

LA PREVENTION QUATERNAIRE

PRESENTATION DU CONCEPT

Ce concept correspond à la prévention de la surmédicalisation. Le principe *primum non nocere* est central à l'exercice médical et empêcher l'excès d'intervention médicale est une obligation particulière à la médecine générale. Il s'agit de l'ensemble des activités de santé pour atténuer ou éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé (1).

La prévention quaternaire vise donc à proposer au patient des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables, en le protégeant des interventions médicales invasives, des effets négatifs des soins, de la surmédicalisation, et de la iatrogénie.

DISCUSSION

La prévention quaternaire tient une place particulière chez le patient multimorbide amené à subir traitements et explorations multiples.

Pour éviter les accidents iatrogènes, le médecin veille à réduire la complexité de l'ordonnance de médicaments. Il lui faudra rechercher la prise de médicaments prescrits par d'autres prescripteurs (collyre, bêtabloquant, médicaments psychotropes, ...), être attentif à l'automédication, vérifier les interactions. Même si elle n'est pas réalisable à chaque consultation, l'optimisation périodique de l'ordonnance permet de repérer les molécules mal dosées, mal associées, mal indiquées, pour réduire le poids des médicaments. Elle prend en compte pour chaque molécule le rapport bénéfice/risque. Certains outils comme la grille STOPP/START(2) validée au niveau européen, permettent d'évaluer les prescriptions médicamenteuses. Les collaborations avec le pharmacien (de l'appel téléphonique à la réunion de concertation (3), l'infirmière (pour gérer les médicaments) ou l'entourage sont des aides dans ce travail. Mais c'est l'évaluation avec le patient au fil des consultations, de son état de santé et de l'expérience de son traitement, qui constitue la base de cette démarche.

Quant aux examens complémentaires, ils sont sélectionnés en fonction du pronostic du patient (Par exemple une coloscopie chez un patient de 80 ans en insuffisance cardiaque terminale est-elle vraiment justifiée ?). Les examens systématiques, non ciblés, ont peu d'intérêt chez le patient multimorbide, et ne calmeront pas les angoisses mal maîtrisées du médecin prescripteur.

ILLUSTRATION(S) CLINIQUE(S)

Théophile, 78 ans, a fait un malaise en ouvrant la porte à l'infirmière qui venait faire la prise de sang. Elle note une tension à 105/65, qui remonte à 130/80 en position couchée. Le pouls à 50/mn, régulier, est plus lent que d'habitude. Elle appelle le médecin-traitant. Après information, il décide de passer le soir après ses consultations. Théophile est traité pour une HTA avec Valsartan/Hydrochlorothiazide 160/12,5 : 1/j. Il présente un RGO intermittent pour lequel il prend Oméprazole 10 mg : 1/j. Il prend Alfuzosine 10 mg en raison d'un adénome prostatique responsable d'une pollakiurie. Il y a 5 ans il a fait une poussée articulaire aigüe du genou droit qui avait été rapidement soulagée par Ibuprofène ; une crise de goutte avait été évoquée en raison d'une élévation modérée de l'uricémie et un traitement d'Allopurinol avait été commencé avec nécessité de contrôle périodique de l'uricémie ; il n'a pas fait de nouvelle crise aigüe depuis mais conserve des douleurs intermittentes à la marche pour lequel le médecin traitant lui a prescrit du Paracétamol et de l'Ibuprofène en cas d'inefficacité. L'ophtalmologue a récemment diagnostiqué un glaucome à angle ouvert et a prescrit du collyre Timolol.

Pour le médecin l'hypothèse la plus probable pour expliquer le malaise est une hypotension orthostatique lors du lever brusque favorisée par l'association de médicaments à effets hypotenseurs et bradycardisant. Une simplification de l'ordonnance est nécessaire.

Après avis de l'ophtalmologue le collyre bêtabloquant, bradycardisant, est remplacé par du Travoprost. En instaurant une surveillance de la TA par l'infirmière, il est possible de ne conserver que la Valsartan pour traiter l'HTA. On peut ainsi supprimer l'Hydrochlorothiazide qui peut favoriser l'hypotension en cas de mauvaise hydratation, la pollakiurie et l'élévation de l'acide urique. Cela permet d'arrêter l'Allopurinol. Il discutera ultérieurement de l'arrêt de l'Alfuzosine. Enfin Théophile confirme qu'il prend régulièrement de l'Ibuprofène par crainte de douleurs articulaires. Il est d'accord avec la proposition du médecin de faire une rééducation du genou pour réduire les

problèmes douloureux, revenir au Paracétamol en cas de nécessité et arrêter l'oméprazole au long cours.

Ces modifications du traitement réduiront le risque de récurrence de malaise. Enfin il est décidé d'arrêter la surveillance de l'acide urique.

Le médecin-traitant reviendra évaluer l'évolution dans un mois.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIES

1. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale – Prévention quaternaire (Fiche 40) SFMG, Saint-Cloud : Global Média Santé, 2015:184-187.
- 2.. Dalleur O et al. STOPP/START, version 2, un outil à jour pour la qualité de prescription médicamenteuse chez les patients âgés de 65 ans et plus. *Louvain médical* 2015;134(5).
3. Guignard E, Schneider MP, Favrat B, Pécoud A, Bugnon O. Erreurs médicamenteuses en ambulatoire : problématique, prévention autour de l'ordonnance et amélioration de l'information aux patients. *Revue Médicale Suisse* 2004;n°499