réduction posologique d'un médicament est une démarche essentielle qui doit concerner tous les malades, et notamment ceux à risque : nourrissons, enfants, femmes enceintes, insuffisants rénaux ou hépatiques, et bien sûr les personnes âgées, fragiles et/ou polymédicamenteuses, d'autant plus qu'elles sont soignées par plusieurs médecins de spécialités différentes.

Ainsi chaque médecin doit se poser la question devant chaque malade : « Est-il utile de poursuivre ce psychotrope, cet antalgique, cet anti-inflammatoire, cet antiagrégant, cet anticoagulant, cet antiarythmique (cordarone [3]), cet antibiotique... ; Faut-il revoir à la baisse la posologie journalière de cet antihypertenseur ou de cet hypolipémiant, etc. ? ».

Il faut toujours penser que dans la langue d'Hippocrate « *Φάρμακο* » (*farmako*) veut dire à la fois « médicament » et « poison », ce qui signifie que la molécule à la dose prescrite devient un médicament si le rapport bénéfice/risque est favorable et peut-être un poison dans le cas contraire !

Dé-prescrire est au cœur de la médecine

Science et art exigeant, déprescrire impose en pratique [4] :

– De réviser régulièrement les ordonnances en évaluant chaque fois le rapport bénéfice/risque de chaque molécule à la dose prescrite. Une prescription une fois ne veut pas dire pour toujours.



- De récuser tout renouvellement automatique.
- D'établir la liste complète des médicaments prescrits par l'ensemble des médecins ainsi que ceux pris en automédication.
- D'évaluer l'observance thérapeutique de chaque médicament reçu.
- D'identifier les patients à plus haut risque de complications graves (chute, fracture ou hémorragie, patients avec troubles cognitifs...).
- D'identifier les traitements pouvant être arrêtés, substitués ou dont la posologie peut être réduite.
- D'établir un planning de déprescription en partenariat avec le patient.
- De surveiller attentivement le malade après déprescription.
- D'où l'importance d'une éducation exigeante du patient sur les dangers des médicaments et leur durée de prise prévisible.

Rôles des médecins traitants, des pharmaciens et des autres soignants

Le médecin traitant doit avoir un rôle central dans le processus de la déprescription. C'est lui qui doit connaître l'ensemble des médicaments pris par son patient ; il doit également se concerter avec les autres spécialistes sur une éventuelle poursuite ou l'arrêt d'un traitement. Tout cela nécessite une formation solide, un changement de mentalité par rapport à la prescription/déprescription et surtout du temps avec le patient, temps qui manque cruellement chez les médecins généralistes.

Il est ainsi important d'impliquer également d'autres professionnels de santé dans cet effort. Précieux peut être l'avis du pharmacien, de l'infirmier ou d'autres soignants dans leur démarche de vigilance, à l'hôpital comme en pratique libérale, comme lorsqu'un soignant remarque qu'un malade associe aux médicaments prescrits des automédications inopportunes (ah ! les dangers de la pharmacie familiale !). Tel ce malade associant la prise de trois antalgiques : l'un prescrit par le médecin (du paracétamol) et les deux autres pris en automédication (de l'ibuprofène à « dose antalgique », dose souvent dépassée, et du tramadol). Cette prise surtout prolongée et/ou à doses excessives, de trois antalgiques, non exceptionnelle, expose on le sait à des risques accrus d'accidents graves, voire mortels (hémorragies...) sans compter les épidémies d'accidents liés au tramadol aux États-Unis (environ 400 000 morts par overdose).

Enseigner la science et l'art de dé-prescrire

À la faculté, au lit du malade, en formation permanente, tout médecin doit apprendre à déprescrire. Face à des traitements prolongés, il revient au prescripteur de penser qu'une des facettes de son art est aussi d'être un « dé-prescripteur » éclairé. En même temps, les médecins, avec les pharmaciens, doivent sensibiliser l'ensemble des

soignants, mais évidemment aussi les malades et leur entourage sur le fait que la déprescription est une prescription médicale à part entière, qui doit être respectée et suivie comme toute autre prescription.

Développer la recherche clinique consacrée à la durée des traitements

C'est une démarche délicate dans la mesure où les essais cliniques médicamenteux conduisent le plus souvent à exclure les malades les plus fragiles. Le risque est d'alors d'extrapoler de façon dangereuse les données observées chez des malades « robustes » pour les appliquer imprudemment à des malades fragiles, polymédicamentés, et/ou en situation de risque particulier (nourrisson, femme enceinte, personne âgée, insuffisant rénal ou hépatique...).

Des résultats encourageants

Des travaux ont prouvé que la diminution raisonnée de médicaments réduit significativement les accidents médicamenteux sans dommage pour l'efficacité des traitements nécessaires ni pour la qualité de vie. À titre d'exemple, la mise en œuvre d'un « *prescriber feedback program* » sur des médicaments ciblés a permis de réduire, au bout de 6 mois, les prescriptions de 36 % des médicaments ciblés et de 35 % les malades receveurs de benzodiazépines de longue durée d'action [5].

De même, un récent document du groupe européen sur la « polypharmacie et les médicaments qui augmentent le risque de chute » souligne que « *l'évaluation de l'ordonnance et la déprescription des médicaments sont des interventions clés dans la prévention des chutes et doivent être structurées, personnalisées et centrées sur le patient ; de préférence, l'évaluation de l'ordonnance devrait être effectuée dans le cadre d'une évaluation gériatrique globale* » [6].

Plus généralement, de récentes recommandations internationales insistent sur la nécessité de prendre en compte le niveau de fragilité comme facteur de risque au cours des maladies cardiovasculaires, introduisant de même le concept de déprescription chez les patients âgés très fragiles [7].

En conclusion

Il existe de plus en plus de voix au niveau international pour des actions coordonnées visant à promouvoir les déprescriptions à bon escient. L'intelligence artificielle pourrait fournir des données utiles à cette démarche. La formation à la déprescription doit être mise en place de façon systématique dès le deuxième cycle des études médicales.

Ainsi, l'on doit espérer que dans notre beau pays de France, pays européen le plus grand consommateur de médicaments,

La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire » à bon escient

les médecins, les autres soignants et les malades sauront se coordonner davantage pour déprescrire à bon escient.

Mais c'est un travail d'orfèvre, qui nécessite de l'intelligence, de l'expérience, du temps, de la patience et beaucoup d'attention au malade.

~ Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

2. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire ». *Presse Med* 2004 ; 33 (9) : 583-5.
3. Queneau P. « Je n'étais devenu qu'une oreille gauche » se lamentait le malade ! À propos d'un cas clinique de polynévrite à l'amiodarone. *Médecine* 2024 ; 20 (1) : 12-4.
4. Queneau P, Doucet J, Paille F. Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? *Bull Acad Natle Med* 2007 ; 191 (2) : 271-85.
5. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. *J Pharm Pract Res* 2003 ; 33 (4) : 323-8.
6. Van der Velde N, Seppala LJ, Hartikainen S, et al. European position paper on polypharmacy and fall-risk-increasing drugs recommendations in the World Guidelines for Falls Prevention and Management: implications and implementation. *Eur Geriatr Med* 2023 ; 14 (4) : 649-58.
7. Sheppard JP, Benetos A, Bogaerts J, et al. Strategies for identifying patients for deprescribing of blood pressure medications in routine practice: An evidence review. *Curr Hypertens Rep*. 2024 Feb 2. Doi : 10.1007/s11906-024-01293-5. Epub ahead of print. PMID : 38305846.