

Sens et «non-sens» d'une médication

Traitement médicamenteux dans tous les cas? Bénéfices et risques

Alice Walder^a, Waldemar Greil^b

^a Senior Consultant Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg,

^a Präsidentin SGAMSP (Schweiz. Gesellschaft für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie)

^b Wissenschaftlicher Beirat Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg

^b Gastwissenschaftler und Professor für Psychiatrie, Universität München (LMU)

Sous le titre «Smarter Medicine» [1], un groupe spécialisé de la SSMIG a élaboré une liste de cinq traitements fréquents qui ne présentent aucun bénéfice pour les patients mais peuvent avoir des inconvénients. Les reconnaître est un défi de taille, surtout chez les patients psychiatriques ou polymorbides, car les médicaments psychotropes font partie des médicaments les plus consommés. Ils sont non seulement prescrits par des spécialistes en psychiatrie, mais aussi et surtout par des médecins de famille ainsi que des spécialistes d'autres disciplines, et ce principalement en raison de leur effet apaisant, hypnotique et antidépresseur.

Quel médicament est superflu? Lequel est nécessaire? Comment le médecin, le pharmacien et le patient prennent-ils la bonne décision? Dans ce journal, plusieurs articles portant sur ce sujet central ont déjà été publiés [2]. Étonnamment, des études montrent que le nombre croissant de médicaments s'accompagne non seulement d'une recrudescence des effets indésirables, mais également d'une augmentation du nombre de maladies qui restent non traitées. Cela signifie qu'en consommant toujours plus de médicaments, les patients consomment plus de médicaments inutiles; les médicaments essentiels – selon la médecine basée l'évidence – restent toutefois en grande partie non pris en compte [3]. Une étude de Beckett et al. de 2008 [4] montre par exemple le bénéfice du traitement antihypertenseur, chez les plus de 80 ans également, en matière de risques cardiovasculaires (infarctus myocardique, accident vasculaire cérébral et mortalité). Pour cette raison, des instruments et algorithmes ont été développés pour la marche à suivre chez les patients polymédiqués, avec pour objectif une remise en question systématique des médicaments administrés. Selon une étude israélienne, cette approche a permis, chez 70 patients âgés de 67 à 102 ans prenant en moyenne 7,7 médicaments, de stopper la prise de plus de la moitié des médicaments [5]. Sur la base d'une étude menée dans 14 cabinets de médecine de famille

zurichois chez un total de 63 patients de plus de 60 ans prenant quotidiennement au moins 5 médicaments, il s'est avéré qu'une prescription médicamenteuse sur 11 était superflue chez les patients âgés atteints de différentes maladies [6].

Les recommandations thérapeutiques et directives se basent le plus souvent sur des études cliniques se concentrant sur une seule maladie. Les médicaments ayant un effet positif sur la maladie en question peuvent cependant avoir un effet néfaste sur d'autres maladies. Dans le cadre de campagnes «*Choosing wisely*» [7], plus de 70 sociétés de discipline médicale, principalement aux États-Unis et au Canada, s'étaient penchées sur la manière d'éviter les prestations inutiles (*overuse*).

Thématiser également l'arrêt de médicaments

Les médecins et pharmaciens sont donc tenus d'assumer leur mission essentielle d'explication et de sensibilisation des patients et d'empêcher une utilisation non adaptée des médicaments. Il convient d'examiner avec soins les bénéfices et les risques d'un traitement et de prendre conjointement avec les patients la décision qui est bonne pour eux. Une composante essentielle consiste dès lors à aborder avec le patient la ques-

Cet article est basé sur un atelier qui s'est tenu dans le cadre de l'assemblée de printemps de la SSMIG 2016 à Bâle.

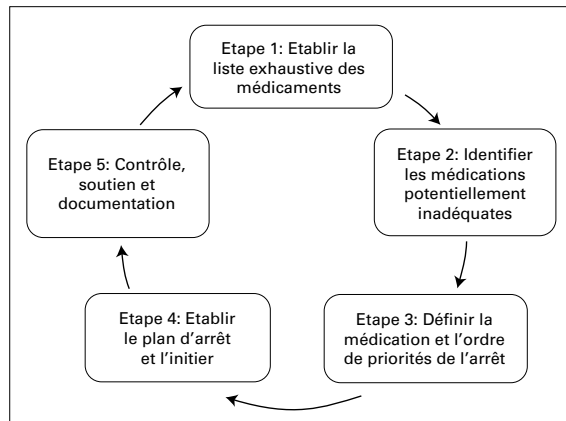


Figure 1: Plan par étapes du «deprescribing» («processus de déprescription»). Modifié d'après Reeve et al. [8].

tion de l'arrêt de médicaments lorsque ceux-ci peuvent causer des dommages irréversibles ou n'offrent aucun bénéfice. Etant donné que les patients s'informent de plus en plus eux-mêmes sur les effets et effets indésirables des médicaments via les réseaux sociaux, il serait nécessaire de leur indiquer, parmi la multitude d'informations, les informations basées sur des études, dans le sens d'une «*smarter medicine*». Pour ce faire, le cycle des cinq étapes du «*deprescribing*» («processus de déprescription») peut s'avérer utile (fig. 1) [8–10].

Une vérification ciblée de la médication est nécessaire

D'après une étude de Garfinkel et al. de 2007 [11], ce sont avant tout les nitrates et les inhibiteurs de la pompe à protons qui ont pu être arrêtés avec succès sans devoir être ré-initiés dans l'année qui a suivi. Une vérification ciblée de la médication est nécessaire, en particulier chez les patients âgés qui, en raison de leur multimorbidité, doivent prendre de nombreux médicaments. Cela permet d'éviter l'apparition de risques tels que les effets indésirables médicamenteux, la recrudescence des hospitalisations et la mortalité accrue. Optimiser la médication afin de prévenir des effets délétères sur la santé et d'augmenter la qualité de vie représente donc de plus en plus un défi de taille.

Le nombre croissant de médicaments entraîne une recrudescence des effets indésirables et une augmentation du sous-traitement de certaines maladies. Depuis plus de 20 ans, les médicaments et leurs effets indésirables en psychiatrie sont systématiquement recensés par la *Société Suisse de pharmacovigilance en psychiatrie* (SSPVP) [12], en coopération avec l'Allemagne et l'Autriche. En outre, les profils de risque des différents médicaments psychotropes sont évalués, les interactions médicamenteuses sont comparées en utilisation clinique, et les pratiques en matière de prescription

dans les différentes cliniques psychiatriques sont analysées. Au total, 12 cliniques de psychiatrie suisses participent actuellement au projet de PVP. L'objectif de ce projet est le recensement et l'évaluation d'effets indésirables sévères ou inhabituels de médicaments psychotropes afin d'augmenter la sécurité thérapeutique. Dans l'analyse des effets indésirables, il est bien souvent difficile de distinguer dans quelle mesure les symptômes sont causés par l'affection psychique ou l'affection physique supplémentaire, et quels effets indésirables sont effectivement à attribuer aux médicaments.

Résumé

Chaque traitement médicamenteux nécessite un examen minutieux des bénéfices et des risques avant et après le début du traitement, ainsi qu'un contrôle régulier au cours du traitement. Il convient de noter que, en particulier en cas de troubles psychiques avec affection physique concomitante, le risque d'effets indésirables médicamenteux et d'interactions médicamenteuses est nettement accru. Chez les patients polymédiqués, il est nécessaire de toujours se demander si un «*deprescribing*» est possible.

Note

Il n'y a aucun conflit d'intérêts. L'exposé a été présenté dans le cadre de l'assemblée annuelle 2016 de la Société Suisse de Médecine Interne Générale suite à l'invitation de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG).

Références

- 1 www.smartermedicine.ch/fr
- 2 Neuner-Jehle S. Preventing Overdiagnosis and Overtreatment: Kranke Medizin. *PrimaryCare*. 2015;15(02):21.
- 3 Keller U, Wartmann R. Hausarztpraxis und Medikamenten-Management. *PrimaryCare*. 2015;15(16):285–28.
- 4 Neuner-Jehle S. Strategien gegen Polypharmazie. *PrimaryCare*. 2013;13(21):377.
- 5 Neuner-Jehle S. Zuviel des Guten – Rezepte gegen Polypharmazie. *PrimaryCare* 2011;11(12):212–15.
- 6 Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Arch Intern Med*. 2010;170(18):1648–54.
- 7 Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358(18):1887–98.
- 8 Kuijpers MAJ, van Marum RJ, Egberts ACG, Jansen PAF. Relationship between polypharmacy and underprescribing. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;65(1):130–3.
- 9 Neuner-Jehle S, Neuner-Jehle S, Kronen T, Senn O. Systematisches Weglassen verschriebener Medikamente ist bei polymorbiden Hausarztpatienten akzeptiert und machbar. *PRAXIS*. 2014;103(6):1–6.
- 10 www.choosingwisely.org
- 11 Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. The benefits and harms of deprescribing. *Med J Aust*. 2014;201(7):386–9.
- 12 Reeve E, Andrews JM, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. Feasibility of a patient-centered deprescribing process to reduce inappropriate use of proton pump inhibitors. *Ann Pharmacother*. 2015;49(1):29–38.
- 13 Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of “deprescribing” with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80(6):1254–68.
- 14 Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007;9(6):430–4.
- 15 <http://amsp.de/amsp-projekt/foerdervereine/sgamsp/>

Correspondance:
Dr med. A. Walder
EMBA HSG
Spezialärztin Innere
Medizin FMH
Präsidentin SGAMSP
Florastrasse 1
CH-8008 Zürich
[alice.walder\[at\]hjin.ch](mailto:alice.walder[at]hjin.ch)