

Année 2015

n° _____

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

SIVARASALINGAM (épouse VIJAYANDRAN) Kajajini
Née le 19 octobre 1984 à Jaffna (Sri Lanka)

Présentée et soutenue publiquement le : 17 Mars 2015

**DEPRESCRIPTION DES MEDICAMENTS A BALANCE
BENEFICES-RISQUES DEFAVORABLE DANS UN CABINET
DE MEDECINE GENERALE A GENNEVILLIERS**

Président de thèse : Professeur NOUAIREDE Michel

Directeur de thèse : Docteur CHRISTIDIS Anna

DES de Médecine générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Michel Nougairède, pour m'avoir aidé à trouver ce sujet et pour avoir accepté de présider ma thèse. J'ai toujours été admirative devant votre passion pour la médecine et votre dévouement aussi bien envers vos patients que vos étudiants. Merci également de m'avoir fait confiance pour mes débuts de remplaçante.

A ma directrice de thèse Docteur Anna Christidis pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour tes conseils précieux et pour toutes les soirées que l'on aura passé ensemble au cabinet. Merci de m'avoir donné l'honneur d'être ta première thésarde.

A tous les membres du jury qui me font l'honneur de juger cette thèse.

Aux autres médecins du cabinet Victor Hugo de Gennevilliers : Docteur Gaele Duriez, Docteur Camille Urbejtel et aux anciens internes du cabinet pour leur contribution à mon étude et pour avoir accepté le principe de déprescription.

Au coordinateur du PSU-GVLG Jean-Marie Nougairède pour m'avoir aidé à maîtriser le logiciel et pour m'avoir éclairé dans tous les problèmes informatiques.

A la Revue Prescrire pour leur travail constant de recherche.

A mes parents pour m'avoir poussée et soutenue tout au long de ces études.

A mon cher mari pour son soutien et pour avoir eu le courage de relire cette thèse.

A ma sœur, toute ma famille et ami(e)s pour m'avoir encouragée et supportée durant mon cursus, et pour toutes les années à venir.

A mes ami(e)s de la faculté et mes co-internes

TABLE DES MATIERES

FICHE DE THESE	7
Chapitre 1: INTRODUCTION.....	8
1.1. La France, au premier rang européen de la consommation médicamenteuse européenne	8
1.2. L'art de "Déprescrire"	8
1.3. Le développement d'un médicament: de l'étude clinique à la pharmacovigilance	9
1.4. La revue Prescrire	11
1.5. Le cabinet de Médecine Générale Victor Hugo et le logiciel éO	12
1.6. L'hypothèse	13
1.7. Les questions	13
Chapitre 2: METHODOLOGIE.....	14
2.1. L'article de la revue Prescrire: la liste des 73 médicaments	14
2.2. Le cabinet de Médecine Générale Victor Hugo	14
2.3. Le questionnaire initial	15
2.4. Recueil des données.....	15
2.4.1. Recueil de données: mode d'emploi	16
2.4.2. Recueil de données: remarques.....	17
2.5. Trois classes distinctes de médicaments.....	18
2.5.1. Les médicaments jamais prescrits	18
2.5.2. Les médicaments peu prescrits (concernant moins de 5 patients):	18
2.5.3. Les médicaments souvent prescrits	18
2.6. Documentation bibliographique sur les médicaments souvent prescrits	19
2.7. Réunion avec les 3 médecins du cabinet.....	19
2.8. Exposition des résultats et des décisions aux médecins remplaçants et aux internes du cabinet.....	19
2.9. Mise en place de stratégies développées lors de la réunion	20
2.10. Suivi de la déprescription de ces médicaments	20
2.11. Recueil final.....	21
2.12. Réunion finale avec les médecins du cabinet.....	21
Chapitre 3: RESULTATS	22
3.1. Résultats initiaux	22
3.1.1. Résultats: médicaments non prescrits.....	22
3.1.2. Résultats: médicaments peu prescrits.....	22
3.1.3. Résultats: médicaments souvent prescrits	31
3.1.3.1. Ivabradine (Procoralan®).....	32

1a) Ivabradine: rappel des indications et des effets indésirables	32
1b) Ivabradine: résultats	32
3.1.3.2. Fénofibrate (Fegenor® Fenofibrate® Lipanthyl® Secalip®)	33
2a) Fénofibrate: rappel des indications et des effets indésirables	33
2b) Fénofibrate: résultats	33
3.1.3.3. Nicorandil (Adancor® Ikorel® Nicorandil®)	34
3a) Nicorandil: rappel des indications et des effets indésirables.....	34
3b) Nicorandil: résultats.....	35
3.1.3.4. Trimétazidine (Trimetazidine® Vastarel®).....	36
4a) Trimétazidine: rappel des indications et des effets indésirables	36
4b) Trimétazidine: résultats	36
3.1.3.5. Méquitazine (Primalan®)	37
5a) Méquitazine: rappel des indications et des effets indésirables	37
5b) Méquitazine: résultats	38
3.1.3.6. Sitagliptine (Januvia® Xelevia® Velmetia®).....	38
6a) Sitagliptine: rappel des indications et des effets indésirables	38
6b) Sitagliptine: résultats	39
3.1.3.7. Dompéridone (Biperidys® Domperidone® Motilium® Oroperidys® Peridys®)	40
7a) Dompéridone: rappel des indications et des effets indésirables	40
7b) Dompéridone: résultats	42
3.1.3.8. Venlafaxine (Effexor® Venlafaxine®)	42
8a) Venlafaxine: rappel des indications et des effets indésirables.....	42
8b) Venlafaxine: résultats.....	43
3.1.3.9. Tianéptine (Stablon®).....	45
9a) Tianéptine: rappel des indications et des effets indésirables	45
9b) Tianéptine: résultats	45
3.1.3.10. Etifoxine (Stresam®).....	47
10a) Etifoxine: rappel des indications et des effets indésirables.....	47
10b) Etifoxine: résultats.....	47
3.1.3.11. Pholcodine (Biocalyptol®, Broncalene®, Clarix®, Codotussyl®, Dimetane®, Flucalyptol®, Hexapneumine®, Humex toux sèche pholcodine®, Polery®, Pulmosodyl®, Respilene®)	49
11a) Pholcodine: rappel des indications et des effets indésirables.....	49
11b) Pholcodine: résultats.....	49
3.1.3.12. Ephedrine (Rhinamide® Rhino Sulfuryl®), Pseudoéphédrine (Actifed rhume®, Actifedduo®, Adviltab rhume®, Dolirhume®, Humex rhume®, Nurofen rhume®, Rhinadvil®, Rhinureflex®, Rhumagrip®, Sudafed®).....	49

12a) Ephédrine et Pseudoéphédrine: rappel des indications et des effets indésirables	49
12b) Ephédrine et Pseudoéphédrine: résultats	50
3.1.3.13. Tuaminoheptane (Rhinofluimicil®).....	50
13a) Tuaminoheptane: rappel des indications et des effets indésirables....	50
13b) Tuaminoheptane: résultats.....	51
3.1.3.14. Tixocortol (Thiovalone®).....	51
14a) Tixocortol: rappel des indications et des effets indésirables	51
14b) Tixocortol: résultats	51
3.1.3.15. Kétoprofène gel (Ketoprofène gel® Ketum®)	52
15a) Kétoprofène gel: rappel des indications et des effets indésirables	52
15b) Kétoprofène gel: résultats	52
3.1.3.16. Néfopam (Acupan®)	52
16a) Néfopam: rappel des indications et des effets indésirables	52
16b) Néfopam: résultats	53
3.1.3.17. Piroxicam (Brexin® Cycladol® Feldène® Piroxicam® Proxalyoc® Zofora®).....	55
17a) Piroxicam: rappel des indications et des effets indésirables.....	55
17b) Piroxicam: résultats.....	55
3.1.3.18. Thiocolchicoside (Coltramyl® Miorel® Myoplege® Thiocolchicoside®).....	55
18a) Thiocolchicoside: rappel des indications et des effets indésirables	55
18b) Thiocolchicoside: résultats	56
3.2. Mise en place des stratégies.....	56
3.3. Résultats intermédiaires à 3 mois (annexe 12).....	66
3.4. Résultats finaux à 6 mois	75
3.5. Récapitulatif des résultats	86
Chapitre 4: DISCUSSION.....	88
4.1. Discussion sur la méthode de l'étude	88
4.1.1. Le logiciel éO.....	88
4.1.2. Les biais	89
4.1.2.1. Les médicaments.....	89
4.1.2.2. Les médecins	90
4.1.2.3. Les internes	90
4.1.2.4. Les patients.....	90
4.1.2.5. Les stratégies de déprescription	91
4.1.2.6. La période de 6 mois	91
4.2. Situations et conséquences de la déprescription.....	92
4.3. Discussion sur les résultats.....	94

4.3.1. Le questionnaire initial	94
4.3.2. Les résultats finaux.....	94
4.3.3. La déprescription médicament par médicament.....	95
4.4. Facilités et obstacles à la déprescription	101
4.4.1. Les patients	101
4.4.2. Les confrères.....	102
4.4.3. L'existence ou non d'un traitement alternatif	103
4.4.4. La connaissance des médicaments et des pathologies	104
4.4.5. Le temps et la motivation.....	104
4.4.6. La volonté de déprescrire	105
4.4.7. Les stratégies de déprescription.....	106
4.5. Les Rencontres Prescrire 2014: l'atelier Déprescrire.....	106
Chapitre 5: CONCLUSION	109
Chapitre 6: BIBLIOGRAPHIE	111
Chapitre 7: ANNEXES	115
Annexe 1 : Pour mieux soigner : des médicaments à écarter.....	116
Annexe 2 : réponse des médecins au questionnaire initial	121
Annexe 2bis : interprétation du questionnaire initial.....	123
Annexe 3 : Syntaxe Déprescrire	124
Annexe 4 : résultats initiaux	127
Annexe 5 : Réunion initiale (présentation PowerPoint).....	129
Annexe 6 : liste des médicaments à déprescrire (affichée à coté de l'écran de chaque ordinateur du cabinet)	132
Annexe 7 : Lettre aux cardiologues pour la déprescription de l'ivabradine	133
Annexe 8 : Réponse du cardiologue 1	134
Annexe 8 bis : Réponse du cardiologue 2	135
Annexe 9 : Lettre au psychiatre	136
Annexe 10 : réponse d'un psychiatre	137
Annexe 11 : Fiche Infos-Patient rhume et mal de gorge.....	138
Annexe 12 : Résultats intermediaires à 3 mois.....	139
Annexe 13: Poster réalisé pour les Rencontres Prescrire 2014	140
Annexe 14 : extrait de l'article dans la revue Prescrire	141
SUMMARY	142
RESUME	143

FICHE DE THESE

Thème	Déprescription des médicaments à balance bénéfices-risques défavorable
Justification	<p>La plupart des médicaments que nous prescrivons présentent des effets secondaires plus ou moins importants. Mais il arrive parfois que la balance bénéfices-risques de certains d'entre eux soit défavorable. La revue Prescrire a ainsi récemment dévoilé sa liste des 'médicaments plus dangereux que utiles', pour lesquels elle demande le retrait du marché en raison des risques sanitaires 'disproportionnés' qu'ils représentent par rapport aux bénéfices apportés. Certains sont nouveaux, d'autres sont plus ou moins anciens mais encore autorisés, disponibles et promus'. Cette liste noire, qui comporte 72 médicaments au total, 'à retirer du marché', a été établie sur la base d'analyses publiées dans la revue de 2010 à 2012. Beaucoup de médicaments de cette liste sont encore largement prescrits en Soins Primaires, malgré les nombreuses études et recommandations parues. Il serait donc intéressant d'étudier à quelle fréquence ces médicaments sont encore prescrits en Médecine de ville et si l'utilisation d'un logiciel structuré permettrait d'une part d'automatiser la recherche de ces prescriptions et d'autre part de modifier les pratiques.</p>
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> - Période étudiée = octobre 2010 à mars 2014 - Population étudiée = 4811 patients du cabinet Victor Hugo à Gennevilliers, où exercent 4 médecins généralistes (3 médecins installés et 1 médecin remplaçant régulier) ainsi que des internes de Médecine Générale, - Pour chaque médicament de la liste (74 principes actifs au total), pendant la période étudiée et pour chaque médecin : rechercher sur le logiciel éO le nombre total de prescription X pour Y patients - Repérer les médicaments les plus prescrits dans le cabinet - Exposer les résultats et réflexions des 4 MG sur l'adhésion aux propositions de Prescrire. Puis pour les médicaments pour lesquels ils sont en accord avec Prescrire, quelle est la stratégie à développer envers les patients pour leur proposer d'arrêter ces prescriptions ? (éventuellement: poser des alarmes dans le logiciel éO à l'ouverture des dossiers des patients concernés, créer des fiches infos-patients, faire des courriers pour les médecins spécialistes qui suivent les patients pour leur proposer d'arrêter ou de changer le traitement en question lors de leur prochaine consultation) - 6 mois après : rechercher la fréquence de prescription des médicaments les plus prescrits sur les 6 derniers mois: Y a-t-il eu une modification des pratiques ? - Puis automatisation de la recherche permettant de continuer à suivre tous les ans l'évolution de ces prescriptions.
Références	<ul style="list-style-type: none"> - <i>"Pour mieux soigner: des médicaments à écarter", La Revue Prescrire, février 2013, tome 33, N° 352</i> - <i>Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. J Pharm Pract Res 2003, 33: 323-8</i>

Chapitre 1: INTRODUCTION

1.1. La France, au premier rang européen de la consommation médicamenteuse européenne

Sur le site internet de l'Assurance Maladie, la rubrique "Points de repères" présente des données et analyses médico-économiques ou statistiques relatives au système de soins. En 2007, il y a été publié un article intitulé "Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments" [1]. Il compare les pays européens sur 8 classes de médicaments couramment prescrits et représentant près de 40% des dépenses totales de médicaments de l'Assurance maladie. Selon cet article, la France se situerait au premier rang européen en termes de dépense moyenne de médicaments par habitant. Elle occuperait par ailleurs le second rang européen en termes de volumes médicamenteux consommés. Par ailleurs, une actualisation de cette analyse publiée en 2011 confirme cette situation.

Ceci nous amène à nous interroger sur l'efficacité du recours au médicament dans notre pays et sur les effets négatifs d'une possible surconsommation.

1.2. L'art de "Déprescrire"

Lors de notre formation médicale, nous étudions les pathologies par leurs symptômes et leurs traitements, en particulier le traitement médicamenteux.

Ainsi, lorsque nous voyons un patient en consultation, il nous est souvent difficile de ne rien prescrire. Pourtant, nous essayons de prescrire le strict minimum afin d'éviter des effets secondaires médicamenteux inutiles.

Certains traitements sont initiés par des confrères et nous ne sommes pas forcément en accord avec leur prescription. A cette occasion, nous découvrons qu'il

est encore plus compliqué de déprescrire un traitement que nous n'avons pas initié nous-même. D'une façon générale, il est souvent plus simple d'initier un traitement que de l'arrêter.

La déprescription est un thème rarement abordé pendant nos études. A ce sujet, le Dr Queneau, membre de l'académie nationale de Médecine, dans son article "la thérapeutique est aussi la science et l'art de déprescrire" [2], définit le mot "déprescrire" comme "l'arrêt volontariste d'une prescription". Il milite d'ailleurs pour que ce mot apparaisse enfin dans le dictionnaire. Pour lui, déprescrire est une science et un art qui devraient être enseigné à la faculté.

1.3. Le développement d'un médicament: de l'étude clinique à la pharmacovigilance

La plupart des médicaments que nous prescrivons présentent des effets indésirables.

Ces effets indésirables sont variables, dépendent de plusieurs paramètres (tels que l'âge du patient, les pathologies associées, l'observance du traitement,...) et sont imprévisibles. En fait, la plupart de ces effets indésirables possibles ont été répertoriés lors des études cliniques avant la mise sur le marché du médicament.

Une étude clinique n'est d'ailleurs éthique que si le bénéfice espéré est supérieur au risque. La déclaration d'Helsinki [3], adoptée par l'OMS, déclare que la recherche biomédicale ne peut être faite de manière légitime que si l'importance de l'objectif est en proportion avec le risque encouru par le sujet. Le CONSORT statement (Consolidated Standards of Reporting Trials) [4], guide aidant à la rédaction des essais, indique que les effets indésirables d'un traitement doivent être rapportés dans les publications d'études pour évaluer le rapport bénéfice risque.

Mais même après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), la pharmacovigilance [5] continue de recenser les effets indésirables des médicaments. Cela permet une meilleure évaluation et conscience de ce que nous prescrivons. Ainsi, nous découvrons à posteriori que certains médicaments présentent beaucoup plus d'effets secondaires qu'initialement répertoriés ou sous-estimés lors des études cliniques. La balance bénéfices-risques est la comparaison des risques d'un traitement avec ses éventuels bénéfices. Le rapport bénéfices-risques du produit est évalué en permanence. Il arrive même que la balance bénéfices-risques de certains d'entre eux soit finalement jugée défavorable. En cas de risque pour la santé, une restriction ou une modification des indications peut s'appliquer à un médicament. Le médicament peut également faire l'objet d'un retrait du marché.

Par ailleurs, de nouvelles indications thérapeutiques peuvent être explorées par le laboratoire et déclencher ainsi une nouvelle demande d'AMM. Enfin, après vingt ans de vie, le brevet du médicament expire. Il peut alors être copié et commercialisé sous un nom générique.

Le système de pharmacovigilance français rassemble les techniques d'identification, d'évaluation et de prévention des risques d'effets indésirables des médicaments après leur mise sur le marché. Il associe un réseau décentralisé réparti sur l'Hexagone (les centres régionaux de pharmacovigilance ou CRPV) à un centre de décision (l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou ANSM).

La notification spontanée des effets indésirables par les professionnels de santé, et en particulier par le prescripteur, au CRPV constitue la base de la pharmacovigilance. Les coordonnées des 31 CRPV se trouvent sur l'une des premières pages du Vidal avec leurs adresses électroniques [6].

Ce signalement résulte de la perception par le professionnel de santé d'un possible effet indésirable imprévu qu'il estime susceptible d'altérer la santé du patient. Il ne s'agit pas d'avoir d'emblée établi la réalité de l'effet indésirable: ce sont les pharmaco vigilants qui vont, avec l'aide du notificateur, recueillir les données qui permettent de valider l'observation.

Cette analyse se base sur 4 principes:

- l'association temporelle entre la prise du médicament et l'effet
- l'existence d'un mécanisme pharmacologique compatible
- la mise en évidence de critères diagnostiques ou biologiques
- l'exclusion des autres causes possibles

Ainsi validée, l'observation est saisie dans la banque de pharmacovigilance et est confrontée aux observations analogues déjà répertoriées. De cette confrontation peut résulter une alerte justifiant la mise en route d'une enquête de pharmacovigilance. Cette enquête peut ainsi mener l'ANSM à intervenir pour modifier le résumé des caractéristiques d'un produit, à l'inscrire sur une liste de prescriptions particulières ou encore à suspendre ou à retirer son AMM.

1.4. La revue Prescrire

La revue Prescrire est une revue médicale mensuelle française qui traite de l'actualité des maladies, des médicaments et des techniques médicales. Elle est parfaitement indépendante de l'industrie pharmaceutique et ne contient pas de publicité. Elle est intégralement financée par les abonnements et l'organisation de différentes formations destinées au personnel soignant. Par ailleurs, les rédacteurs de la revue doivent adopter une charte évitant tout conflit d'intérêt avec les firmes pharmaceutiques.

En février 2013, cette revue a sorti un article polémique avec une liste des "médicaments plus dangereux que utiles", pour lesquels elle demande le retrait du marché [7] (annexe 1). En effet, ces médicaments présentent des risques sanitaires "disproportionnés" par rapport aux bénéfices apportés. "Certains sont nouveaux, d'autres sont plus ou moins anciens mais encore autorisés, disponibles et promus". Cette liste, qui comporte 74 médicaments au total "à retirer du marché", a été établie sur la base d'articles d'analyses publiées dans la revue de 2010 à 2012. Beaucoup de médicaments de cette liste sont encore largement prescrits en Soins Primaires, malgré les nombreuses études et recommandations parues.

1.5. Le cabinet de Médecine Générale Victor Hugo et le logiciel éO

J'ai découvert cet article durant mon internat pendant mon stage en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé) au cabinet Victor Hugo à Gennevilliers. Ce cabinet est composé de trois médecins généralistes, d'un médecin remplaçant régulier ainsi que d'internes de Médecine Générale.

Ces médecins travaillent en réseau et utilisent le logiciel de gestion de dossier médical nommé éO médecin. EO est un logiciel structuré sur une base de données 4D qui permet de facilement retrouver les prescriptions. Ce logiciel est utile pour étudier l'épidémiologie médicale, l'évaluation des pratiques médicales, l'audit personnel, le codage des pathologies, etc.

1.6. L'hypothèse

Dans la liste des médicaments “plus dangereux que utiles” publiée par la Revue Prescrire, nous supposons que certains médicaments sont encore prescrits de façon courante dans le cabinet de Médecine Générale Victor Hugo. L'utilisation du logiciel éO permettrait d'automatiser la recherche de ces prescriptions et d'étudier à quelle fréquence ces médicaments sont encore prescrits dans le cabinet. Les médecins du cabinet, lecteurs de la revue Prescrire, sont d'accord pour modifier leurs pratiques et ainsi de se perfectionner à l'art de déprescrire.

1.7. Les questions

Une intervention visant à sensibiliser les médecins généralistes aux effets nocifs de ces médicaments permet-elle une diminution des prescriptions? Quelles sont les stratégies à développer envers les médecins du cabinet médical, les médecins correspondants et les patients? Quels peuvent être les obstacles à la déprescription?

Chapitre 2: METHODOLOGIE

2.1. L'article de la revue Prescrire: la liste des 73 médicaments

A partir de l'article de la Revue Prescrire paru en février 2013 [7], j'ai listé tous les médicaments sur un tableau Excel. Ces médicaments sont en fait cités dans l'article par ordre de la spécialité dans laquelle ils sont utilisés. J'ai précisé pour chaque médicament cité: la spécialité médicale, sa classe thérapeutique, son nom DCI ainsi que son nom de marque.

J'ai obtenu ainsi une liste de 73 principes actifs qui, selon la revue Prescrire, devraient être supprimés de nos prescriptions en raison du rapport bénéfices-risques défavorable.

2.2. Le cabinet de Médecine Générale Victor Hugo

Le cabinet de Médecine Générale Victor Hugo regroupe 3 médecins généralistes, un remplaçant régulier et des internes de Médecine générale. Ces médecins font partie du Pôle de santé Universitaire de Gennevilliers-Villeneuve la Garenne (PSU-GVLG). Ce pôle est une structure de soins pluri professionnelle qui regroupe 24 médecins.

Les médecins du cabinet consultent sur rendez-vous, sur des plages horaires de 20 minutes. Ils acceptent si besoin de voir des patients en urgence.

Par ailleurs, dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), les médecins du cabinet participent à des réunions de Groupes d'Echanges de Pratiques entre Pairs. Ces réunions ont pour but d'améliorer les pratiques médicales,

en analysant les pratiques et en les comparant aux référentiels existants lors de séances de discussion et de réflexion entre pairs.

2.3. Le questionnaire initial

Certains des médicaments de la liste publiée par la revue Prescrire sont très peu utilisés en Soins Primaires et relèvent plutôt de l'hôpital ou des spécialistes. Or, ce sont les médicaments souvent prescrits en Médecine Générale qui m'intéressent dans cette étude.

J'ai donc interrogé les 3 médecins du cabinet via 2 questions à réponses fermées, pour chacun des médicaments:

- Pensez-vous que ce médicament puisse être utilisé en Médecine Générale?
(réponse oui/non)
- Prescrivez-vous ce médicament? (réponse oui/ j'évite/ non)

Leur réponse reste déclarative, mais cela permet d'avoir une idée globale de la prescription de ces médicaments dans le cabinet. ([Annexe 2](#))

2.4. Recueil des données

J'ai étudié les prescriptions à partir du 01/10/2010 (date à laquelle le dernier médecin du cabinet s'est installé) jusqu'au 31/07/2014.

Le logiciel "éO Médecin" permet de retrouver facilement les prescriptions.

Le coordinateur du PSUGVLG (Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers et de Villeneuve-la-Garenne) m'a aidée à utiliser cette fonctionnalité du logiciel et à créer une *macro* afin de retrouver la prescription de chaque médicament sur une ou plusieurs périodes données.

2.4.1. Recueil de données: mode d'emploi

Je vais détailler pas à pas les modalités d'exécution de la macro afin d'établir un mode d'emploi pour les prochains utilisateurs:

- ouvrir le logiciel éO
- dans menu principal: cliquer sur "Dossier" → "épidémiologie" → "macro"
- copier/ coller la macro ([annexe 3](#))
- remplacer "aliskiren" par le nom du médicament choisi
- cliquer sur "exécuter"
- les données sont ainsi transmises dans le fichier "statmedoc" sur un tableau ([annexe 4](#)):

date de début	date de fin	type	élément	médicaments	traitements	consultations	dossiers
			nom DCI	nombre de prescriptions	nombre d'ordonnances	nombre de consultations	nombre de patients concernés

- Pour ouvrir ce fichier sous forme de tableau: clic droit → ouvrir avec: "open office cat"
- Dans caractère: choisir "latin 3 (ISO-8859-3)"
- clic droit → Séparer par: "tabulation"
- Répéter l'opération 73 fois pour les 73 médicaments de la liste

L'automatisation de cette procédure est coûteuse en temps et trop complexe et a donc été abandonnée.

- On obtient ainsi les résultats sous forme de tableau, avec pour chaque médicament: le nombre de médicaments prescrits, le nombre d'ordonnances,

le nombre de consultations ainsi que le nombre de patients concernés sur la période du 01/10/2010 au 31/07/2013.

- Le tableau contient par ailleurs 6 autres colonnes qui s'ajoutent au tableau précédent. Ces 6 colonnes permettent de séparer les patients et les prescriptions des 3 médecins du cabinet. Cela permettra à chacun des 3 médecins de mieux se rendre compte de ses prescriptions. Pour des raisons de confidentialités, je les nommerai Dr A, Dr B et Dr C. On note que certaines prescriptions ont été faites par les remplaçants ou par les internes du cabinet, travaillant sous le nom du médecin remplacé ou du senior.

Voici les 6 colonnes qui s'ajoutent au tableau précédent:

nombre de prescriptions par Dr A	nombre de patients du Dr A	nombre de prescriptions par Dr B	nombre de patients du Dr B	nombre de prescriptions par Dr C	nombre de patients du Dr C
----------------------------------	----------------------------	----------------------------------	----------------------------	----------------------------------	----------------------------

2.4.2. Recueil de données: remarques

Nous pouvons noter que le tuaminoheptane (Rhinofluimucil®) se retrouve seulement par la recherche du nom en tant que "composant" et non "classe thérapeutique".

Par ailleurs, la prescription du kétoprofène en gel (Ketum®) n'est pas individualisable car la recherche du nom "kétoprofène" englobe toutes les formes de kétoprofène, y compris la voie orale. Le résultat obtenu n'est donc pas exploitable.

La prescription du tixocortol par voie orale (Thiovalone®) n'est également pas individualisable car la recherche du nom "tixocortol" englobe toutes les formes de tixocortol, y compris la voie nasale (Pivalone®).

2.5. Trois classes distinctes de médicaments

Sur le tableau final, nous pouvons distinguer 3 classes distinctes de médicaments:

(annexe 4)

- ❖ ceux qui n'ont jamais été prescrits
- ❖ ceux qui sont peu prescrits (concernant moins de 5 patients)
- ❖ ceux qui sont souvent prescrits

2.5.1. Les médicaments jamais prescrits

Ces médicaments n'ayant été jamais prescrits sur la période du 01/10/2010 au 31/07/2013 dans le cabinet de Victor Hugo, leur prescription ne sera plus étudiée par la suite.

2.5.2. Les médicaments peu prescrits (concernant moins de 5 patients):

Pour les médicaments peu prescrits, j'ai vérifié dans le dossier des patients concernés s'il existe une raison expliquant la prescription du médicament:

- Est-ce le patient qui a été demandeur?
- Est-ce une prescription hospitalière ou faite par un spécialiste qui a été renouvelée?
- Ou autre?

2.5.3. Les médicaments souvent prescrits

Pour les médicaments souvent prescrits, j'ai recherché le nombre de prescriptions du 01/10/2012 au 31/07/2013 afin de vérifier s'il y a eu une diminution de la fréquence de prescription sur la période étudiée, compte tenu des analyses d'articles parues dans la revue Prescrire.

2.6. Documentation bibliographique sur les médicaments souvent prescrits

J'ai réalisé une recherche bibliographique afin de m'informer plus en détails sur les indications de ces médicaments, l'évaluation de leur efficacité et leurs effets indésirables.

Cette recherche m'a amenée à lire des articles de la revue Prescrire, ainsi que d'autres références.

2.7. Réunion avec les 3 médecins du cabinet

J'ai organisé une réunion avec les 3 médecins du cabinet pour leur exposer les résultats obtenus via une présentation PowerPoint ([annexe 5](#)).

Je leur ai présenté les médicaments les plus prescrits sous forme de liste, ainsi que leurs effets indésirables relevés lors de ma recherche bibliographique.

Les médecins du cabinet n'étant pas toujours en accord avec les recommandations de Prescrire, nous avons discuté de leur adhésion à la déprescription de chaque médicament.

Nous avons ensuite développé des stratégies facilitant la déprescription de ces médicaments.

2.8. Exposition des résultats et des décisions aux médecins remplaçants et aux internes du cabinet

J'ai également exposé et discuté des résultats obtenus avec les remplaçants réguliers du cabinet.

Le cabinet accueille de nombreux internes de Médecin Générale. Ces internes peuvent initier des prescriptions. Je leur ai donc également exposé le résultat de mes recherches et les stratégies adoptées pour déprescrire les médicaments.

Le changement des internes a lieu au mois de novembre. Après l'accueil des nouveaux internes, j'ai donc organisé une nouvelle réunion au cabinet pour leur parler des médicaments à déprescrire.

2.9. Mise en place de stratégies développées lors de la réunion

Afin d'optimiser l'arrêt de la prescription des médicaments, nous avons développé ensemble des stratégies lors de la réunion.

J'ai imprimé la liste des médicaments à déprescrire ([annexe 6](#)). Cette liste a été collée à côté de l'écran de chaque ordinateur du cabinet, afin que les médecins pensent plus facilement à déprescrire ces médicaments.

J'ai mis en place dans le logiciel médical éO des alarmes à l'ouverture des dossiers concernés.

J'ai envoyé des lettres à certains spécialistes ([annexe 7 et 9](#)).

J'ai créé des fiches infos-patients si besoin ([annexe 11](#)).

2.10. Suivi de la déprescription de ces médicaments

L'objectif de mon étude est d'étudier l'efficacité des interventions destinées à la déprescription.

La période d'étude de la déprescription des médicaments s'étend du 01/08/2013 au 31/01/2014.

Au cours de cette période, j'ai régulièrement vérifié la déprescription réelle des médicaments via le logiciel éO.

Pour les médicaments encore prescrits, j'ai mis en place des alarmes à l'ouverture des dossiers si cela n'avait pas déjà été fait.

J'ai régulièrement rappelé l'importance de la déprescription de ces médicaments aux médecins concernés.

2.11. Recueil final

De la même manière que le recueil initial (effectué sur la période du 01/10/2010 au 31/07/2013), j'ai étudié le nombre de prescriptions des médicaments les plus prescrits sur la période du 01/08/2013 au 31/01/2014 (c'est-à-dire sur une durée de 6 mois).

Pour chaque médicament ayant été encore prescrit sur la période étudiée, j'ai repris les dossiers concernés pour vérifier si le médicament a bien été finalement déprescrit.

2.12. Réunion finale avec les médecins du cabinet

Suite aux résultats obtenus lors du recueil final, j'ai organisé une nouvelle réunion avec les trois médecins du cabinet.

Nous avons discuté des résultats obtenus médicament par médicament. Nous avons ensuite évoqué ce qui leur a facilité la démarche de déprescription. Puis, nous avons abordé les obstacles à la déprescription et enfin leur ressenti général.

Chapitre 3: RESULTATS

3.1. Résultats initiaux (annexe 4)

3.1.1. Résultats: médicaments non prescrits

Voici la liste des 30 médicaments qui n'ont jamais été prescrits au cabinet

Victor Hugo à Gennevilliers entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013:

- | | |
|-----------------------|----------------|
| - ciprofibrate | - indoramine |
| - dihydroergocryptine | - natalizumab |
| - dihydroergocristine | - tolcapone |
| - catumaxomab | - asenapine |
| - panitumumab | - meprobamate |
| - trabectedine | - bupropion |
| - vandetanib | - almitrine |
| - vinflunine | - naphazoline |
| - fer dextran | - omalizumab |
| - tacrolimus | - pirfenidone |
| - promethazine | - etoricoxib |
| - saxagliptine | - parecoxib |
| - tibolone | - floctafenine |
| - prucalopride | - denosumab |
| - telithromycine | - diacérine |

3.1.2. Résultats: médicaments peu prescrits

J'ai répertorié 19 médicaments peu prescrits, c'est à dire concernant 5 patients ou moins sur la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013):

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| • aliskiren | • varénicline |
| • bezafibrate | • oxymetazoline |
| • dihydroergotoxine | • celecoxib |
| • nicergoline | • nimesulide |
| • vildagliptine | • ranélate de strontium |
| • orlistat | • teriparatide |
| • moxifloxacin | • glucosamine |
| • flunarizine | • methocarbamol |
| • agomelatine | • quinine |
| • duloxétine | |

Il est intéressant de rechercher dans quel contexte chaque médicament a été prescrit.

1) aliskiren (Rasilez®)

Sur les 3 dossiers répertoriés, 2 sont des dossiers tests, c'est à dire des patients virtuels dont les dossiers ont été créés pour effectuer une simulation. Ils n'ont donc pas d'intérêt dans l'étude.

Un seul patient, âgé de 85 ans (dossier N°121753) et suivi par le Dr C, a eu une prescription ancienne et régulière d'aliskiren dans le cadre de son HTA. Cette prescription a été arrêtée par le Dr C en mars 2012.

2) bezafibrate (Befizal®)

Le bezafibrate a été régulièrement prescrit chez une patiente de 74 ans (N° 126440) suivie par Dr A, dans le cadre d'une hypercholestérolémie ancienne connue depuis 1986. Cette prescription est donc ancienne et a dû être débutée par un autre médecin.

Cette patiente n'est plus suivie au cabinet depuis octobre 2011.

3) dihydroergotoxine (Hydergine®)

La dihydroergotoxine a été régulièrement prescrite chez une patiente de 63 ans (N° 120582) suivie par le Dr B. Le contexte de prescription n'est pas été retrouvé dans le dossier.

Cette patiente n'est plus suivie au cabinet depuis avril 2011.

4) nicergoline (Sermion®)

Le sermion a été prescrit chez une patiente de 90 ans (N° 128523) suivie par le Dr A, en renouvellement du traitement de son médecin précédent. Il a été arrêté sans difficultés par le Dr A en janvier 2013.

5) vildagliptine (Eucreas®, Galvus®)

La vildagliptine concerne 3 patients au total:

- un homme de 52 ans (dossier N°127902), diabétique de type 2 non équilibré et suivi par le Dr B. La prescription de vildagliptine a été initiée par le diabétologue. Devant le diabète non équilibré, la vildagliptine a été arrêtée en avril 2013 et remplacée par la metformine seule par le Dr B. Puis le patient a été mis sous l'insuline à l'hôpital.

- un homme de 62 ans (N°129077) diabétique de type 2 et suivi par le Dr B. La vildagliptine a été initiée par son précédent médecin traitant. Elle a été arrêtée en octobre 2012 devant la non équilibration du diabète, avec un passage à l'insuline.

- un homme de 73 ans (N°120107) suivi par Dr A, diabétique de type 2 qui a eu une seule prescription de vildagliptine en août 2012, sans que le motif de la prescription ni de l'arrêt ne soit retrouvé dans le dossier.

6) orlistat (Alli®, Xenical®)

L'orlistat a été prescrit chez une patiente de 38 ans (N°120213) suivie par le Dr B. La prescription a été faite par son chirurgien plastique dans un contexte d'obésité. Cette patiente ne s'est plus présentée au cabinet depuis novembre 2012.

7) moxifloxacin (Izilox®)

La moxifloxacin a été prescrite à une seule reprise chez une patiente de 57 ans (N°125541) du Dr A. La prescription de l'antibiotique a été faite par un dermatologue dans un contexte de maladie de Verneuil.

8) flunarizine (Sibelium®)

La flunarizine a été prescrite chez 2 patients:

- un homme de 73 ans (N°120813), suivi par le Dr A. Le traitement a été initié par le neurologue dans un contexte de migraine. Il a été supprimé par la suite après avis du spécialiste.

- un homme de 97 ans (N°122766) suivi par le Dr A. Le traitement a été initié par son précédent médecin traitant et a été supprimé par la suite (La cause de la suppression n'a pas été retrouvée dans le dossier).

9) agomelatine (Valdoxan®)

L'agomelatine est prescrit et encore régulièrement renouvelé chez 2 patients:

- un homme de 50 ans suivi par le Dr A (N°120090) et qui présente un syndrome dépressif sévère. Le traitement a été initié par son psychiatre.

- un homme de 37 ans (N°127691) qui présente des troubles psychiatriques. La prescription a été initiée par le psychiatre du Centre Médico-Psychologique. Le patient consulte tous les médecins du cabinet selon les disponibilités des rendez-vous.

Ces 2 patients ont toujours une prescription régulière d'agomélatine par leurs psychiatres respectifs.

10) duloxetine (Cymbalta®)

J'ai retrouvé 4 prescriptions uniques de duloxétine non renouvelées chez 4 patients non suivis au cabinet:

- chez une patiente de 41 ans (N°129104). La prescription a été initiée par le réseau de soins palliatifs, pour traiter des douleurs neuropathiques dans un contexte de récurrence tumorale. Elle a été renouvelée par le Dr C.

- chez une patiente de 72 ans (N°120737) suivie par le Dr A. Elle présente un syndrome dépressif majeur suivi par un psychiatre. Le traitement a été initié par le psychiatre. La patiente ne vient plus consulter au cabinet depuis juillet 2012.

- chez une patiente de 53 ans (N°121092) suivie par le Dr A. Elle présente un syndrome dépressif. La prescription a été initiée par le psychiatre. Elle ne vient plus consulter au cabinet depuis 2011.

- chez une patiente de 40 ans (N°130153), suivie par Dr A. Elle présente un syndrome dépressif sévère. La prescription a été initiée par son psychiatre et a été renouvelée par le Dr C en dépannage de son traitement psychotrope.

11) varénicline (Champix®)

La varénicline a été prescrite chez 3 patients:

- une femme de 55 ans (N°121363) qui consulte aléatoirement tous les médecins du cabinet. La varénicline a été prescrite à une seule reprise en décembre 2010, par le Dr A, dans le cadre d'un sevrage tabagique. La prescription n'a pas été renouvelée par la suite.

- une femme de 60 ans (N°124626), suivie par le Dr B. Le traitement a été initié en 2007 par le Dr A dans le cadre d'un sevrage tabagique. Il a été arrêté en juin 2011 par le Dr A devant son absence d'efficacité.

- une femme de 53 ans (N°124789), suivie par le Dr C. Le traitement a été prescrit à une seule reprise en août 2011 par le Dr B dans le cadre d'un sevrage tabagique. La prescription n'a pas été renouvelée par la suite.

12) oxymetazoline (Aturgyl®, Deturgylone®, Pernazene®)

L'oxymetazoline a été prescrite chez 4 patients:

- un homme de 49 ans (N°120577) suivi par le Dr A. Il a eu une seule prescription d'oxymetazoline par le Dr A en septembre 2011 pour une obstruction nasale.

- une femme de 50 ans (N°121360) suivie par le Dr A. Elle a eu 3 prescriptions d'oxymetazoline entre 2010 et 2012 par le Dr A dans le cadre d'une rhinopharyngite.

- un homme de 57 ans (N°120675) suivi par le Dr A. Il a eu une seule prescription d'oxymetazoline par le Dr A en octobre 2010 pour une rhinopharyngite.

- un homme de 41 ans (N°123287) suivi par le Dr B. Il a eu une seule prescription d'oxymetazoline par le Dr A en août 2011 dans le cadre d'une rhinorrhée.

13) celecoxib (Celebrex®)

Le celecoxib a été prescrit chez 4 patients:

- un homme de 57 ans (N°130008) non suivi au cabinet. Il a eu une seule prescription de celecoxib par le Dr A, en juin 2013, en renouvellement à son traitement habituel.

- une femme de 55 ans (N°120162) suivie par le Dr A. Elle a eu 2 prescriptions de celecoxib en 2012 par le Dr A, dans le cadre d'une douleur d'origine indéterminée.

- une femme de 65 ans (N°123714) suivie par le Dr A. Elle a eu 4 prescriptions de celecoxib par le Dr A entre novembre 2011 et juin 2012, pour gonalgies chroniques. Il est noté dans le dossier que la patiente a refusé de prendre d'autres antalgiques. Le traitement a été ensuite arrêté suite à une visco-supplémentation.

- un homme de 63 ans (N°128240) qui n'a consulté qu'une seule fois au cabinet en août 2011. Dr B lui a prescrit du celecoxib dans le cadre d'une lombalgie.

14) nimesulide (Nexen®, Nimesulide®)

Le nimesulide a été prescrit chez 5 patients:

- un homme de 65 ans (N°121848) suivi par le Dr A. Le nimésulide a été régulièrement renouvelé par le Dr A jusqu'en janvier 2012. La prescription avait été initiée par son ancien médecin traitant. Le patient n'est plus suivi régulièrement au cabinet.

- un homme de 45 ans (N°127518) suivi par le Dr A. Le nimésulide a été prescrit à une seule reprise par un interne du cabinet en mars 2013, dans un contexte de douleurs.

- une femme de 28 ans (N°125042) suivie par le Dr A. Le nimésulide a été régulièrement renouvelé par le Dr A entre août 2006 et novembre 2011 dans un contexte de douleurs.

- une femme de 72 ans (N°122324) suivie par le Dr A. Le nimesulide a été prescrit à 2 reprises par le Dr A en 2010 dans un contexte de coxarthrose.

- une femme de 39 ans (N°126080) suivie par le Dr A. Le nimésulide a été prescrit à une seule reprise par un interne du cabinet en février 2013, dans un contexte de douleurs de jambes.

15) ranélate de strontium (Protelos®)

Le ranélate de strontium a été régulièrement renouvelé chez 2 patientes:

- une femme de 89 ans (N°128298), suivie par le Dr C. La prescription de ranélate de strontium a été initiée par son ancien médecin traitant. Le traitement a été substitué par l'alendronate monosodique par le Dr C en avril 2012.

- une femme de 96 ans (N°127284), anciennement suivie par le Dr A. La prescription de ranélate de strontium a été initiée par son ancien médecin traitant. Elle a été arrêtée par le Dr A en avril 2011. La patiente n'est plus suivie au cabinet depuis décembre 2012.

16) teriparatide (Forsteo®)

La teriparatide a été régulièrement renouvelée chez 2 patientes:

- une femme de 79 ans (N°122389), suivie par le Dr C. La prescription de teriparatide a été initiée par le rhumatologue en décembre 2013 devant une ostéoporose sévère. Elle est régulièrement renouvelée par le Dr C depuis. Malgré une rediscussion avec le rhumatologue, celui-ci a refusé de substituer le teriparatide par un biphosphonate.

- une femme de 80 ans (N°120445), suivie par le Dr A. La prescription de teriparatide a été initiée pendant une hospitalisation en mai 2012 suite à une chute avec fracture tassement vertébral. Elle a été régulièrement renouvelée par le Dr A jusqu'en décembre 2013.

17) glucosamine (Dolenio®, Flexea®, Osaflexan®, Structoflex®, Voltaflex®)

La glucosamine a été prescrite chez une patiente de 65 ans (N°120329) suivie par le Dr A. La prescription a été initiée par le Dr A en novembre 2012 dans un

contexte de poussée d'arthrose. Elle est encore régulièrement renouvelée par le rhumatologue.

18) methocarbamol (Lumirelax®)

Le methocarbamol a été prescrit chez 3 patients:

- un homme de 26 ans (N°129018) qui a consulté une fois le Dr C pour des lombalgies.

- une femme de 74 ans (N°121587) suivie par le Dr C. La prescription a été initiée par son ancien médecin traitant dans le cadre de lombalgies chroniques. Le methocarbamol a été substitué par le thiocolchicoside par le Dr C en janvier 2012.

- une femme de 79 ans (N°122389) suivie par le Dr C. La prescription a été faite à une reprise par le Dr A en août 2012 dans le cadre de lombalgies.

19) quinine (Hexaquine®)

La quinine a été prescrite chez 5 patients:

- un homme de 49 ans (N°122453) suivi par le Dr B. La quinine a été prescrite à une reprise par le Dr C en novembre 2010 dans un contexte de crampes. Elle n'a jamais été renouvelée.

- une femme de 91 ans (N°121618) suivie par le Dr C. La quinine a été prescrite à une reprise par le Dr C en janvier 2011 dans un contexte de crampes. Elle n'a jamais été renouvelée.

- un homme de 67 ans (N°120054) suivi par le Dr A. La quinine a été prescrite à une reprise par le Dr A en janvier 2011 dans un contexte de crampes. Elle n'a jamais été renouvelée.

- un homme de 54 ans (N°124979) suivi par le Dr A. La quinine a été prescrite à 2 reprises par le Dr A en novembre 2010 et mars 2011 dans un contexte de crampes. Il n'y a pas eu d'amélioration des symptômes sous ce traitement.

- une femme de 79 ans (N°122389) suivie par le Dr C. La quinine a été prescrite à une seule reprise par le Dr C en janvier 2011 dans un contexte de crampes. Elle n'a jamais été renouvelée.

3.1.3. Résultats: médicaments souvent prescrits

19 médicaments souvent prescrits (c'est à dire concernant plus de 5 dossiers entre le 01/10/ 2010 et le 31/07/2013) ont été répertoriés ([annexe 4 et 6](#)).

Parmi ceux-ci, on peut distinguer 2 classes:

- ceux dont la fréquence de prescription a diminué depuis octobre 2012:
 - ivabradine
 - trimetazidine
 - tianeptine
 - etifoxine
 - pholcodine
 - éphédrine
 - pseudoéphédrine

- ceux qui continuent à être souvent prescrits après octobre 2012:
 - fénofibrate
 - nicorandil
 - méquitazine
 - sitagliptine
 - dompéridone
 - venlafaxine
 - tuaminoheptane
 - tixocortol
 - kétoprofène gel
 - néfopam
 - piroxicam
 - thiocolchicoside

Je détaille pour chacun des médicaments: leurs indications et leurs effets indésirables.

Puis, j'expose les résultats obtenus lors de mon recueil initial. Pour les traitements prescrits au long cours, j'ai fait une liste des patients concernés sous forme de tableau. Par souci de confidentialité, les patients y sont identifiés par leur année de naissance et leur numéro de dossier.

3.1.3.1. Ivabradine (Procoralan®)

1a) Ivabradine: rappel des indications et des effets indésirables

Le Procoralan® a l'AMM dans l'angor stable à la place ou en association avec des bêtabloquants et dans l'insuffisance cardiaque.

Mais d'après la revue Prescrire, il n'est pas plus efficace que les autres traitements et il présente des effets indésirables graves tels que des troubles cardiaques (bradycardies, troubles du rythme cardiaque) et visuels. [8]

Le service médical rendu (SMR) de l'ivabradine est jugé insuffisant par la Haute Autorité de Santé (HAS). [9]

1b) Ivabradine: résultats

5 patients ont eu au moins une prescription d'ivabradine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

Tableau 1: liste des patients ayant eu au moins une prescription d'ivabradine entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant
1937	120111	Dr A
1946	120825	Dr A
1951	127787	Dr A
1927	128883	Dr A

1954	128929	Dr C
------	--------	------

3.1.3.2. Fénofibrate (Fegenor® Fenofibrate® Lipanthyl® Secalip®)

2a) Fénofibrate: rappel des indications et des effets indésirables

En 2005, l'essai FIELD (étude randomisée en double aveugle chez plus de 9000 patients diabétiques de type 2) a comparé le fénofibrate versus placebo sur une durée médiane de suivi de 5 ans. Les résultats ne montrent aucune différence en ce qui concerne le critère d'évaluation primaire (combinaison de la mortalité coronarienne et de l'infarctus du myocarde non fatal) entre le groupe traité par le fénofibrate et le groupe placebo.

Une faible diminution statistiquement significative de l'un des critères d'évaluation secondaires (combinaison de mortalité cardio-vasculaire, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral et revascularisation) a été observée en faveur du fénofibrate.

En 2010, une analyse en sous-groupe de l'essai FIELD a inclus 170 patients diabétiques de type 2. Il a été ainsi conclu que le fénofibrate favorise de façon significative une augmentation du taux de créatinine plasmatique par rapport au placebo. [10] [11]

Le seul fibrate à privilégier est donc le gemfibrozil (Lipur®), qui a une meilleure évaluation sur la morbi-mortalité.

2b) Fénofibrate: résultats

18 patients ont eu au moins une prescription de fénofibrate durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

En reprenant chaque dossier un par un sur cette période, il s'avère que le traitement par fénofibrate a été arrêté chez 7 patients.

Donc 11 patients ont toujours une prescription régulière de fénofibrate au 31/07/2013.

Tableau 2 : liste des patients ayant eu au moins une prescription de fénofibrate entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	remarques
1936	121872	Dr C	traitement déjà arrêté
1952	126181	Dr C	
1937	128434	Dr B	traitement déjà arrêté
1945	120304	Dr A	
1951	121687	Dr B	
1938	121462	Dr A	
1943	128732	Dr B	
1955	125178	Dr C	traitement déjà arrêté
1925	127329	Dr A	
1934	127692	Dr B	traitement déjà arrêté
1940	120107	Dr A	
1956	126120	Dr A	traitement déjà arrêté
1949	121731	Dr B	traitement déjà arrêté
1943	122254	Dr C	
1956	121005	Dr C	traitement déjà arrêté
1946	126161	Dr C	
1930	129388	Dr A	
1943	120442	Dr A	

3.1.3.3. Nicorandil (Adancor® Ikorel® Nicorandil®)

3a) Nicorandil: rappel des indications et des effets indésirables

Le nicorandil est un vasodilatateur ayant une composante nitrée. C'est un traitement symptomatique de l'angor, d'efficacité mineure. Mais il expose à des ulcérations cutanéomuqueuses parfois graves. [12][13]

La commission nationale de pharmacovigilance a notifié 45 ulcérations cutanéomuqueuses en France entre 2008 et 2011, dont 57% ont nécessité une hospitalisation. Ces ulcérations sont buccales, linguales ou pharyngées, cutanées, anales, gastroduodénales, intestinales, génitales, nasales, péristomiales. Leur délai de survenue s'étend de plusieurs mois à plusieurs années après le début du traitement. [14][15]

Ces ulcérations peuvent se compliquer d'abcès, d'hémorragies, de perforations, ou de fistules. L'évolution dépend du type et de la gravité de l'ulcération, mais elle est généralement favorable en quelques semaines à quelques mois après l'arrêt du nicorandil.

3b) Nicorandil: résultats

9 patients ont eu au moins une prescription de Nicorandil durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

En reprenant chaque dossier un par un sur cette période, parmi ces 9 patients, 3 sont décédés. Le traitement par nicorandil a déjà été arrêté chez un patient en juin 2011.

5 patients ont toujours une prescription régulière de nicorandil au 31/07/2013.

Tableau 3 : liste des patients ayant eu au moins une prescription de nicorandil entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	Remarques
1951	127787	Dr A	
1923	128178	Dr A	
1943	126157	Dr A	
1938	120257	Dr A	
1936	126692	Dr C	patient décédé
1926	120545	Dr A	traitement déjà arrêté
1935	120534	Dr A	

1922	120181	Dr A	patient décédé
1940	121757	Dr B	patient décédé

3.1.3.4. Trimétazidine (Trimetazidine® Vastarel®)

4a) Trimétazidine: rappel des indications et des effets indésirables

La Trimétazidine a eu l'AMM en 1978 dans l'angor, les troubles visuels, les vertiges et les acouphènes.

Elle n'a pas d'efficacité clinique au-delà de l'effet symptomatique mais présente de nombreux effets indésirables tels que thrombopénies, syndromes parkinsoniens, syndrome des jambes sans repos, atteintes cutanées, hépatites cytolytiques, palpitations, hypotensions artérielles, vertiges, malaises, chutes, etc...

[16]

En 2011, une réévaluation européenne de la trimétazidine a été demandée par l'ANSM en raison d'effets indésirables neurologiques potentiellement graves et du manque d'efficacité. Cette réévaluation par l'EMA (Agence européenne du médicament) a débouché sur:

- le retrait de l'AMM dans le traitement symptomatique des vertiges et des acouphènes, et dans le traitement d'appoint de troubles visuels
- le maintien de l'AMM en association dans le traitement symptomatique de l'angor stable [17]

4b) Trimétazidine: résultats

20 patients ont eu au moins une prescription de trimétazidine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

En reprenant chaque dossier un par un sur cette période, le traitement par trimétazidine a été arrêté chez la plupart des patients au fil du temps. Seuls 3 patients ont toujours une prescription régulière de trimétazidine au 31/07/2013.

Tableau 4 : liste des patients ayant eu au moins une prescription de trimétazidine entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	remarques
1946	122042	Dr A	traitement déjà arrêté
1936	124567	Dr A	traitement déjà arrêté
1929	122130	Dr A	
1983	121831	Dr B	traitement déjà arrêté
1958	121235	Dr A	traitement déjà arrêté
1913	129296	Dr A	traitement déjà arrêté
1935	121578	Dr C	traitement déjà arrêté
1938	120257	Dr A	traitement déjà arrêté
1934	126053	Dr A	traitement déjà arrêté
1945	127938	Dr A	ne consulte plus
1939	121632	Dr C	traitement déjà arrêté
1926	128778	Dr A	traitement déjà arrêté
1959	120377	Dr A	traitement déjà arrêté
1919	121724	Dr C	traitement déjà arrêté
1929	127849	Dr A	ne consulte plus
1955	123013	Dr C	traitement déjà arrêté
1920	121945	Dr C	traitement déjà arrêté
1946	121100	Dr A	
1942	121774	Dr B	
1941	128848	Dr A	traitement déjà arrêté

3.1.3.5. Méquitazine (Primalan®)

5a) Méquitazine: rappel des indications et des effets indésirables

La méquitazine est un antihistaminique H1 sédatif et atropinique. Elle a été commercialisée pour le traitement symptomatique des manifestations allergiques (rhinite allergique, conjonctivite, urticaire).

Elle a été inscrite sur la liste I des substances vénéneuses en juillet 2011[18]. En effet, elle expose à des effets indésirables tels que des troubles du rythme cardiaque (notamment des torsades de pointes) et un allongement de l'intervalle QT. Par ailleurs, il existe des effets indésirables sédatifs et atropiniques (troubles de la vision, bouche sèche, constipation, confusion, hallucinations, irritabilité, etc.)[19][20]

En pratique, le traitement des manifestations allergiques repose d'abord sur l'éviction de l'allergène lorsqu'il est connu et évitable. Lorsqu'un médicament oral est envisagé, il faudrait préférer des antihistaminiques H1 dits non sédatifs et non atropiniques telles que la loratadine (Clarityne®) ou la cétirizine (Zyrtec®). [21]

On peut noter que la dexchlorphéniramine (Polaramine®) a l'AMM chez les nourrissons et la desloratadine (Aerius®) a l'AMM chez les nourrissons à partir de l'âge de 1 an.

5b) Méquitazine: résultats

82 patients ont eu au moins une prescription de méquitazine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

La méquitazine étant toujours prescrite de façon temporaire dans le cadre d'un traitement symptomatique d'une pathologie aiguë, il est inutile de reprendre ces dossiers un par un.

3.1.3.6. Sitagliptine (Januvia® Xelevia® Velmetia®)

6a) Sitagliptine: rappel des indications et des effets indésirables

La Sitagliptine est un inhibiteur de la dipeptidyl dipeptidase (DPP-4) (gliptines) autorisé dans l'Union Européenne chez les patients diabétiques de type 2. Elle entraîne une diminution modeste de HbA1c (de l'ordre de 0.7% par rapport au placebo). Mais elle n'a pas d'efficacité clinique sur les complications et la mortalité du diabète.

Or, ce médicament expose de nombreux effets indésirables comme des nausées, des constipations, des infections (notamment respiratoires hautes), des myalgies, des dépressions, des augmentations de la créatinine plasmatique, un risque de cancers, des troubles neuromusculaires, des réactions d'hypersensibilités,... [22][23]

6b) Sitagliptine: résultats

23 patients ont eu au moins une prescription de sitagliptine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

En reprenant chaque dossier un par un sur cette période, le traitement par sitagliptine a déjà été arrêté chez 7 patients. 8 patients ne consultent plus au cabinet.

8 patients ont toujours une prescription régulière de sitagliptine au 31/07/2013.

Tableau 5 : liste des patients ayant eu au moins une prescription de sitagliptine entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	remarques
1946	128406	Dr A	ne consulte plus
1930	121352	Dr A	
1939	120585	Dr A	
1948	128706	Dr C	ne consulte plus
1951	128258	Dr A	
1936	128478	Dr A	traitement déjà arrêté
1954	127333	Dr C	traitement déjà arrêté
1925	126042	Dr A	
1960	127902	Dr B	traitement déjà arrêté
1950	124262	Dr A	
1956	125296	Dr A	
1936	120539	Dr A	ne consulte plus
1926	127936	Dr A	ne consulte plus
1938	128983	Dr C	traitement déjà arrêté
1982	130021	Dr A	ne consulte plus
1936	120013	Dr A	traitement déjà arrêté
1950	124311	Dr B	ne consulte plus
1930	120894	Dr A	
1962	128899	Dr A	
1948	128054	Dr A	traitement déjà arrêté
1960	129051	Dr B	ne consulte plus
1926	121002	Dr A	ne consulte plus
1953	120720	Dr A	traitement déjà arrêté

3.1.3.7. Dompéridone (Biperidys® Domperidone® Motilium® Oroperidys® Peridys®)

7a) Dompéridone: rappel des indications et des effets indésirables

La Dompéridone est un médicament neuroleptique utilisé dans le traitement du reflux gastro-œsophagien et des nausées et vomissements.

Selon la commission de transparence de l'HAS, « l'efficacité de la dompéridone dans le traitement des nausées et vomissements des patients atteints d'une gastro parésie diabétique est bien établie. L'efficacité de la dompéridone dans les nausées et vomissements d'étiologies variables est mal établie » [24].

Mais il présente de nombreux effets secondaires graves, notamment un allongement du QT, des troubles du rythme ventriculaire, et des morts subites [25]. En 2005, une étude cas/témoins néerlandaise a démontré que le risque de mort subite est 4 fois plus important chez les patients sous dompéridone (RC= 3,7 avec IC95%: 1.7 à 8.1) et 11 fois plus important avec des doses supérieures à 30mg/j [26].

Pour le reflux gastro œsophagien, il est donc recommandé de privilégier les mesures hygiéno-diététiques avec éventuellement un traitement par antiacides et inhibiteurs de la pompe à protons.

En ce qui concerne les vomissements, ils représentent un symptôme angoissant pour les parents de jeunes enfants et gênant pour les adultes. Mais les traitements antiémétiques ont montré peu d'efficacité dans le cadre de gastro-entérites, où les symptômes s'améliorent souvent spontanément en 24-48 heures.

En France, les traitements antiémétiques les plus prescrits sont les prokinétiques (métoclopramide Primperan®, dompéridone Motilium®, métopimazine Vogalène®). Ce sont des neuroleptiques cachés, qui peuvent entraîner des troubles neurologiques tels que sédation et somnolence, dyskinésies et syndromes extrapyramidaux. Le métoclopramide entraîne 30 fois plus de dyskinésie que la dompéridone et la métopimazine. La métopimazine (Vogalene®) est très mal évaluée (études non comparatives avec des petits nombres de patients) avec un risque d'effets parkinsoniens équivalent à celui du dompéridone (environ 0,3 / 100 000 versus 11 cas / 100 000 avec métoclopramide) [27] [28]. Le métopimazine est donc le prokinétique pour lequel le moins d'effets indésirables a été décrit.

En dehors d'un terrain à risque (personne âgée, insuffisant rénal,...), l'attitude la plus raisonnable est donc d'attendre que les nausées cèdent, en réhydratant et resucrant (soluté de réhydratation orale chez l'enfant, eau chez l'adulte [29][30][31]. En cas de gêne majeure, bien que son efficacité ne soit pas démontrée, la métopimazine (Vogalene®) est le prokinétique et l'antiémétique semblant avoir le meilleur profil de tolérance à l'heure actuelle.

7b) Dompéridone: résultats

297 patients ont eu au moins une prescription de dompéridone durant la période étudiée.

La dompéridone étant toujours prescrite de façon temporaire dans le cadre d'un traitement symptomatique d'une pathologie aiguë, il est inutile de reprendre ces dossiers un par un.

3.1.3.8. Venlafaxine (Effexor® Venlafaxine®)

8a) Venlafaxine: rappel des indications et des effets indésirables

La venlafaxine est un traitement antidépresseur qui a une activité sérotoninergique et noradrénergique. Elle est commercialisée chez les adultes dans l'anxiété généralisée, les épisodes dépressifs majeurs, la prévention des récives dépressives, la phobie sociale, et les troubles paniques avec ou sans agoraphobie.

Mais elle expose plus que d'autres antidépresseurs à des troubles cardiovasculaires (augmentation de la tension artérielle, tachycardie, allongement de l'intervalle QT, troubles du rythme cardiaque), pré éclampsie et éclampsie pendant la grossesse. Elle abaisse également le seuil de convulsion. [32][33][34][35]

La prise en charge de l'anxiété généralisée est d'abord psychologique, afin de limiter le recours aux médicaments. Le médicament de référence est une benzodiazépine, si possible en courte durée.

Dans la dépression, la prévention des récives dépressives, la phobie sociale et les troubles paniques, il faut privilégier les autres traitements antidépresseurs, notamment les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS).

8b) Venlafaxine: résultats

42 patients ont eu au moins une prescription de venlafaxine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

En reprenant chaque dossier un par un, parmi ces 42 patients, 2 sont décédés et 10 patients ne consultent plus au cabinet. Le traitement par venlafaxine a déjà été arrêté chez 13 patients.

17 patients ont toujours une prescription régulière de venlafaxine au 31/07/2013.

Tableau 6 : liste des patients ayant eu au moins une prescription de venlafaxine entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	Remarques
1967	120453	Dr A	ne consulte plus
1920	128384	Dr A	traitement déjà arrêté
1952	124451	Dr A	traitement déjà arrêté
1967	121794	Dr C	
1937	120111	Dr A	
1936	126233	Dr A	traitement déjà arrêté
1952	127906	Dr A	traitement déjà arrêté
1934	120180	Dr A	traitement déjà arrêté
1920	124590	Dr A	patient décédé
1919	127415	Dr A	traitement déjà arrêté
1947	124120	Dr A	ne consulte plus
1954	130002	Dr A	ne consulte plus
1962	120090	Dr A	traitement déjà arrêté

Tableau 6 bis : liste des patients ayant eu au moins une prescription de venlafaxine entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013 (suite)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	Remarques
1947	120094	Dr A	
1928	121956	Dr A	traitement déjà arrêté
1935	128076	Dr A	traitement déjà arrêté
1958	124626	Dr B	
1930	126622	Dr B	ne consulte plus
1946	120054	Dr A	
1980	124806	Dr A	ne consulte plus
1961	122573	Dr A	
1962	120281	Dr A	
1923	121201	Dr A	
1927	125819	Dr A	
1925	127329	Dr A	
1926	120545	Dr A	
1963	121538	Dr A	
1955	120118	Dr A	
1929	121699	Dr B	traitement déjà arrêté
1970	124875	Dr A	ne consulte plus
1938	120100	Dr A	ne consulte plus
1913	126648	Dr B	patient décédé
1952	120824	Dr A	
1976	125655	Dr A	traitement déjà arrêté
1932	120445	Dr A	
1933	128160	Dr C	ne consulte plus
1977	123940	Dr C	traitement déjà arrêté
1954	121596	Dr B	
1933	120655	Dr A	traitement déjà arrêté
1949	120210	Dr A	ne consulte plus
1977	127904	Dr A	ne consulte plus
1946	122482	Dr A	

3.1.3.9. Tianeptine (Stablon®)

9a) Tianeptine: rappel des indications et des effets indésirables

La tianeptine est un traitement antidépresseur qui ne présente pas d'avantages par rapport aux autres antidépresseurs.

Mais elle entraîne de nombreux effets indésirables tels que des atteintes hépatiques, des atteintes neuropsychiques (convulsions, épilepsies, mouvements involontaires et troubles extrapyramidaux, tentatives de suicide, confusions, hallucinations, agitations), des atteintes cutanées, des hyponatrémies, des troubles cardio-vasculaires, des thrombopénies,... [36]

Ainsi, en 22 ans de commercialisation, la Commission nationale de pharmacovigilance française a recensé 426 notifications d'effets indésirables graves et 501 d'effets indésirables non graves. Les plus fréquents des troubles graves ont été 82 atteintes hépatiques. [37]

9b) Tianeptine: résultats

17 patients ont eu au moins une prescription de tianeptine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

En reprenant chaque dossier un par un, parmi ces 17 patients, 1 patient est décédé et 3 patients ne consultent plus au cabinet. Le traitement par tianeptine a déjà été arrêté chez 12 patients.

Un seul patient a toujours une prescription régulière de tianeptine au 31/07/2013.

Tableau 7 : liste des patients ayant eu au moins une prescription de tianeptine entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	Remarques
1934	121655	Dr B	traitement déjà arrêté
1929	128102	Dr A	traitement déjà arrêté
1960	121940	Dr A	traitement déjà arrêté
1931	125544	Dr A	traitement déjà arrêté
1931	122128	Dr A	ne consulte plus
1934	120629	Dr A	traitement déjà arrêté
1919	128143	Dr B	traitement déjà arrêté
1935	120220	Dr A	traitement déjà arrêté
1937	127608	Dr C	traitement déjà arrêté
1979	120232	Dr A	traitement déjà arrêté
1934	126053	Dr A	
1927	128137	Dr C	traitement déjà arrêté
1945	124628	Dr C	traitement déjà arrêté
1945	130154	Dr C	traitement déjà arrêté
1937	120300	Dr A	ne consulte plus
1918	128003	Dr A	patient décédé
1965	126118	Dr A	ne consulte plus

3.1.3.10. Etifoxine (Stresam®)

10a) Etifoxine: rappel des indications et des effets indésirables

L'étifoxine est un traitement anxiolytique dont l'efficacité est mal évaluée.

Mais il présente de nombreux effets indésirables tels que des atteintes hépatiques, cutanées, colites, thrombopénies, réactions d'hypersensibilité,... [38][39]

Il entraîne également une perte d'efficacité de médicaments associés (Contraception orale, anticoagulants).

10b) Etifoxine: résultats

33 patients ont eu au moins une prescription d'etifoxine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

En reprenant chaque dossier un par un, parmi ces 33 patients, 3 patients ne consultent plus au cabinet. Le traitement par etifoxine a déjà été arrêté chez 29 patients.

Un seul patient a toujours une prescription régulière d'etifoxine au 31/07/2013.

Tableau 8 : liste des patients ayant eu au moins une prescription d'etifoxine entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	Remarques
1961	125462	Dr C	déjà arrêté
1966	122915	Dr C	déjà arrêté
1976	122255	Dr A	déjà arrêté
1951	120970	Dr A	déjà arrêté
1960	126887	Dr B	déjà arrêté
1961	125724	Dr C	déjà arrêté
1955	127190	Dr A	déjà arrêté
1979	127560	Dr C	déjà arrêté
1970	122953	Dr A	déjà arrêté
1985	128609	Dr C	déjà arrêté
1975	126852	Dr B	déjà arrêté
1969	126385	Dr A	ne consulte plus
1961	127969	Dr C	déjà arrêté
1954	130002	Dr A	déjà arrêté
1935	120220	Dr A	
1959	120103	Dr A	déjà arrêté
1975	121598	Dr C	déjà arrêté
1932	121819	Dr C	déjà arrêté
1985	124500	Dr C	déjà arrêté
1986	124661	Dr C	déjà arrêté
1980	124831	Dr C	déjà arrêté
1954	121793	Dr C	déjà arrêté
1943	122011	Dr B	déjà arrêté
1940	122263	Dr B	déjà arrêté
1972	122568	Dr A	déjà arrêté
1981	128623	Dr C	déjà arrêté
1967	122145	Dr B	déjà arrêté
1949	120362	Dr A	déjà arrêté
1976	127209	Dr A	ne consulte plus
1971	124459	Dr A	déjà arrêté
1964	127717	Dr A	déjà arrêté
1969	128314	Dr C	ne consulte plus
1979	125941	Dr B	déjà arrêté

3.1.3.11. Pholcodine (Biocalyptol®, Broncalene®, Clarix®, Codotussyl®, Dimetane®, Flucalyptol®, Hexapneumine®, Humex toux sèche pholcodine®, Polery®, Pulmosodyl®, Respilene®)

11a) Pholcodine: rappel des indications et des effets indésirables

La pholcodine est un opioïde faible, utilisé comme traitement antitussif.

Mais elle présente un risque de sensibilisation aux curares et serait donc un facteur de risque de chocs anaphylactiques aux curares au cours d'anesthésie générale [40][41][42].

11b) Pholcodine: résultats

10 patients ont eu au moins une prescription de pholcodine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

La pholcodine étant toujours prescrite de façon temporaire dans le cadre d'un traitement symptomatique d'une pathologie aiguë, il est inutile de reprendre ces dossiers un par un.

3.1.3.12. Ephedrine (Rhinamide® Rhino Sulfuryl®), Pseudoephedrine (Actifed rhume®, Actifedduo®, Adviltab rhume®, Dolirhume®, Humex rhume®, Nurofen rhume®, Rhinadvil®, Rhinureflex®, Rhumagrip®, Sudafed®)

12a) Ephédrine et Pseudoéphédrine: rappel des indications et des effets indésirables

L'éphédrine et la pseudo éphédrine sont des décongestionnants vasoconstricteurs utilisés par voies orale et nasale. Mais ils exposent à des troubles cardio-vasculaires, parfois mortels.

En effet, depuis le 1er janvier 2011, 15 cas graves d'effets indésirables cardio-vasculaires (à type d'HTA, crise d'angor) ou neurologiques (à type de convulsion, troubles du comportement et accident vasculaire), survenus chez des patients ayant

pris une spécialité renfermant un vasoconstricteur (voie orale ou nasale), ont été enregistrés dans la base nationale de pharmacovigilance. Dans 25% des cas, les recommandations présentes dans le résumé des caractéristiques du produit de ces spécialités n'étaient pas respectées (durée de traitement supérieure à 5 jours, non-respect des contre-indications) [43].

Leur service médical rendu (SMR) étant jugé faible par l'ANSM, ces médicaments sont remboursables à 15% seulement [44].

12b) Ephédrine et Pseudoéphédrine: résultats

15 patients ont eu au moins une prescription d'éphédrine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

15 patients ont eu au moins une prescription de pseudoéphédrine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

L'éphédrine et la pseudoéphédrine étant toujours prescrites de façon temporaire dans le cadre d'un traitement symptomatique d'une pathologie aiguë, il est inutile de reprendre ces dossiers un par un.

3.1.3.13. Tuaminoheptane (Rhinofluimicil®)

13a) Tuaminoheptane: rappel des indications et des effets indésirables

Le tuminoheptane est un décongestionnant vasoconstricteur par voie nasale. Il a une efficacité modeste et transitoire mais présente de nombreux effets secondaires, dont des troubles cardio-vasculaires. Par ailleurs, il est contre indiqué chez les enfants de moins de 15 ans depuis avril 2012. [45][46]

13b) Tuaminoheptane: résultats

340 patients ont eu au moins une prescription de Tuaminoheptane durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

Le tuaminoheptane étant toujours prescrit de façon temporaire dans le cadre d'un traitement symptomatique d'une pathologie aiguë, il est inutile de reprendre ces dossiers un par un.

3.1.3.14. Tixocortol (Thiovalone®)

14a) Tixocortol: rappel des indications et des effets indésirables

La Thiovalone® est une association de tixocortol et de chlorexidine en pulvérisation buccale. D'après le Vidal, c'est un «traitement local d'appoint (...) des affections limitées à l'oropharynx". Il est disponible sans ordonnance, pour les adultes et les enfants de plus de 6 ans.

Son efficacité n'est pas établie mais il peut entraîner des réactions allergiques graves telles que des œdèmes cutanéomuqueux de la face, des glossites ou même un œdème de Quincke. [47][48]

Pour soulager les patients des maux de gorge, mieux vaut d'abord proposer aux patients de boire de l'eau et de sucer des confiseries pour stimuler la production de salive et apaiser les muqueuses irritées. En cas de douleur trop gênante, le paracétamol reste l'antalgique de premier choix.

14b) Tixocortol: résultats

367 patients ont eu au moins une prescription de tixocortol durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

Mais la prescription du tixocortol par voie orale n'est pas individualisable dans le logiciel éO car la recherche du nom "tixocortol" englobe toutes les formes de tixocortol, y compris la voie nasale (Pivalone®).

3.1.3.15. Kétoprofène gel (Ketoprofène gel® Ketum®)

15a) Kétoprofène gel: rappel des indications et des effets indésirables

Le Kétoprofène gel ou Ketum est un AINS topique qui a été retiré du marché fin 2009, et est réapparu début 2010 suite à une procédure de justice.

Son efficacité est modeste mais il expose à des troubles cutanés de type eczématiformes et photo dermatoses. [49]

Il faudrait donc privilégier d'autres AINS topiques: ibuprofène topique (Nurofen®, Advil®,...) ou diclofénac topique (Voltarène emulgel®,...)

15b) Kétoprofène gel: résultats

La prescription du kétoprofène en gel ou Ketum® n'est pas individualisable dans le logiciel éO car la recherche du nom "kétoprofène" englobe toutes les formes de kétoprofène, y compris la voie orale. Or le kétoprofène est déconseillé seulement pour la voie locale. Il est donc impossible de suivre la prescription du kétoprofène gel.

3.1.3.16. Néfopam (Acupan®)

16a) Néfopam: rappel des indications et des effets indésirables

Le Néfopam est un antalgique dont le mécanisme d'action est mal connu. Il est commercialisé en France sous forme d'ampoules de solution injectable. Mais ces ampoules sont souvent utilisées par voie orale, de manière détournée.

Il présente de nombreux effets atropiniques (troubles digestifs, vertiges, tachycardies, sueurs, rétention aiguë d'urines, confusions, hallucinations), réactions anaphylactiques, convulsions (abaisse le seuil convulsivant), troubles hépatiques, dépendances [50][51].

La revue Prescrire recommande donc de privilégier les antalgiques de palier 2 et de passer au palier 3 (morphine) si cela n'est pas suffisant.

16b) Néfopam: résultats

23 patients ont eu au moins une prescription de néfopam durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

Tableau 9 : liste des patients ayant eu au moins une prescription de néfopam entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	motif de prescription
1935	122256	Dr B	chondrocalcinose
1970	121204	Dr A	cirrhose hépatique
1951	120318	Dr A	lombalgies
1975	120933	Dr B	céphalées
1929	122130	Dr A	lombosciatique
1924	121709	Dr C	gonalgies
1955	122360	Dr B	arthralgies
1925	126139	Dr C	lombalgie
1973	121835	Dr B	colique néphrétique
1937	130131	Dr B	gonalgie
1920	127651	Dr C	soins palliatifs
1940	121251	Dr A	entorse
1945	122511	Dr A	lombosciatique
1938	125023	Dr B	arthralgies
1962	120281	Dr B	lombalgies
1960	126353	Dr C	douleurs néoplasiques
1927	122118	Dr B	lombalgies (intolérance à la codéine)
1932	120045	Dr A	douleurs diffuses
1975	125194	Dr B	lombalgies
1961	124621	Dr B	arthralgies
1928	126513	Dr B	arthralgies
1967	122145	Dr B	dorsalgies
1963	120282	Dr A	lombosciatique
1955	123013	Dr C	douleurs néoplasiques
1948	126236	Dr C	lombalgies
1937	124438	Dr A	douleurs néoplasiques

3.1.3.17. Piroxicam (Brexin® Cycladol® Feldène® Piroxicam® Proxalyoc® Zofora®)

17a) Piroxicam: rappel des indications et des effets indésirables

Le piroxicam est un AINS qui n'est pas plus efficace que d'autres AINS. Il est remboursable à 15% par la Sécurité Sociale depuis avril 2010 suite à une baisse du service médical rendu.

En effet, il présente des effets indésirables tels que des troubles digestifs (dont des perforations) et cutanés (dont le syndrome de Lyell). [52][53][54]

17b) Piroxicam: résultats

18 patients ont eu au moins une prescription de piroxicam durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

Le piroxicam étant toujours prescrit de façon temporaire dans le cadre d'un traitement symptomatique d'une pathologie aiguë, il est inutile de reprendre ces dossiers un par un.

3.1.3.18. Thiocolchicoside (Coltramyl® Miorel® Myoplege® Thiocolchicoside®)

18a) Thiocolchicoside: rappel des indications et des effets indésirables

Le thiocolchicoside est un traitement myorelaxant. C'est un dérivé de la colchicine.

Il entraîne des effets secondaires tels que des diarrhées, gastralgies, et convulsions [55]. Ainsi, 11 notifications de convulsions chez des patients prenant du thiocolchicoside ont été recensées dans la base française de pharmacovigilance [56].

Il vaut donc mieux s'en tenir au repos et au traitement antalgique.

18b) Thiocolchicoside: résultats

220 patients ont eu au moins une prescription de thiocolchicoside durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

La thiocolchicoside étant toujours prescrite de façon temporaire dans le cadre d'un traitement symptomatique d'une pathologie aiguë, il est inutile de reprendre ces dossiers un par un.

3.2. Mise en place des stratégies

Une première réunion a été organisée avec les médecins du cabinet. A l'aide d'un document PowerPoint, je leur ai exposé les résultats de mon recueil (cf. paragraphe précédent et [annexe 5](#)).

Pour les médicaments les plus prescrits, nous avons discuté des indications des médicaments et de leur balance bénéfices-risques. Nous avons ensuite développé ensemble des stratégies pour aider à la déprescription de ces médicaments.

Tout d'abord, j'ai affiché la liste des 19 médicaments (en DCI et en nom commercial) à côté de l'écran de chaque ordinateur du cabinet ([annexe 6](#)). Ainsi, les médecins ont pu plus facilement penser à déprescrire ces médicaments. En cas de doute sur un médicament, ils ont pu ainsi se référer immédiatement à la liste.

Pour les traitements prescrits au long cours, j'ai fait une liste des patients concernés sous forme de tableau. Afin d'aider les médecins à déprescrire les médicaments, je leur ai donné la liste de leurs patients et j'ai posé une alarme dans le logiciel éO à l'ouverture de chacun des dossiers concernés. Pour déprescrire les traitements au long cours, il faut tout d'abord en parler au patient en lui expliquant les raisons et obtenir son adhésion.

Pour les traitements prescrits temporairement dans le but de soulager certains symptômes (comme la méquitazine ou la dompéridone), nous avons jugé qu'il n'était pas utile de faire une liste des patients concernés. J'ai régulièrement vérifié la non prescription de ces traitements sur le logiciel éO. Si le traitement était encore prescrit, je rappelais au médecin l'importance de la déprescription de ce traitement.

Concernant le traitement du rhume et du mal de gorge, j'ai créé une fiche info-patient ([annexe 11](#)). Cette fiche a été intégrée aux autres fiches infos-patient présentes dans le dossier "favoris" du Pôle de santé de Gennevilliers-Villeneuve la Garenne, après accord des autres médecins du Pôle. En effet, une barre de favoris a été installée sur tous les postes informatiques des médecins du pôle et permet d'avoir des liens internet utiles communs aux médecins.

Voici les différentes stratégies adoptées pour chacun des 19 médicaments les plus prescrits.

1) Ivabradine (Procoralan®)

Afin de sensibiliser le patient à la nécessité d'arrêter le traitement, voici un exemple de propos: "Je pense que ce n'est pas le meilleur traitement, il existe d'autres traitements pour lesquels nous avons plus de recul. Nous savons que celui-là donne certains effets indésirables que ne donnent pas les autres traitements mieux connus et ces effets peuvent être graves..."

Pour les patients concernés, la prescription de l'ivabradine a toujours été initiée par le cardiologue. Il peut donc être délicat de supprimer ce traitement sans avis cardiologique.

Il convient d'adresser le patient au cardiologue en lui proposant d'arrêter le traitement par ivabradine. Nous décidons alors d'envoyer au préalable une lettre à chaque

cardiologue concerné (4 au total), en incluant la photocopie de l'article de Prescrire (annexe 7).

2) Fénofibrate (Fegenor® Fenofibrate® Lipanthyl® Secalip®)

11 patients ont toujours une prescription régulière de fénofibrate au 31/07/2013.

Nous pouvons proposer de remplacer le fénofibrate par le gemfibrozil (Lipur®), qui présente moins d'effets indésirables.

3) Nicorandil (Adancor® Ikorel® Nicorandil®)

5 patients ont toujours une prescription régulière de nicorandil au 31/07/2013.

Selon le contexte du patient, nous proposons d'adresser au cardiologue avec une lettre du même type que celle pour l'ivabradine.

4) Trimétazidine (Trimétazidine® Vastarel®)

3 patients sont concernés par une prescription régulière de trimétazidine au 31/07/2013.

La trimétazidine est relativement facile à déprescrire car les médecins étaient déjà conscients de l'inefficacité de ce traitement avant mon intervention et avaient commencé à diminuer leurs prescriptions.

5) Méquitazine (Primalan®)

82 patients ont eu au moins une prescription de méquitazine durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

Il n'y a pas d'intérêt à poser une alarme à l'ouverture de chacun de ces dossiers car la méquitazine est un traitement symptomatique d'appoint que l'on prescrit de façon temporaire.

Les médecins du cabinet sont surpris par les effets indésirables de la méquitazine car c'est un traitement qu'ils prescrivent facilement.

Après discussion et compte tenu des effets indésirables graves potentiels, les médecins sont d'accord pour ne plus prescrire la méquitazine.

La méquitazine est autorisée chez les nourrissons et les enfants, contrairement à de nombreux autres antihistaminiques.

Je rappelle aux médecins que le dexchlorphéniramine (Polaramine®) a l'AMM chez les nourrissons et la desloratadine (Aerius®) a l'AMM chez les nourrissons à partir de l'âge de 1 an.

6) Sitagliptine (Januvia® Xelevia® Velmetia®)

8 patients ont toujours une prescription régulière de sitagliptine au 31/07/2013.

Selon le contexte et le suivi du patient, on peut envisager d'écrire une lettre pour l'endocrinologue afin de discuter de la déprescription de la molécule.

7) Dompéridone (Biperidys® Domperidone® Motilium® Oroperidys® Peridys®)

297 patients ont eu au moins une prescription de dompéridone durant la période étudiée (du 01/10/2010 au 31/07/2013).

La dompéridone étant souvent prescrite de manière temporaire en traitement symptomatique du reflux gastro œsophagien et des nausées/vomissements, il n'est pas stratégique de poser des alarmes à chacun des dossiers concernés.

Les médecins du cabinet sont surpris des effets indésirables de la dompéridone car c'est un traitement qu'ils prescrivent facilement dans le cadre des gastro-entérites aiguës ou du reflux gastro œsophagien.

Après discussion et compte tenu des effets indésirables graves qu'elle peut provoquer, les médecins sont d'accord pour ne plus prescrire la dompéridone.

8) Venlafaxine (Effexor® Venlafaxine®)

17 patients ont toujours une prescription régulière de venlafaxine au 31/07/2013.

Les médecins du cabinet sont étonnés par les effets indésirables provoqués par la venlafaxine, d'autant plus que ce traitement est souvent prescrit.

Je propose de substituer la venlafaxine par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine tel que la paroxétine (Déroxat®).

Certaines situations peuvent nécessiter l'accord du psychiatre avant la déprescription de la venlafaxine. On adresse alors le patient au psychiatre avec une lettre du même type que celle pour l'ivabradine ([annexe 9](#)).

9) Tianeptine (Stablon®)

Un seul patient a toujours une prescription régulière de tianeptine au 31/07/2013.

J'ai proposé de substituer la tianeptine par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine tel que la paroxétine (Déroxat®).

10) Etifoxine (Stresam®)

Un seul patient a toujours une prescription régulière d'etifoxine au 31/07/2013.

J'ai donc posé une alarme à l'ouverture de ce dossier.

Par ailleurs, les médecins sont conscients de l'inefficacité de ce traitement et ont déjà commencé à diminuer leur prescription.

11) Pholcodine (Biocalyptol®, Broncalene®, Clarix®, Codotussyl®, Dimetane®, Flucalyptol®, Hexapneumine®, Humex toux sèche pholcodine®, Polery®, Pulmosodyl®, Respilene®)

10 patients ont eu au moins une prescription de pholcodine durant la période étudiée.

Il n'y a pas d'intérêt à poser une alarme à chacun de ces dossiers car ce sont des traitements symptomatiques d'appoint que l'on prescrit pour une courte durée.

La pholcodine est un traitement symptomatique de la toux. Or, la toux survient souvent lors d'infections bénignes et souvent d'origine virale des voies respiratoires hautes. Elle ne nécessite pas systématiquement de traitement médicamenteux.

Suite aux articles de la revue Prescrire et aux interventions déjà faites en Groupes d'Echanges de Pratiques entre Pairs, il est rare que les médecins du cabinet prescrivent des traitements antitussifs.

On peut justifier cette attitude au patient en lui expliquant que la toux est un réflexe naturel qui permet d'éliminer les germes en cause de la pathologie. Devant un patient qui tousse, on lui recommande de boire de l'eau régulièrement pour s'hydrater et apaiser le mal de gorge, de sucer des confiseries ou de boire du miel (confiseries ou boissons « sans sucre » si il est diabétique) et éviter la fumée du tabac irritante. Nous pouvons par la suite remettre au patient la fiche info-patient rhume pour appuyer nos propos et ainsi le faire réfléchir.

12) Ephedrine (Rhinamide® Rhino Sulfuryl®), Pseudoephedrine (Actifed rhume®, Actifedduo®, Adviltab rhume®, Dolirhume®, Humex rhume®, Nurofen rhume®, Rhinadvil®, Rhinureflex®, Rhumagrip®, Sudafed®)

15 patients ont eu au moins une prescription d'éphédrine durant la période étudiée.

15 patients ont eu au moins une prescription de pseudoéphédrine durant la période étudiée.

Il n'y a pas d'intérêt à poser une alarme pour chacun de ces dossiers car ce sont des traitements symptomatiques d'appoint que l'on prescrit pour une courte durée.

L'éphédrine et la pseudoéphédrine sont des traitements symptomatiques de la rhinorrhée. De même que la toux, la rhinorrhée survient souvent lors d'infections bénignes et souvent d'origine virale des voies respiratoires hautes. Aucun médicament n'assure la guérison du rhume. Les divers traitements symptomatiques n'ont pas montré d'efficacité et présentent des effets indésirables inappropriés.

Suite aux articles parus dans la revue Prescrire et aux nombreuses interventions faites en Groupes d'Echanges de Pratiques entre Pairs, les médecins du cabinet prescrivent très rarement les traitements vasoconstricteurs tels que l'éphédrine et la pseudoéphédrine.

Il convient donc d'informer le patient sur l'histoire naturelle de la maladie et sur les effets indésirables des traitements et de lui recommander d'utiliser du sérum physiologique pour humidifier ou dégager les voies nasales. Nous pouvons par la suite remettre au patient la fiche infos-patient rhume pour appuyer nos propos et ainsi le faire réfléchir.

13) Tuaminoheptane (Rhinofluimicil®)

340 patients ont eu au moins une prescription de Tuaminoheptane durant la période étudiée.

Il n'y a pas d'intérêt à poser une alarme à chacun de ces dossiers car ce sont des traitements symptomatiques d'appoint que l'on prescrit pour une courte durée.

La tuaminoheptane est également un vasoconstricteur, utilisé en traitement symptomatique de la rhinorrhée. Il a été plus fréquemment prescrit au cabinet car ses effets indésirables ont été connus plus tardivement que ceux de l'éphédrine et de la pseudoéphédrine.

De même que pour l'éphédrine et la pseudoéphédrine, il convient d'informer le patient sur l'histoire naturelle de la maladie et sur les effets indésirables du

traitement, et de lui recommander d'utiliser du sérum physiologique pour humidifier ou dégager les voies nasales. Nous pouvons par la suite remettre au patient la fiche infos-patient rhume pour appuyer nos propos.

14) Tixocortol (Thiovalone®)

367 patients ont eu au moins une prescription de tixocortol durant la période étudiée.

Mais la prescription du tixocortol par voie orale n'est pas individualisable dans le logiciel éO car la recherche du nom "tixocortol" englobe toutes les formes de tixocortol, y compris la voie nasale (Pivalone®). Or le tixocortol est déconseillé seulement pour la voie orale. Il est donc difficile de suivre la prescription du tixocortol.

Il n'y a pas d'intérêt à poser une alarme pour chacun de ces dossiers car ce sont des traitements symptomatiques d'appoint que l'on prescrit pour une courte durée.

Le tixocortol est un traitement symptomatique du mal de gorge. Le mal de gorge survient souvent lors d'infections bénignes du pharynx qui sont majoritairement d'origine virale. Suite aux articles parus dans la revue Prescrire et aux diverses interventions faites en Groupes d'Echanges de Pratiques entre Pairs, les médecins du cabinet ont largement diminué leurs prescriptions de traitements locaux contre les maux de gorge.

Pour soulager les patients des maux de gorge, il convient de proposer aux patients de boire de l'eau et de sucer des confiseries pour stimuler la production de salive et apaiser les muqueuses irritées. En cas de douleur trop gênante, le paracétamol reste l'antalgique de premier choix. Nous pouvons par la suite remettre au patient la fiche info-patient rhume pour appuyer nos propos.

15) Kétoprofène gel (Ketoprofène gel® Ketum®)

La prescription du kétoprofène en gel ou Ketum® n'est pas individualisable dans le logiciel éO car la recherche du nom "kétoprofène" englobe toutes les formes de kétoprofène, y compris la voie orale. Or le kétoprofène est déconseillé seulement pour la voie locale. Il est donc impossible de suivre la prescription du kétoprofène gel.

Suite à la réunion, les médecins du cabinet étaient d'accord pour ne plus prescrire le kétoprofène gel, d'autant plus qu'il existe des traitements alternatifs tels que ibuprofène topique (Nurofen®, Advil®,...) ou diclofénac topique (Voltarène emulgel®,...).

16) Néfopam (Acupan®)

23 patients ont eu au moins une prescription de néfopam durant la période étudiée.

En discutant avec les médecins du cabinet, nous n'étions pas tous en accord avec les affirmations de la revue Prescrire. Ainsi, contrairement au Dr A, le Dr B et le Dr C disent avoir l'habitude de prescrire le néfopam. En effet, le néfopam est un traitement antalgique efficace qui peut dépanner, notamment dans les cas d'insuffisance hépatique où le paracétamol est contre-indiqué. Il peut par ailleurs permettre d'éviter les effets secondaires de la morphine.

J'ai alors contacté le laboratoire Biocodex qui gère la commercialisation du néfopam, par téléphone puis par mail. Je voulais avoir des informations sur les études concernant l'efficacité du néfopam. La plupart des publications qu'ils m'ont adressée concernent l'efficacité du néfopam en solution injectable et principalement en post opératoire. En effet, la forme orale du néfopam n'a jamais été

commercialisée par Biocodex. Aussi, nous avons peu d'études concernant l'utilisation du néfopam par voie orale.

N'étant pas en accord avec Prescrire sur la dangerosité du néfopam, Dr B et Dr C envisageaient de continuer à le prescrire.

17) Piroxicam (Brexin® Cycladol® Feldène® Piroxicam® Proxalyoc® Zofora®)

18 patients ont eu au moins une prescription de piroxicam durant la période étudiée. Il n'y a pas d'intérêt à poser une alarme à chacun de ces dossiers car le piroxicam est un traitement symptomatique d'appoint que l'on prescrit sur une courte durée. Après rappel de ses effets indésirables, les médecins du cabinet sont d'accord pour ne plus prescrire le piroxicam. Cela est d'autant plus facile qu'il existe plusieurs traitements anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) substitutifs.

18) Thiocolchicoside (Coltramyl® Miorel® Myoplege® Thiocolchicoside®)

220 patients ont eu au moins une prescription de thiocolchicoside durant la période étudiée.

Il n'y a pas d'intérêt à poser une alarme à chacun de ces dossiers car le thiocolchicoside est un traitement que l'on prescrit de façon temporaire dans le cadre d'un traitement symptomatique.

Les médecins du cabinet sont surpris des effets indésirables du thiocolchicoside car c'est un traitement qu'ils prescrivent facilement dans le cadre de douleurs de lumbago ou de sciatique. Ils le prescrivent d'autant plus que l'autre myorelaxant (tétrazépam®) a été retiré du marché en juillet 2013. Il est plus compliqué de déprescrire ce traitement car il n'existe pas de traitement substitutif.

Après discussion et compte tenu des effets indésirables graves qu'il peut provoquer, les médecins sont d'accord pour ne plus prescrire le thiocolchicoside. Il convient de prescrire un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien associé à un traitement antalgique de palier 1 ou 2 et de passer à un traitement morphinique en cas de fortes douleurs.

3.3. Résultats intermédiaires à 3 mois (annexe 12).

J'ai régulièrement vérifié sur le logiciel éO si les médicaments ont été déprescrits. En cas de represcription, j'ai mis un commentaire dans le dossier pour que les médecins pensent à déprescrire le traitement à la prochaine consultation. J'ai également rediscuté avec les médecins de l'importance de la déprescription du traitement concerné.

J'ai fait un premier bilan à 3 mois de la mise en place des stratégies de déprescription. J'en ai reparlé aux médecins en leur fournissant une liste des médicaments qu'ils avaient encore prescrits, afin de les sensibiliser.

Voici les résultats que j'ai obtenus au bout de 3 mois après mise en place des stratégies de déprescription.

1) Ivabradine (Procoralan®)

Tableau 10 : liste des patients concernés par une prescription d'ivabradine 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/10/2013
1937	120111	Dr A	le cardiologue a répondu
1946	120825	Dr A	represcrit
1951	127787	Dr A	represcrit
1927	128883	Dr A	represcrit
1954	128929	Dr C	n'a pas reconsulté

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, un seul cardiologue a répondu à notre lettre (*annexe 8*): pour lui, le Procoralan® est un traitement utile pour le patient concerné car “l’adjonction d’une faible dose de Procoralan® a permis d’améliorer très nettement la gêne clinique, qui a été objectivée par la négativation de son ECG d’effort.”

4 patients ont encore une prescription régulière d’ivabradine.

1 patient n’a pas encore reconsulté au cabinet pour son renouvellement.

2) Fénofibrate (Fegenor® Fenofibrate® Lipanthyl® Secalip®)

Tableau 11 : liste des patients concernés par une prescription de fénofibrate 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/10/2013
1952	126181	Dr C	represcrit
1945	120304	Dr A	déprescrit
1951	121687	Dr B	déprescrit
1938	121462	Dr A	n’a pas consulté
1943	128732	Dr B	déprescrit
1925	127329	Dr A	n’a pas consulté
1940	120107	Dr A	n’a pas consulté
1943	122254	Dr C	déprescrit
1946	126161	Dr C	n’a pas consulté
1930	129388	Dr A	n’a pas consulté
1943	120442	Dr A	n’a pas consulté

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, le traitement par fénofibrate a été déprescrit chez 4 patients.

6 patients n’ont pas encore reconsulté au cabinet pour leur renouvellement.

1 traitement par fénofibrate a été represcrit par le Dr C. J’ai donc rediscuté avec le Dr C de l’importance de la déprescription du fénofibrate.

3) Nicorandil (Adancor® Ikorel® Nicorandil®)

Tableau 12 : liste des patients concernés par une prescription de nicorandil 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/10/2013
1951	127787	Dr A	represcrit
1923	128178	Dr A	represcrit
1943	126157	Dr A	represcrit
1938	120257	Dr A	represcrit
1935	120534	Dr A	n'a pas consulté

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, le traitement par nicorandil a été represcrit chez 4 patients. J'ai rediscuté avec le Dr A des effets indésirables du nicorandil et de l'importance de la déprescription de ce traitement.

Un patient n'a pas encore reconsulté au cabinet pour son renouvellement.

4) Trimetazidine (Trimetazidine® Vastarel®)

Tableau 13 : liste des patients concernés par une prescription de trimétazidine 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/10/2013
1929	122130	Dr A	déprescrit
1946	121100	Dr A	déprescrit
1942	121774	Dr B	déprescrit

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, la totalité des traitements par trimetazidine a été déprescrite.

5) Mequitazine (Primalan®)

Tableau 14 : liste des patients concernés par une prescription de méquitazine 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant
2002	125717	Dr A
1958	121903	Dr B
2001	122849	Dr B

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, la méquitazine a été prescrite à une reprise par le Dr A et à deux reprises par le Dr B, pour une courte durée dans le cadre d'un traitement anti allergique ou anti prurigineux. J'ai donc rappelé les effets indésirables de la méquitazine aux deux médecins.

6) Sitagliptine (Januvia® Xelevia® Velmetia®)

Tableau 15 : liste des patients concernés par une prescription de sitagliptine 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/10/2013
1930	121352	Dr A	represcrit
1939	120585	Dr A	represcrit
1951	128258	Dr A	represcrit
1925	126042	Dr A	represcrit
1950	124262	Dr A	déprescrit
1956	125296	Dr A	déprescrit
1930	120894	Dr A	represcrit
1962	128899	Dr A	represcrit
1936	130036	Dr A	nouveau patient
1943	120305	Dr A	nouvelle prescription

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, le traitement par sitagliptine a été déprescrit chez 2 patients.

Il a été represcrit par le Dr A chez 6 patients.

2 nouveaux patients du Dr A ont eu une prescription de sitagliptine: 1 nouveau patient du cabinet et un autre pour lequel le traitement a été débuté lors d'une hospitalisation. J'ai rediscuté avec le Dr A des effets indésirables de la sitagliptine et de l'importance de la déprescription de ce traitement.

7) Dompéridone (Biperidys® Domperidone® Motilium® Oproperidys® Peridys®)

Tableau 16 : liste des patients concernés par une prescription de dompéridone 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant
1968	127454	Dr A

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, il y a eu une seule prescription de dompéridone par le médecin remplaçant du Dr A, en traitement symptomatique dans le cadre de vomissements.

8) Venlafaxine (Effexor® Venlafaxine®)

Tableau 17 : liste des patients concernés par une prescription de venlafaxine 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/10/2013
1967	121794	Dr C	n'a pas reconsulté
1937	120111	Dr A	n'a pas reconsulté
1947	120094	Dr A	represcrit
1958	124626	Dr B	déprescrit
1946	120054	Dr A	represcrit
1961	122573	Dr A	represcrit
1962	120281	Dr A	represcrit
1923	121201	Dr A	represcrit
1927	125819	Dr A	déprescrit
1925	127329	Dr A	n'a pas reconsulté
1926	120545	Dr A	represcrit
1963	121538	Dr A	n'a pas reconsulté
1955	120118	Dr A	déprescrit
1952	120824	Dr A	represcrit
1932	120445	Dr A	déprescrit
1954	121596	Dr B	represcrit
1946	122482	Dr A	represcrit

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, le traitement par venlafaxine a été déprescrit chez 4 patients.

Il a été represcrit chez 9 patients (dont 8 patients du Dr A et 1 du Dr B).

4 patients n'ont pas encore reconsulté au cabinet pour leur renouvellement.

De la même façon, j'ai resensibilisé les médecins concernés aux effets indésirables de la venlafaxine.

9) Tianeptine (Stablon®)

Il n'y a eu aucune prescription de tianeptine durant les trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription.

10) Etifoxine (Stresam®)

Tableau 18 : liste des patients concernés par une prescription d'etifoxine 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/10/2013
1935	120220	Dr A	represcrit

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, l'etifoxine est encore régulièrement renouvelée chez un patient de 78 ans, suivi par le Dr A. J'ai mis une alarme dans le dossier et rappelé l'importance de la déprescription de l'étifoxine au Dr A.

11) Pholcodine (Biocalyptol®, Broncalene®, Clarix®, Codotussyl®, Dimetane®, Flucalyptol®, Hexapneumine®, Humex toux seche pholcodine®, Polery®, Pulmosodyl®, Respilene®)

A trois mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il n'y a eu aucune prescription de pholcodine durant les trois mois après le début de la déprescription.

12) Ephedrine (Rhinamide® Rhino Sulfuryl®), Pseudoephedrine (Actifed rhume®, Actifedduo®, Adviltab rhume®, Dolirhume®, Humex rhume®, Nurofen rhume®, Rhinadvil®, Rhinureflex®, Rhumagrip®, Sudafed®)

A trois mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il n'y a eu aucune prescription d'ephedrine ni de pseudoephedrine.

13) Tuaminoheptane (Rhinofluimicil®)

A trois mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il n'y a eu aucune prescription de tuaminoheptane.

14) Tixocortol (Thiovalone®)

Tableau 19 : liste des patients concernés par une prescription de tixocortol 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	remarques
1986	123341	Dr C	prescription de tixocortol par voie nasale
2007	125906	Dr A	idem
2001	129327	Dr A	idem
1964	120577	Dr A	idem
1964	130035	Dr A	idem
1920	126633	Dr C	idem
1983	126587	Dr B	idem
1960	122592	Dr B	idem
1983	129428	Dr A	idem

367 patients étaient concernés par la prescription de tixocortol.

Il y a eu 9 prescriptions de tixocortol durant les trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription. En reprenant les 9 dossiers, c'est le tixocortol par voie nasale (Pivalone®) qui a été en fait prescrit.

Il n'y a donc eu aucune prescription de tixocortol par voie buccale à trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription.

15) Kétoprofène gel (Ketoprofène gel® Ketum®)

La prescription du kétoprofène en gel ou Ketum® n'est pas individualisable dans le logiciel ÉO car la recherche du nom "kétoprofène" englobe toutes les formes de kétoprofène, y compris la voie orale. Il est donc impossible de suivre la prescription du kétoprofène gel.

16) Nefopam (Acupan®)

Tableau 20 : liste des patients concernés par une prescription de néfopam 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	motif de prescription
1970	121204	Dr A	cirrhose hépatique
1920	130132	Dr A	nouveau patient
1937	130131	Dr B	douleurs articulaires
1975	125194	Dr C	lomboscatique
1955	123013	Dr C	douleurs néoplasiques

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, le néfopam a été prescrit chez 5 patients (dont 2 patients du Dr A, 1 patient du Dr B et 2 patients du Dr C). On note qu'il a été prescrit dans des contextes où le traitement par paracétamol ou par AINS est contre-indiqué ou insuffisant.

17) piroxicam (Brexin® Cycladol® Feldène® Piroxicam® Proxalyoc® Zofora®)

Tableau 21 : liste des patients concernés par une prescription de piroxicam 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant
1968	127945	Dr B
1932	129410	Dr A
1939	121587	Dr B

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, 3 patients ont encore eu au moins une prescription de piroxicam par le Dr B et le Dr A. J'ai mis des alarmes à l'ouverture des dossiers des patients concernés et j'ai rappelé aux médecins l'importance de la déprescription du piroxicam.

18) Thiocolchicoside (Coltramyl® Miorel® Myoplege® Thiocolchicoside®)

Tableau 22 : liste des patients concernés par une prescription de thiocolchicoside 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/10/2013
1949	120659	Dr A	prescrit le 13/08/2013
1957	128901	Dr B	régulièrement represcrit
1939	121587	Dr B	régulièrement represcrit
1975	125194	Dr C	régulièrement represcrit
1945	123005	Dr C	régulièrement represcrit
1984	130133	Dr C	prescrit le 02/08/2013

Trois mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, 4 patients ont toujours une prescription régulière de thiocolchicoside (2 patients du Dr B et 2 du Dr C) et 2 patients ont eu une prescription temporaire dans le cadre de lombalgies. J'ai donc rappelé l'importance de la déprescription du thiocolchicoside aux médecins concernés.

3.4. Résultats finaux à 6 mois

1) Ivabradine (Procoralan®)

Tableau 23 : nombre de patients concernés par une prescription d'ivabradine 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1937	120111	Dr A	déprescrit
1946	120825	Dr A	encore prescrit
1951	127787	Dr A	encore prescrit
1927	128883	Dr A	encore prescrit
1954	128929	Dr C	déprescrit
1952	125708	Dr A	nouveau patient

5 patients étaient concernés par une prescription régulière d'ivabradine.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, le traitement par ivabradine a été déprescrit chez 2 patients.

Sur les lettres envoyées à 4 cardiologues, seuls 2 cardiologues ont répondu. Tous deux ne sont pas d'accord pour déprescrire l'ivabradine à leur patient respectif ([annexe 8 et 8bis](#)).

Voici la réponse du premier cardiologue : « S'il y a une raison particulière, je n'y vois pas de contre-indication, sinon on le garde puisque le patient le tolère bien et que sa fréquence est correct... »

Voici la réponse du deuxième cardiologue : « L'adjonction d'une faible dose de Procoralan a permis d'améliorer très nettement la gêne clinique, qui a été objectivée par la négativation de son ECG d'effort. C'est pourquoi, je ne serais pas partisan d'interrompre le Procoralan chez Mr..., ce d'autant plus que je ne vois pas par quel traitement anti-ischémique on pourrait le remplacer, puisqu'il a déjà un traitement médical maximal. Mais, je suis d'accord avec vous et avec l'article de Prescrire que le Procoralan n'est pas un anti-ischémique de première intention dans l'angor stable. »

Au 31/01//2014, 4 patients du Dr A ont toujours une prescription régulière d'ivabradine.

Parmi ces 4 patients, on compte 1 nouveau patient suivi par le Dr A.

2) Fénofibrate (Fegenor® Fenofibrate® Lipanthy® Secalip®)

Tableau 24 : nombre de patients concernés par une prescription de fénofibrate 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1952	126181	Dr C	déprescrit
1945	120304	Dr A	déprescrit
1951	121687	Dr B	déprescrit
1938	121462	Dr A	déprescrit
1943	128732	Dr B	déprescrit
1925	127329	Dr A	déprescrit
1940	120107	Dr A	déprescrit
1943	122254	Dr C	déprescrit
1946	126161	Dr C	déprescrit
1930	129388	Dr A	déprescrit
1943	120442	Dr A	déprescrit

11 patients étaient concernés par une prescription régulière de fénofibrate.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, tous les traitements par fénofibrate ont été déprescrits.

3) Nicorandil (Adancor® Ikorel® Nicorandil®)

Tableau 25 : nombre de patients concernés par une prescription de nicorandil 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1951	127787	Dr A	encore prescrit
1923	128178	Dr A	déprescrit
1943	126157	Dr A	encore prescrit
1938	120257	Dr A	encore prescrit
1935	120534	Dr A	déprescrit

5 patients étaient concernés par une prescription régulière de nicorandil.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, le traitement par nicorandil a été déprescrit chez 2 patients.

Au 31/01/2014, 3 patients du Dr A ont toujours une prescription régulière de nicorandil. Ces prescriptions ont toutes été initiées par le cardiologue.

4) Trimétazidine (Trimetazidine® Vastarel®)

Tableau 26 : nombre de patients concernés par une prescription de trimétazidine 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1929	122130	Dr A	déprescrit
1946	121100	Dr A	déprescrit
1942	121774	Dr B	déprescrit

3 patients étaient concernés par une prescription régulière de trimétazidine.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, le traitement par trimétazidine a été déprescrit chez ces 3 patients.

Au 31/01/2014, aucun patient n'est concerné par la prescription de trimetazidine.

5) Méquitazine (Primalan®)

Tableau 27 : nombre de patients concernés par une prescription de méquitazine 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
2002	125717	Dr A	déprescrit
1958	121903	Dr B	prescrit le 14/09/2013
2001	122849	Dr B	prescrit le 14/09/2013

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, 3 patients ont eu au moins une prescription de méquitazine.

Parmi ces 3 patients, 1 patient avait une prescription de méquitazine de manière régulière. Cette prescription a finalement été arrêtée par le Dr A.

6) Sitagliptine (Januvia® Xelevia® Velmetia®)

Tableau 28 : nombre de patients concernés par une prescription de sitagliptine 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1930	121352	Dr A	encore prescrit
1939	120585	Dr A	encore prescrit
1951	128258	Dr A	encore prescrit
1925	126042	Dr A	encore prescrit
1950	124262	Dr A	déprescrit
1956	125296	Dr A	déprescrit
1930	120894	Dr A	encore prescrit
1962	128899	Dr A	déprescrit
1936	130036	Dr A	nouvelle prescription
1957	125541	Dr A	nouvelle prescription
1960	128910	Dr C	nouvelle prescription
1943	120305	Dr A	nouvelle prescription
1931	130129	Dr A	nouvelle prescription

8 patients étaient concernés par une prescription régulière de sitagliptine.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, le traitement par sitagliptine a été déprescrit chez 3 patients et 5 patients ont toujours une prescription régulière de sitagliptine.

De plus, 5 patients ont une nouvelle prescription de sitagliptine entre le 01/08/2013 et le 31/01/2014.

Au 31/01/2014, 10 patients (dont 9 du Dr A et 1 du Dr C) ont toujours une prescription régulière de sitagliptine.

7) Dompéridone (Biperidys® Domperidone® Motilium® Oropéridys® Peridys®)

Tableau 29 : nombre de patients concernés par une prescription de dompéridone 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant
1968	127454	Dr A
1958	121235	Dr A

297 patients étaient concernés par la prescription de dompéridone.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il y a eu seulement 2 prescriptions de dompéridone (par le Dr A).

8) Venlafaxine (Effexor® Venlafaxine®)

Tableau 30 : nombre de patients concernés par une prescription de venlafaxine 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1967	121794	Dr C	déprescrit
1937	120111	Dr A	déprescrit
1947	120094	Dr A	déprescrit
1958	124626	Dr B	déprescrit
1946	120054	Dr A	déprescrit
1961	122573	Dr A	déprescrit
1962	120281	Dr A	déprescrit
1923	121201	Dr A	déprescrit
1927	125819	Dr A	déprescrit
1925	127329	Dr A	ne consulte plus
1926	120545	Dr A	déprescrit
1963	121538	Dr A	encore prescrit
1955	120118	Dr A	déprescrit
1952	120824	Dr A	déprescrit
1932	120445	Dr A	déprescrit
1954	121596	Dr B	déprescrit
1946	122482	Dr A	déprescrit

42 patients étaient concernés par une prescription de venlafaxine. Parmi ces 42 patients, 17 avaient toujours une prescription régulière de venlafaxine.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, le traitement par venlafaxine a été déprescrit chez 15 patients.

1 patient n'a pas reconsulté au cabinet.

Au 31/01/2014, 1 patient du Dr A a toujours une prescription régulière de venlafaxine, mais cette prescription est en fait renouvelée par le psychiatre depuis plus de 20 ans.

9) Tianeptine (Stablon®)

Tableau 31 : nombre de patients concernés par une prescription de tianeptine 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1934	126053	Dr A	déprescrit

17 patients étaient concernés par la prescription de tianeptine. Parmi ces 17 patients, un seul avait toujours une prescription régulière de tianeptine.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il n'y a eu aucune prescription de tianeptine.

10) Etifoxine (Stresam®)

Tableau 32 : nombre de patients concernés par une prescription d'étifoxine 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1935	120220	Dr A	déprescrit

33 patients étaient concernés par la prescription d'etifoxine.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il n'y a eu qu'une seule prescription d'etifoxine durant la période étudiée. Le traitement a été par la suite déprescrit par le Dr A.

Au 31/01/2014, aucun patient n'est concerné par la prescription d'etifoxine.

11) Pholcodine (Biocalyptol®, Broncalene®, Clarix®, Codotussyl®, Dimetane®, Flucalyptol®, Hexapneumine®, Humex toux seche pholcodine®, Polery®, Pulmosodyl®, Respilene®)

10 patients étaient concernés par la prescription de pholcodine.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il n'y a eu aucune prescription de pholcodine durant la période étudiée.

12) Ephedrine (Rhinamide® Rhino Sulfuryl®), Pseudoephedrine (Actifed rhume®, Actifedduo®, Adviltab rhume®, Dolirhume®, Humex rhume®, Nurofen rhume®, Rhinadvil®, Rhinureflex®, Rhumagrip®, Sudafed®)

15 patients étaient concernés par la prescription d'éphedrine.

15 patients étaient concernés par la prescription de pseudo éphédrine.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il n'y a eu aucune prescription d'éphedrine ni de pseudoéphédrine durant la période étudiée.

13) Tuaminoheptane (Rhinofluimicil®)

Tableau 33 : nombre de patients concernés par une prescription de tuaminoheptane 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1948	122051	Dr C	prescrit le 09/01/2014
1990	120113	Dr A	prescrit le 15/01/2014

340 patients étaient concernés par la prescription de tuaminoheptane.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il y a eu 2 prescriptions de tuaminoheptane (1 par le Dr A et 1 par le Dr C)

14) Tixocortol (Thiovalone®)

Tableau 34 : nombre de patients concernés par une prescription de tixocortol 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1986	123341	Dr C	prescription de tixocortol par voie nasale
1916	122766	Dr A	idem
1979	128629	Dr A	idem
2007	125906	Dr A	idem
2001	129327	Dr A	idem
1964	120577	Dr A	idem
2011	128083	Dr C	idem
1964	130035	Dr A	idem
1920	126633	Dr C	idem
1936	120013	Dr A	idem
1983	126587	Dr B	idem
1958	128810	Dr A	idem
1960	122592	Dr B	idem
1983	129428	Dr A	idem

367 patients étaient concernés par la prescription de tixocortol.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, il y a eu 14 prescriptions de tixocortol. En reprenant chaque dossier, c'est le tixocortol par voie nasale (Pivalone®) qui a été en fait prescrit.

Donc, il n'y a eu aucune prescription de tixocortol par voie orale durant la période étudiée.

15) Kétoprofène gel (Ketoprofène gel® Ketum®)

La prescription du kétoprofène en gel ou Ketum® n'est pas individualisable dans le logiciel éO car la recherche du nom "kétoprofène" englobe toutes les formes de

ketoprofène, y compris la voie orale. Il est donc impossible de suivre la prescription du kétoprofène gel.

16) Nefopam (Acupan®)

Tableau 35 : nombre de patients concernés par une prescription de néfopam 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	motif de prescription
1970	121204	Dr A	cirrhose hépatique
1920	130132	Dr A	nouveau patient, déprescrit
1937	130131	Dr B	déprescrit
1930	128599	Dr A	nouvelle prescription par Dr B pour lombalgie
1927	122118	Dr B	intolérance à la codéine et au tramadol
1975	125194	Dr C	lombosciatique
1955	123013	Dr C	douleurs néoplasiques

23 patients étaient concernés par la prescription de néfopam.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, 7 patients (dont 2 du Dr A, 3 du Dr B et 2 du Dr C) ont eu au moins une prescription de néfopam durant la période étudiée.

Parmi ces 7 patients, 2 prescriptions de néfopam au long cours ont été finalement déprescrites (1 patient du Dr A et 1 du Dr B).

17) piroxicam (Brexin® Cycladol® Feldène® Piroxicam® Proxalyoc® Zofora®)

Tableau 36 : nombre de patients concernés par une prescription de piroxicam 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1968	127945	Dr B	déprescrit
1932	129410	Dr A	déprescrit
1939	121587	Dr B	déprescrit

18 patients étaient concernés par la prescription de piroxicam.

À six mois du début de la mise en place des stratégies de déprescription, 3 patients ont eu au moins une prescription de piroxicam durant la période étudiée. Le traitement a été finalement déprescrit chez ces trois patients et aucune nouvelle prescription de piroxicam n'a été retrouvée depuis.

18) Thiocolchicoside (Coltramyl® Miorel® Myoplege® Thiocolchicoside®)

Tableau 37 : nombre de patients concernés par une prescription de thiocolchicoside 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)

année de naissance	numéro de dossier	médecin traitant	état de la prescription au 31/01/2014
1999	120829	Dr A	prescrit le 11/12/2013
1949	120659	Dr A	prescrit le 13/08/2013
1978	125021	Dr C	prescrit le 13/12/2013
1957	128901	Dr A	régulièrement prescrit
1939	121587	Dr C	patient décédé
1975	125194	Dr C	régulièrement prescrit
1945	123005	Dr C	régulièrement prescrit
1984	130133	Dr C	prescrit le 02/08/2013

220 patients étaient concernés par la prescription de thiocolchicoside.

Six mois après le début de la mise en place des stratégies de déprescription, 8 patients ont eu au moins une prescription de thiocolchicoside. Parmi ces 8 patients, 1 patient est décédé et 3 patients (1 du Dr A et 2 du Dr C) ont une prescription régulière de thiocolchicoside.

Donc au 31/01/2014, 3 patients sont concernés par une prescription régulière de thiocolchococide.

3.5. Récapitulatif des résultats

Sur les 19 médicaments souvent prescrits:

- 8 médicaments ont été déprescrits à 100% (fénofibrate, trimétazidine, tianeptine, etifoxine, pholcodine, éphédrine, pseudoéphédrine, tixocortol)
- 6 médicaments ont été déprescrits à plus de 80% (méquitazine, dompéridone, venlafaxine, tuaminoheptane, piroxicam, thiocolchicoside)
- 4 médicaments n'atteignent pas 80% de déprescription (ivabradine, nicorandil, sitagliptine, néfopam)
- la prescription d'un médicament (le kétoprofène gel) n'a pas été étudiée.

Pour plus de clarté, voici deux tableaux récapitulatifs des résultats. Le premier correspond aux résultats des médicaments prescrits au long cours et le deuxième aux résultats des médicaments d'appoint.

Tableau I : Résultats des médicaments prescrits au long cours

médicament	nombre de patients ayant eu au moins une prescription entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013	nombre de patients encore concernés par une prescription régulière au 31/07/2013	nombre de patients concernés 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)	nombre de patients concernés 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)
ivabradine	5	5	4	4
fénofibrate	18	11	7	0
nicorandil	9	5	5	3
trimétazidine	20	3	0	0
sitagliptine	23	8	8	10
venlafaxine	42	17	13	1
tianeptine	17	1	0	0
etifoxine	33	1	1	0



Médicaments n'atteignant pas 80 % de déprescription



Médicaments atteignant 100% de déprescription

Tableau II : Résultats des médicaments à prescription ponctuelle

médicament	nombre de patients ayant eu au moins une prescription entre le 01/10/2010 et le 31/07/2013	nombre de patients concernés 3 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/10/2013)	nombre de patients concernés 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription (au 31/01/2014)
méquitazine	82	3	3
dompéridone	297	1	2
pholcodine	10	0	0
éphédrine	15	0	0
pseudoéphédrine	15	0	0
tuaminoheptane	340	0	2
tixocortol	367	0	0
néfopam	23	5	7
piroxicam	18	3	3
thiocolchicoside	220	6	8

-  Médicaments n'atteignant pas 80 % de déprescription
-  Médicaments atteignant 100% de déprescription

Chapitre 4: DISCUSSION

4.1. Discussion sur la méthode de l'étude

4.1.1. Le logiciel éO

Comme tout outil informatique, le logiciel éO a ses limites.

Par exemple, la prescription du kétoprofène en gel ou Ketum® n'est pas individualisable car la recherche du nom "kétoprofène" englobe toutes les formes de kétoprofène, y compris la voie orale.

De même, la prescription de tixocortol par voie orale ou Thiovalone® n'est pas individualisable car la recherche du nom "tixocortol" englobe toutes les formes de tixocortol, y compris la voie nasale.

Les résultats obtenus pour le kétoprofène en gel ou le tixocortol par voie orale ne sont donc pas exploitables.

Par ailleurs, il arrive que certains médecins du cabinet reprennent le traitement de fond d'un patient lors d'une consultation sans pour autant le prescrire et imprimer l'ordonnance. Il existe en effet une fonctionnalité sur éO qui permet de visionner tout le traitement du patient et de ne sélectionner que les traitements que l'on souhaite prescrire. Or, le logiciel éO compte ceci comme une nouvelle prescription, ce qui peut donc parfois surestimer le nombre de prescriptions.

4.1.2. Les biais

4.1.2.1. Les médicaments

Mon étude s'est basée sur la liste des 73 médicaments publiée sur l'article de la revue Prescrire en février 2013. Cette liste s'appuie sur les analyses de la revue entre 2010 et 2012.

Or, on peut supposer que la Revue Prescrire ne recense pas tous les médicaments à balance bénéfices-risques défavorable existants sur le marché. De plus, la dangerosité d'un médicament peut être ultérieurement remise en cause suite à de nouvelles études. Certains effets indésirables de médicaments prescrits quotidiennement ne sont donc pas encore connus. Ainsi, une nouvelle liste de médicaments plus dangereux qu'utiles est parue en février 2014 [65]. 2 médicaments (le natalizumab et le néfopam) ont été retirés de cette liste car le réexamen de leur dossier d'évaluation clinique comporte de nouveaux éléments.

De plus, de nouveaux médicaments sont constamment mis sur le marché. Il convient donc de lire régulièrement des articles d'études et de la revue Prescrire. Il faut veiller à toujours avoir l'esprit critique et penser à déprescrire un traitement si nécessaire.

Par ailleurs, on peut distinguer 2 types de médicaments: ceux prescrits au long cours et ceux prescrits de façon temporaire. Il est plus facile de poser une alarme sur des traitements prescrits au long cours que sur les traitements d'appoint. La surveillance de la déprescription est donc plus difficile pour les traitements d'appoint.

4.1.2.2. Les médecins

Les médecins du cabinet Victor Hugo à Gennevilliers sont déjà de fidèles lecteurs de la revue Prescrire. Ils ont donc déjà commencé à déprescrire certains médicaments comme la trimétazidine ou l'étiétofoxine, avant mon projet de thèse. Il leur est par conséquent plus facile d'accepter et d'appliquer le concept de la déprescription.

Par ailleurs, sachant que leur prescription est observée durant les 6 mois de l'étude, les médecins ont naturellement fait plus attention à déprescrire les traitements durant ces 6 mois.

4.1.2.3. Les internes

Le cabinet accueille régulièrement des internes de Médecine Générale. J'ai donc organisé 2 réunions pour les 2 groupes d'internes qui sont passés en stage dans le cabinet durant mon étude.

Mais les internes, sortant tout juste de leur formation hospitalière, ont parfois des difficultés à modifier leurs habitudes et à déprescrire certains médicaments. Ils peuvent donc être à l'origine de prescriptions de traitements, aussi bien en renouvellement qu'en nouvelle prescription.

4.1.2.4. Les patients

Certains patients ne consultent pas toujours le même médecin, que ce soit au sein même du cabinet ou dans un autre lieu. La déprescription d'un médicament donné n'empêche donc pas les patients de consulter un autre médecin pour se faire délivrer le traitement souhaité.

D'autres patients consultent au cabinet de façon ponctuelle quand leur médecin traitant est absent. Ils demandent parfois un dépannage pour le renouvellement de leur traitement habituel. Il n'est donc pas toujours évident de refuser de leur prescrire le traitement.

De plus, certains patients se font délivrer un médicament par le pharmacien avant de venir consulter. Ils demandent à ce que l'on inscrive le nom de ce médicament sur l'ordonnance dans le but de se faire rembourser. Une patiente a ainsi demandé une prescription de dompéridone au Dr A.

4.1.2.5. Les stratégies de déprescription

Les stratégies de déprescription comme l'affichage de la liste des médicaments à côté de l'écran d'ordinateur et les alarmes à l'ouverture des dossiers ont fortement incité les médecins à déprescrire les médicaments. On note qu'après la fin de l'étude, ces stratégies peuvent être laissées en place ou retirées. Mais, il n'y aura pas de nouvelles recherches de nouvelles prescriptions pour mettre en garde les médecins. Par ailleurs, il n'y aura pas d'interventions pour de nouveaux traitements à déprescrire, qui peuvent apparaître au fil du temps.

4.1.2.6. La période de 6 mois

La plupart du temps, un traitement est renouvelé tous les 3 ou 6 mois. Mais certains patients ont un suivi irrégulier et peuvent revenir au cabinet plus de 6 mois après.

D'autres peuvent se faire renouveler leur traitement entre temps à l'hôpital ou par un autre confrère qui les suit.

La période de 6 mois semble donc être courte. Cela peut sous-estimer le nombre réel de prescriptions au cabinet.

4.2. Situations et conséquences de la déprescription

Mon étude porte sur la déprescription des médicaments présentant trop d'effets indésirables par rapport aux bénéfices apportés. Mais il existe d'autres situations dans lesquelles nous pouvons être amenés à déprescrire un traitement.

Une thèse soutenue en 2011 au Département de Médecine Générale de l'Université de Rouen [57] porte sur une étude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en Médecine Générale. 47 médecins ont répondu à un questionnaire, en observant leur pratique de déprescription sur 3 jours. Les médecins ont souhaité déprescrire 314 médicaments, ils y sont parvenus dans 65,5% des cas. Les médicaments psychotropes étaient les plus fréquemment l'objet de souhait de déprescription avec pourtant le plus faible taux de succès (32,9%). Les principaux arguments ayant motivé la déprescription étaient l'absence d'indication (16,2%), l'excès de médicaments (15,7%) et la présence d'un effet indésirable (13,4%). Réévaluer régulièrement le traitement et envisager de déprescrire certains médicaments permettraient donc une meilleure prise en charge de nos patients.

Par ailleurs, la polymédication augmente le risque de mauvaise observance du traitement. Une étude [58] a ainsi prouvé que chez des patients diabétiques ou insuffisants cardiaques, le risque d'erreur de prise médicamenteuse passe de 15% quand un seul médicament est prescrit à 25% quand 2 ou 3 médicaments sont prescrits. Ce risque devient supérieur à 35% sous plus de 4 médicaments.

Dans un article publié en 2011 [59], des Australiens évoquent l'importance de déprescrire. Ils citent les situations à la déprescription:

- polymédication (chez les personnes âgées, la polymédication est associée à un risque d'aggravation des problèmes cognitifs, institutionnalisation, hospitalisation et décès) ;
- effets indésirables ;
- manque d'efficacité ;
- chutes ;
- pathologie terminale, démence.

Ils évoquent également les conséquences potentielles de la déprescription:

- pas de changement ;
- disparition des effets indésirables ;
- amélioration de la qualité de vie ;
- syndrome de sevrage.

Ils parlent également de la façon de déprescrire pour en limiter les conséquences. Ils insistent sur plusieurs points nécessaires :

- préparer le patient et écouter ses attentes lors du démarrage d'un médicament ;
- expliquer au patient que le résultat du médicament sera surveillé ;
- expliquer la possibilité d'arrêt du médicament s'il n'y a pas d'effet bénéfique ou s'il y a un effet défavorable significatif lié au produit ;
- surveiller l'état physique et psychologique du patient à l'arrêt du médicament.

Ils concluent qu'une approche prudente pour déprescrire consiste à arrêter ou à réduire la dose d'un seul médicament à la fois, progressivement. Ceci permet de contrôler, de limiter le syndrome de sevrage et/ou le rebond des symptômes, tout en restant attentif aux réponses physiologiques et psychologiques des patients.

4.3. Discussion sur les résultats

4.3.1. Le questionnaire initial

Pour rappel, au début de mon étude, j'ai envoyé un questionnaire par mail aux 3 médecins du cabinet. Je les ai interrogés via 2 questions à réponses fermées, pour chacun des 73 médicaments de la liste:

- Pensez-vous que ce médicament puisse être utilisé en Médecine Générale?
(réponse oui/non)
- Prescrivez-vous ce médicament? (réponse oui/ j'évite/ non)

Ce questionnaire était surtout destiné à avoir une idée globale de la prescription de ces médicaments dans le cabinet. Lorsque l'on compare leurs réponses aux résultats obtenus, on se rend compte que les médecins ne se rendent pas toujours compte de la réalité de leurs prescriptions ([annexe 2 bis](#)).

Ainsi, aucun des médecins ne déclare prescrire la trimétazidine alors qu'il y a eu au total 20 patients concernés par une prescription de trimétazidine durant la période du 01/10/2010 au 31/07/2013.

Le Dr B dit qu'il ne prescrit pas de fénofibrate alors qu'il a 4 patients concernés par au moins une prescription de fénofibrate durant la période du 01/10/2010 au 31/07/2013.

4.3.2. Les résultats finaux

Pour rappel, sur les 19 médicaments souvent prescrits:

- 8 médicaments ont été déprescrits à 100% (fénofibrate, trimétazidine, tianeptine, etifoxine, pholcodine, éphédrine, pseudoéphédrine, tixocortol)

- 6 médicaments ont été déprescrits à plus de 80% (méquitazine, dompéridone, venlafaxine, tuaminoheptane, piroxicam, thiocolchicoside)
- 4 médicaments n'atteignent pas 80% de déprescription (ivabradine, nicorandil, sitagliptine, néfopam)
- la prescription d'un médicament (le kétoprofène gel) n'a pas été étudiée.

4.3.3. La déprescription médicament par médicament

Pour rappel, suite aux résultats obtenus 6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription, j'ai organisé une nouvelle réunion avec les trois médecins du cabinet.

Nous avons discuté des résultats obtenus médicament par médicament.

1) Ivabradine et Nicorandil

Les déprescriptions de l'ivabradine et du nicorandil ont été un échec car seulement 20% des traitements par ivabradine et 40% des traitements par nicorandil ont été déprescrits.

Étant donné les lourds antécédents que peuvent avoir les patients sous ivabradine et nicorandil et le fait que le traitement ait été initié par le cardiologue, il est délicat pour les médecins du cabinet de changer les prescriptions de leur propre initiative.

Sur les lettres adressées à 4 cardiologues, seuls 2 d'entre eux ont répondu. Ces 2 réponses sont négatives ([annexe 8 et 8bis](#)).

Selon le Dr A, notre niveau d'argumentation n'est pas à la hauteur.

Voici les solutions que nous proposons:

- Soit on considère qu'il n'y a pas beaucoup de patients concernés donc on ne fait rien;

- Soit on décide de ne s'adresser qu'à des cardiologues qui ne prescrivent pas ces médicaments, afin d'éviter ces situations conflictuelles;
- Soit on réétudie mieux la question pour être plus persuasifs envers les cardiologues.

On se pose la question de l'intérêt dans l'argumentation de la référence à la Revue Prescrire. En effet, la Revue Prescrire a souvent mauvaise presse chez un grand nombre d'autres spécialités que la médecine générale. On aurait peut-être eu de meilleurs résultats en évoquant plutôt des références de la bibliographie contenue dans l'article de Prescrire que l'article lui-même.

Par ailleurs, on envisage d'organiser une réunion avec les cardiologues de proximité avec lesquels on travaille afin de discuter de ces traitements et des stratégies de déprescription.

2) Fénofibrate

Le fénofibrate a été déprescrit à 100%. Il n'a pas été difficile à déprescrire, d'autant plus qu'il existe un traitement substitutif à proposer. Suite aux explications des médecins, les patients ont été coopérants à la déprescription de ce traitement.

3) Trimétazidine

La trimétazidine a été déprescrite à 100%. Elle n'a pas été difficile à déprescrire, d'autant plus que la déprescription de ce médicament avait déjà débuté avant mon intervention.

Par ailleurs, on note qu'aucun patient n'a réclamé une reprise du traitement.

La conviction du médecin qu'il faut déprescrire un traitement est un atout majeur à la déprescription.

4) Méquitazine

Il y a eu 3 prescriptions de méquitazine sur la période étudiée (du 01/08/2013 au 31/01/2014).

Ces prescriptions sont dues d'une part à l'oubli du médecin, et d'autre part au problème de rupture de stock de dexchlorphéniramine (Polaramine®) pendant une partie de la période étudiée. N'ayant pas d'autre traitement substitutif, un des médecins a prescrit la méquitazine à un nourrisson. Selon lui, la desloratadine (Aerius®) n'a pas assez d'effet sédatif.

5) Sitagliptine

6 mois après la mise en place des stratégies de déprescription, 10 patients sont toujours concernés par une prescription régulière de sitagliptine. On note donc que sur le nombre de patients diabétiques suivis au cabinet (356 patients au total), la prescription de sitagliptine reste tout de même très marginale. De plus, la sitagliptine n'est jamais prescrite en première intention mais souvent après un échec des autres antidiabétiques oraux. Dans ce dernier cas, il faudrait mettre le patient sous insuline mais certains patients y sont réticents.

Bien sûr, toute prescription de sitagliptine est remise en question en étudiant la balance bénéfices-risques. Ainsi, durant la période étudiée, un patient du Dr B est revenu d'hospitalisation sous sitagliptine. Le Dr B a appelé le diabétologue et, après discussion avec lui, a arrêté le traitement.

6) Dompéridone

Il y a eu 2 prescriptions de dompéridone sur la période étudiée (du 01/08/2013 au 31/01/2014).

Les médecins déclarent ne rien prescrire contre les nausées et vomissements

Le Dr B dit aux patients qu' "il faut vomir pour que le germe sorte."

Encore une fois, les patients sont souvent conciliants quand on leur explique les raisons de la non prescription du traitement.

7) Venlafaxine

La venlafaxine n'a pas été difficile à déprescrire, d'autant plus que les psychiatres ont été souvent conciliants à la déprescription de ce traitement ([annexe 10](#)).

En revanche, les médecins ne se souviennent pas toujours bien des nombreux effets indésirables de la venlafaxine.

8) Tianeptine

Les médecins du cabinet n'ont pas eu de difficulté à déprescrire la tianeptine, d'autant plus que la déprescription de ce médicament avait déjà débuté avant mon intervention.

Un seul patient avait une prescription régulière de tianeptine, ce traitement a été déprescrit.

9) Étifoxine

Les médecins du cabinet n'ont pas eu de difficulté à déprescrire l'étifoxine, d'autant plus que la déprescription de ce médicament avait déjà débuté avant mon intervention.

Un seul patient avait une prescription régulière d'étifoxine, ce traitement a été déprescrit.

10) Pholcodine, éphedrine, pseudoéphedrine, tuaminoheptane et tixocortol

Pour le traitement de la toux, le Dr B préconise à ses patients de boire une tisane de thym, du miel, de faire régulièrement des lavages de nez, ainsi que de bien s'hydrater.

Pour la toux sèche gênante, les médecins du cabinet prescrivent parfois du dextrométhrophane (Tussidane®).

Il n'y a eu aucune prescription de pholcodine, éphédrine, pseudoéphédrine et de tixocortol par voie orale durant la période étudiée.

Il y a eu 3 prescriptions de tuaminoheptane durant la période étudiée, ce qui reste marginal par rapport au plus de 300 prescriptions entre octobre 2010 et juillet 2013.

Par ailleurs, les médecins du cabinet n'ont pas beaucoup utilisé la fiche info patient "rhume" car ils estiment que les patients sont souvent coopérants quand on leur explique les risques de ces traitements.

On note que l'argument "moi je ferais ça..." fonctionne bien.

11) Kétoprofène gel

La prescription du kétoprofène en gel n'a pas pu être suivie.

Les médecins estiment qu'il est difficile de déprescrire le kétoprofène gel car les patients sont habitués à ce traitement.

Néanmoins, on peut leur proposer de le substituer par le diclofénac ou l'ibuprofène en gel.

12) Néfopam

Seulement 7 patients ont eu au moins une prescription de néfopam durant la période étudiée.

D'après le Dr B et le Dr C, le néfopam est un médicament qui peut être utile chez les patients cirrhotiques ou qui tolèrent mal le tramadol ou la codéine.

Par ailleurs, la revue Prescrire a republié en février 2014 une nouvelle liste des médicaments plus dangereux que utiles. Le néfopam ne figure plus dans la liste, car

le ré-examen de son dossier d'évaluation clinique comportant de nouveaux éléments est en cours.

J'ai donc appelé la rédaction de Prescrire pour avoir de plus amples informations. La rédaction m'a fait parvenir quelques documents. Un article a ensuite été publié dans la revue Prescrire en septembre 2014, sur la réévaluation du néfopam.

L'évaluation du néfopam repose sur quelques essais versus placebo, seul ou en ajout à un opioïde, ainsi que des essais versus anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Selon les situations cliniques, l'effet antalgique, mesuré sur une échelle visuelle analogique, a été d'une dizaine de millimètres sur 100mm. Mais ces essais sont pour la plupart anciens et de qualité méthodologique incertaine. L'efficacité du néfopam est ainsi jugée modeste. La Revue Prescrire rappelle les effets indésirables du néfopam (effets atropiniques, sensations vertigineuses, réactions d'hypersensibilité, troubles neuropsychiques graves, dépendances...). Ainsi, en septembre 2014, devant une balance bénéfices-risques jugée incertaine, la Revue Prescrire conclut que l'utilisation du néfopam devrait être exceptionnelle, de courte durée, chez des patients informés de la nature expérimentale de cette utilisation.

13) Piroxicam

Le piroxicam n'a pas été difficile à déprescrire, d'autant plus qu'il existe des traitements AINS substitutifs à proposer.

14) Thiocolchicoside

Il y a eu 8 prescriptions de thiocolchicoside sur la période étudiée alors que 220 patients étaient concernés entre le 01/10/2010 et le 31/07/2014. Cette prescription reste donc marginale.

Par ailleurs, 3 patients ont une prescription régulière de thiocolchicoside que les médecins n'ont pas réussi à déprescrire en raison du refus des patients malgré les

explications données. Cela provient peut-être de la dépendance au traitement par thiocolchicoside chez ces patients.

4.4. Facilités et obstacles à la déprescription

4.4.1. Les patients

Selon les médecins du cabinet, les patients ne sont pas un obstacle à la déprescription dans la grande majorité des cas. Ils sont en général d'accord avec le principe de déprescription, dès lors que le médecin leur explique les raisons de cette déprescription.

L'influence du patient sur le médecin est souvent perçue comme un obstacle fréquent à la déprescription. Ceci résulte de la relation médecin-malade, ainsi que de la définition symbolique de la prescription, de la perception que le médecin se fait lui-même de son patient et des notions de temps et d'argent.

A ce sujet, en 2012, M.Guilluy a réalisé une étude qualitative [60], s'intitulant "la déprescription: les patients sont-ils prêts? ". Suite à l'interrogatoire de plusieurs patients, elle conclut que contrairement au ressenti des médecins, une majorité de patients acceptent l'idée de déprescription. La relation médecin-malade paternaliste évolue actuellement vers une relation fondée sur l'autonomie du patient. En effet, souvent demandeurs de responsabilités et d'autonomie, les patients sont coopérants lorsqu'on leur explique la démarche de déprescription. Ces explications doivent concerner l'éducation thérapeutique des patients à leurs pathologies et les risques encourus par les médicaments qu'ils prennent.

Mais certains patients restent réticents à la déprescription malgré ces explications. Ces patients sont souvent dépendants à leurs médicaments, avec

l'impression que tout se soigne par les médicaments. Les personnes âgées ont particulièrement l'image du médicament miracle. Ayant le traitement depuis plusieurs années, ils ont peur de l'effet rebond des symptômes et du syndrome de sevrage. Il convient donc de créer une relation de confiance avec le patient pour l'aider à changer sa relation au médicament et lui proposer des alternatives non médicamenteuses. Une surveillance attentive après la déprescription est bien sûr nécessaire au bon déroulement de celle-ci.

M.Guilluy propose ainsi dans sa thèse la mise en place d'un "Projet de Déprescription Personnalisé" chez tout patient polymédicalisé, qui impliquerait à la fois le médecin et le patient. Elle suggère également la mise en place d'une campagne "pro-déprescription" par l'INPES, la HAS et le ministère de la santé afin de sensibiliser les patients.

4.4.2. Les confrères

Les psychiatres contactés ont été coopérants à la déprescription de la venlafaxine. En revanche, les cardiologues et les diabétologues contactés ont souvent été réticents à la déprescription (respectivement, de l'ivabradine, du nicorandil et de la sitagliptine). Le Dr A pense que les médecins généralistes sont également à l'origine de ce désaccord car il existe un sentiment de conflit, de défiance vis à vis des médecins spécialistes.

Il est donc parfois difficile d'obtenir l'accord de certains confrères qui suivent le même patient et d'aller à l'encontre de leurs décisions.

Dans son travail de thèse de 2010, C.Guillemaud [61] analyse les déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale. Selon elle, la réussite de la déprescription

implique également une bonne relation médecin-médecin, avec une fluidité des échanges confraternels et interprofessionnels. Elle insiste sur la centralisation des informations, la rédaction d'une ordonnance unique et le rôle du médecin traitant comme pivot et médiateur du projet thérapeutique. Cependant, elle évoque la notion de pression exercée par les autres spécialistes, les autres soignants et par l'industrie pharmaceutique.

On différencie ainsi ceux qui prescrivent selon la publicité pharmaceutique et ceux qui prescrivent selon les données de la science. En effet, les spécialistes peuvent être plus souvent ciblés par l'industrie pharmaceutique. De plus, la Revue Prescrire a souvent mauvaise presse chez les spécialistes.

Par ailleurs, certains patients ont plus tendance à croire leurs médecins spécialistes plutôt que leur généraliste car ils estiment que les médecins spécialistes ont plus de connaissances que les médecins généralistes. Ceci est un réel obstacle à notre initiative de déprescription en cas de désaccord des confrères.

4.4.3. L'existence ou non d'un traitement alternatif

Il est plus facile de déprescrire quand on a un traitement substitutif à proposer (par exemple, pour le fénofibrate, la méquitazine, ou le piroxicam).

Le fait qu'il n'existe pas de traitement substitutif à proposer peut être un frein à la déprescription des médicaments à rapport bénéfices-risques défavorable.

Néanmoins, il convient d'insister sur les effets indésirables du médicament et de proposer au patient des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses.

4.4.4. La connaissance des médicaments et des pathologies

L'Etude Polychrome [62] parue en 2009 a étudié l'optimisation des polyprescriptions en médecine générale. Elle préconise la prise en compte de la gestion des malades polyopathologiques dans l'enseignement universitaire initial de médecine générale et la formation continue. Les sociétés savantes de médecine générale devront travailler sur la notion de projet de soin pour un patient polyopathologique et les prescriptions (médicamenteuses ou non). Ce projet devra être réévalué régulièrement. Dans cet enseignement, doivent être abordées les stratégies de choix des médicaments et les techniques de négociations avec les patients.

Lors d'une intervention auprès de médecins généralistes de l'Aude, le professeur de Pharmacologie Pr Jean-Louis Montastruc [63] sensibilise les médecins à la notion de risque.

Lorsqu'un nouveau médicament entre sur le marché, il est important de s'intéresser autant aux bénéfices de ce médicament qu'à ses risques. En effet, dans notre société actuelle, la pression du risque est devenue intolérable, comme on peut le constater avec l'affaire du Médiator. Ainsi, le Pr Jean-Louis Montastruc parle de ceci comme étant une "révolution culturelle" car "quand on est médecin, on ne s'intéresse pas aux risques de médicaments". Il recommande donc de s'intéresser aussi bien à l'efficacité du médicament qu'au paragraphe "risques" lors de la lecture d'un essai clinique.

4.4.5. Le temps et la motivation

Les médecins évoquent le manque de temps ou de motivation et la fatigue comme autres difficultés rencontrées à la déprescription.

Le manque de temps des médecins est un obstacle fréquent à la déprescription. Suite à son travail de thèse, C.Guillemaud [61] propose d'aider les médecins à gérer les ordonnances complexes des patients chroniques et à réorganiser leur temps de travail pour favoriser les échanges et l'écoute :

- La rédaction d'une ordonnance unique avec hiérarchisation des molécules et différenciation entre les médicaments chroniques et ceux prescrits pour une pathologie aigue
- L'utilisation d'un bon outil informatique
- L'existence d'un Dossier Médical Personnel Informatisé
- Le développement d'outils d'échanges entre les médecins par Internet

Elle propose un guide de réévaluation de l'ordonnance de polyprescription.

Favoriser cette communication durable nécessite une revalorisation de leur rémunération pour ce type de consultation.

4.4.6. La volonté de déprescrire

Par ailleurs, le fait d'avoir une cohérence dans le discours de tous les médecins du cabinet permet une meilleure adhésion du patient au principe de la déprescription.

En ce qui concerne le néfopam, 2 des 3 médecins du cabinet étaient en désaccord avec la revue Prescrire et n'envisageaient pas de le déprescrire. Cela a donc été un obstacle à la déprescription de ce traitement.

Par ailleurs, on note que sur les 6 médicaments dont la fréquence de prescription a diminué depuis octobre 2012 (ivabradine, trimetazidine, tianeptine, etifoxine, pholcodine, ephedrine), 5 ont été déprescrits à 100% durant les 6 mois de l'étude. Seule la déprescription de l'ivabradine a été un échec. On peut donc supposer qu'il a

été plus facile de déprescrire les traitements pour lesquels la volonté de déprescription avait commencé avant mon intervention.

4.4.7. Les stratégies de déprescription

La liste des médicaments collée à côté de l'écran d'ordinateur a également facilité la déprescription des médicaments. D'une part, cela a permis de ne pas oublier les traitements à déprescrire, et d'autre part, les médecins la montraient souvent aux patients pour appuyer leur propos.

Les alarmes à l'ouverture des dossiers ont aussi beaucoup aidé les médecins à déprescrire certains traitements. Mais les médecins ont souvent oublié ce pourquoi les traitements en question devaient être déprescrits. On aurait donc pu ajouter les détails des effets indésirables du médicament concerné dans l'alarme pour le leur rappeler. Cela aurait pu permettre d'avoir plus de poids dans les explications face au patient.

4.5. Les Rencontres Prescrire 2014: l'atelier Déprescrire

Les 23 et 24 mai 2014 ont eu lieu les Rencontres Prescrire à Paris. A cette occasion, j'ai eu la chance de participer en tant qu'animatrice à un atelier intitulé "Déprescrire". Cet atelier se déroulait avec un groupe de 24 participants (médecins, pharmaciens, et infirmières) et 4 animateurs. Au début de l'atelier, tous les participants devaient inscrire sur un carton 3 situations dans lesquelles ils pourraient déprescrire puis 3 obstacles à la déprescription. Les réponses étaient ensuite notées sur un tableau. Les 24 participants étaient ensuite répartis par groupes de 6 personnes avec 1 animateur.

Chaque groupe devait discuter à partir d'un cas clinique et répondre aux 3 questions suivantes:

- 1) quelles sont les données manquantes dans le cas clinique ?
- 2) quels sont les médicaments posant problème ?
- 3) quelles stratégies proposez-vous pour déprescrire ces médicaments?

Au terme de ce travail de groupe, une nouvelle plénière avait permis de faire une synthèse des cas cliniques via un tableau de hiérarchisation des médicaments à déprescrire et des stratégies proposées.

Concernant la première question (Citez 3 situations dans lesquelles nous pourrions être amenés à déprescrire), voici les réponses sous forme de tableau:

situations de déprescription	nombre de réponses	pourcentage de réponses
effet indésirable	46	31,3 %
traitement non indiqué	25	17 %
traitement non efficace	15	10,2 %
Polymédication	35	23,8 %
prescrit par un autre confrère	5	3,4 %
exigence du patient ou de son entourage	6	4 %
Coût	3	2 %
traitement contre-indiqué	5	3,4 %
pas assez de recul pour le traitement	3	2 %
mauvaise observance	3	2 %
Ecologie	1	0,7 %

Concernant la deuxième question (“Citez 3 obstacles à la déprescription.”), voici les réponses sous forme de tableau :

obstacles à la déprescription	nombre de réponses	pourcentage de réponses
patient (+/- sa famille)	49	31 %
médecin (temps, motivation, peur de perdre son patient)	19	12 %
connaissances du médecin	17	10,7 %
le médecin remplaçant	2	1,3 %
les habitudes	14	8,9 %
les confrères	42	26,6 %
pas de traitement alternatif	3	1,9 %
les laboratoires pharmaceutiques	4	2,5 %
la dépendance au traitement	7	3,8 %

Pour ces Rencontres Prescrire, j’ai réalisé un poster récapitulatif de mon étude et de mes résultats ([annexe 13](#)).

Suite à ces Rencontres, Prescrire a parlé de cette initiative de déprescription en prenant pour exemple la dompéridone [64] ([annexe 14](#)).

Chapitre 5: CONCLUSION

“Primum non nocere” ou “D’abord, ne pas nuire”. C’est le précepte que l’on apprend à faire dès le début de nos études médicales. Ainsi, le but de notre métier est de soigner, et non de prendre des risques inutiles. Pourtant, il arrive que l’on prescrive des traitements dont les effets indésirables sont supérieurs aux bénéfices apportés. La déprescription est donc essentielle car elle agit dans l’intérêt même du patient. De plus, elle apparaît d’autant plus importante que la pression du risque devient de plus en plus forte. On peut ainsi citer l’exemple de la médiatisation de l’affaire sur le Médiator et sur la contraception orale.

Au cours de cette étude, mon expérience de la déprescription des médicaments à rapport bénéfices-risques défavorable a été positive. Ainsi, sur 19 médicaments, 15 ont été déprescrits à plus de 80%. Parmi ces 15 médicaments, 8 atteignent 100% de déprescription.

Lorsque l’on explique clairement les effets indésirables d’un traitement en les comparant aux bénéfices apportés, la majorité des patients sont compliants à arrêter le traitement. Par ailleurs, la mise en place des stratégies de déprescription comme l’affichage de la liste des médicaments ou la mise en place d’alarmes à l’ouverture des dossiers ont beaucoup aidé à la déprescription.

La difficulté principale a été le rapport avec les confrères. Les autres obstacles ont été l’absence de traitement alternatif à proposer, le manque de temps et de motivation, et le désaccord des médecins avec les médicaments à déprescrire.

Par ailleurs, 23 médecins généralistes du PSU-GVLG (Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne) viennent de passer sur le

logiciel éO. Mon travail de déprescription pourrait donc être reproduit au sein du Pôle de santé, à plus grande échelle.

Dans une société où l'ordonnance a une forte valeur symbolique, la déprescription apparaît même comme une révolution culturelle.

Le principe de déprescription devrait être intégré dans la formation universitaire initiale. Il faut souligner l'importance d'une formation médicale continue dans un monde où les connaissances évoluent continuellement. L'abonnement à une revue non financée par les firmes pharmaceutiques nous aide également à garder un esprit critique face aux médicaments que nous prescrivons. Une meilleure implication et transparence des laboratoires pharmaceutiques permettraient une meilleure prise de conscience de la prescription et de la déprescription.

Une nouvelle liste de médicaments plus dangereux qu'utiles est parue en février 2014. Cet article a été beaucoup médiatisé par la presse. Cela a permis à certains patients de réaliser la dangerosité de certains médicaments qu'ils ont l'habitude prendre.

Pour aider cette médiatisation et sensibiliser à la population à la déprescription, on peut souligner la nécessité d'une campagne publicitaire pro déprescription. L'implication de la HAS et de l'ANSM serait également utile.

Chapitre 6: BIBLIOGRAPHIE

- [1] *Points de repère n° 12 décembre 2007 Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments*
(http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_12.pdf)
- [2] *La Presse Médicale - Vol. 33 - N° 9-C1 - p. 583-585 - Patrice Queneau "La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire »" - EM|consulte.*
- [3] *Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale, dernière version, octobre 2013.*
- [4] <http://www.consort-statement.org/>
- [5] *Imbs JL, Welsch M (centre régional de pharmacovigilance d'Alsace). Pharmacovigilance. La revue du praticien 2002; 52: p 502-506*
- [6] *Pharmacovigilance: règles applicables. Fascicules "Informations pratiques" Vidal 2013*
- [7] *"Pour mieux soigner: des médicaments à écarter", La Revue Prescrire, février 2013, tome 33, N° 352*
- [8] *Rev Prescrire décembre 2012 ; 32 (350) : 900. Ivabradine associée avec un bêtabloquant: avis défavorable au remboursement*
- [9] *HAS commission de la transparence "Compte rendu de la réunion du 23 mai 2012" 30 juillet 2012 + "Projet d'avis- Procoralan" 6 juin 2012 : 32 pages*
- [10] *Prescrire mars 2011 ; 31 (329) : 193. Fénofibrate: perturbation de la fonction rénale*
- [11] *Forsblom C et coll. "Effects of long-term fenofibrate treatment on markers of renal function in type 2 diabetes. The FIELD Helsinki substudy" Diabetes Care 2010 ; 33 (2) : 215-220.*
- [12] *Rev Prescrire avril 2012 ; 32 (342): 268. Nicorandil: ulcérations cutanéomuqueuses (suite)*
- [13] *Rev Prescrire juillet 2012 ; 32 (345) : 516. Nicorandil: ulcérations cutanéomuqueuses (encore)*
- [14] *"Ulcérations cutanéomuqueuses et fistules sous nicorandil" Actualités en pharmacovigilance 2012 ; (45) CHU Angers. Site www.univ-angers.fr*
- [15] *ASNM "Commission nationale de pharmacovigilance, compte rendu d la réunion du mardi 24 janvier 2012. Enquête officielle sur nicorandil et risques d'ulcérations" 27 mars 2012. Site afssaps*
- [16] *Rev Prescrire avril 2012 ; 32 (342) : 260. SMR "insuffisant": déremboursements bienvenus, mais à quand les retraits du marché? : Trimétazidine dans divers troubles sensoriels*

- [17] ASNM "Restriction des indications des spécialités à base de trimétazidine - Point d'information" 8 novembre 2012
- [18] Rev Prescrire novembre 2011 ; 31 (337) : 819. Actualités à la loupe. Méquitazine: sur liste I
- [19] AFSSAPS "RCP-Primalan" 5 août 2011
- [20] AFSSAPS "Lettre aux professionnels de santé - Méquitazine et modifications du Résumé des Caractéristiques du produit" août 2011
- [21] Revue française d'allergologie 50 (2010) 3-27. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la rhinite allergique
- [22] Rev Prescrire septembre 2012 ; 32 (347) : 655. Ecarter les gliptines de sa panoplie thérapeutique
- [23] Rev Prescrire décembre 2012 ; 32 (350) : 168. Guide Interactions médicamenteuses Commission européenne "RCP Januvia" 23 fév 2012
- [24] Avis de la commission de transparence HAS 11 mai 2005 Motilium
- [25] Rev Prescrire 2012 ; 32 (341) : 196-197. Dompéridone : des troubles du rythme ventriculaire et des morts subites (suite)
- [26] Van Noord et coll. "Domperidone and ventricular arrhythmia or sudden cardiac death: a population based case control study in the Netherlands" Drug Saf. nov 2010 ; 33 (11) : 1003-1014
- [27] Rev Prescrire 2005 ; 25 (260) : 271. Métopimazine en pédiatrie : pourquoi prendre des risques injustifiés ?
- [28] Jolliet P, Nion S, Allain-Veyrac G, Tilloy-Fenart L, Vanuxeem D, Berezowski V, et al. Evidence of lowest brain penetration of an antiemetic drug, metopimazine, compared to domperidone, metoclopramide and chlorpromazine, using an in vitro model of the blood-brain barrier. Pharmacol. Res. 2007 Jul;56(1):11-7.
- [29] Fedorowicz Z, Jagannath VA, Carter B. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996
- [30] Patanwala AE, Amini R, Hays DP, Rosen P. Antiemetic therapy for nausea and vomiting in the emergency department. J Emerg Med. 2010 Sep;39(3):330-6.
- [31] Roussel, V., Tritz, T., Souty, C., Turbelin, C., Arena, C., Lambert, B., ... & Hanslik, T. (2013). Estimating the excess of inappropriate prescriptions of anti-dopaminergic antiemetics during acute gastroenteritis epidemics in France. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 22(10), 1080-1085.
- [32] Rev Prescrire décembre 2012 ; 32 (350) Guide des Interactions Médicamenteuses: patients sous venlafaxine
- [33] Rev Prescrire février 2005 ; 25 (258) : 105. Venlafaxine et risque cardiaque
- [34] Rev Prescrire décembre 2008 ; 28 (302) : 905. Venlafaxine: pas mieux qu'un IRS mais des troubles cardiaques
- [35] AFFSAPS "RCP-Venlafaxine Mylan 25mg, 50 mg comprimé" 14 avril 2008
- [36] Rev Prescrire mars 2011 ; 32 (329) : 516. Tianeptine: atteintes hépatiques, neurologiques, cutanées, etc.

- [37] ANSM "Commission nationale de pharmacovigilance, compte rendu de la réunion du mardi 24 janvier 2012. Réévaluation du bénéfice/risque de Stablon® (tianeptine): bilan des données de sécurité d'emploi (1989-2011)" 27 mars 2012. Site ansm.sante.fr
- [38] Rev Prescrire janvier 2013 ; 33 (351) : 25. Etiofoxine: trop d'effets indésirables graves
- [39] ANSM "Commission nationale de pharmacovigilance. Compte rendu de la réunion du mardi 26 juin 2012 - Réévaluation du bénéfice/risque de Stresam (étiofoxine) : bilan des données de sécurité d'emploi (2000-2012) " 19 septembre 2012. Site ansm.sante.fr
- [40] Rev Prescrire 2011 ; 31 (331) : 349. Pholcodine: anaphylaxie aux curares
- [41] Rev Prescrire novembre 2012 ; 32 (349) : 830. Hypersensibilité croisée entre pholcodine et suxaméthonium
- [42] Morel S et coll "pholcodine hypersensitivity reactions in a patient with previous history of neuromuscular blocking drugs allergy, a case report" 33ème journées de pharmacovigilance Dijon 4-6 avril 2012
- [43] Rev Prescrire avril 2012 ; 32 (342) : 263. Décongestionnants vasoconstricteurs en ORL: réévaluation par la Commission de la transparence
- [44] AFFSAPS "Point d'information - Décongestionnants de la sphère ORL, renfermant un vasoconstricteur, administrés par voie orale ou nasale: information importante sur la sécurité d'emploi et l'usage" 15 décembre 2011
- [45] Rev Prescrire octobre 2012 ; 32 (348) : 743. Tuaminoheptane: un vasoconstricteur à éviter chez tous les patients...en attendant son retrait
- [46] AFFSAPS "RCP-rhinofluimucil" 2 avril 2012
- [47] Rev Prescrire juin 2010 ; 30 (320) : 417. Tixocortol: un corticoïde hors prescription
- [48] AFFSAPS "RCP-Thiovalone" oct 2009
- [49] Prescrire oct 2010 ; 30 (324) : 735. Gels de kétoprofène: maintenus sur le marché français, et européen, en dépit des troubles cutanés avérés
- [50] Rev Prescrire octobre 2010 ; 30 (324) : 739. Néfopam: un antalgique injectable à éviter
- [51] AFFSAPS "RCP-Acupan" 22 décembre 2008; "RCP-Nefopam Mylan" 8 mars 2010
- [52] Rev Prescrire octobre 2009 ; 29 (312) : 736. Piroxicam: baisse du SMR, mais toujours là malgré des risques accrus!
- [53] Rev Prescrire juillet 2010 ; 30 (321) : 498. Médicaments à 15%: des incohérences dans la liste publiée, sans argumentation
- [54] HAS Commission de la transparence "avis Feldène" 15 février 2006
- [55] Rev Prescrire novembre 2009 ; 29 (313) : 833. Thiocolchicoside: convulsions?
- [56] Andrejak M et coll "11 cases of epileptic seizures dosely related to the administration of thiocolchicoside. Data from French Pharmacovigilance Database" avril 2009
- [57] Boisdin, E. (2011). Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. Thèse de Doctorat en Médecine.
- [58] Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. J Pharm Pract Res 2003; 33: 323-8

Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Efird RL. Medication use and misuse: physician - patient discrepancies. *J Chronic Disease* 1975; 28: 7-21.

[59] Le Couteur D, Bank E. Deprescribing. *Australian Prescriber*, 2011, 34 (182-185)

[60] Guilluy M (2012) La déprescription: les patients sont-ils prêts? Thèse de Doctorat en Médecine

[61] Guillemaud, C (2010). *Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale Paris, Paris Sud 11. Thèse de Doctorat en Médecine.*

[62] Clerc, P., J. Le Breton, et al. (2009). "Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. " *Pratiques et Organisation des Soins*

[63] Pr Montastruc chef de service de pharmacologie au CHU de Toulouse

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-gard/vous-informer/faut-il-deprescrire_gard.php

[64] *Rev Prescrire* juillet 2014 ; 34 (369): 555-10. *Prescrire en questions: dompéridone et morts subites en France (suite)*

[65] *Rev Prescrire* 2014 ; 34 (364) : 137-143: "Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2014"

Chapitre 7: ANNEXES

Ouvertures

Pour mieux soigner : des médicaments à écarter



Préambule

La prudence dans le choix d'un médicament est de préférer les plus éprouvés, dont les effets nocifs sont rendus acceptables par une efficacité démontrée sur des conséquences concrètes. Mais chaque année, de nombreux nouveaux médicaments sont autorisés, souvent sans preuve d'un progrès par rapport aux médicaments de référence. Parfois, ils sont en fait moins efficaces ou plus nocifs. Et en général, une promotion massive leur assure une image positive aux yeux des soignants et des patients. Des leaders d'opinion renommés interviennent en leur faveur dans des congrès et les médias spécialisés. Ces opinions sont relayées de proche en proche par des spécialistes du domaine. Des campagnes de presse mettent en avant le problème de santé visé par le médicament, ce qui pousse les patients concernés à demander le médicament. Etc. Pour d'autres médicaments, plus anciens, les espoirs initiaux d'efficacité sont défaits par les avancées de l'évaluation. Ou bien leurs effets indésirables s'avèrent plus importants qu'on ne pensait. Au final, pour ces divers motifs, de nombreux médicaments sont utilisés, alors qu'ils sont plus dangereux qu'utiles. Mais, les données en défaveur des médicaments et les mises en

garde sont peu audibles, noyées dans le flot de la promotion.

Les soignants de première ligne qui veulent agir dans l'intérêt premier des patients se retrouvent en difficulté, à contrecourant de l'opinion de nombreux spécialistes, des autorisations de mise sur le marché et des décisions de remboursement des assureurs maladies.

En agissant par demi-mesures et en laissant des médicaments plus dangereux qu'utiles sur le marché, les autorités de santé ne font pas leur travail de protection des patients.

Prescrire, financée uniquement par les abonnés, n'a pas les moyens de faire le travail des autorités de santé. Et n'y prétend pas. Mais *Prescrire* s'est organisée pour aider les soignants à mieux soigner. Dans le texte qui suit, l'Équipe *Prescrire* rappelle les principaux médicaments plus dangereux qu'utiles, à écarter au terme des analyses publiées dans *Prescrire* de 2010 à 2012. Les patients et soignants ont intérêt à réviser les traitements en cours, à écarter ces médicaments plus dangereux qu'utiles, et à préférer les traitements éprouvés. Sans attendre que les autorités décident enfin les retraits du marché qui s'imposent au vu des données d'évaluation.

©Prescrire

Résumé

● En France, début 2013, trop de médicaments à balance bénéfices-risques défavorable restent commercialisés. Les autorités de santé n'ont pas fait leur travail de protection des patients en autorisant ou en laissant ces médicaments plus dangereux qu'utiles sur le marché malgré des signaux d'alerte manifestes.

● Pour inciter les autorités à un sursaut salutaire et aider les soignants et patients à se préparer aux retraits du marché justifiés par les données de l'évaluation, ce texte liste les principaux médicaments à écarter, au terme des analyses publiées dans *Prescrire* de 2010 à 2012.

● Souvent d'autres options plus favorables existent. Parfois, dans certaines situations, un médicament n'est pas le meilleur choix. Mieux vaut prendre le temps de les chercher avec les patients.

Rev Prescrire 2013 ; 33 (352) : 138-142.

Chaque mois, *Prescrire* apporte des informations permettant à chaque soignant de faire évoluer peu à peu sa liste de médicaments à utiliser. Ces informations mettent aussi en évidence des médicaments plus dangereux qu'utiles pour les patients, qu'il vaut mieux déconseiller. Force est de constater que début 2013, un grand nombre d'entre eux restent commercialisés. Certains sont anciens, disponibles depuis plusieurs dizaines d'années ; d'autres sont récents, avec des autorisations de mise sur le marché (AMM) accordées imprudemment par les agences du médicament.

En pratique, comment faire face à cette situation ?

Les autorités sanitaires ont la responsabilité de retirer ces médicaments du marché. Plus elles tardent, plus elles laissent les patients exposés aux dangers injustifiés de ces médicaments, prescrits ou conseillés par des soignants trop peu informés de la réalité de la balance bénéfices-risques, ou sous-estimant souvent l'ampleur de la pression des firmes pharmaceutiques, y compris sur les experts sollicités par les autorités.

Les soignants sont alors dans la difficile position d'expliquer aux patients que ces médicaments sont

à éviter alors qu'ils sont officiellement autorisés, et prescrits par des professionnels de santé, parfois spécialistes, parfois hospitaliers.

D'ici à des décisions de retrait, c'est aux autorités sanitaires de faire savoir largement aux soignants et aux patients la réalité de ces médicaments.

D'ici là, les patients comptent sur les soignants pour les éclairer, en particulier les pharmaciens et les médecins.

Sur la base des analyses publiées dans *Prescrire* de 2010 à 2012 (concernant les nouveaux médicaments, mais aussi d'anciens), voici une liste des principaux médicaments à écarter des soins et retirer du marché. Nous les présentons par domaine thérapeutique, puis par ordre alphabétique de dénomination commune internationale (DCI).

Il s'agit :

– de médicaments actifs mais qui exposent à des risques disproportionnés par rapport aux bénéfices qu'ils apportent ;

– de médicaments anciens dont l'utilisation est dépassée, car d'autres ont une balance bénéfices-risques plus favorable ;

– de médicaments récents dont la balance bénéfices-risques s'avère moins favorable que celle de médicaments plus anciens ;

– de médicaments dont l'efficacité n'est pas prouvée au-delà d'un effet placebo, et qui exposent à des dommages disproportionnés ;

– d'associations à doses fixes, qui cumulent l'exposition aux effets indésirables et aux interactions des médicaments qui les composent, sans apporter de gain notable d'efficacité.

Souvent, une meilleure option est disponible ; nous l'énonçons brièvement quand elle existe.

Cardiologie

– *L'aliskirène* (Rasilez[®]), un antihypertenseur sans efficacité démontrée en termes de diminution des accidents cardiovasculaires, expose à un surcroît de troubles cardiovasculaires et d'insuffisances rénales (n° 341 p. 183 ; n° 349 p. 820). Autant en rester par exemple aux diurétiques et aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) éprouvés ;

– le *fénofibrate* (Lipanthyl[®] ou autre), le *béza-fibrate* (Befizal[®]) et le *ciprofibrate* (Liponor[®] ou autre), des hypocholestérolémiants sans efficacité clinique démontrée, exposent à de nombreux effets indésirables, notamment cutanés, hématologiques et rénaux (n° 329 p. 193). Le *gemfibrozil* (Lipur[®]), le seul fibrate avec une certaine efficacité démontrée, est un recours, à manier avec prudence, quand un fibrate est choisi ;

– le *ivabradine* (Procoralan[®]), sans avantage dans l'angor et dans l'insuffisance cardiaque, expose à des troubles visuels, des bradycardies parfois sévères et autres troubles du rythme cardiaque (n° 350 p. 900). Autant en rester aux traitements éprouvés ;

– le *nicorandil* (Adancor[®] ou autre), un vasodilatateur avec une composante nitrée, sans efficacité démontrée au-delà de l'effet symptomatique dans l'angor, expose à des ulcérations cutanéomuqueuses parfois graves (n° 342 p. 268 ; n° 345 p. 516). Autant en rester par exemple à un dérivé nitré ;

– la *trimétazidine* (Vastarel[®] ou autre), une substance aux propriétés incertaines utilisée dans l'angor sans efficacité démontrée au-delà de l'effet symptomatique, expose à des syndromes parkinsoniens, des hallucinations et des thrombopénies (n° 342 p. 260-261). Autant en rester aux traitements éprouvés ;

– les "vasodilatateurs", particulièrement ceux dérivés de l'ergot de seigle, utilisés dans les "déficits cognitifs neurosensoriels liés à l'âge" : la *dihydroergocryptine* (dans Vasobral[®]), la *dihydroergocristine* (Iskédyl[®]), la *dihydroergotoxine* (Hydergine[®]), la *nicergoline* (Sermion[®] ou autre), sans efficacité prouvée, exposent à des risques de fibroses notamment pulmonaires ou rétropéritonéales (n° 342 p. 260-261 ; n° 343 p. 361). Autant ne pas compter sur les médicaments dans ces situations ;

– l'association à doses fixes *cafédrine + théodérenaline* (Praxinor[®]), des sympathomimétiques d'intérêt non démontré sur les hypotensions, et qui exposent à des effets indésirables cardiovasculaires graves ainsi qu'à des dépendances (n° 344 p. 421). En cas d'hypotension, mieux vaut se concentrer sur des mesures non médicamenteuses (bas de con- ▶▶

► tention, régime salé, etc.), voire utiliser avec précaution la *midodrine* (Gutron[®]), faute de mieux (n° 294 p. 263) ;

– la triple association à doses fixes *amlodipine + valsartan + hydrochlorothiazide* (Exforge HCT[®]), qui expose à une utilisation abusive d'une trithérapie dans l'hypertension artérielle avec multiplication des effets indésirables et des interactions, à des risques d'erreurs de dosages liées au conditionnement inadapté (n° 325 p. 809). Mieux vaut adapter avec précision la dose de chaque antihypertenseur quand une trithérapie semble nécessaire.

Cancérologie - Hématologie

Parmi les cytotoxiques commercialisés en France, 5 cytotoxiques cités ci-dessous sont à retirer du marché soit parce qu'ils ont une balance bénéfices-risques moins favorable que d'autres cytotoxiques mieux éprouvés, soit parce que des soins symptomatiques sans cytotoxique sont une meilleure option :

– le *catumaxomab* (Removab[®]) n'augmente pas la durée de vie dans l'ascite maligne, et expose plus de trois quarts des patients à des effets indésirables graves (n° 319 p. 332-335) ;

– le *panitumumab* (Vectibix[®]), n'augmente pas la survie dans les cancers colorectaux métastasés, et expose à des effets indésirables chez environ 90 % des patients, dont des hypersensibilités et des atteintes cutanées (n° 323 p. 666) ;

– la *trabectedine* (Yondelis[®]), sans efficacité tangible démontrée dans les cancers de l'ovaire et les sarcomes des tissus mous, expose à des effets indésirables graves très fréquents, digestifs, hématologiques et hépatiques (n° 326 p. 892) ;

– le *vandétanib* (Caprelsa[®]), sans efficacité démontrée sur la survie dans les cancers médullaires de la thyroïde, expose à des effets indésirables graves chez 1 patient sur 3 (diarrhées, pneumonies, hypertension) et à des morts subites (n° 342 p. 256-259) ;

– la *vinflumine* (Javlor[®]) n'apporte pas de progrès dans les cancers de la vessie, et expose à des effets indésirables hématologiques fréquents et parfois mortels (n° 320 p. 415).

D'autre part, le *fer dextran* (Ferrisat[®]) expose à davantage d'hypersensibilités que les autres spécialités à base de *fer* injectable disponibles (n° 349 p. 819).

Dermatologie - Allergologie

– Le *tacrolimus* dermique (Protopic[®]), un immunodépresseur dans l'eczéma, expose à des risques de cancers cutanés et de lymphomes, disproportionnés avec l'affection traitée (n° 343 p. 345 + 361). Autant en rester à un dermocorticoïde géré à bon escient dans les poussées ;

– la *méquitazine* (Primalan[®]), un antihistaminique H1 "sédatif" et "atropinique" dans les allergies, d'efficacité modeste, expose plus que d'autres antihistaminiques H1 à des troubles du rythme cardiaque (n° 337 p. 819). Autant en rester à des antihistaminiques non "sédatifs" et non "atropiniques" tels que la *loratadine* (Clarityne[®] ou autre) ou la *cétirizine* (Zyrtec[®] ou autre) ;

– la *prométhazine* injectable (Phenergan[®]), un antihistaminique H1 dans l'urticaire sévère, expose à des nécroses cutanées et des gangrènes (n° 327 p. 59). Autant en rester à la *dexchlorphéniramine* injectable (Polaramine[®]).

Diabétologie - Nutrition

– Les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 (DPP-4), alias gliptines) tels que la *saxagliptine* (Onglyza[®]), la *sitagliptine* (Januvia[®], Xelevia[®]) et la *vildagliptine* (Galvus[®]), sans efficacité clinique démontrée sur les complications du diabète (accidents cardiovasculaires, insuffisances rénales, atteinte neurologique, etc.). Ils ont un profil d'effets indésirables chargé, notamment des troubles de l'immunité, des pancréatites, des hypersensibilités (n° 347 p. 655 ; n° 349 p. 811). Autant en rester aux traitements éprouvés, tels la *metformine* (Glucophage[®] ou autre), le *glibenclamide* (Daonil[®] ou autre) et l'*insuline* ;

– l'*orlistat* (Xenical[®] ou autre) a des effets indésirables (troubles digestifs très fréquents, atteintes hépatiques, etc.) et des interactions disproportionnés au regard d'une efficacité modeste

et temporaire en termes de perte de poids, sans preuve d'effet favorable à long terme (n° 349 p. 829). Mieux vaut éviter les médicaments pour perdre du poids et s'en tenir à des mesures physiques et diététiques.

Gynécologie - Endocrinologie

– La *tibolone* (Livial[®]), un stéroïde de synthèse dans le traitement hormonal substitutif de la ménopause, expose à des effets indésirables androgéniques en plus de ceux des estroprogestatifs (troubles cardiovasculaires, cancers du sein ou de l'ovaire, etc.) (n° 320 p. 432). Quand un traitement hormonal est choisi malgré les risques, autant en rester à une association estroprogestative la plus faiblement dosée et pendant la durée la plus courte possible.

Gastro-entérologie

– La *dompéridone* (Motilium[®] ou autre), un neuroleptique, expose à des troubles du rythme ventriculaire et des morts subites, disproportionnés par rapport aux symptômes traités, les reflux gastro-œsophagiens ou les nausées et vomissements (n° 340 p. 108 ; n° 341 p. 196). Selon les situations, d'autres médicaments ont une balance bénéfices-risques plus favorable, tels les antiacides ou l'*oméprazole* (Mopral[®] ou autre) dans le reflux gastro-œsophagien ;

– le *prucalopride* (Resolor[®]), un médicament apparenté aux neuroleptiques autorisé dans la constipation, expose à des troubles cardiovasculaires (n° 328 p. 90-94). Autant en rester à des laxatifs minutieusement choisis quand une prise en charge diététique ne suffit pas.

Infectiologie

– La *moxifloxacin* (Izilox[®]), une fluoroquinolone pas plus efficace que d'autres, expose à des syndromes de Lyell, à des hépatites fulminantes, et à un surcroît de troubles cardiaques (n° 327 p. 12) ;

– la *télithromycine* (Ketek[®]), un macrolide sans avantage sur les autres, expose à un surcroît de trou-

bles cardiaques, hépatiques et visuels (n° 316 p. 115).

Neurologie

– La *flunarizine* (Sibelium°) et l'*indoramine* (Vidora°), des neuroleptiques en prévention des crises de migraine, ont des effets indésirables excessifs au regard de l'efficacité (n° 318 p. 264 ; n° 321 p. 499). Autant préférer d'autres options, telles que le *propranolol* (Avlocardyl° ou autre) ;

– le *natalizumab* (Tysabri°), un immunodépresseur dont il n'est pas démontré qu'il soit plus efficace que les *interférons bêta* dans la sclérose en plaques, expose à des leucoencéphalopathies parfois mortelles, à des réactions d'hypersensibilité et à trop d'inconnues à long terme (n° 333 p. 508) ;

– la *tolcapone* (Tasmar°), un antiparkinsonien, expose à des atteintes hépatiques parfois mortelles (n° 330 p. 273-279). En dernière ligne l'*entacapone* (Comtan° ou autre) est une option.

Psychiatrie - Dépendances

Plusieurs médicaments contre la dépression sont à retirer car de nombreux autres antidépresseurs ont une balance bénéfices-risques plus favorable :

– l'*agomélatine* (Valdoxan°), d'efficacité douteuse, expose à des troubles hépatiques, pancréatiques, musculaires et cutanés (n° 351 p. 26) ;

– la *duloxétine* (Cymbalta°) expose à des atteintes hépatiques (n° 320 p. 423) ;

– le *milnacipran* (Ixel° ou autre) expose à un surcroît de troubles cardiaques et urinaires (n° 338 p. 906) ;

– la *tianeptine* (Stablon°) expose à des dépendances et à des atteintes hépatiques et cutanées (n° 339 p. 25 ; n° 345 p. 516 ; n° 349 p. 822) ;

– la *venlafaxine* (Effexor° LP ou autre) expose plus que d'autres antidépresseurs à des troubles cardiovasculaires (n° 343 p. 353).

D'autres psychotropes sont aussi à retirer :

– l'*asénapine* (Sycrest°) moins efficace que d'autres neuroleptiques dans les épisodes maniaques chez les patients



atteints de trouble bipolaire, expose à des hypoesthésies buccales et à des hypersensibilités parfois graves (n° 342 p. 255) ;

– l'*étifoxine* (Stresam°), d'efficacité mal évaluée dans l'anxiété, expose à des atteintes hépatiques (n° 349 p. 832). Autant préférer une benzodiazépine pour une durée la plus courte possible quand un anxiolytique est souhaitable ;

– le *méprobamate* utilisé comme anxiolytique dans Kaologeais° (en association, dans les troubles fonctionnels digestifs avec anxiété), et dans Precyclan° (en association, dans le syndrome prémenstruel), expose à des effets indésirables cutanés et hématologiques sévères, et à des syndromes de sevrage (n° 336 p. 737). Autant préférer une benzodiazépine quand un anxiolytique est souhaitable.

Des médicaments commercialisés dans le sevrage tabagique sont à retirer, car ils ne sont pas plus efficaces que la *nicotine* et exposent à plus d'effets indésirables :

– la *bupropione* (Zyban°), un amphétaminique, expose à des troubles neuropsychiques, des malformations cardiaques congénitales, des dépendances (n° 339 p. 26-27 ; n° 342 p. 271) ;

– la *varénicline* (Champix°) expose à des suicides (n° 342 p. 271).

Pneumologie - ORL

– L'*almitrine* (Vectarion°), utilisée comme "oxygénateur" sans efficacité clinique démontrée dans la bronchopneumopathie chronique obstructive, expose à des neuropathies et des pertes de poids graves (n° 345 p. 505) ;

– la *pholcodine*, un opioïde, expose à un risque de sensibilisation aux curares (n° 349 p. 830). La toux est une affection bénigne qui ne justifie pas l'exposition à de tels risques ;

– les décongestionnants vasoconstricteurs par voies orale et nasale (l'*éphédrine*, la *naphazoline*, l'*oxymétazoline*, le *pseudoéphédrine* et le *tuaminoheptane*) exposent à des troubles cardiovasculaires disproportionnés pour des médicaments destinés à soulager des troubles bénins tels que le rhume (n° 342 p. 263-264 ; n° 345 p. 505 ; n° 348 p. 738 + 743) ;

– l'*omalizumab* (Xolair°), un anticorps monoclonal dans l'asthme persistant sévère, expose à des infections, des hypersensibilités et des troubles cardiaques (n° 324 p. 730-731) ; autant en rester à un corticoïde ; ▶▶

► – la *pirféridone* (Esbriet[®]), un immunodépresseur sans efficacité démontrée dans la fibrose pulmonaire idiopathique, expose à des effets indésirables graves, cardiaques et cutanés entre autres (n° 350 p. 888-891). Autant en rester à une prise en charge symptomatique fautive de mieux ;
– le *tixocortol* (associé avec la *chlorhexidine* dans Thiovalone[®]), expose à des réactions allergiques à type d'œdèmes cutanéomuqueux de la face, de glossites, voire d'œdèmes de Quincke (n° 320 p. 417). Autant en rester au *paracétamol* dans les maux de gorge.

Douleur - Rhumatologie

Antalgie. De nombreux antalgiques et anti-inflammatoires sont à retirer du marché. Des options avec une balance bénéfices-risques plus favorable sont disponibles. Le *paracétamol* est l'antalgique de premier choix : il est efficace et présente peu de dangers quand sa posologie est respectée. Certains anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), tels l'*ibuprofène* (Brufen[®] ou autre) et le *naproxène* (Naprosyne[®] ou autre), à la plus petite dose efficace et pour une durée la plus courte possible, sont une alternative.

– les *coxibs* : le *célécoxib* (Celebrex[®]), l'*étoricoxib* (Arcoxia[®]) et le *parécoxib* (Dynastat[®]) exposent à plus de risques cardiovasculaires et cutanés que d'autres AINS (n° 344 p. 419) ;
– la *floctafénine* (Idarac[®]), un AINS proposé comme antalgique, expose à des hypersensibilités dont des bronchospasmes et des œdèmes de Quincke (n° 321 p. 498) ;
– le *kétoprofène* en gel (Ketum[®] gel ou autre) expose à un surcroît de troubles cutanés par rapport à d'autres AINS topiques (n° 319 p. 338-339 ; n° 321 p. 501 et III de couv. ; n° 324 p. 735) ;
– le *néfopam* (Acupan[®] ou autre), un antalgique, expose à des effets atropiniques, des convulsions, des troubles hépatiques et des dépendances (n° 324 p. 738-739) ;
– le *nimésulide* (Nexen[®] ou autre), un AINS, expose à des atteintes hépatiques graves, voire mortelles (n° 327 p. 22-23 ; n° 335 p. 659) ;

– le *piroxicam* (Feldène[®] ou autre), un AINS, expose à un surcroît de troubles digestifs et cutanés (dont des syndromes de Lyell) (n° 321 p. 498).

Ostéoporose. Plusieurs médicaments commercialisés dans l'ostéoporose sont à retirer car leur efficacité est au mieux modeste et leurs effets indésirables sont parfois graves. Dans cette situation, autant en rester avec précaution à l'*acide alendronique* (Fosamax[®] ou autre), quand les moyens non médicamenteux et l'apport de calcium + vitamine D3 sont jugés insuffisants :

– le *dénosumab* (Prolia[®]) en prévention des fractures dans l'ostéoporose et dans la "perte osseuse" au cours du cancer de la prostate, expose à des douleurs dorsales et musculosquelettiques, et à des infections liées aux effets immunodépresseurs de cet anticorps monoclonal (n° 329 p. 168-172). Dans la "perte osseuse", on ne connaît pas de médicament satisfaisant ;

– le *strontium ranélate* (Protelos[®]) expose à des troubles neuropsychiques et à des hypersensibilités dont des syndromes de Lyell et des syndromes d'hypersensibilité multiorganique (alias Dress), et à des thromboembolies veineuses (n° 338 p. 902 + 910) ;

– le *tériparatide* (Forsteo[®]), un peptide, expose à des troubles digestifs, des syncopes secondaires à des hypotensions, et peut-être à un risque de tumeurs osseuses (n° 315 p. 18).

Arthrose. Des médicaments utilisés dans l'arthrose sont à retirer du marché car ils n'ont pas d'efficacité démontrée. Autant en rester au *paracétamol* en traitement de premier choix de la douleur :

– la *diacéréine* (Art 50[®] ou autre), expose à des troubles digestifs, des atteintes cutanées graves et des hépatites ;

– la *glucosamine* (Voltaflex[®] ou autre) expose à des réactions allergiques et à des troubles hépatiques (n° 323 p. 663) ;

Divers. D'autres médicaments utilisés principalement en rhumatologie sont à retirer du marché :

– des myorelaxants sans efficacité démontrée : le *méthocarbamol* (Lumi-

relax[®]) expose à de nombreux effets indésirables, dont des troubles digestifs et des atteintes cutanées ; et le *thiocolchicoside* (Coltramyl[®] ou autre), un dérivé de la *colchicine*, expose à des diarrhées, des gastralgies, et semble-t-il des convulsions (n° 321 p. 498 ; n° 313 p. 833). Autant en rester à d'autres traitements symptomatiques ;
– la *quinine* (Hexaquine[®], Okimus[®], Quinine vitamine C Grand[®]) dans les crampes, expose à des hypersensibilités, des troubles hématologiques, des troubles cardiaques disproportionnés au regard d'une efficacité marginale (n° 344 p. 421). On ne connaît pas de médicament avec une balance bénéfices-risques favorable dans les crampes ;

– la spécialité Colchimax[®] (*colchicine* + poudre d'*opium* + *tiémonium*) en raison de la présence de la *poudre d'opium* et du *tiémonium* qui masquent les diarrhées, un des premiers signes de surdose parfois mortelle de la *colchicine* (n° 350 p. 901). Autant en rester à la *colchicine* seule (Colchicine Opo-calcium[®]) ;

– l'association *dexaméthasone* + *salicylamide* + *salicylate d'hydroxyéthyle* (Percutalgine[®]) (n° 345 p. 505), et l'association *prednisolone* + *salicylate de dipropylène glycol* (Cortisal[®]) (n° 338 p. 898) qui exposent aux effets indésirables des corticoïdes et aux réactions d'hypersensibilité des salicylés ; autant en rester au *paracétamol* oral ou à l'*ibuprofène* topique (Advil[®] gel ou autre) pour soulager la douleur en cas d'entorse ou de tendinite, en complément de mesures non médicamenteuses (repos, glace, attelles, etc.).

Les soignants et patients ont intérêt à se préparer aux retraits du marché justifiés par les données de l'évaluation. Définir les objectifs des traitements, puis réviser les traitements à l'aune de ces objectifs aident à éviter de nombreux médicaments inutilement dangereux (1).

©Prescrire

1- Prescrire Rédaction "Objectifs des traitements à partager avec les patients" *Rev Prescrire* 2012 ; 32 (345) : 544-546.

Annexe 2 : réponse des médecins au questionnaire initial

Spécialité	classe thérapeutique	nom DCI	nom marque	Pensez-vous que ce médicament puisse être utilisé en MG?				Prescrivez-vous ce médicament?					
				Nougainirède	Duriez-Mise	Chrisidés	MG?	Nougainirède	Duriez	Chrisidés			
Cardiologie	inhibiteur de la rénine	Aliskiren	Rasilez®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	Chrisidés	févite
Cardiologie	Fibrate	Fénofibrate	Lipantyl®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite	févite	févite	févite
Cardiologie	Fibrate	Bézafibrate	Befzal®	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Cardiologie	Fibrate	Ciprofibrate	Lipanon®	non	oui	oui	non	oui	oui	non	non	non	non
Cardiologie	Vasodilatateurs	Ivabradine	Procoralan®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Cardiologie	Vasodilatateurs	Nicorandil	Adancor®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Cardiologie	antiangineux	Trimetazidine	Vastavel®	non	oui	non	oui	non	non	non	non	non	non
Cardiologie	Vasodilatateurs	Dihydroergocryptine	Vasobral®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Cardiologie	Vasodilatateurs	Vasodilatateurs	Iskédyl®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Cardiologie	Vasodilatateurs	Vasodilatateurs	Hydergine®	oui	non	non	non	non	non	févite	non	non	non
Cardiologie	Vasodilatateurs	Nicergoline	Sermion®	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	non
Cancéro/ Hémato	Cytotoxique	Catumaxomab	Removab®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Cancéro/ Hémato	Cytotoxique	Panitumumab	Vectibix®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Cancéro/ Hémato	Cytotoxique	Trabectédine	Yondelis®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Cancéro/ Hémato	Cytotoxique	Vandetanib	Caprelsa®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Cancéro/ Hémato	Cytotoxique	Vinflunine	Javlor®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Cancéro/ Hémato	Cytotoxique	Fer Dextran	Ferrisat®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Dermato/ Allergo		Tacrolimus dermique	Protopic®	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	non
Dermato/ Allergo		Méquitazine	Primalan®	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	févite
Dermato/ Allergo		Prométhazine injectabl	Phenergan®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	févite
Diabéto/ Nutrition	gliptines	Saxagliptine	Onglyza®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Diabéto/ Nutrition	gliptines	Sitagliptine	Januvia®, Xeluvia®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Diabéto/ Nutrition	gliptines	Vildagliptine	Galvus®	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Diabéto/ Nutrition		Orlistat	Xenical®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Gynéco/ endocrin	stéroïde de synthèse	Tibolone	Livial®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Gastro-entérologi		Dompéridone	Motilium®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Gastro-entérologi		Prucalopride	Resolor®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Infectiologie		Moxifloxacine	Izilox®	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
Infectiologie		Télithromycine	Ketek®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Neurologie	neuroleptique	Flunarizine	Sibelium®	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Neurologie	neuroleptique	Indoramine	Vidora®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Neurologie	immunodépresseur	Natalizumab	Tysabri®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Neurologie	antiparkinsonien	Toicapone	Tasmar®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Psychiatrie/ addic		Agomélatine	Valdoxan®	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Psychiatrie/ addic		Duloxétine	Cymbalta®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Psychiatrie/ addic		Milnacipran	Ixel®	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Psychiatrie/ addic		Tianeptine	Stablon®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Psychiatrie/ addic		Venlafaxine	Effexor® LP	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Psychiatrie/ addic		Asénapine	Sycrest®	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	non
Psychiatrie/ addic		Etifoxime	Stresam®	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Psychiatrie/ addic		Méprobamate	Kaoligeal®, Precycl	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Psychiatrie/ addic		Bupropion	Zyban®	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Psychiatrie/ addic		Varénicline	Champix®	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Psychiatrie/ addic		Almitrine	Vectarion®	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Pneumologie/ORL	"oxygénateur"	Pholcodine	...	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Pneumologie/ORL	décongestionnants	vréphédrine	...	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Pneumologie/ORL	décongestionnants	vréphédrine	...	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite
Pneumologie/ORL	décongestionnants	vréphédrine	...	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	févite

Annexe 2bis : interprétation du questionnaire initial

	Réponse du Dr A	Nombre de patients du Dr A concernés par au moins une prescription du 01/10/2010 au 13/07/2013	Réponse du Dr B	Nombre de patients du Dr B concernés par au moins une prescription du 01/10/2010 au 13/07/2013	Réponse du Dr C	Nombre de patients du Dr C concernés par au moins une prescription du 01/10/2010 au 13/07/2013
Ivabradine	Oui	4	Non	1	non	2
Fénofibrate	Oui	9	Non	8	Oui	10
Nicorandil	Oui	7	Non	4	Oui	4
Trimétazidine	Non	13	Non	1	Non	6
Méquitazine	Oui	21	Oui	25	Oui	32
Sitagliptine	Oui	17	Non	5	Oui	2
Dompéridone	Oui	170	Oui	110	Oui	28
Tianeptine	Oui	12	Oui	5	Oui	6
Venlafaxine	Oui	37	Oui	16	Oui	7
Etifoxine	Oui	11	Oui	11	Oui	16
Pholcodine	Oui	8	Oui	0	Oui	2
Ephédrine	Oui	15	Oui	0	Oui	0
Pseudoéphédrine	Oui	15	Oui	0	Non	0
Tuaminoheptane	Oui	196	Oui	76	Oui	69
tixocortol	Non	158	Oui	79	Oui	163
Kétoprofene gel	Oui	?	Oui	?	Oui	?
Néfopam	Oui	9	Oui	9	Oui	7
Piroxicam	Oui	11	Oui	8	Oui	4
thiocolchicoside	Oui	26	Non	79	Oui	117

Annexe 3 : Syntaxe Déprescrire

```
C_Heure(vTransHeure)
VPATHFICSTAT:=Dossier systeme(Bureau)+"statmedoc.txt"
vTransHeure:=Ajouter a document(VPATHFICSTAT)
//PAQUET(vTransHeure;Chaine("Début")+Caractere(Tabulation)+Chaine("Fin")+Caractere(Tabulation)+Chaine("Type")+Caractere(Tabulation)+Chaine("Medicament")+Caractere(Tabulation)+Chaine("Nombre d'ordonnances")+Caractere(Tabulation))
```

```
P_Tablnit ("CherchMedoc")
tTypeCMed:=2 // 2 = Classe therapeutique ou 1=Nom medicament ou 3= Voir menu
BCB
```

```
//xd:=K_DiaSaisieDate("Date de la période";ajouter a date(!00/00/00!;annee de(date du jour);1;1);ajouter a date(!00/00/00!;annee de(date du jour)+1;1;-1))
//vDate1:=!01/01/2009! // Debut de la période
//vDate2:=!01/01/2012! // Fin de la période
//vDate1:=vDiaDate // Debut de la période
//vDate2:=vDiaDateFin // Fin de la période
```

```
CHERCHER([Médicaments];[Médicaments]Rf_traitement>=0)
COPIER SELECTION([Médicaments];"DePrescrire_médicaments")
CHERCHER([Traitements];[Traitements]Id_traitements>=0)
COPIER SELECTION([Traitements];"DePrescrire_Traitements")
CHERCHER([Consultations];[Consultations]Id_consultation>=0)
COPIER SELECTION([Consultations];"DePrescrire_Consultations")
CHERCHER([Dossiers];[Dossiers]Id_dossier>=0)
COPIER SELECTION([Dossiers];"DePrescrire_Dossiers")
```

```
vNomMed:="Aliskiren"
```

```
vDate1:=!01/10/2010! // Debut de la période
vDate1Bis:=!01/02/2013! // Debut de la période
vDate2:=!31/07/2013! // Fin de la période
```

```
UTILISER SELECTION("DePrescrire_Médicaments")
UTILISER SELECTION("DePrescrire_Traitements")
UTILISER SELECTION("DePrescrire_Consultations")
UTILISER SELECTION("DePrescrire_Dossiers")
ENVOYER
PAQUET(vTransHeure;Chaine(vDate1)+Caractere(Tabulation)+Chaine(vDate2)+Caractere(Tabulation)+Chaine(tTypeCMed)
+Caractere(Tabulation)+vNomMed+Caractere(Tabulation))
```

```
BCBCherch (->vNomMed;Vrai;0;0;1)
TABLEAU REEL(Tab_AffReel;0)
K_Tab_TXT_VERS_REEL (->tab_AffAl30;->Tab_AffReel)
CHERCHER PAR TABLEAU([Médicaments]RF_CIP;Tab_AffReel)
```

```

//ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Médicaments]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Médicaments];[Traitements])
//ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Traitements]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Traitements];[Consultations])
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations];[Consultations]Date>=vDate1;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Date<=vDate2)
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Consultations]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Consultations];[Dossiers])
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Dossiers]))+Caractere(Tabulation))

JOINTURE([Traitements];[Consultations])
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations];[Consultations]Date>=vDate1;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Date<=vDate2;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; &
[Consultations]Créé_Par="nougairède")
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Consultations]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Consultations];[Dossiers])
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Dossiers]))+Caractere(Tabulation))

JOINTURE([Traitements];[Consultations])
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations];[Consultations]Date>=vDate1;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Date<=vDate2;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; &
[Consultations]Créé_Par="christidis")
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Consultations]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Consultations];[Dossiers])
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Dossiers]))+Caractere(Tabulation))

JOINTURE([Traitements];[Consultations])
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations];[Consultations]Date>=vDate1;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Date<=vDate2;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Créé_Par="duriez")
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Consultations]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Consultations];[Dossiers])
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Dossiers]))+Caractere(Retour chariot))

ENVOYER
PAQUET(vTransHeure;Chaine(vDate1Bis)+Caractere(Tabulation)+Chaine(vDate2)+Car
actere(Tabulation)+Chaine(tTypeCMed)
+Caractere(Tabulation)+vNomMed+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Traitements];[Consultations])
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations];[Consultations]Date>=vDate1Bis;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Date<=vDate2)

```

ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Consultations]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Consultations];[Dossiers])
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Dossiers]))+Caractere(Tabulation))

JOINTURE([Traitements];[Consultations])
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations];[Consultations]Date>=vDate1Bis;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Date<=vDate2;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; &
[Consultations]Créé_Par="nougairède")
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Consultations]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Consultations];[Dossiers])
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Dossiers]))+Caractere(Tabulation))

JOINTURE([Traitements];[Consultations])
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations];[Consultations]Date>=vDate1Bis;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Date<=vDate2;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; &
[Consultations]Créé_Par="christidis")
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Consultations]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Consultations];[Dossiers])
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Dossiers]))+Caractere(Tabulation))

JOINTURE([Traitements];[Consultations])
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations];[Consultations]Date>=vDate1Bis;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Date<=vDate2;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Créé_Par="duriez")
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Consultations]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Consultations];[Dossiers])
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Dossiers]))+Caractere(Retour chariot))

JOINTURE([Traitements];[Consultations])
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations];[Consultations]Date>=vDate1Bis;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Date<=vDate2;*)
CHERCHER DANS SELECTION([Consultations]; & [Consultations]Créé_Par="urbejtel")
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Consultations]))+Caractere(Tabulation))
JOINTURE([Consultations];[Dossiers])
ENVOYER PAQUET(vTransHeure;Chaine(Enregistrements
trouves([Dossiers]))+Caractere(Retour chariot))

FERMER DOCUMENT(vTransHeure)

Epidemio_RensNbrFic

Annexe 4 : résultats initiaux

Debut	Fin	Type	Element	Consultatio	Dossiers	consult par Dr A	Dossiers dont 1 consult par Dr A	consult par Dr B	Dossiers dont 1 consult par Dr B	consult par Dr C	Dossiers dont 1 consult par Dr C
01/10/2010	07/07/2013	2	Aliskiren	11	3	1	1	0	0	9	1
01/10/2012	07/07/2013	2	Aliskiren	2	2	1	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	fenofibrate	105	18	43	9	35	8	27	10
01/10/2012	07/07/2013	2	fenofibrate	27	12	11	7	9	4	7	3
01/10/2010	07/07/2013	2	bezafibrate	3	1	3	1	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	bezafibrate	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	ciprofibrate	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	ciprofibrate	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	lvabradine	71	6	65	4	1	1	5	2
01/10/2012	07/07/2013	2	lvabradine	18	4	15	3	0	0	3	1
01/10/2010	07/07/2013	2	nicorandil	131	9	110	7	13	4	8	4
01/10/2012	07/07/2013	2	nicorandil	37	6	35	6	1	1	1	1
01/10/2010	07/07/2013	2	trimetazidine	51	20	32	13	8	1	11	6
01/10/2012	07/07/2013	2	trimetazidine	6	3	4	2	2	1	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	dihydroergocryptine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	dihydroergocryptine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	dihydroergocristine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	dihydroergocristine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	dihydroergotoxine	2	1	0	0	2	1	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	dihydroergotoxine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	nicergoline	14	1	14	1	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	nicergoline	3	1	3	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	catumaxomab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	catumaxomab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	panitumumab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	panitumumab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	trabectedine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	trabectedine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	vandetanib	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	vandetanib	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	vinflunine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	vinflunine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	fer dextran	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	fer dextran	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	tacrolimus	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	tacrolimus	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	mequitazine	82	78	23	21	25	25	32	32

01/10/2012	07/07/2013	2	mequitazine	28	28	5	5	7	7	14	14
01/10/2010	07/07/2013	2	promethazine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	promethazine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	saxagliptine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	saxagliptine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	sitagliptine	105	23	92	17	8	5	3	2
01/10/2012	07/07/2013	2	sitagliptine	30	11	27	10	1	1	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	vildagliptine	11	3	1	1	9	3	1	1
01/10/2012	07/07/2013	2	vildagliptine	4	2	1	1	3	1	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	orlistat	1	1	0	0	1	1	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	orlistat	1	1	0	0	1	1	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	libolone	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	libolone	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	domperidone	419	297	249	168	121	110	41	28
01/10/2012	07/07/2013	2	domperidone	82	67	49	35	21	21	4	4
01/10/2010	07/07/2013	2	prucalopride	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	prucalopride	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	moxifloxacin	1	1	1	1	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	moxifloxacin	1	1	1	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	telithromycine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	telithromycine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	flunarizine	8	2	8	2	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	flunarizine	1	1	1	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	indoramine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	indoramine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	natalizumab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	natalizumab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	tolcapone	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	tolcapone	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	agomelatine	4	2	1	1	3	1	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	agomelatine	1	1	1	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	duloxetine	21	4	19	3	0	0	1	1
01/10/2012	07/07/2013	2	duloxetine	0	0	0	0	0	0	0	0
00/00/00	07/07/2013	2	milnacipran	9	1	9	1	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	milnacipran	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	lianeptine	139	17	63	12	20	5	55	6
01/10/2012	07/07/2013	2	lianeptine	13	3	12	2	0	0	1	1
01/10/2010	07/07/2013	2	venlafaxine	451	42	374	37	47	16	22	7
01/10/2012	07/07/2013	2	venlafaxine	131	23	104	21	15	5	4	3
01/10/2010	07/07/2013	2	asenapine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	asenapine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	etifoxine	53	33	24	11	12	11	17	16

01/10/2012	07/07/2013	2	etifoxine	4	3	3	2	1	1	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	meprobamate	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	meprobamate	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	bupropion	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	bupropion	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	varenicline	5	3	4	2	1	1	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	varenicline	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	almitrine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	almitrine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	pholcodine	10	10	8	8	0	0	2	2
01/10/2012	07/07/2013	2	pholcodine	3	3	2	2	0	0	1	1
01/10/2010	07/07/2013	2	ephedrine	15	15	15	15	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	ephedrine	1	1	1	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	naphazoline	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	naphazoline	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	oxymetazoline	6	4	6	4	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	oxymetazoline	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	pseudoephedrine	15	15	15	15	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	pseudoephedrine	1	1	1	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	tuaminoheptane	423	341	246	196	89	76	95	69
01/10/2012	07/07/2013	2	tuaminoheptane	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	omalizumab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	omalizumab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	pirfenidone	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	pirfenidone	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	tixocortol	516	367	236	158	83	79	197	163
01/10/2012	07/07/2013	2	tixocortol	163	140	90	72	4	4	69	66
01/10/2010	07/07/2013	2	celecoxib	9	3	7	2	1	1	1	1
01/10/2012	07/07/2013	2	celecoxib	2	1	2	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	etoricoxib	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	etoricoxib	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	parecoxib	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	parecoxib	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	floctafenine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	floctafenine	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	ketoprofene	898	478	400	239	411	239	74	44
01/10/2012	07/07/2013	2	ketoprofene	185	128	77	57	79	60	16	12
01/10/2010	07/07/2013	2	nefopam	63	23	16	9	13	9	32	7
01/10/2012	07/07/2013	2	nefopam	21	8	10	3	3	3	6	2
01/10/2010	07/07/2013	2	nimesulide	7	5	7	5	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	nimesulide	2	2	2	2	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	piroxicam	65	18	22	11	12	8	29	4

01/10/2012	07/07/2013	2	piroxicam	23	5	5	2	4	2	12	2
01/10/2010	07/07/2013	2	denosumab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	denosumab	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	ranelate de strontium	17	2	7	1	0	0	10	1
01/10/2012	07/07/2013	2	ranelate de strontium	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	teriparatide	12	1	9	1	1	1	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	teriparatide	9	1	7	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	diacerein	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	diacerein	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	glucosamine	5	1	5	1	0	0	0	0
01/10/2012	07/07/2013	2	glucosamine	5	1	5	1	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	methocarbamol	18	3	1	1	0	0	17	2
01/10/2012	07/07/2013	2	methocarbamol	0	0	0	0	0	0	0	0
01/10/2010	07/07/2013	2	thiocolchicoside	316	220	29	26	101	79	165	117
01/10/2012	07/07/2013	2	thiocolchicoside	139	110	17	15	39	35	62	50
01/10/2010	07/07/2013	2	quinine	6	5	3	2	0	0	3	3
01/10/2012	07/07/2013	2	quinine	0	0	0	0	0	0	0	0

Annexe 5 : Réunion initiale (présentation PowerPoint)

Thèse DéPrescrire

Kajajini Sivarasalingam
Président de thèse: Pr Michel Nougairède
Directeur de thèse: Dr Anna Christidis

Déprescription des médicaments à balance bénéfiques-risques défavorable?

Février 2013, article dans la revue Prescrire

- 73 médicaments "plus dangereux que utiles"

- encore largement prescrits en Soins Primaires...

→ Peut-on essayer de diminuer la prescription de ces médicaments ??

Recueil des données

- via la fonction "épidémiologie" dans Eo
- sur 2 périodes:
 - du 01/10/2010 au 31/07/2013
 - du 01/10/2012 au 31/07/2013
- recherche pour chacun des 73 principes actifs
 - du nombre de prescriptions
 - du nombre de patients concernés
- puis recherche identique en séparant les 3 médecins

3 classes de médicaments distincts

- ceux qui n'ont été jamais prescrits
- ceux qui sont peu prescrits (<5 patients)
 - > contexte de prescription?
- ceux qui sont souvent prescrits

19 médicaments qui sont souvent prescrits...

A) Ceux dont la fréquence de prescription a diminué depuis octobre 2012

- 1) ivabradine (Procoralan®)
- 2) trimetazidine (Vastarel®)
- 3) tianeptine (Stablon®)
- 4) etifoxine (Stresam®)
- 5) pholcodine
- 6) ephedrine
- 7) pseudoephedrine

B) Ceux qui continuent à être souvent prescrits après la période de octobre 2012

- 1) fénofibrate (Lipanthyl®)
- 2) nicorandil (Adancor®)
- 3) mequitazine (Primalan®)
- 4) sitagliptine (Januvia®, Xelevia®)
- 5) domperidone (Motilium®)
- 6) venlafaxine (Effexor®)
- 7) tuaminoheptane (Rhinofluimicil®)
- 8) tixocortol (Thiovalone®)
- 9) ketoprofene gel (Ketum®)
- 10) nefopam (Acupan®)
- 11) piroxicam (Feldène®)
- 12) thiocolchicoside (Coltramyl®)

1) ivrabradine (Procoralan®)

- AMM: angor stable à la place ou en association avec BB-, Insuffisance cardiaque
- pas plus efficace que les autres traitements
- EI= troubles cardiaques (bradycardies, TDR) et visuels
- SMR jugé insuffisant

Prescrire déc 2012 N° 350
HAS commission de la transparence juin 2012

2) fénofibrate (Lipanthyl®): perturbation de la fonction rénale

- 170 patients diabétiques de type 2
 - essai Field (fénofibrate vs placebo)
 - durée médiane de suivi = 5 ans
 - > augmentation créat plasmatique avec fénofibrate : 87 umol/L vs avec placebo: 75 umol/L (p<0.001)
 - > le seul fibrat à privilégier= gemfibrozil (Lipur®)
- Prescrire mars 2011 N°329*

3) nicorandil (Adancor®, Ikorel®)

- vasodilatateur avec 1 composante nitrée
- traitement symptomatique de l'angor (efficacité mineure)
- expose à des ulcérations cutanéomuqueuses parfois graves

- Commission nationale de pharmacovigilance: 45 ulcérations cutanéomuqueuses notifiées en France entre 2008 et 2011

- 57% ayant nécessité une hospitalisation
- buccales, linguales ou pharyngées(23), cutanées(14), anales(8), gastro-duodénales(4), intestinales(4), génitales(2), nasales(1), péristomiale(1)
- délai de survenue= plusieurs mois à plusieurs années

Prescrire avril 2012 N° 342, juillet 2012 N° 345
Actualités en pharmacovigilance 2012 (45) CHU Angers
ASNM Commission nationale de pharmacovigilance 24/01/2012

4) trimétazidine (Vastarel®)

- AMM: angor, troubles visuels, vertiges, acouphènes
- pas d'efficacité clinique au delà de l'effet symptomatique
- EI= thrombopénies, sd parkinsoniens, sd des jambes sans repos, atteintes cutanées, hépatites cytolytiques, palpitations, hypoTA, vertiges, malaises, chutes,...

Prescrire avril 2012 N°342

5) mequitazine (Primalan®)

- antihistaminique H1 sédatif et atropinique
- inscrite sur la liste I des substances vénéneuses en 2011
- risques= TDR cardiaques et allongement QT
- préférer loratadine (Clarityne®) ou cétirizine (Zyrtec®)

Prescrire novembre 2011 N° 337
AFSSAPS "RCP-Primalan" 5 août 2011

6) sitagliptine (Januvia®, Xelevia®)

- inhibiteur de la DPP-4 (gliptines)
- diminution modeste de HbA1c
- pas d'efficacité clinique sur les complications du diabète
- ES= nausées, constipation, infections, myalgies, dépression, aug créat, risque de cancers et de troubles neuromusculaires, réactions d'hypersensibilités,...

Prescrire sept 2012 N° 347
Guide Interactions médicamenteuses déc 2012
Commission européenne "RCP Januvia" 23 fév 2012

7) domperidone (Motilium®)

- neuroleptique
- ttt RGO et nausées/ vomissements
- EI = allongement du QT, TDR ventriculaire, morts subites
- 2005: étude cas/témoins néerlandaise: risque de mort subite
- > 4 fois plus important chez les patients sous dompéridone (RC= 3,7 avec IC95%: 1.7 à 8.1)
- > 11 fois plus important avec des doses >30mg/j
- pour RGO: mesures hygiéno-diététiques +/- antiacides et IPP

Prescrire mars 2012 N°340
"Domperidone and ventricular arrhythmia or sudden cardiac death: a population based case control study in the Netherlands" Drug Saf. nov 2010

8) venlafaxine (Effexor®)

- antidépresseur
- activité sérotoninergique et noradrénergique
- expose plus que d'autres AD à des troubles cardiovasculaires (aug° TA, Tachyc, allongement QT, TDR), prééclampsie et éclampsie pdt la grossesse
- abaisse le seuil de convulsion

Prescrire Guide des Interactions Médicamenteuses, déc 2012 N° 350
Prescrire fév 2005 N°258 (venlafaxine et risque cardiaque)

9) tianeptine (Stablon®)

- antidépresseur
- absence d'avantage sur les autres AD
- EI= atteintes hépatiques, neuropsychiques (convulsions, épilepsies, mouvements involontaires et troubles extrapyramidaux, TS, confusions, hallucinations, agitations), cutanés, hyponatrémies, troubles cardiovasculaires, thrombopénies,...

Prescrire mars 2011 N°329

10) étifoxine (Stresam®)

- anxiolytique
- efficacité mal évaluée
- EI= atteintes hépatiques++, cutanées, colites, thrombopénies, réactions d'hypersensibilité,...
- perte d'efficacité de médicaments associés (CO, anticoagulants)

Prescrire janv 2013 N°351
ASNM "commission nationale de pharmacovigilance" sept 2012

11) pholcodine (Biocalyptol®, Broncalene®, Clarix®, Codotussyl®, Dimetane®, Flucalyptol®, Hexapneumine®, Humex toux sèche pholcodine®, Polery®, Pulmosody®, Respiene®)

- opioïde faible, utilisé comme antitussif
- risque de sensibilisation aux curares (<=>FDR de chocs anaphylactiques aux curares au cours d'AG)

Prescrire nov 2012 N°349

Morel S et coll "pholcodine hypersensitivity reactions in a patient with previous history of neuromuscular blocking drugs allergy, a case report" 33ème journées de pharmacovigilance Dijon 4-6 avril 2012

12) éphedrine(Rhinamide®), **pseudoéphédrine**

(Actifed rhume®, Actifedduo®, Adviltab rhume®, Dolirhume®, Humex rhume®, Nurofen rhume®, Rhinadvil®, Rhinureflex®, Rhumagrip®, Sudafed®)

- décongestionnant vasoconstricteur (voies orale et nasale)
- expose à des troubles cardiovasculaires, parfois mortels
→ depuis le 1er janvier 2011, 15 cas graves d'EI cardiovasculaires (à type d'HTA, crise d'angor) ou neurologiques (à type de convulsion, troubles du comportement et accident vasculaire), survenus chez des patients ayant pris une spécialité renfermant un vasoconstricteur (voie orale ou nasale), ont été enregistrés dans la base nationale de pharmacovigilance. Dans 25% des cas, les recommandations présentes dans le résumé des caractéristiques du produit de ces spécialités n'étaient pas respectées (durée de traitement > 5 jours, non respect des CI).
- SMR faible (remboursables à 15%)

Prescrire avril 2012 N°342

AFFSAPS

13) tuaminoheptane (Rhinoflumicil®)

- décongestionnant vasoconstricteur par voie nasale
- efficacité modeste et transitoire
- nombreux ES, dt troubles cardiovasculaires
- CI chez enfants < 15 ans depuis avril 2012

Prescrire oct 2012 N° 348 "tuaminoheptane: un vasoconstricteur à éviter chez tous les patients...en attendant son retrait"

AFFSAPS "RCP-rhinoflumicil" avril 2012

14) tixocortol (Thiovalone®)

- tixocortol+ chlorexidine en pulv buccale
- "ttt local d'appoint (...) des affections limitées à l'oropharynx" (*Vidal*)
- dispo sans ordonnance, adultes et enf > 6 ans
- efficacité non établie
- réactions allergiques (oedèmes cutanéomuqueux de la face, glossites, oedème de quincke)

Prescrire juin 2010 N° 320

AFFSAPS "RCP-Thiovalone" oct 2009

15) ketoprofène gel (Ketum®)

- retrait du marché fin 2009, réapparition début 2010 suite à une procédure de justice
- efficacité modeste
- EI= troubles cutanés (de type eczématiformes, photodermatoses)
- privilégier d'autres AINS topiques: ibuprofène topique (Nurofen®, Advil®,...) ou diclofénac topique (Voltarène emulgel®,...)

Prescrire 2010 N° 319/321 + III de couverture

Prescrire oct 2010 N° 324

16) nefopam (Acupan®)

- mécanisme d'action mal connu
- ES= effets atropiniques (troubles digestifs, vertiges, tachycardies, sueurs, RAU, confusions, hallucinations), réactions anaphylactiques, convulsions (abaisse le seuil convulsivant), troubles hépatiques, dépendances

Prescrire oct 2010 N° 324

AFSSAPS "RCP-Acupan" déc 2008; "RCP-nefopam" mars 2010

17) Piroxicam (Feldene®)

- pas plus efficace que d'autres AINS
- remboursable à 15% par la SS depuis avril 10 (baisse du SMR)
- EI= troubles digestifs (dt perforations) et cutanés (dont sd de Lyell)

Prescrire juillet 2010 N°321

Prescrire oct 2009 N° 312

HAS Commission de la transparence "avis Feldène" 02/2006

18) thiocolchicoside (Coltramyl®)

- myorelaxant
- dérivé de la colchicine
- EI= diarrhées, gastralgies, convulsions
- mieux vaut s'en tenir au repos et au traitement antalgique

Prescrire nov 2009 N° 313

Andrejak M et coll "11 cases of epileptic seizures dosely related to the administration of thiocolchicoside. Data from French Pharmacovigilance Database" avril 2009

Annexe 6 : liste des médicaments à déprescrire (affichée à coté de l'écran de chaque ordinateur du cabinet)

Ivabradine	Procoralan®
Fénofibrate	Fegenor® Fenofibrate® Lipanthyl® Secalip®
Nicorandil	Adancor® Ikorel® Nicorandil®
Trimétazidine	Trimetazidine® Vastarel®
Méquitazine	Primalan®
Sitagliptine	Januvia® Xelevia® Velmetia®
Dompéridone	Biperidys® Domperidone® Motilium® Oroperidys® Peridys®
Venlafaxine	Effexor® Venlafaxine®
Tianeptine	Stablon®
Etifoxine	Stresam®
Pholcodine	Biocalyptol®, Broncalene®, Clarix®, Codotussyl®, Dimetane®, Flucalyptol®, Hexapneumine®, Humex toux seche pholcodine®, Polery®, Pulmosodyl®, Respilene®
Ephedrine	Rhinamide® Rhino Sulfuryl®
Pseudoéphedrine	Actifed rhume®, Actifedduo®, Adviltab rhume®, Dolirhume®, Humex rhume®, Nurofen rhume®, Rhinadvil®, Rhinureflex®, Rhumagrip®, Sudafed®
Tuaminoheptane	Rhinofluimicil®
Tixocortol	Thiovalone®
Ketoprofène gel	Ketoprofène gel® Ketum®
Néfopam	Acupan®
Piroxicam	Brexin® Cycladol® Feldène® Piroxicam® Proxalyoc® Zofora®
Thiocolchicoside	Coltramyf® Miorel® Myoplege® Thiocolchicoside®

Annexe 7 : Lettre aux cardiologues pour la déprescription de l'ivabradine

Voici une copie de la lettre envoyée au préalable à chaque cardiologue:

Cher confrère, chère consœur,

Je me permets de vous adresser Mr/Mme ..., que nous suivons pour...

Suite à l'article paru dans la revue Prescrire en février 2013 sur les médicaments dont la balance bénéfices-risques est défavorable, je me pose la question de l'intérêt du traitement par ivabradine (Procoralan®). En effet, il est démontré que l'ivabradine n'est pas plus efficace que les autres traitements mais présente plus d'effets indésirables tels que des troubles cardiaques (bradycardie, troubles du rythme) et des troubles visuels. Qu'en pensez-vous ? Par quel autre traitement pourrait-on le remplacer ?

Ci-joint, une copie de l'article paru dans Prescrire.

Merci de le voir et de nous conseiller.

Cordialement,

Voici également une copie de la lettre pour adresser le patient au cardiologue:

Suite à l'article paru dans la revue Prescrire en février 2013 sur les médicaments dont la balance bénéfices-risques est défavorable, je me pose la question de l'intérêt du traitement par Procoralan®. En effet, il est démontré que le Procoralan® n'est pas plus efficace que les autres traitements mais présente plus d'effets indésirables tels que des troubles cardiaques (bradycardie, troubles du rythme) et des troubles visuels.

Qu'en pensez-vous ? Pour les patients dont le nom suit peut-on le supprimer lors de leur prochaine consultation chez vous ou par quel autre traitement pourrait-on le remplacer ?

Ci-joint, une copie de l'article paru dans Prescrire.

Cordialement,

Annexe 8 : Réponse du cardiologue 1

Docteur [REDACTED]
Attaché des Hopitaux

CARDIOLOGUE

CES de Cardiologie
DU Cardiologie Pédiatrique
DU d'Echocardiographie

[REDACTED]
Gennevilliers, le 27/12/2013

Docteur [REDACTED]

Cher Ami.

J'ai vu Monsieur [REDACTED], 86 ans,
Patient connu pour une cardiopathie ischémique, une extrasystolie ventriculaire, HTA et diabète.
Antécédents de néo (carcinome sous la langue), chirurgie + radiothérapie.

Actuellement stable sur plan cardio sans angor ni dyspnée inhabituelle

L'examen aujourd'hui retrouve une TA à 140/70, cœur régulier, pas de signes d'insuffisance cardiaque périphérique, pas d'hypotension orthostatique.

L'ECG est en rythme sinusal à 63/min, un BBD une conduction et repolarisation correctes

En somme, cardiopathie ischémique et hypertensive stable sous traitement

Tu me demandais d'arrêter le Procortalan que j'avais rajouté en 09/2012 pour un rythme un peu rapide jusqu'à 100/mn le jour de la prescription, s'il y a une raison particulière je n'y vois pas de contre-indication, sinon on le garde puisque le patient le tolère bien et que sa fréquence est correcte... l'essentiel c'est d'essayer d'avoir une fréquence inférieure à 70/mn

Amicalement.

Docteur [REDACTED]

Annexe 8 bis : Réponse du cardiologue 2

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Docteur [REDACTED]

EB

[REDACTED]

Docteur [REDACTED]

*Ancien-Interne des Hôpitaux de Paris
Diplômé d'Echocardiographie (Paris XII)
Attaché de l'Institut de Cardiologie de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière*

MALADIE DU COEUR ET DES VAISSEAUX

[REDACTED]
Sur Rendez-vous

Paris, le 03/10/2013

Dr. [REDACTED]

Mon Cher Confrère,

J'ai pris connaissance avec soins de votre courrier et de l'article de la revue "Prescrire" sur le service médical rendu insuffisant par le PROCORALAN en association avec un bêtabloquant dans l'angor stable.

Il s'agit bien sûr de notions basées sur l'absence de preuve statistiquement significative dans les études sur l'angor stable.

Dans le cas particulier de votre patient, Monsieur [REDACTED], je me permets de vous rappeler qu'il présente un angor d'effort sur une atteinte coronaire distale qui ne relève que d'un traitement médical.

J'avais recommandé la prise du PROCORALAN en 2009, à la suite d'une déstabilisation de son angor d'effort avec positivité de son ECG d'effort., alors qu'il était sous traitement anti-ischémique maximal, associant bêtabloquant, inhibiteur calcique et vasodilatateur.

L'adjonction d'une faible dose de PROCORALAN, a permis d'améliorer très nettement la gêne clinique, qui a été objectivée par la négativation de son ECG d'effort.

C'est pourquoi, je ne serai pas partisan d'interrompre le PROCORALAN chez Monsieur [REDACTED], ce d'autant que je ne vois pas par quel traitement anti-ischémique on pourrait le remplacer, puisqu'il a déjà un traitement médical maximal.

Mais, je suis d'accord avec vous et avec l'article de "Prescrire" que le PROCORALAN n'est pas un anti-ischémique majeur, et que je ne le préconise jamais en première intention dans l'angor stable.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'information et en rediscuter, et vous prie d'agréer, mon cher Confrère, l'expression de mon plus cordial souvenir.

Dr. [REDACTED]



Annexe 9 : Lettre au psychiatre



GENNEVILLIERS, le mercredi 2 octobre 2013

Chère Consoeur,

Je vous remercie de recevoir M. [REDACTED] âgé de 67 ans, domicilié [REDACTED]. Il s'est présenté chez moi le 16/9 et ce jour pour des crises d'angoisses bruyantes. Ce jour je lui ai donné sur le champ 2 cp de dafalgan codeiné + 1 cp de lysanxia 10.

Je lui conseille de vous remettre cette lettre et de discuter avec vous des angoisses, surtout si il pouvait aller à l'hôpital de jour et arrêter de fumer c'estce qu'il pourrait faire lui de plus utile pour sa santé "il a les cartes en mains".

Enfin si on peut substituer du DEROXAT à l'EFFEXOR pour faire plaisir à PRESCRIRE...

Merci de le voir et de nous conseiller.
Très cordialement.

Docteur [REDACTED]

Annexe 10 : réponse d'un psychiatre

CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE



au Dr



27/08/13

cher collègue,

Q me  se remet à écrire

et a repris sa production artistique.

S'il arrête la ventilation au profit du Dérivat et o n.

Bien cordialement



Le rhume guérit seul !

Le rhume est une **affection très fréquente** et est le plus souvent dû à des **virus**.
Il guérit sans traitement, généralement en une semaine.

Attention aux effets indésirables des médicaments!

Aucun médicament n'assure la guérison du rhume.

L'efficacité des divers médicaments de la toux et du rhume n'a pas été démontrée: ni chez les enfants, ni chez les adultes

Les médicaments de la toux et du rhume ont cependant de nombreux effets indésirables et font courir des risques disproportionnés. *(Par exemple, la pseudoéphedrine contenu dans le Rhinadvil ® peut exposer à des troubles cardiovasculaires tel que l'hypertension artérielle ou l'angor ou neurologiques tels que des convulsions ou un accident vasculaire cérébral, le tixocortol contenu dans la Thiovalone ® peut exposer à des réactions allergiques...)*

Agir sans médicament

- Vous avez le nez qui coule:
 - du **sérum physiologique** est éventuellement utile pour humidifier ou dégager les voies nasales

- Vous tousssez ou avez mal à la gorge:
 - **buvez de l'eau** régulièrement pour s'hydrater et apaiser le mal de gorge
 - sucez des confiseries ou buvez du miel (*confiseries ou boissons « sans sucre » si vous êtes diabétique*)
 - **évittez la fumée du tabac** irritante

- Vous avez mal ou vous avez de la fièvre:
 - le traitement de référence reste le **paracétamol**

- Pour diminuer le risque de transmission aux autres personnes:
 - tousser, éternuer et se moucher dans des **mouchoirs jetables**
 - **se laver les mains régulièrement**
 - éviter d'approcher les personnes en état de santé fragile et les nourrissons

Références : Revue Prescrire Aout 2011 Tome 31 N° 334(Rhumes et Mal de gorge)

Annexe 12 : Résultats intermédiaires à 3 mois

	nombre de prescriptions du 01/10/2010 au 31/07/2013	dossiers concernés au 1/01/2014
Ivabradine	6	3
Fénofibrate	18	2
Nicorandil	9	4
Trimétazidine	20	0
Méquitazine	78	0
Sitagliptine	23	9
Dompéridone	297	0
Venlafaxine	42	2
Tianeptine	17	0
Etifoxine	33	1
Pholcodine	10	0
Ephedrine	15	0
Pseudoéphedrine	15	0
Tuaminoheptane	340	0
Tixocortol	367	0
Ketoprofène gel	?	?
Néfopam	23	6
Piroxicam	18	1
Thiocolchicoside	220	2

Annexe 13: Poster réalisé pour les Rencontres Prescrire 2014

Déprescription des médicaments à balance bénéfiques-risques défavorable dans un cabinet de groupe de Médecine Générale à Gennevilliers K.Sivarasalingam, A.Christidis, M.Nougairède

Introduction:

La plupart des médicaments que nous prescrivons présentent des effets indésirables. Mais il arrive parfois que la balance bénéfiques-risques de certains d'entre eux soit défavorable.

La revue Prescrire a dévoilé en février 2013 la liste des "médicaments plus dangereux qu'utiles", qu'elle conseille d'écarter des soins. Cette liste qui comporte 74 médicaments au total a été établie sur la base d'articles d'analyses publiés dans la revue de 2010 à 2012.

Il serait donc intéressant d'étudier à quelle fréquence ces médicaments sont encore prescrits en médecine de ville et si l'utilisation d'un logiciel structuré permettrait d'une part d'automatiser la recherche de ces prescriptions et d'autre part de modifier les pratiques.



Hypothèse et questions:

Parmi les médicaments "plus dangereux qu'utiles" publiée par la Revue Prescrire, on suppose que certains médicaments sont encore prescrits de façon courante dans le cabinet de médecine générale Victor Hugo à Gennevilliers, malgré leur balance bénéfiques-risques défavorable.

- Une intervention visant à sensibiliser les médecins généralistes aux éventuels effets nocifs de ces médicaments permet-elle une diminution des prescriptions?
- Quelles sont les stratégies à développer envers les médecins du cabinet médical, les médecins correspondants et les patients ?
- Quels peuvent être les obstacles à la déprescription ?

Méthode :

- Période étudiée = octobre 2010 à mars 2014
- Population étudiée = 4811 patients du cabinet Victor Hugo à Gennevilliers (4 médecins généralistes + des internes de Médecine Générale)
- Pour chacun des 74 médicaments de la liste: recherche sur le logiciel métier (éO) du nombre total de prescriptions X pour Y patients
- Identification des médicaments les plus prescrits dans le cabinet
- Exposition des résultats et discussion avec les 4 médecins
- Développement de stratégies pour déprescrire les médicaments concernés (exemples: mise en place d'alarmes dans le logiciel éO à l'ouverture des dossiers des patients concernés, création de fiches infos-patients, concertation avec des spécialistes qui suivent les patients)
- 6 mois après : recherche de la fréquence de prescription des médicaments les plus prescrits sur les 6 derniers mois: Y a-t-il eu une modification des pratiques ?
- Exposition des nouveaux résultats aux médecins et discussion: quels ont été les obstacles à la déprescription?

Résultats:

19 médicaments les plus souvent prescrits	Nombre de patients concernés du 01/10/2010 au 31/07/2013	Stratégies développées	Nombre de patients concernés au 01/03/2014	Difficultés rencontrées
Ivabradine	6	lettre au cardiologue + alarmes dans dossiers	4	Sur 5 spécialistes, un seul a répondu: difficultés à aller à l'encontre des décisions des cardiologues
Fénilorane	15	alarmes dans dossiers	0	Pas de difficulté car existence d'un traitement substitutif à proposer
Nicorandil	8	alarmes dans dossiers	2	Difficultés à arrêter le traitement car patients avec pathologies souvent lourdes, pas de traitement alternatif à proposer
Trimétazidine	20		0	Pas de difficulté
Méquitazine	78		2	Pas de difficulté
Stagipiline	23	Alarmes dans dossiers +/- lettre au diabétologue	10	Difficultés à aller à l'encontre des endocrinologues, patients avec diabète très déséquilibré malgré un traitement optimal
Dompéridone	297		2	Patients demandeurs malgré les explications des médecins
Venlafaxine	42	Lettre au psychiatre + alarmes dans dossiers	2	Les psychiatres ont été souvent coopérants à la déprescription. Les 2 patients pour lesquels la Venlafaxine n'a pas pu être déprescrite prennent ce traitement depuis plusieurs années
Tianeptine	17		0	Pas de difficulté
Etofoxine	33		0	Pas de difficulté
Pholcodine	10		0	Pas de difficulté
Ephedrine	15		0	Pas de difficulté
Pseudoéphédrine	15	Fiche info-patient « rhume »	0	Pas de difficulté
Tuaminoheptane	340		3	Oubli des médecins
Tixocortol	367		0	Pas de difficulté
Ketoprofène gel	?		?	Difficultés à retrouver les prescriptions dans le logiciel car impossibilité de distinguer l'administration du ketoprofène par voie locale de la voie orale
Néfopam	23	Alarmes dans dossiers	6	Situations difficiles avec contexte d'intolérance aux autres antalgiques
Piroxicam	18	Alarmes dans dossiers	2	Oubli des médecins
Thiocolchicoside	220		10	Patients demandeurs malgré les explications des médecins, oubli des médecins

■ Médicaments qui n'atteignent pas 80% de déprescription durant la période étudiée

■ Médicaments ayant été déprescrits à 100 % pendant la période étudiée

Conclusion:

- ✓ Déprescrire= toujours y penser
- ✓ Les patients sont souvent coopérants quand on les informe de la balance bénéfiques-risques défavorable des traitements à déprescrire
- ✓ Plus facile quand il existe un traitement substitutif
- ✓ Principal obstacle= la difficulté à obtenir l'accord de certains confrères qui suivent le même patient

L'expérience montre que lorsque les médecins prennent l'initiative et le temps d'exposer les données aux patients, le nombre de patients exposés diminue massivement. Les médecins d'un cabinet de banlieue parisienne ont décidé mi-2013 d'informer activement les patients de la balance bénéfices-risques défavorable de la *dompéridone* (61). D'octobre 2010 à mi-2013, sur les 4 811 patients de ce cabinet, 297 patients avaient reçu de la *dompéridone* (soit environ 6 %, proportion un peu inférieure à celle observée en 2012 dans l'EGB). Début mars 2014, seulement 2 patients ont été demandeurs de *dompéridone* après les explications.

Mais ces initiatives salutaires sont encore peu nombreuses, puisque pour l'ensemble des assurés du régime général d'assurance maladie, le nombre de boîtes présentées au remboursement n'a diminué que d'environ 5 % de 2011 à 2012, et d'environ 12 % de 2012 à 2013.

SUMMARY

INTRODUCTION: Most medications we prescribe have more or less significant adverse effects. Some of them may even present more risks than benefits. The magazine Prescrire has published a list of 73 drugs whose risk-benefit balance is unfavorable. Many drugs on this list are however still widely prescribed in Primary Care. The objective of this study is to investigate the different ways to deprescribing those drugs and to improve our professional practice. This study has been performed in the medical office of Victor Hugo, in Gennevilliers (France).

METHOD:

- Study period = October 2010 to February 2014
- Target population = 4811 patients from Victor Hugo medical office, composed of four general practitioners as well as residents.
- Research of X total prescriptions to Y patients for each of the listed drug and for each doctor, during the study period, using the éO software
- Identify the most prescribed drugs in the cabinet
- Results summary, discuss with the 4 GP, and propose deprescribing strategies (e.g., raise alarms on the software éO, information sheets for patients, contact medical specialists)
- After 6 months: Compare the frequency of prescription for the most prescribed drugs: is there a reduction?
- Discuss with the 4 GP about the final results

RESULTS:

Of the 73 drugs studied: 35 are never prescribed, 19 are rarely prescribed and 19 are often prescribed (in Victor Hugo medical office).

Following our deprescribing campaign among the 19 drugs often prescribed:

- 8 drugs have been 100% deprescribed (fenofibrate, trimetazidine, tianeptine, etifoxine, pholcodine, ephedrine, pseudoephedrine, tixocortol)
- 6 drugs were deprescribed more than 80% (mequitazine, domperidone venlafaxine, tuaminoheptane, piroxicam, thiocolchicoside)
- 4 drugs do not reach 80% of deprescribing (ivabradine, nicorandil, sitagliptin, nefopam)
- 1 drug (Ketoprofen gel) could not be studied

DISCUSSION:

The limitations and biases of the study are as follows: software, list of drugs, deprescribing strategies and limited period of 6 months.

Deprescribing was facilitated by patients, the 4 GPs willing collaboration and the different proposed strategies. However, some colleagues, time, and motivation were obstacles to deprescribing.

CONCLUSION:

This study has proven a positive outcome of the deprescribing for unfavorable risk-benefit balance medicines. Deprescribing is essential as it is in favor of the patients. Physicians should be aware of it from their university education. Its media coverage by the press and the involvement of the HAS (French National Authority for Health) will enable better society awareness.

KEYWORDS: Prescrire magazine, adverse effects, risk-benefit balance, deprescribing, General Practice

RESUME

INTRODUCTION : La plupart des médicaments que nous prescrivons présentent des effets indésirables plus ou moins importants. Mais certains d'entre eux peuvent présenter des risques supérieurs aux bénéfices. La revue Prescrire a publié une liste de 73 médicaments dont la balance bénéfices-risques est défavorable. Beaucoup de médicaments de cette liste sont encore cependant largement prescrits en Soins Primaires. L'objectif de cette étude est de déprescrire ces médicaments et ainsi d'améliorer nos pratiques professionnelles. Cette étude a été réalisée au cabinet médical Victor Hugo à Gennevilliers.

METHODE :

- Période étudiée = octobre 2010 à février 2014
- Population cible = 4811 patients du cabinet Victor Hugo à Gennevilliers, composé de 4 médecins généralistes, ainsi que des internes.
- Pour chaque médicament de la liste, pendant la période étudiée et pour chaque médecin : rechercher sur le logiciel Eo le nombre total de prescription X pour Y patients
- Repérer les médicaments les plus prescrits dans le cabinet
- Exposer des résultats et discuter avec les 4 MG, et développer des stratégies de déprescription (pose d'alarmes dans le logiciel ÉO, création de fiches infos-patients, prise de contact avec les médecins spécialistes)
- 6 mois après : comparer la fréquence de prescription des médicaments les plus prescrits: Y a-t-il eu une modification des pratiques ?
- Puis discuter des résultats finaux avec les médecins

RESULTATS :

Sur les 73 médicaments étudiés : 35 ne sont jamais prescrits au cabinet Victor Hugo, 19 sont peu prescrits (moins de 5 patients concernés) et 19 sont souvent prescrits

Suite à mon intervention, parmi les 19 médicaments souvent prescrits:

- 8 médicaments ont été déprescrits à 100% (fénofibrate, trimétazidine, tianeptine, etifoxine, pholcodine, éphédrine, pseudoéphédrine, tixocortol)
- 6 médicaments ont été déprescrits à plus de 80% (méquitazine, dompéridone, venlafaxine, tuaminoheptane, piroxicam, thiocolchicoside)
- 4 médicaments n'atteignent pas 80% de déprescription (ivabradine, nicorandil, sitagliptine, néfopam)
- un médicament (le kétoprofène gel) n'a pas été étudié.

DISCUSSION :

Les limites et les biais de l'étude sont : le logiciel, la liste des médicaments, les stratégies de déprescription et la période de 6 mois.

La déprescription a été facilitée par les patients, la volonté des médecins à déprescrire et les stratégies de déprescription. Certains confrères, le temps et la motivation ont été des obstacles à la déprescription.

CONCLUSION :

Cette étude est une expérience positive de la déprescription des médicaments à balance bénéfices-risques défavorable. La déprescription est essentielle car elle agit dans l'intérêt même du patient. Les médecins devraient y être sensibilisés dès leur formation universitaire. Sa médiatisation par la presse et l'implication de la HAS permettraient une meilleure prise de conscience de la société.

MOTS-CLES : revue Prescrire, effets indésirables, balance bénéfices-risques, déprescription, Médecine Générale