

Iatrogénie La polyprescription chez les patients, souvent incontournable, peut aussi être optimisée. Sept spécialistes ont « relooké » 16 ordonnances dans le cadre d'une étude de médecine générale des patients polypathologiques.

AMÉLIORER LES ORDONNANCES DE PATIENTS POLYPATHOLOGIQUES

Dr Pascal Clerc (médecin généraliste aux Mureaux, membre de la SFMG, Inserm U750, Centre de recherche médecine, sciences et société [CERMES, IRDES]).

Après avoir construit la typologie des pathologies chroniques et de leurs combinaisons lors des consultations de médecine générale (voir *Le Généraliste FMC n°2502*), le deuxième volet de l'étude Polychrome (1) s'est fixé pour objectif de savoir s'il est possible d'optimiser les polyprescriptions chroniques par une équipe médicale multidisciplinaire.

LA MÉTHODE

Les deux groupes ont travaillé sur 16 cas cliniques dont les caractéristiques sont issues des résultats de l'analyse factorielle de la phase I (1). Nous avons procédé en deux temps pour extraire ces cas cliniques : **une première sélection par sondage aléatoire stratifié de 105 cas cliniques** pour une analyse pharmacologique, puis **tirage au sort des 16 cas cliniques**. Ces cas sont constitués de l'âge et du genre du patient, de son nombre d'actes par an, des pathologies chroniques (Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG transcodées en CIM10), des médicaments prescrits et de leur posologie. Ces données sont issues de l'Observatoire de la médecine générale développé par la SFMG à partir d'un réseau informatisé de généralistes. Les caractéristiques (médiane) des cas cliniques sont les suivantes : 7 hommes et 4 femmes, médiane de l'âge : 78 ans, 9 pathologies et médicaments par patients. L'expertise des 16 vignettes, était effectuée par 5 cliniciens spécialistes hospitaliers (deux gériatres, une psychiatre, un cardiologue, un endocrinologue), une pharmacologue et un médecin généraliste universitaire. Il s'agissait d'une analyse individuelle systématique de chaque vignette à l'aide d'une grille issue du *Medication Appropriateness Index* (2) pendant un mois, puis d'une mise en commun au cours d'une journée de travail aboutissant à une nouvelle ordonnance. 11 cas cliniques ont ainsi été traités.

Les groupes de pairs ont été réunis une journée et ont travaillé chacun sur 4 à 5 cas cliniques. L'ensemble des 16 cas cliniques ont donc été traités plusieurs fois.

LES RÉSULTATS

L'expertise spécialisée a permis de diminuer le nombre de ligne de médicaments par ordonnance environ d'un tiers pour les 11 cas cliniques traités. Le nombre de médicaments prescrits avant optimisation est de 105 et le nombre de molécules actives de 111. **Après optimisation le nombre de médicaments est de 74 (-29,5%) et de molécules actives de 79 (-29%).** La médiane de la différence de prescription par cas

clinique est de 3 médicaments [0 - 5]. **La réduction du nombre de médicaments est due à un remplacement par une prescription non médicamenteuse dans un tiers des cas (12 prescriptions) et par un arrêt de médicament dans les deux tiers (19 prescriptions).** Les 12 propositions non médicamenteuses concernent la moitié des ordonnances (6/11). Les propositions recouvrent dans deux tiers des cas la rhumatologie. Deux propositions concernent l'hygiène du sommeil, une le port de bas de contention et une des conseils diététiques. L'effet de l'optimisation sur les contre-indications est une amélioration de 46 %, et sur les interactions médicamenteuses, une amélioration de 66 %.

→ Pour l'analyse des retranscriptions des Groupes de pairs, trois niveaux d'accord ont été utilisés : « accord total » avec le groupe d'expert pour la proposition médicamenteuse et la posologie, « accord modulé » si la posologie différait, ou « désaccord » pour la classe médicamenteuse et la posologie. Lorsqu'on examine l'ensemble des propositions faites par les groupes de pairs, la médiane de l'accord « Experts vs Groupes de pairs » est de 77 % (58 % pour l'accord total et 19 % pour l'accord modulé) avec un minimum à 50 % et un maximum à 91 %. Les généralistes des groupes de pairs font aussi des propositions médicales ou paramédicales différentes ou complémentaires de celles des experts, notamment dans le suivi spécialisé. Lorsqu'on examine les seules propositions médicamenteuses la médiane de cet accord est de 86 % (64 % pour l'accord total et 20 % pour l'accord modulé) avec un minimum à 62 % et un maximum à 100 %.

CONCLUSION

L'originalité de ce projet de recherche était de partir de la réalité de la pratique des médecins généralistes informatisés appartenant à l'Observatoire de la Médecine avec des cas cliniques complexes. Le résultat de cette étude expérimentale suggère qu'il est possible d'améliorer nos ordonnances de patients polypathologiques en diminuant le nombre de médicaments, le nombre d'interactions médicamenteuses et de contre-indications. Le second enseignement est qu'il est possible d'effectuer cette optimisation en Groupes de pairs. Cependant pour obtenir ces résultats avec les patients ce n'est pas si simple. C'est pourquoi la dernière partie de l'étude Polychrome s'est attachée à interroger ces soixante confrères sur les difficultés de leur gestion de la polyprescription et de la iatrogénie chez ces patients âgés et complexes. ♦



Le Dr Pascal Clerc, auteur principal de l'étude Polychrome.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Clerc P.L.J., Mousques J., Hebbrecht G., de Pourvouille G. Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2008, 39(1) : p. 43-51.
- 2- Clerc P.L.J., Mousques J., Hebbrecht G., de Pourvouille G. Etude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2009, 40(3) : p. 167-175.
- 3- Fitzgerald, L.S., et al. Reliability of a modified medication appropriateness index in ambulatory older persons. *Ann Pharmacother*, 1997, 31 (5) : p. 543-8.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Le Dr Pascal Clerc ne déclare pas de conflits d'intérêts.