

Déprescription : concept, démarche et outils

V. Jordan-von Gunten, J. Beney, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sion

L'allongement de la durée de vie et les poly-morbidités conduisent à des thérapies de plus en plus complexes avec leurs lots de problèmes. La **sur-utilisation** du médicament peut être causée par des doublons, des thérapies obsolètes, des cascades médicamenteuses, des erreurs de transmission, etc. A l'inverse, il y a **sous-utilisation** lorsqu'une thérapie médicamenteuse pourrait avoir sa place mais ne figure pas dans le plan de traitement. La sous-utilisation peut être causée par un oubli de prescription, la mauvaise adhésion du patient, une faille dans le diagnostic, des erreurs de transmission etc. Enfin la catégorie des **utilisations inappropriées** regroupe les problèmes de posologie, d'interactions, d'effets indésirables, de voie d'administration, ou de forme galénique. [1].

Il existe un certain nombre de listes regroupant des molécules inappropriées, en particulier chez les personnes âgées, comme par exemple les « critères de Beers » [2], ou le STOPP-START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment), un ensemble de critères d'utilisation inappropriée soit par sur-utilisation (STOPP) ou par sous-utilisation (START) [3].

En 2016, le terme: « **déprescription** » a fait son apparition dans PubMed. Cette approche consiste à réévaluer chaque traitement médicamenteux du patient quant à son efficacité et à son potentiel effet délétère pour identifier ceux qui doivent être stoppés ou adaptés.

Globalement on retrouve deux catégories de médicaments : la première catégorie se compose des médicaments qui améliorent la qualité de vie du patient au quotidien. Pour certains (ex. levothyroxine, anti-angineux) un arrêt serait délétère ; pour d'autres (analgésiques, inhibiteurs des pompes à protons) l'arrêt, la diminution de la posologie ou la prise au besoin pourrait être bénéfique. La seconde catégorie regroupe les médicaments utilisés en prévention (ex. statines, aspirine, bisphosphonates). Pour cette catégorie il s'agit d'évaluer les bénéfices pour le patient, la durée de traitement nécessaire pour obtenir un bénéfice (time-to-benefit) et l'espérance de vie du patient [4].

En pratique, il est conseillé de [4-6]:

- ne considérer l'arrêt que d'un seul médicament à la fois.
- décider avec le patient et/ou ses proches aidants pour s'assurer qu'il adhère à la démarche qui doit être comprise comme un bénéfice et non comme un abandon.
- stopper ou diminuer progressivement le médicament. Certains médicaments ne devraient pas être stoppés abruptement [voir tableau 1] alors que d'autres le peuvent (AINS, vitamines, etc).

- réévaluer la situation : est-ce que l'état clinique s'est péjoré, y a-t-il un effet rebond ?

Le site <http://www.deprescribing.org/> propose des algorithmes de déprescription pour 4 classes de médicaments : les inhibiteurs des pompes à protons, les antipsychotiques, les hypoglycémifiants et les benzodiazépines.

<http://medstopper.com> permet de prioriser les médicaments à déprescrire et donne des conseils sur l'approche pratique et les potentiels symptômes à surveiller.

La lutte contre la polymédication est un élément clé de la prévention des problèmes médicamenteux. La pesée minutieuse et concertée avec le patient du rapport bénéfice/risque de toute prescription doit remplacer l'application « aveugle » de guidelines chez le patient polymorbide. Cette approche limite le nombre de médicaments que le patient doit prendre, diminue le risque d'interaction et d'effets indésirables et favorise l'adhésion thérapeutique. **Cela prend une minute pour prescrire un médicament et des années pour le cesser [7].**

Références

- [1] Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA. 1998 Sep 16;280(11):1000-5.
- [2] American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2015;63:2227-46.
- [3] O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015;44:213-8.
- [4] Best Practice Advocacy Center New Zealand: A practical guide to stopping medicines in older people. Best Practice Journal. 2010(27):10-23; <http://www.bpac.org.nz/BPJ/2010/April/stopguide.aspx>.
- [5] Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. Evid Based Med. 2013;18(4):121-4.
- [6] Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. Br J Clin Pharmacol. 2014;78(4):738-47.
- [7] Citation de Louise Mallet, Pr. de pharmacie Clinique, Université de Montréal, Canada

Personnes de contact

Dr Vera Jordan - von Gunten vera.vongunten@hopitalvs.ch
Dr Johnny Beney, PD johnny.beney@hopitalvs.ch

Médicaments	Symptômes	Manifestations cliniques
Anticonvulsivants	Sevrage	Anxiété, dépression, crise d'épilepsie
Antidépresseurs	Sevrage	Akathisie, anxiété, frissons, écoulement nasal, troubles gastro-intestinaux, maux de tête, insomnie, irritabilité, malaise, douleurs musculaires, dépression
Antiparkinsoniens	Sevrage	Hypotension, psychose, embolie pulmonaire, rigidité, tremor
Antipsychotiques	Sevrage	Dyskinésie, insomnie, nausées, nervosité
Anticholinergiques	Sevrage	Anxiété, nausées, vomissements, maux de tête, vertiges
Benzodiazépines	Sevrage	Agitation, anxiété, confusion, délire, insomnie, crise d'épilepsie
Bétabloquants	Sevrage	Angor, anxiété, hypertension, SCA, tachycardie
Opiacés	Sevrage	Crampes abdominales, colère, anxiété, frissons, transpiration, diarrhées, insomnie, nervosité
Alpha-bloquants	Sevrage + effet rebond	Agitation, maux de tête, hypertension, palpitations
Baclofène	Sevrage + effet rebond	Agitation, anxiété, confusion, hallucinations, hypertension, insomnie, manie, cauchemars, paranoïa, crises d'épilepsie
Corticostéroïdes	Sevrage + effet rebond	Anorexie, hypotension, nausées, faiblesse, suppression axe hypothalamo-hypophysaire, états inflammatoires
IPP	Effet rebond	Hyperacidité gastrique

IPP : inhibiteurs des pompes à protons ; SCA : syndrome coronarien aigu

Tableau 1 : Médicaments fréquemment associés à des symptômes de sevrage, pour lesquels une diminution progressive est nécessaire [adapté de 3]