



Favoriser une médecine sobre, revenir à une prescription raisonnée, se recentrer sur l'intérêt du patient. À contre-courant du surdiagnostic et de la surmédicalisation, une mouvance informelle se développe en France depuis une dizaine d'années.

Par Fanny Rey
Photos Miguel Medina

Nous sommes déprescripteurs !



« Les cardiologues sont ceux qui nous posent le plus de problèmes. »

Jérôme Lurcel, généraliste à Paris

Faut-il le rappeler ? Les patients français sont parmi les plus gros consommateurs de médicaments au monde et les médecins français ceux qui ont la main la plus lourde en Europe. « En France, 30 % de soins inutiles, voire dangereux, sont prodigués, au premier rang desquels les prescriptions de psychotropes, d'antibiotiques et de statines », souligne Christian Saout, secrétaire général du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss). « On parle de 10 000 à 20 000 morts annuels dus à la iatrogénie, soit quatre à cinq fois le nombre de tués sur la route – la référence », martèle

Jean-Claude Salomon, médecin et ancien chercheur en immunologie du cancer. Pourtant, depuis une dizaine d'années, les lignes commencent à bouger sur fond de scandales médicamenteux à répétition. « Malheureusement, il faut en passer par là pour bousculer la conscience du médecin et du pharmacien », note Louis-Adrien Delarue, jeune généraliste installé à Angoulême. Un contexte propice à la création en 2004 de l'association Formindép – militant pour une formation médicale indépendante de l'industrie pharmaceutique – et de Princeps, un groupe de réflexion sur la surmédicalisation. C'est cette même année que le terme « déprescription »

a fait son apparition, comme l'indique le Dr Marine Crest, auteur d'une thèse soutenue en octobre 2012 s'intitulant « Déprescription : les patients sont-ils prêts ? ». Ce néologisme désigne le fait d'arrêter la prescription d'un médicament inutile ou inapproprié, au bénéfice/risque défavorable... La parution en septembre 2012 du *Guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux* des Pr Even et Debré lui a donné un écho tout particulier, amplifié par la tenue depuis trois ans d'un colloque annuel à la faculté de médecine de Bobigny sur le thème « Sous-médicalisation, surmédicalisation, surdiagnostics, surtraitements ».

Retour aux fondamentaux

Exaspérés par une visite médicale qui occupe le terrain, la culture de l'ordonnance à rallonge et la multiplication des produits à l'ASMR [amélioration du service médical, NDLR] faible ou nulle, une minorité active de médecins – généralistes pour la plupart – œuvrent à leur échelle pour contrer cette dérive. L'anthropologue Anne Vega s'est penchée sur ces « petits prescripteurs ». Leurs points communs ? Ils affichent une attitude très critique à l'égard des nouvelles molécules et utilisent une liste restreinte de produits. Lecteurs assidus de *Prescrire*, ils sont particulièrement sensibles aux liens d'intérêts,

aux stratégies d'influence des laboratoires et refusent la visite médicale. Pour la plupart membres d'associations et de réseaux indépendants pour se former, ils n'hésitent pas à discuter et modifier les prescriptions de leurs confrères spécialistes « où figurent souvent des médicaments pas meilleurs mais très bien promus », relève François Pesty, expert-conseil en organisation, informatisation et automatisation du circuit du médicament.

À chacun son déclin

Qu'est-ce qui amène un médecin à déprescrire ? Le contexte familial, pour le Dr Delarue, qui précise avoir « baigné dans cet état d'esprit, avec un beau-père lecteur assidu de *Prescrire* ». Le praticien a très tôt été frappé par « le hiatus existant entre la parole professorale et la pratique réflexive de la revue ». L'environnement universitaire, pour Marine Crest, selon qui « la nouvelle génération de médecins est beaucoup moins prescriptrice de médicaments ». Formée à Angers et l'université Paris V dans l'esprit déprescripteur, cette jeune généraliste se souvient du « choc des stages en ambulatoire ». Les scandales sanitaires, enfin : « Pour moi, le grand tournant fut le scandale du sang contaminé, qui a entraîné une perte de confiance dans des autorités de santé souvent minées par des conflits d'intérêts », indique ainsi

Alain Siary, généraliste membre du groupe Princeps. Pour tous, il s'agit de revenir aux fondamentaux. Dans la pratique quotidienne, cela implique de limiter tout ce qui est susceptible d'induire des interactions toxiques et « cette démarche intervient le plus souvent à l'occasion d'un changement de médecin traitant », explique le Dr Philippe Nicot, citant l'exemple des sartans, « très prescrits alors qu'ils ont des effets secondaires avérés » ou des anticholinestérasiques, pour lesquels la commission de la transparence a conclu fin 2011 à un bénéfice mineur associé à des risques, notamment en association avec les psychotropes.

Dans quelle mesure les pharmaciens pâtissent-ils de ce parti pris ? « Nous ne nous en rendons pas trop compte car tous les médecins travaillant à proximité de l'officine prescrivent peu », note Sophie Maillard, titulaire à la pharmacie du Vieil Angoulême. Les rapports sont cordiaux, elle-même étant patiente du cabinet médical où exerce le Dr Delarue ainsi que deux autres « petits prescripteurs ». Elle se dit plutôt d'accord avec leur position, « même si économiquement, ça ne m'arrange pas du tout ; on n'aura jamais d'ordonnance complexe comprenant plus de cinq médicaments », concède-t-elle. Impossible pour autant d'évaluer le manque à gagner qui en découle : « Il y a d'autres facteurs à prendre en

10 000 à 20 000
morts sont dues à la iatrogénie tous les ans en France.



Vers une liste de médicaments essentiels

« La majorité des médicaments mis sur le marché ces trente dernières années ne sont ni meilleurs ni plus efficaces que les médicaments préexistants ayant les mêmes indications, tout en étant plus coûteux. Ils font pourtant l'objet d'une intense promotion commerciale auprès des médecins pour les inciter à les prescrire », regrette Jean-Claude Salomon. Un constat qui a conduit cet ancien chercheur en immunologie du cancer à faire de l'élaboration et de la diffusion d'une liste restreinte de médicaments essentiels l'un

de ses chevaux de bataille, depuis une dizaine d'années. L'idée ? « Donner la priorité à ce qui est suffisant pour traiter efficacement 95 % des patients et accessoirement faire des économies », explique le cofondateur du groupe Princesp. Afin d'aider les généralistes à optimiser leurs prescriptions, il s'agit d'évacuer les milliers de médicaments à l'utilité discutable, voire notoirement inutiles. « Les génériques efficaces doivent aussi être distingués des autres. » L'objectif consiste à ce que chaque médecin pioche dans cette liste de médicaments essentiels

pour sa propre pratique et que les logiciels d'aide à la prescription les proposent peu à peu préférentiellement. De l'abacavir à la warfarine, cette liste évolutive a d'ores et déjà été remaniée par une centaine de membres de la Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Le cercle des participants intégrera progressivement des spécialistes, des pharmaciens et des pharmacologues, qui devront également contribuer à l'établissement d'une liste complémentaire concernant les affections plus rares.

« compte, comme les baisses de prix. » La grogne viendrait plutôt des patients qui « n'obtiennent pas les médicaments qu'ils veulent », mais la plupart se montrent plutôt fatalistes, « vu le désert médical angeoumois ».

Droit d'inventaire

Argumentation, recours à l'actualité, examen clinique appuyé... les méthodes des déprescripteurs convergent. S'en référant au rôle de coordonnateur des soins dévolu aux médecins traitants, ils n'hésitent plus à exercer un droit de regard sur les ordonnances des confrères. « Déprescrire fait partie de mon quotidien. Je ne me vois pas comme un renouveleur d'ordonnances. C'est plus difficile à faire passer chez les personnes âgées, qui représentent l'essentiel de ma patientèle. Mais j'ai un joker, le mot "Mediator", ou bien je leur dis que je n'ai pas envie de faire d'eux une bombe chimique ambulante ! », relate le Dr Delarue. « Il faut avoir les épaules solides pour modifier une ordonnance car il est indispensable de bien argumenter cette décision. », constate Alain Siary. « On ne peut rougir de vouloir le bien des patients par des attitudes diagnostiques ou thérapeutiques réfléchies, argumentées au vu des données factuelles de la science. De même qu'on ne peut rougir de refuser des avis biaisés par l'industrie du médicament, dans un contexte où le scandale du Mediator a prouvé une nouvelle

Une carte à jouer pour les pharmaciens

Les déprescripteurs sont encore trop minoritaires pour affecter l'officine.

Les généralistes évoquent une bonne entente : « Quand les pharmaciens se plaignent de nos ordonnances, c'est en plaisantant. Ils sont surtout contents qu'elles soient claires et cohérentes, étant aussi responsables des médicaments délivrés », indique Louis-Adrien Delarue, généraliste exerçant à Angoulême. C'est plutôt la nécessité de créer des partenariats dans le cadre des nouvelles missions des pharmaciens qui est mise en avant dans ce processus de désescalade prescriptrice. Toute récente, l'initiative Présage va dans ce sens, associant généralistes et pharmaciens franciliens au sein d'un réseau de pharmacovigilance. Prévue pour deux ans, ce projet, lancé par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) pharmaciens, les généralistes franciliens via la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), les centres de pharmacovigilance, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, évalue et compare le bénéfice/risque des nouveaux anticoagulants oraux (Naco) et des antivitamines K (AVK) chez les plus de 80 ans. Des patients « non pris en compte dans les essais cliniques », précise Nadia Letailleur, adjointe à Groslay (Oise). Une fois formés, les membres du réseau devront repérer les patients sous anticoagulants, noter leurs traitements et effets, en ville comme en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Plus de 70 participants sont déjà formés et la SFTG table sur 600 professionnels impliqués.

fois que les conflits d'intérêts des médecins représentent un véritable facteur de risque sanitaire », analyse le Dr Delarue. Dans ce qui s'apparente parfois à un bras de fer, « les cardiologues sont souvent ceux qui nous posent le plus de problèmes : j'ai remarqué qu'ils sont de gros prescripteurs d'associations fixes, d'où une faible marge de manœuvre pour nous », note le Dr Jérôme Lurcel, généraliste à Paris et secrétaire général de la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG).

Le frein du paiement à l'acte

Difficile d'inverser la tendance dans une société où tout incite le médecin à surprescrire. « Ceux qui veulent optimiser leur rémunération sont invités à enchaîner les consultations », rappelle François Pesty. Peu compatible avec le temps que requiert la déprescription. Les autres obstacles sont la crainte de la perte de patientèle, le souci déontologique envers les autres prescripteurs, la connaissance insuffisante du patient... sans oublier la pression exercée par les patients eux-mêmes. Il est beaucoup plus facile de prescrire que de ne pas le faire. Et de reconduire une ordonnance que de la réévaluer, d'autant que « l'informatique incite au renouvellement automatique », note ainsi le Dr Lurcel. « En fin de journée, on finit par en avoir marre d'expliquer pourquoi on ne prescrit pas un médicament », poursuit-il.

Le Dr Delarue confirme : « C'est vrai que les ordonnances sont plus chargées le soir. Ne pas prescrire d'antibiotiques prend du temps. »

La tâche paraît plus ardue en ville. « À l'hôpital, je déprescris en masse. Je travaille avec des pharmaciens beaucoup plus au fait de la iatrogénie », note Marine Crest, qui regrette le retard français en matière d'enseignement de la prescription, qui devrait débiter dès le début des études médicales. À Limoges, le Dr Nicot apprend aux troisièmes cycles de médecine générale « à reconsidérer certaines prescriptions ». Seules quatre heures de cours y sont consacrées, « ce qui montre l'intérêt limité pour cette question ». Si la jeune génération de médecins a vécu les scandales médicamenteux, l'enseignement de la médecine n'a toujours pas fait son *aggiornamento*. « Les facs de médecine ne proposent aucun module sur la iatrogénie ou la visite médicale : on évoque beaucoup plus la malprescription en stage pratique », constate le Dr Delarue. « La formation initiale n'est pas du tout axée sur cette problématique. C'est en internat que les étudiants commencent à y être sensibilisés », abonde Alain Siary. ■■■

« Déprescrire fait partie de mon quotidien. Je ne me vois pas comme un renouveleur d'ordonnances. »

Louis-Adrien Delarue, généraliste à Angoulême



« Il faut avoir les épaules solides pour modifier une ordonnance. »

Alain Siary, médecin généraliste, membre de la SFTG

« Dans les formations conventionnelles que j'anime, j'ai toute liberté pour faire passer ce message. » Le salut viendra-t-il alors de la formation continue? Pas tant qu'elle n'aura pas gagné en indépendance. « La formation continue indépendante ne passe pas par les organismes de formation continue. Dans le dispositif de DPC [développement professionnel continu, NDLR], l'industrie pharmaceutique est toujours aussi présente, fait valoir le Dr Delarue, en charge de ce dossier au Formindep. La formation indépendante se fait essentiellement via Prescrire et le Web participatif. » Pour le Dr Lurcel, elle « est assurée de façon indépendante par La Revue Prescrire tout comme par la SFTG, qui forme un millier de médecins par an. Mais tout dépend où on place le curseur de l'indépendance : la SFTG dépend tout de même de l'OGDPC l'organisme gestionnaire du DPC, NDLR, elle est donc indirectement financée par la taxe sur l'industrie pharmaceutique, mais peut elle faire autrement ? » Concernant le DPC, le Formindep mène d'ailleurs actuellement une action sur l'absence de transparence et d'indépendance réelle de la commission scientifique indépendante des médecins. L'association œuvre par ailleurs à « trouver les moyens d'immiscer [son] combat pour l'indépendance au sein des facultés », précise le Dr Delarue. Les omnipraticiens interrogés plaident pour une meilleure

communication, centrée sur les bénéfices d'une prescription modérée. « Mais qui financerait de telles campagnes ? », interroge Jean-Claude Salomon.

Responsabilité politique

Tous les acteurs interrogés en appellent au renforcement de la collaboration entre généralistes et pharmaciens sur le terrain. « Une revue annuelle des ordonnances chez le patient âgé pourrait être réalisée par le pharmacien, au moins dans les Ehpad [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, NDLR], afin d'adresser une revue critique au médecin traitant. Cela n'a jamais été fait, or c'est dans le champ de compétences de l'officinal », souligne Alain Siary. Comment passer du stade de la simple alerte à la stratégie collective? « Cela relève de la responsabilité politique. Pourtant il n'y a pas un mot là-dessus dans le dernier PLFSS [projet de loi de financement de la sécurité sociale, NDLR] ni dans la loi Touraine, déplore Christian Saout. Les autorités de santé ne semblent pas réellement se saisir du problème. » De fait, l'État affiche une position ambivalente, entre économies à réaliser et intérêts industriels à ménager. Difficile dans ces conditions d'être optimiste, selon le Dr Nicot : « Tant qu'il y aura de tels enjeux financiers, une telle influence des firmes et que les médecins n'auront pas une réflexion critique sur la formation qu'ils reçoivent, je ne vois pas comment les choses pourront s'arranger. »

NOTABENE

Les Dr Philippe Nicot et Louis-Adrien Delarue sont tous deux membres du Formindep. Philippe Nicot déclare n'avoir aucun lien avec les firmes (produits de santé ou pouvant avoir un impact sur la santé). Louis-Adrien Delarue ne signale également aucun lien avec l'industrie pharmaceutique dans sa déclaration publique d'intérêt (DPI). Les deux DPI sont disponibles sur www.formindep.org.

Acnés sévères (telles que acné nodulaire, acné conglobata ou acné susceptible d'entraîner des cicatrices définitives) résistantes à des cures appropriées de traitement classique comportant des antibiotiques systémiques et un traitement topique

NOUVEAU

ACNÉTRAIT®

Isotrétinoïne

ISOTRÉTINOÏNE RESPONSABLE



- Excipient(s) à effet notoire :
 - Acnétrait® Gé 5 mg : huile de soja, sorbitol (E420)
 - Acnétrait® Gé 10 mg et 20 mg : huile de soja, huile de soja partiellement hydrogénée, sorbitol, rouge cochenille A (E124)
 - Acnétrait® 40 mg : huile de soja, sorbitol, jaune orangé S (E110)
- Acnétrait® Gé 5 mg, 10 mg et 20 mg, capsule molle, sont des génériques de Roaccutane® 5 mg, 10 mg, 20 mg, capsule molle. Médicaments inscrits au répertoire des génériques. Lors de la substitution, consultez la liste des excipients à effet notoire figurant sur l'emballage ainsi que le répertoire des génériques pour prendre connaissance des mises en garde éventuelles y figurant.

SPÉCIALTÉS GÉNÉRIQUES

SPÉCIALITÉ NON GÉNÉRIQUE



Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. Pour les femmes en âge de procréer, voir le Programme de Prévention de la Grossesse. Mentions légales disponibles à l'adresse suivante : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

L'engagement Rétinoïdes

Arrow génériques - 26 avenue Tony Garnier - 69007 Lyon - SAS au capital de 43 840 765 € - RCS Lyon 433 944 485