



# Prévention du mésusage du médicament

Médecins généralistes : Comment pouvons-nous contribuer à prévenir ce mésusage ?

Dr. Michel Doré – CMG – groupe de travail thérapeutique



## Déclaration publique d'intérêts de Doré Michel

17/03/2022

### Financements reçus de l'industrie



### Liens spécifiques à l'intervention

« Vous avez dit bon usage ? »

- CMG et ANSM sans rémunération

### Autres liens d'intérêts

#### Activité professionnelle

- Médecin généraliste retraité (1977-2017)
- Conseil scientifique d'EBM France (de 2020 à 2021 inclus)
- participation au
- Permanence Téléphonique à l'unité Covid de Chelles 77500 (mai et juin 2020)
- Elaboration de fiches pour Médecins :
- Vacation en centre de vaccination COVID (de février à juin 2021)
- intervention aux JNMG

#### Engagements

- SFDRMG (Société Française de Recherche et de Documentation en Médecine Générale). Administrateur. (2000-en cours)

### Principaux financeurs

- aucun

### Déclaration complète

- disponible sur Archimede.fr



# DEFINITION

*Un mésusage médicamenteux est*  
une utilisation **intentionnelle et inappropriée**  
d'un médicament ou d'un produit,  
non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ou à l'enregistrement,  
ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques.

Code de santé publique- article R. 5121-152[18]

# INTRODUCTION

Le problème du mésusage médicamenteux est complexe, car il implique beaucoup d'acteurs, du producteur au consommateur, en passant par le prescripteur, le distributeur, l'administrateur, les médias, etc. (1,2)

Cette complexité interdit de proposer des solutions simplistes (2).

Si ce problème implique l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et publique, comment nous médecins généralistes pouvons-nous agir ?

# Propositions pour agir dans la pratique

- 1. Prise de conscience
- 2. Repérage
  - Des situations à risques
  - Des produits les plus fréquemment concernés
- 3. Décider
  - Avec un processus décisionnel structuré
  - Avec le patient pour nos prescriptions, conseils, et surveillance.

# 1. Prendre conscience

- Que le mésusage existe sous des formes très variés.
- Qu'il a des conséquences sur la santé individuelle et publique.
- Qu'il implique nos pratiques.

## 2. REPERAGE : les situations à risques de mésusage

- La primo-prescription, notamment des psychotropes. (*notion de durée...*)
- Les patients à qui nous prescrivons le plus de médicaments (1,3) :
  - Les femmes
  - Les enfants de moins de 15 ans
  - Les personnes de plus de 60 ans.
- Les renouvellements d'ordonnances surtout quand elles sont anciennes. (*continuer de renouveler des médicaments devenus inutiles voire dangereux*)
- Les situations avec peu de données scientifiques pour éclairer la décision : (nourrissons, femmes enceintes, allaitement, insuffisants rénaux, hépatiques, ...)

# REPERAGE : des produits les plus fréquemment concernés.

- Des Antibiotiques aux BZD en passant par les IPP...
- Voir les publications de l'ANSM, de nos sociétés savantes, de la HAS ou de la CNAM (*les accès à ces données devant être les plus aisées possibles...*)



### 3. DECIDER : Comment adapter nos prescriptions ?

- Les interventions nécessaires reposent sur une approche complexe pour cibler les patients, le médecin, et l'environnement dans lequel ils évoluent.(3)
- Cette vision, rappelle les 4 composantes de la décision médicale. (4)

# Décider en médecine générale (4)

4 éléments à prendre en compte :

- Les DAS (Données Actualisées de la Science)
- Le patient.
- Le médecin.
- Le contexte.

# DECIDER avec un processus décisionnel structuré

- Poser un diagnostic complet
- Evaluer la situation
- Prendre en compte :
  - Les DAS,
  - le patient,
  - soi
  - et l'environnement contextuel.
- Gérer l'incertitude
- Prendre le temps de prescrire

# Poser un diagnostic complet

- Pour une décision pertinente, il faut s'appuyer sur des diagnostics précis, complets et **pas seulement biomédicaux**.
- Il s'agit de poser un **diagnostic de situation** qui est autant biomédical que psycho-social.

# Ce qu'on évalue avant de prescrire

- **la pathologie**, ou à défaut la plainte et les symptômes.
- **les enjeux**, conséquences de la situation : bénéfices/risques à attendre d'une intervention. (*quelle soit médicamenteuse ou non*)
- **les ressources du patient** (ses attentes, ses motivations, ses moyens d'actions : ressources tant psychologiques que sociales) )
- **les ressources thérapeutiques** ( Les bénéfices et les limites de la pharmacopée, les possibilités non-médicamenteuses),

# A prendre en compte pour prescrire (5,6,7)

- Les **DAS** : impliquent de fournir un accès aisé, pertinent, fiable à ces données.
- Le **patient** : connaître autant ses fragilités que ses représentations, ses priorités, que ses ressources.
- Le **médecin** : être conscient de ses capacités autant à « savoir » qu'à « douter » et « éduquer ».
- Le **contexte**: savoir agir quand il n'y a pas de protocole. (*patients poly pathologiques et/ou multirisques ; heures ou lieux d'intervention, absence de données, ...*)

# Quid de l'incertitude ? (5)

- Le problème des DAS = fausses certitudes
  - Les données ne débouchent que sur des probabilités.
  - L'analyse de nos pratiques montre facilement que la certitude promise par l'aspect scientifique est souvent absente.
  - Les certitudes du moment sont souvent balayées par les recherches ultérieures.

# Comment gérer l'incertitude (5,7,8,9,10)

- Elle est indissociable de notre pratique.
- Elle est inconfortable et peut nous inciter à multiplier examens et prescriptions.
- L'art du clinicien étant de combler cette incertitude par sa décision diagnostique puis thérapeutique.
- C'est la relation médecin-patient qui va permettre d'adapter les données probabilistes à notre patient et à la décision qui va lui être proposée.



# DECIDER avec le patient

- La **décision partagée** améliore l'efficacité de nos prescriptions (5,11,12).
- Pour cela il faut qu'elle soit :
  - « Comprise »
  - « La plus proche des objectifs du patient »
  - « Acceptée »
  - « Applicable »
  - « Suivie »
  - « Révisable »

# DECIDER avec le patient en 5 étapes (5)

- 1. comprendre le vécu et les attentes du patient
- 2. construire un partenariat
- 3. présenter les preuves et incertitudes
- 4. formuler la décision proposée.
- 5. vérifier la compréhension et l'accord du patient.

# Prendre le temps de prescrire (1,5)

- **Fixer un ou des objectifs à la prescription** (*A enseigner à la FAC avant le 3e cycle*)(2,5)
- **Les questions a se poser :**
  - Qu'est-ce que j'attends du médicament ?
  - Quand cela va-t-il se produire ?
  - Qu'est-ce qu'il faut surveiller ? (par le médecin, par le patient) ?
  - Que va ressentir le patient ?
  - Et si je ne prescris pas ?
- **Organiser une évaluation : délai et nature à proposer au patient** (*consultation, appel, biologie...*)
- **Vérifier la compréhension du patient.** *La question n'est pas est-ce que vous avez compris, mais qu'avez-vous compris ?*
- **Vérifier l'adhésion du patient :** ce qui sous-entend d'avoir explorer avec lui ses demandes, ses représentations, ses priorités et ses motivations.

# Ou Prescrire un médicament en 10 questions

Proposition d'un auto-questionnaire pour le médecin avant de prescrire un médicament :

1. Qu'est ce que j'attends de l'usage de ce médicament ?
2. Qu'est ce que cela va changer chez le patient ?
3. Quand les effets vont-ils se produire ?
4. Y a-t-il une alternative ?
5. Que se passerait-il si je ne faisais pas cette prescription ?
6. Quels sont les critères qui **nous** permettront de savoir si l'objectif est atteint ?
7. A quelle échéance devra se faire cette évaluation ?
8. Qu'est-ce que le patient à compris ?
9. Est-il d'accord pour suivre la prescription ?
10. A-t-il les moyens de suivre la décision ? (*entourage, finances, ...*)

# Trois déterminants de la prescription en médecine générale (5)

- La prescription n'est pas l'objectif de la consultation.
- La prescription n'est pas que médicamenteuse.
- Plus on reçoit de visiteurs médicaux plus on prescrit de médicaments. (3,5)

# Face au mésusage nous ne sommes pas seuls

2 axes de prévention ont été proposés par un récent travail publié en janvier. (2)

- Les 2 axes présentés dans l'étude rejoignent ceux des travaux précédents portés par l'HAS ou L'ANSM.

# Deux grands axes

- 1. la prévention du mésusage, avec un important volet formation.
- 2. l'identification et la prise en charge du mésusage, comportant la nécessité d'identifier, de rendre transparente et de **diffuser de façon compréhensible** les données de mésusage à l'échelon national.

La création d'un baromètre du mésusage à l'échelon populationnel est également suggérée.

# Conclusion

## Pour Prévenir le mésusage

### **Personnaliser nos analyses et nos décisions**

- Rendre nos prescriptions plus pertinentes et plus efficaces en les partageant.

### **Agir sur 2 axes**

- Améliorer l'identification du mésusage
- Améliorer la formation des professionnels et des usagers à sa prise en charge.

### **Ce qui impliquent**

- Une coordination de tous les acteurs, incluant patients, aidants et media.
- La mise en place de mesures d'impact de ces actions de prévention.



# REFERENCES

1. N. Petitpain, p. Gillet. « Mésusage médicamenteux » Erege 08/12/2018. Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy-Lorraine.
2. J.-L. Cracowski, S. Muller, I. Anglade et al., « Prévention des risques liés à un usage inapproprié/consommation inutile des médicaments » *Thérapies*, <https://doi.org/10.1016/j.therap.2021.12.020> .
3. D. Darmon, « Les déterminants de la prescription médicamenteuses en médecine générale » Thèse soumise le 05/02/2020. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02467763>
4. B. Grenier « Décision médicale: analyse et évaluation des décisions dans la pratique médicale (2<sup>e</sup> ed.) Paris: Masson; 1996.
5. P. Gallois, « Médecine au Quotidien... Soigner et prendre soin: le malade autant que la maladie. Ed. Unaformec. Paris 2009. (pp 47-77)
6. RL. Logan, PJ. Scott, « Uncertainty in clinical practice : implications et quality and costs of health care » *Lancet*. 1996;347:595-8.
7. CD. Naylor, »Grey zones of clinical practice : some limits to evidence-based medicine » *Lancet* 1995;345:840-2
8. JF. Malherbe « La décision dans l'incertitude. Perspectives en éthique. » *Vaincre – Institut Suzanne Fouché*. 1999. 7:9-21
9. F. Griffiths, E. Green, M. Tsouroufli, « The nature of medical evidence and its inhérent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *Brit Médecin J*. 2005;330:511-5
10. P. Gallois, « La décision médicale, fil conducteur de la FMC. *In Gallois P. La Formation médicale Continue*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1997(pp1399-44)
11. N. Moumjid-Ferdjaoui, MO. Carrère. « La relation médecin-patient, l'information et la participation à des patients à la décision médicale ; Les enseignements de la littérature internationale. » *Rev Fr. Aff. Sociales*. 2000;2:73-88.
12. A. Coulter. « When should you involve patients in treatment decisions ? *Brit J Gen Pract*. 2007;543:771-2.

# MERCI

- Pour votre attention
- Pour vos réactions

# Exemples de mesusage

# Différents aspects du mésusage

- Antibio-résistance cf. Outils HAS (12)
- Hors AMM
- Abus
- Sur-utilisation
- Sous utilisation
- Récréatif
  
- Dépendance

# Exemples hors AMM

- Médiator® pour le diabète et ...pour maigrir
- Diane 35® pour l'acné et ...la contraception
- Rivotril® (clonazépam) pour douleurs, anxiété,
- Avastin® dans la DMLA car moins cher
- Fentanyl transmuqueux pour des douleurs non cancéreuses
- Hydroxychloroquine pour la Covid-19

# Mésusage forcé

- Par exemple, problématique des nouveaux nés et des prématurés.

Car :

- Peu/pas d'essais cliniques
- Pas de forme adaptée à l'âge
- Marché réduit => peu/pas d'investissement des laboratoires



















