

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



OCTOBRE
2017

NUMÉRO
1036

Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes

Les patients atteints de plusieurs maladies chroniques reçoivent en général des médicaments pour traiter chacune d'elles. Cette situation, dite de polymédication, place les médecins généralistes face aux enjeux complexes de la gestion de l'ordonnance et face à la question de la déprescription (arrêt de médicament). Une grande majorité des généralistes assument leur rôle central dans la gestion de l'ordonnance de ces patients et se sentent à l'aise pour proposer de déprescrire les médicaments qu'ils jugent inappropriés.

Les médecins s'estiment bien informés des risques associés à la polymédication et se réfèrent, pour la plupart d'entre eux, à la presse scientifique (82 %) et à l'avis de collègues spécialistes (81 %) pour mettre à jour leurs connaissances sur les bénéfices et les risques des médicaments. Pour 8 médecins sur 10, les guides de bonnes pratiques disponibles pour chaque pathologie chronique apportent une aide concrète, mais sont difficiles à appliquer chez les patients souffrant de plusieurs maladies chroniques. Plus de la moitié des médecins estiment insuffisante la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens en matière de polymédication.

Hélène Carrier, Anna Zaytseva, Aurélie Bocquier, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur - UMR 912 SESSTIM), **Muriel Barlet, Hélène Chaput, Claire Marbot** (DREES), **Gilles Bouvenot** (Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille), **Simon Filippi, Fanny Jozancy** (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur), **Martin Fortin** (Université de Sherbrooke, Canada), **Nicolas Sirven** (Université Paris-Descartes) et **Hélène Verdoux** (Université de Bordeaux, Inserm U657)

Les maladies chroniques occupent une place importante dans les soins de premier recours et une proportion élevée de patients sont atteints de plusieurs maladies chroniques. Ces situations sont qualifiées de polyopathologie ou de multimorbidité. Le terme multimorbidité adopté ici renvoie à une vision globale du patient, tenant compte de ses maladies mais aussi, par exemple, d'une éventuelle fragilité liée à son âge ou à sa situation sociale (Barnett, 2012) [encadré 1]. La multimorbidité peut entraîner la prescription de plusieurs médicaments, à laquelle s'ajoute l'automédication parfois méconnue du prescripteur. Cette situation, appelée polymédication, augmente le risque iatrogénique : effets indésirables, interactions médicamenteuses ou interactions entre une maladie et un médicament prescrit pour une autre maladie (Calderon-Larranaga, 2013). Ce risque est majoré chez les personnes âgées. En France, selon les données de l'assurance maladie, 30 % à 40 % des personnes âgées de 75 ans ou plus prennent au moins 10 médicaments différents par jour (Le Cossec, 2015).

La gestion de la polymédication est donc un enjeu majeur, particulièrement pour les médecins généralistes. La vague d'enquête réalisée entre mai et septembre 2016 dans le cadre du troisième panel national des médecins généralistes de ville (encadré 2) a pour objectif d'é-

-
- 1. Dans la publication, le terme « généralistes » désigne les médecins spécialistes de médecine générale.
- 2. Les caractéristiques dont il est tenu compte sont les suivantes : sexe, âge, volume d'activité, part déclarée de patients souffrant de multimorbidité dans la patientèle et densité de médecins généralistes dans la zone d'exercice mesurée par l'accessibilité potentielle localisée (APL).

dier les opinions et pratiques des médecins généralistes français vis-à-vis de la prise en charge de la multimorbidité et de documenter leur rôle vis-à-vis de leurs confrères spécialistes ou pharmaciens, leurs stratégies de gestion des polyprescriptions et de déprescription.

Les généralistes assument un rôle central dans la gestion de l'ordonnance...

Près de 80 % des généralistes¹ considèrent être responsables de l'ensemble du contenu de l'ordonnance de leurs patients, y compris des traitements instaurés par d'autres médecins (graphique 1). Les praticiens de sexe masculin et ceux exerçant dans les zones à densité médicale élevée conçoivent plus souvent leur rôle de cette façon, à autres caractéristiques du médecin et de sa patientèle égales² (encadré 2). Une hypothèse serait que les femmes médecins, plus enclines que leurs confrères masculins à pratiquer certains actes de prévention ou à délivrer des conseils, accorderaient, elles, davantage de place aux prises en charge non médicamenteuses (Aulagnier, 2007). Elles pourraient également établir une relation différente avec leurs confrères spécialistes : en cas de doute sur un médicament, elles déclarent par exemple les contacter plus souvent que leurs collègues masculins (voir *infra*). Une large majorité (83 %) des généralistes considèrent être bien informés de l'ensemble des médicaments pris par leurs patients souffrant de multimorbidité. En revanche, seulement la moitié pense que leurs collègues spécialistes sont dans le même cas. Par ailleurs, 85 % des généralistes estiment que le suivi des patients multimorbides par différents spécialistes augmente le risque d'interactions médicamenteuses. Plusieurs études internationales qualitatives ont montré que les généralistes attribuent en partie la polymédication des patients souffrant de multimorbidité, et le risque iatrogénique associé, à l'implication de différents spécialistes, qui se focaliseraient chacun sur la maladie qui les concerne. Dans ces études, les généralistes attribuent aussi la polymédication à un manque de communication avec les spécialistes. Cependant, ils reconnaissent également leur part de

responsabilité : ils assument leur rôle central dans la gestion de la polymédication de leurs patients et font part de leurs difficultés à assurer une révision régulière et critique de leurs ordonnances (Sinnott, 2013 ; Bokhof, 2016).

... Et se déclarent à l'aise pour arrêter des médicaments jugés inappropriés

La quasi-totalité des généralistes se « sentent à l'aise » pour proposer de déprescrire les médicaments qu'ils



ENCADRÉ 1

Multimorbidité : définitions, prévalence et enjeux de prise en charge

Définitions épidémiologiques et clinique

Un même patient peut être atteint de plusieurs maladies chroniques. Dans la littérature, différents termes sont utilisés pour faire référence à ces situations (« multimorbidité », « comorbidité », « polyopathologies », etc.), mais aujourd'hui, le terme « multimorbidité » est le plus souvent utilisé pour désigner la coexistence de multiples maladies chroniques chez une même personne. Le nombre seuil de maladies considérées pour définir la multimorbidité est variable selon les études (le plus souvent 2 ou 3 maladies au minimum), comme la liste des maladies chroniques prises en compte (de 4 à 102 maladies selon les études). Ces définitions sont à visée scientifique et épidémiologique. Dans l'appréciation clinique du médecin entrent aussi en ligne de compte le contexte psychosocial du patient et son éventuelle fragilité (grand âge, isolement social, maladie mentale, etc.).

Une prévalence élevée chez les patients âgés

La variabilité des définitions utilisées dans la littérature est, logiquement, associée à une importante variabilité de la prévalence de la multimorbidité estimée dans différentes études. Quelle que soit la méthodologie utilisée, l'âge constitue le premier facteur de risque de multimorbidité. Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, à partir des remboursements de médicaments traceurs de 22 problèmes de santé chroniques, on peut estimer la prévalence de la multimorbidité (≥ 3 problèmes de santé) en France à environ 70 % (Cortaredona, 2016). Un faible niveau socio-économique pourrait aussi accroître le risque de multimorbidité.

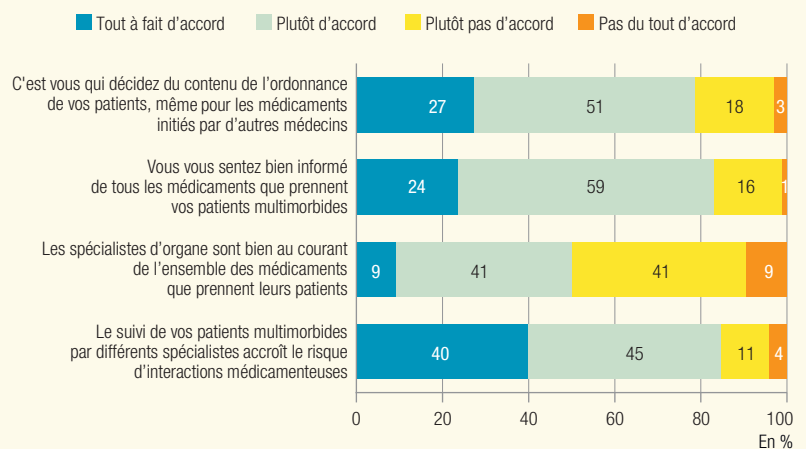
Associations les plus fréquentes de maladies chroniques

Des associations de maladies chroniques sont plus fréquentes que d'autres. Parmi elles, on observe les « problèmes cardio-vasculaires » (hypertension artérielle, hyperlipidémie, diabète de type 2, insuffisance coronaire) ou l'association « psychiatrie et troubles musculo-squelettiques » (dépression, troubles anxieux, lombalgie, arthropathies). Les vignettes cliniques de cette enquête ont été élaborées à partir de ces observations.



GRAPHIQUE 1

Opinions des généralistes sur leur rôle et sur l'implication des spécialistes dans les prescriptions médicamenteuses



Lecture • 27 % des généralistes déclarent être tout à fait d'accord avec l'affirmation « C'est vous qui décidez du contenu de l'ordonnance de vos patients, même pour les médicaments initiés par d'autres médecins ».

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mai-septembre 2016.

jugent inappropriés. Cependant, seuls 35 % d'entre eux déclarent le faire souvent ou très souvent (63 % déclarent le faire parfois). On peut supposer que si les praticiens se sentent à l'aise dans les situations de déprescription, ils ne jugent pas nécessaire de le faire la plupart du temps. Une autre hypothèse serait que même lorsqu'un médecin juge un médicament inapproprié, il se heurte à différents obstacles pour mettre en œuvre sa déprescription. En plus d'une communication insuffisante avec les autres prescripteurs, mentionnée ci-dessus, les obstacles relevés dans d'autres études sont notamment le manque de recommandations concernant la polymédication et la déprescription ainsi que les réticences des patients à arrêter certains de leurs traitements : crainte de la récurrence

des symptômes ou, pour certains médicaments, d'un syndrome de sevrage (Bokhof, 2016).

Toutes choses observables³ égales par ailleurs, les praticiens de sexe masculin et ceux qui estiment être responsables du contenu de l'ordonnance de leurs patients prennent nettement plus souvent l'initiative de déprescrire. C'est le contraire pour les généralistes qui considèrent que les spécialistes sont bien informés de l'ensemble des médicaments pris par leurs patients. Ces résultats montrent d'abord une cohérence entre le rôle perçu des généralistes vis-à-vis de la coordination de l'ordonnance et leurs pratiques déclarées dans ce domaine. Ils suggèrent aussi la coexistence de deux types distincts de médecins (Sinnott, 2013) : ceux, les plus

nombreux, se considérant comme les responsables de l'ensemble des prescriptions et agissant en tant que tels, et ceux qui partagent plus volontiers la responsabilité de certaines prescriptions avec les spécialistes.

84 % des généralistes pensent que les patients sont demandeurs de prescriptions médicamenteuses

Selon des études menées à l'étranger, certains médecins généralistes pensent que les patients sont très demandeurs de prescriptions médicamenteuses et ils appréhendent alors leurs réactions face à une proposition de déprescription (Bokhof, 2016). Ces représentations sont manifestement partagées par les généralistes français : dans l'étude, 84 % des médecins pensent que les patients attendent d'eux des prescriptions médicamenteuses et 62 % présumement que leurs patients ressentent l'arrêt d'un médicament prescrit depuis longtemps comme un abandon de soin (graphique 2). Pour les trois quarts des généralistes, les patients ne sont pas conscients des interactions médicamenteuses, mais ils sont aussi nombreux à considérer que les patients doutent parfois de l'intérêt de leur traitement. Les représentations des médecins sur la façon dont leurs patients perçoivent les prescriptions médicamenteuses constitueraient alors des obstacles à la déprescription (Reeve, 2013 ; Bokhof, 2016). Toutefois, aucune des quatre représentations citées ci-dessus n'est significativement associée au fait de prendre plus ou moins souvent l'initiative de déprescrire un médicament jugé inutile⁴.

Certaines études montrent que les représentations des médecins ne coïncident pas avec les perceptions réelles des patients sur la polymédication. En effet, les patients polymédiqués sont souvent conscients de prendre trop de médicaments et souhaiteraient en réduire le nombre (Crest-Guilluy, 2014). Si des patients verbalisent leurs craintes d'interrompre une partie de leur traitement, ils souhaitent aussi réduire le nombre de médicaments, sous certaines conditions (médicament non indispensable, initiation et explications par le médecin traitant,

•••
3. Les facteurs pris en compte ici sont : le sexe, l'âge, le volume d'activité du médecin, la densité de médecins généralistes dans la zone d'exercice (APL), la composition de sa patientèle (part de patients de plus de 70 ans et part déclarée de patients souffrant de multimorbidité) ainsi que la réponse du médecin aux questions relatives au fait de décider du contenu de l'ordonnance de ses patients et à la vision de la connaissance par les spécialistes d'organe de l'ensemble des médicaments prescrits à leur patient.

4. L'association entre chacune de ces questions et le fait de prendre souvent ou très souvent l'initiative de déprescrire a été étudiée : seul l'item « Arrêter un médicament prescrit depuis longtemps peut être ressenti par le patient comme un abandon de soin » était associé à une probabilité de déprescription significativement plus faible. Cette association n'était toutefois plus significative après prise en compte de l'âge, du sexe, du volume d'activité et la densité en médecins généralistes (APL).

ENCADRÉ 2

Sources et méthodologie

Le troisième panel national de médecins généralistes libéraux, doté de trois extensions régionales, a été mis en place en décembre 2013 grâce à un partenariat entre la DREES, les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professionnels de santé médecins libéraux (URPS-ML) de Poitou-Charentes, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La quatrième vague d'enquête s'est déroulée entre mai et septembre 2016. Au total, 2 038 médecins de l'échantillon national et des suréchantillons régionaux ont été interrogés, ce qui représente un taux de réponse de 89 % par rapport à la vague précédente et un taux d'attrition de 31 % par rapport au nombre de médecins appartenant au champ de l'enquête et ayant accepté d'y participer lors de l'opération d'« inclusion ». Les analyses présentées ont été réalisées à partir du seul échantillon national, constitué de 1 183 praticiens.

Questionnaire

Le questionnaire abordait notamment :

- l'utilisation et la confiance dans les sources d'information sur les bénéfices et risques des médicaments (14 items) ;
- les opinions des médecins sur leur rôle dans la gestion des prescriptions des patients multimorbides (5 items) ;
- les opinions sur l'utilisation des guides de bonnes pratiques chez les patients souffrant de multimorbidité (5 items) ;
- la perception de la coopération entre les médecins généralistes et les collègues spécialistes, pharmaciens, etc. (14 items).
- la gestion des prescriptions médicamenteuses chez un patient souffrant de multimorbidité ayant des pathologies « discordantes » (perception et gestion de la balance bénéfices/risques concernant les prescriptions médicamenteuses...) [29 items]. Une vignette clinique d'une patiente venant pour le renouvellement de son traitement a été présentée aux médecins. Les médecins se sont vus proposer une vignette aléatoirement parmi les huit versions possibles, dans lesquelles les caractéristiques de la patiente variaient selon l'âge (54 ou 82 ans), la catégorie socioprofessionnelle (femme de ménage ou cadre supérieure) et la présence ou non d'un antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique ;
- les représentations sur les perceptions des patients vis-à-vis des prescriptions et déprescriptions de leurs médicaments (5 items).

Analyses statistiques

Les données ont été pondérées *ex post*, afin que l'échantillon national soit représentatif de l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire français selon quatre variables de stratification (le sexe, l'âge, le volume de travail et la densité de médecins généralistes de leur commune d'exercice mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée). En plus des résultats descriptifs, sont présentées pour certaines questions des régressions logistiques systématiquement ajustées sur les quatre variables utilisées pour la stratification du panel de médecins généralistes.

proposition de solutions non médicamenteuses) [Reeve, 2013].

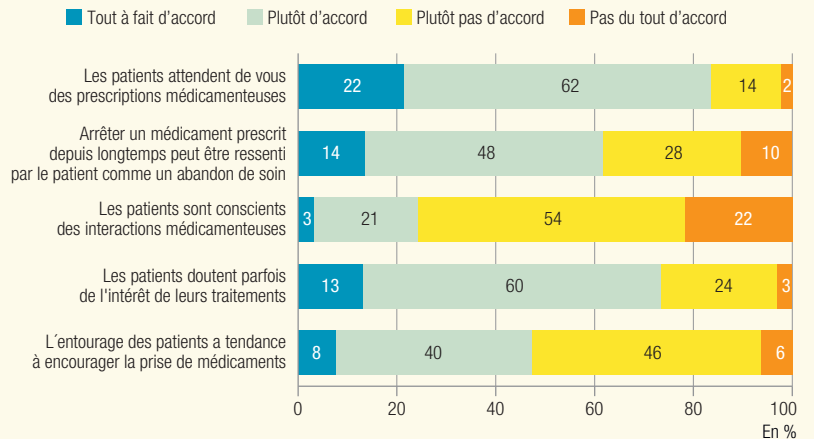
La presse et les collègues spécialistes comme principales sources d'information sur les bénéfices et les risques des médicaments

La presse scientifique (82 % des médecins), l'avis de collègues spécialistes (81 %), l'outil d'aide à la prescription du logiciel métier (71 %), ou encore l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et les sites internet médicaux (65 %) constituent les sources d'information sur les bénéfices et les risques des médicaments les plus utilisées par les généralistes, devant les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques et le ministère chargé de la Santé (graphique 3). Ce dernier résultat est probablement dû au fait qu'en France, l'information sur les médicaments des patients, des professionnels de santé, des relais professionnels et sociétés savantes, de la presse, etc. est davantage assurée par l'ANSM (cela fait explicitement partie de ses missions) que par le ministère chargé de la Santé.



GRAPHIQUE 2

Représentations des généralistes sur les perceptions des patients vis-à-vis des prescriptions et déprescriptions de leurs médicaments



Lecture • 22 % des généralistes déclarent être tout à fait d'accord avec l'affirmation « Les patients attendent de vous des prescriptions médicamenteuses ».

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mai-septembre 2016.

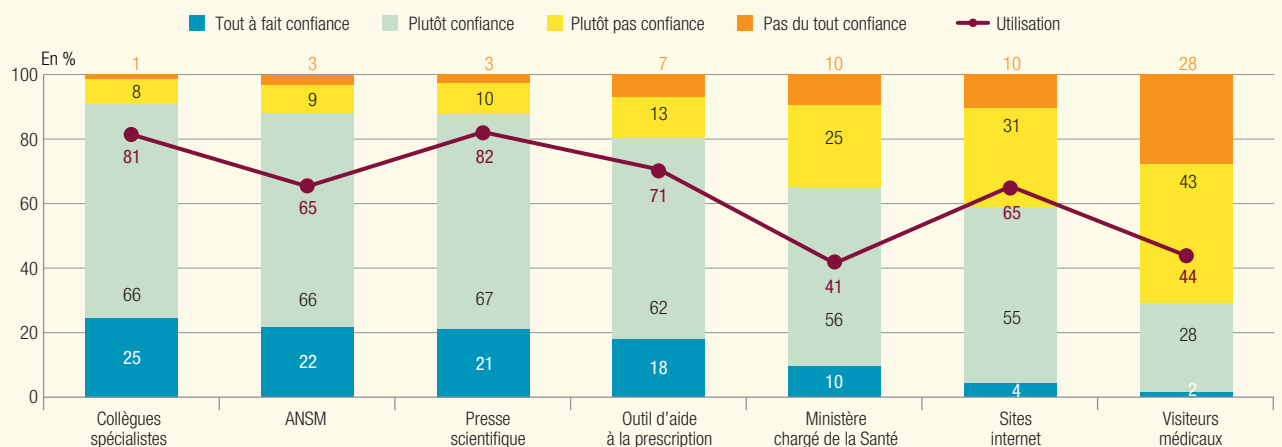
Les sources d'information les plus utilisées sont également celles en qui les médecins déclarent avoir le plus confiance pour mettre à jour leurs connaissances sur les

bénéfices et les risques des médicaments : 90 % des médecins ont « plutôt » ou « tout à fait confiance » dans ces sources, à l'exception des sites internet (59 %). Une



GRAPHIQUE 3

Confiance et utilisation des sources d'information sur les bénéfices et les risques des médicaments par les généralistes



ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Lecture • 82 % des médecins généralistes déclarent utiliser la presse scientifique comme source d'information sur les bénéfices et les risques des médicaments ; 21 % des médecins déclarent faire « tout à fait confiance » et 67 % « plutôt confiance » à cette source pour obtenir des informations fiables sur les bénéfices et les risques des médicaments.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mai-septembre 2016.

majorité de médecins (66 %) déclarent également faire « plutôt » ou « tout à fait confiance » au ministère chargé de la Santé. Néanmoins, seuls 10 % à 25 % de médecins déclarent avoir « tout à fait confiance » dans ces sources. Les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques sont la source considérée comme la moins fiable : seuls 29 % des enquêtés leur accordent leur confiance. La confiance des généralistes envers l'industrie pharmaceutique a probablement diminué depuis sa mise en cause, ces dernières années, dans différentes affaires sanitaires : celles du Médiator, des valproates (anti-épileptiques) ou de l'arrêt de commercialisation des glitazones (antidiabétiques oraux).

Les médecins plus jeunes et ceux ayant l'habitude de suivre des formations continues s'informent plus souvent sur les bénéfices et les risques des médicaments en utilisant l'outil d'aide à la prescription de leur logiciel métier. Les médecins à exercice particulier tel que l'acupuncture, l'homéopathie, etc., soit 13 % des médecins interrogés, ont en revanche moins souvent recours à cet outil. Les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques sont, eux, plus souvent cités comme source d'information par les médecins plus âgés, de sexe masculin et ceux ayant un volume d'activité élevé. L'utilisation des autres sources d'information ne varie pas ou peu selon les caractéristiques des médecins : néanmoins, les médecins plus âgés citent plus souvent le ministère chargé de la Santé et les médecins à exercice particulier, moins souvent l'ANSM⁵.

Les guides de bonnes pratiques jugés peu adaptés à la prise en charge de la multimorbidité

La Haute Autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes proposent des guides de bonnes pratiques pour la prise en charge des maladies chroniques (graphique 4). Les trois quarts des médecins déclarent que les recommandations de ces guides leur apportent une aide concrète lors de la prise en charge des patients multimorbides, mais seulement un tiers déclare s'appuyer sur ces guides « souvent ou très souvent » (56 % « parfois »). En effet, 80 % des médecins généralistes considèrent que ces recommandations sont difficiles à appliquer chez les patients souffrant de multi-

morbidity et 57 % qu'elles peuvent être en contradiction les unes avec les autres. De plus, une majorité de médecins (71 %) déclarent que l'application simultanée de plusieurs recommandations figurant dans différents guides de bonnes pratiques peut entraîner des interactions médicamenteuses.

Des études réalisées à l'étranger ont montré que nombre de guides de bonnes pratiques rédigés pour une maladie ne tiennent pas ou peu compte, dans leurs recommandations, du fait qu'un même patient peut souffrir de plusieurs autres maladies. Le plus souvent, une seule comorbidité est évoquée dans les choix thérapeutiques recommandés. Il s'agit alors en majorité d'une comorbidité concordante : une maladie touchant les mêmes organes ou systèmes d'organes (système cardio-vasculaire par exemple) que la maladie principale ciblée par le guide, ou ayant un terrain à risque commun. Les comorbidités discordantes (sans lien entre elles) sont rarement prises en compte, en dehors de la dépression (Lugtenberg, 2011). Dans les études qualitatives, les médecins disent faire face à des contradictions quand ils doivent suivre les recommandations de ces guides : d'une part, ils sont incités à les

appliquer pour garantir la meilleure prise en charge possible de leurs patients ; d'autre part, ils considèrent qu'une prise en charge individualisée et centrée sur le patient est indispensable afin de prévenir les accidents d'iatrogénie (Sinnott, 2013 ; Bokhof, 2016). Plus les praticiens suivent un nombre élevé de patients en affection longue durée (et donc plus ils sont confrontés aux maladies chroniques et à la multimorbidité), moins ils déclarent s'appuyer sur les recommandations des guides de bonnes pratiques⁶. Il est possible que ces médecins se reposent alors davantage sur leur expérience professionnelle de la multimorbidité, et ce d'autant plus qu'ils considèrent ces guides comme étant peu adaptés aux situations de multimorbidité. En revanche, les médecins exerçant dans les zones à forte densité médicale déclarent s'appuyer plus souvent sur les recommandations de ces guides.

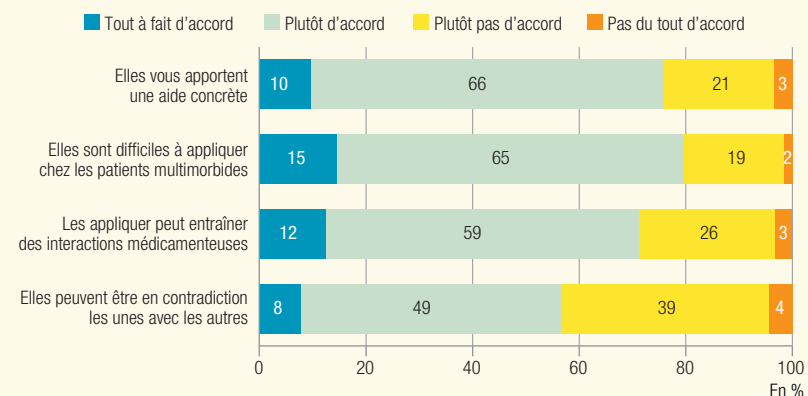
Des généralistes prêts à collaborer davantage avec d'autres professionnels de santé, en particulier les pharmaciens

Face à un patient qui ne se souvient pas d'un traitement prescrit par un autre médecin, le premier réflexe des médecins est de

- ● ●
- 5. Ces résultats sont obtenus en tenant compte de plusieurs facteurs : sexe, âge, volume d'activité du médecin, densité de médecins généralistes dans la zone d'exercice (APL), exercice d'une « médecine complémentaire », suivi d'une formation médicale continue ou d'une évaluation des pratiques professionnelles au cours des 12 mois précédant l'inclusion dans le panel (fin 2013).
- 6. Les facteurs pris en compte ici sont l'âge, le sexe, le volume d'activité et la densité de médecins généralistes dans la zone d'exercice (APL).

GRAPHIQUE 4

Opinion des généralistes sur l'application des recommandations des guides de bonnes pratiques pour la prise en charge de la multimorbidité



Lecture • 10 % des généralistes déclarent être « tout à fait d'accord » et 66 % « plutôt d'accord » avec l'affirmation « Les recommandations des guides de bonnes pratiques vous apportent une aide concrète » pour la prise en charge de la multimorbidité.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mai-septembre 2016.



7. Cette fonctionnalité donne accès à l'ensemble des soins, médicaments et examens remboursés au patient au cours des 12 derniers mois.

8. À âge, volume d'activité et densité de médecins généralistes (APL) donnés.

9. Cette enquête s'est déroulée entre mai et septembre 2016, soit avant la mise sur le marché de la nouvelle formule du Levothyrox.

consulter le pharmacien habituel du patient (pour 52 % d'entre eux) ou le confrère prescripteur (45 %). À peine un quart des médecins (24 %) déclarent utiliser la fonctionnalité « historique des remboursements » accessible *via* leur logiciel métier ou sur Ameli Pro⁷. Les médecins plus jeunes recourent davantage à leur logiciel métier et ont plus tendance à contacter les pharmaciens ; les médecins de sexe féminin joignent, elles, plus souvent leurs confrères prescripteurs⁸.

Pour 71 % des généralistes, le pharmacien est le professionnel de santé qui connaît le mieux l'ensemble des médicaments pris par un patient. Plus de neuf médecins sur dix attendent ainsi du pharmacien qu'il les alerte en cas d'interaction médicamenteuse. Les bonnes pratiques de dispensation des médicaments prévoient en effet que le pharmacien vérifie la présence d'interactions médicamenteuses et, le cas échéant, puisse remplacer un médicament par un autre avec l'accord du prescripteur (Code de la santé publique). Dans la pratique, 62 % des généralistes jugent insuffisante la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens en matière de polymédication des patients. En revanche, la majorité des médecins ne souhaitent pas que les pharmaciens prennent l'initiative de modifier les traitements d'une ordonnance : pour 87 % des médecins, le pharmacien ne dispose pas d'informations suffisantes pour cela. Ce constat pourrait être expliqué par l'attachement des généralistes à l'acte de prescription médicamenteuse qui fait partie intégrante de leur identité professionnelle et contribue à un fort sentiment d'efficacité (Ventelou, 2005).

En revanche, les généralistes considèrent souvent que développer les relations avec les autres professionnels de santé pourrait les aider dans le suivi de leurs patients multimorbides : 64 % seraient intéressés par des réunions sur les dossiers de certains patients et plus de la moitié par la délégation de consultations de leur suivi à des infirmier-e-s. Ces deux perspectives illustrent la façon dont la coordination de la prise en charge des patients multimorbides pourrait être améliorée. À l'étranger, la mise en place d'infirmier-e-s chargés du suivi des patients (« gestionnaires de cas ») ou le renforcement du travail en équipe multidisciplinaire ont notamment permis

d'améliorer l'état de santé mentale de patients multimorbides souffrant de dépression. Des résultats prometteurs ont également été observés pour les pratiques de prescriptions des professionnels de santé et la qualité des soins. Des études supplémentaires sont néanmoins nécessaires pour conforter ces résultats, en élargissant le public concerné par ces interventions : personnes souffrant de multimorbidité en général, quelles que soient les tranches d'âge ou les pathologies (Smith, 2016).

Des décisions de maintien ou d'arrêt de traitement étayées par l'évaluation des bénéfices et des risques des médicaments

Dans leur pratique, les médecins peuvent être confrontés à des dilemmes lors de la décision de maintenir ou non un traitement qui permettrait d'améliorer la qualité de vie du patient mais présente des risques pour sa santé. Pour mieux comprendre les choix des médecins dans ces situations d'arbitrage thérapeutique, un cas clinique fictif (« vignette ») leur a été proposé afin de cerner leurs perceptions, pratiques et critères de gestion de l'ordonnance de certains patients polymédiqués. Une patiente (de 54 ou 82 ans) vient en consultation pour le renouvellement de son traitement (encadré 2). Elle présente une hypertension artérielle équilibrée par un antihypertenseur (ramipril), une hypothyroïdie bien équilibrée par hormonothérapie (lévothyroxine)⁹, un anxiolytique (lorazépam) depuis trois ans pour des insomnies fréquentes. Elle prend aussi des anti-douleurs (association paracétamol/tramadol) et un antidépresseur à visée antalgique (amitriptyline) pour des douleurs récurrentes liées à une lombosciatique, mais n'est pas complètement soulagée. Dans la moitié des versions de la vignette (encadré 2), la patiente a également eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique deux ans auparavant, traité par de l'aspirine et une statine (rosuvastatine). L'examen clinique est normal.

Les médecins ont été interrogés sur leur appréciation du rapport bénéfices/risques des médicaments prescrits à cette patiente et sur ceux qu'ils considéraient devoir arrêter. Près de neuf médecins sur dix (89 %) estiment que l'ordonnance de cette patiente comporte un ou plusieurs

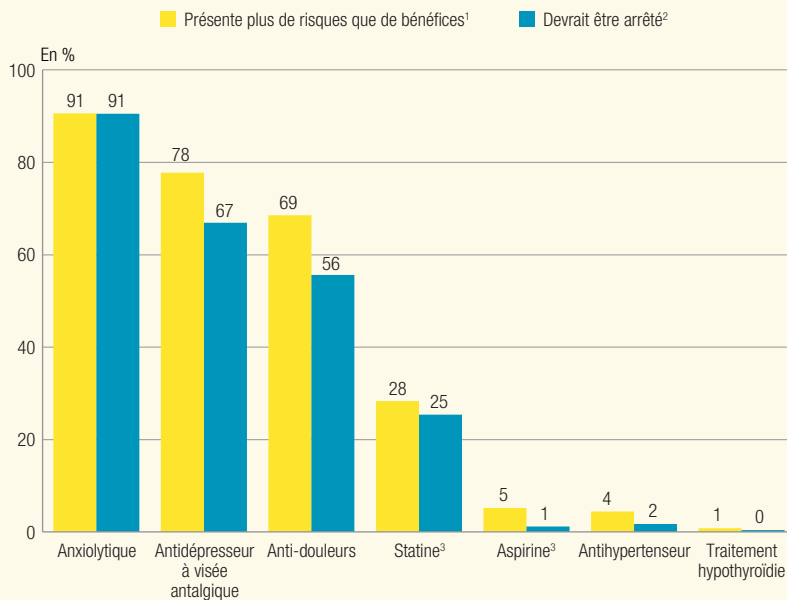
médicament(s) présentant plus de risques que de bénéfices pour la patiente et 90 % pensent que certains traitements devraient être arrêtés. Ces médecins en particulier ont ensuite été interrogés plus précisément sur les traitements qui, selon eux, présentaient plus de risques que de bénéfices ou devaient être arrêtés.

Pour plus de neuf de ces médecins sur dix, l'anxiolytique présente plus de risques que de bénéfices pour cette patiente et doit être arrêté (graphique 5). Ces derniers sont manifestement conscients de la nécessité de limiter la durée de ce type de traitement pour éviter notamment leurs effets indésirables (en particulier, troubles de la mémoire, risque de chute et de troubles de la vigilance pouvant provoquer des accidents de la route), comme cela est recommandé par la HAS (HAS, 2015). Selon une étude s'appuyant sur l'analyse de dossiers médicaux, pour les prescriptions de benzodiazépines (anxiolytiques ou hypnotiques) chez les personnes âgées, certaines recommandations sont assez largement suivies : privilégier les anxiolytiques à demi-vie courte, comme c'était le cas dans cette vignette clinique et leur dosage (faible posologie). En revanche, selon cette même étude, les recommandations concernant la durée de prescription le sont beaucoup moins, de nombreux traitements étant pris en continu (Etchepare, 2016).

De la même façon, une large majorité de ces médecins jugent défavorable le rapport bénéfices/risques des traitements de la douleur (78 % pour l'antidépresseur et 69 % pour l'association paracétamol/tramadol). Près de neuf de ces médecins sur dix considèrent également qu'il est souhaitable d'arrêter ces médicaments. Ces résultats sont moins attendus puisque malgré leurs potentiels effets indésirables gênants, la prescription de ces médicaments est, dans le contexte de ce cas clinique, conforme à leurs indications et n'est pas source d'interactions médicamenteuses (Martinez, 2010). Ceci suggère que la perception des médecins généralistes du rapport entre bénéfices et risques de médicaments diffère selon qu'ils sont à visée symptomatique (antalgiques, psychotropes) ou à visée curative pour des maladies d'organes (hypertension, hypothyroïdie, AVC). Enfin, près de 30 % de ces médecins déclarent que la statine comporte plus

GRAPHIQUE 5

Résultats de la vignette clinique : part des généralistes déclarant qu'au moins un traitement de l'ordonnance présente plus de risques que de bénéfices ou devrait être arrêté



1. Parmi les médecins ayant déclaré que l'ordonnance de cette patiente comportait au moins un médicament présentant plus de risques que de bénéfices (87 % de l'ensemble des médecins interrogés, n=1 035).

2. Parmi les médecins ayant déclaré que certains traitements de l'ordonnance devraient être arrêtés (90 % de l'ensemble des médecins, n=1 043).

3. Proportions calculées parmi les médecins ayant reçu une version du cas clinique incluant un antécédent d'accident vasculaire cérébral et ayant déclaré que l'ordonnance de cette patiente comportait au moins un médicament présentant plus de risques que de bénéfices (n=499) / que certains traitements de l'ordonnance devraient être arrêtés (n=512).

Lecture • Dans le cadre du cas clinique présenté lors de l'enquête, 69 % des généralistes¹ considèrent que les antidouleurs présentent plus de risques que de bénéfices et 56 %² qu'ils devraient être arrêtés.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mai-septembre 2016.

de risques que de bénéfices chez cette patiente en prévention secondaire (ayant un antécédent d'AVC ischémique), dont l'enjeu du traitement est d'éviter un nouvel AVC. La quasi-totalité des médecins ayant cette opinion affirme également qu'il est souhaitable d'arrêter ce médicament. Ce résultat peut s'expliquer par l'émergence, ces dernières années, d'un débat au sein de la communauté médicale et scientifique sur l'intérêt et les risques des statines en général et sur celui de la rosuvastatine en particulier. Les méta-analyses récentes restent, à ce jour, en faveur de l'utilisation des statines pour la prévention primaire d'accidents cardiovasculaires (avant leur survenue) avant 75 ans, et pour la prévention secondaire, bien que leur rapport bénéfices/risques soit mieux établi en prévention secondaire qu'en prévention primaire (Manktelow,

2009 ; Taylor, 2013). Cependant, la rosuvastatine n'est indiquée (autorisation de mise sur le marché) que pour la prévention primaire des accidents cardio et neurovasculaires (HAS, 2017).

Ces chiffres élevés concernant les risques estimés et la volonté d'arrêt ne reflètent probablement pas fidèlement la réalité de la pratique des médecins, mais davantage ce qu'ils pensent devoir être fait. En effet, un écart entre ces résultats et la pratique réelle peut exister, en raison des multiples obstacles et difficultés rencontrés pour déprescrire des médicaments (voir *supra*).

Une situation clinique fictive faisant suite à la vignette a été proposée aux médecins afin de documenter leurs pratiques : la même patiente n'étant plus soulagée pour sa lombosciatique prend en automédication un anti-inflammatoire non

stéroïdien (AINS) deux fois par jour depuis une semaine et demande au médecin une prescription de cet AINS pour quelques semaines.

Parmi l'ensemble des médecins interrogés, plus de 80 % reconnaissent que la prise de l'AINS peut entraîner une interaction avec les autres médicaments de l'ordonnance et 94 % que cette prise fait courir un risque à cette patiente. Néanmoins, plus d'un quart des médecins considérant la prise d'AINS risquée choisissent de le maintenir en adaptant la dose ou la durée du traitement. Cette inadéquation entre le risque perçu de l'AINS et le maintien de sa prescription est moins fréquente dans le cas d'une patiente âgée de 82 ans ou avec un antécédent d'AVC. En revanche, elle ne varie pas selon la catégorie socioprofessionnelle de la patiente. Dans le cas d'une patiente de 54 ans, femme de ménage sans antécédent d'AVC, 38 % des médecins prescriraient l'AINS malgré le risque perçu. Cette proportion est quasiment trois fois plus faible (14 %) dans le cas d'une patiente de 82 ans, femme de ménage retraitée ayant un antécédent d'AVC. En effet, les AINS sont déconseillés chez les patients âgés à cause des risques d'altération de la fonction rénale notamment, et chez les patients traités par aspirine, à cause d'un risque d'hémorragie digestive. Les résultats de l'enquête montrent que les médecins prennent d'autant moins de risque que celui-ci est jugé important.

Le choix de prescrire l'AINS malgré le risque perçu est également plus fréquent chez les médecins plus âgés, à sexe, volume d'activité et densité de la zone d'exercice du médecin donnés : ce constat pourrait être lié au fait que les praticiens les plus âgés sont moins réticents à prendre un risque, probablement en raison d'une plus grande expérience professionnelle (Michel-Lepage, 2013). Les principaux critères de décision de maintien (ou non) d'AINS sont le rapport bénéfices/risques de l'ordonnance et la compréhension par la patiente des risques des AINS. ■

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer à l'enquête.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Aulagnier M., Videau Y., Combes J.B.** *et al.* Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2007;38(4):259-268.
- **Barnett K., Mercer S.W., Norbury M.** *et al.* Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
- **Bokhof B., Junius-Walker U.** Reducing Polypharmacy from the Perspectives of General Practitioners and Older Patients: A Synthesis of Qualitative Studies. *Drugs Aging*. 2016;33:249-266.
- **Calderon-Larranaga A., Gimeno-Feliu L.A., Gonzalez-Rubio F.** *et al.* Polypharmacy Patterns: Unravelling Systematic Associations between Prescribed Medications. *PLoS ONE*. 2013;8(12).
- **Cortaredona S., Pambrun E., Verdoux H.** *et al.* Comparison of pharmacy-based and diagnosis-based comorbidity measures from medical administrative data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2017;26(4):402-411.
- **Crest-Guilluy M., Schwartz J.-C., Horwitz-Guérin M.** La déprescription : les patients sont-ils prêts ? *Prescrire*. 2014;34(370):606-7.
- **Etchepare F., Pambrun E., Bégaud B.** *et al.* Compliance of psychotropic drug prescription with clinical practices guidelines in older patients. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2016;30:82-92.
- **Fortin M., Stewart M., Poitras M.-E.** *et al.* A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. *Ann Fam Med*. 2012;10(2):142-51.
- **HAS.** Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés, Recommandations de bonnes pratiques, 5 p. 2015. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2038975/fr/preambule
- **HAS.** Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge. Synthèse fiche mémo, 5 p. 2017. [en ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir5/synthese_fiche_memo_dyslipidemies_v3.pdf
- **Le Cossec C.** La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés. *Les rapports de l'IRDES*. 2015;562 :1-72.
- **Lugtenberg M., Burgers J.S., Clancy C.** *et al.* Current Guidelines Have Limited Applicability to Patients with Comorbid Conditions: A Systematic Analysis of Evidence-Based Guidelines. *PLoS ONE*. 2011;6(10):e25987.
- **Manktelow B. N., Potter J.F.** Interventions in the management of serum lipids for preventing stroke recurrence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009.
- **Martinez V., Aital N., Bouhassira D.** *et al.* Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. *Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement*. 2010;11:3-21.
- **Michel-Lepage A., Ventelou B., Nebout A.** *et al.* Cross-sectional survey: risk-averse French GPs use more rapid-antigen diagnostic tests in tonsillitis in children. *BMJ Open*. 2013;3:e003540.
- **Reeve E., To J., Hendrix I.** *et al.* Patient Barriers to and Enablers of Deprescribing: a Systematic Review. *Drugs Aging*. 2013;30(10):793-807.
- **Sinnott C., Mc Hugh S., Browne J.** *et al.* GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2013;3(9).
- **Smith SM., Wallace E., O'Dowd T.** *et al.* Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD006560.
- **Taylor F.** *et al.* Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
- **Ventelou B., Paraponaris A., Sebbah R.** *et al.* Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *RFAS*. 2005;1:127-160.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Louis Lhéritier

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaires de rédaction : Fabienne Brifault et Laura Dherbecourt

Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384