

# Prise en charge des patients en situation de multimorbidité

## > opinions et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire

Interrogés en 2016 dans le cadre du Panel des médecins généralistes libéraux, plus de la moitié des praticiens ligériens estiment avoir au moins un quart de leur patientèle en situation de multimorbidité. 88 % considèrent être bien informés de l'ensemble des médicaments pris par ces personnes. Une proportion similaire se sent à l'aise pour leur proposer d'arrêter les médicaments qu'ils jugent inappropriés, et 30 % indiquent faire "souvent" ou "très souvent" ce type de déprescription.

Le pharmacien est le premier interlocuteur en cas de questions sur la nature des traitements pris par leurs patients multimorbides : 53 % des praticiens le contacteraient "souvent" ou "très souvent" face à une personne dans l'incapacité d'indiquer le nom d'un nouveau médicament prescrit par un autre médecin. 72 % des médecins généralistes s'accordent d'ailleurs à penser que le pharmacien est le professionnel de santé qui connaît le mieux l'ensemble des traitements pris par un patient. Près de 95 % des praticiens attendent en outre de ce professionnel qu'il les alerte en cas d'interaction médicamenteuse.

Si les praticiens reconnaissent l'utilité des guides de bonnes pratiques, les recommandations de ces documents apparaissent difficiles à appliquer pour les patients multimorbides : seulement un tiers s'y réfèrent "souvent" ou "très souvent" pour ce type de patients. En lien avec ce constat, 61 % estiment que les recommandations issues de guides différents peuvent être en contradiction les unes avec les autres, et 72 % pensent que l'application simultanée de recommandations issues de guides différents peut entraîner des interactions médicamenteuses.

**D**ans les Pays de la Loire comme en France, les dernières décennies se caractérisent par le poids croissant des maladies chroniques (encadré 1) à l'origine des situations de multimorbidité<sup>1</sup>, c'est-à-dire la présence chez une même personne d'au moins deux maladies chroniques<sup>2</sup>.

Cette tendance résulte notamment des transformations des conditions de vie et d'environnement, des progrès médicaux et plus globalement de l'augmentation de l'espérance de vie, qui permettent de vivre de plus en plus longtemps avec certaines maladies sans pour autant en guérir.

La fréquence des situations de multimorbidité augmente en effet fortement avec l'âge et s'élève rapidement à partir de 45 ans,

1- Dans la littérature, plusieurs autres termes sont repris pour faire référence à ces situations (polypathologie, pathologies chroniques multiples, etc.). Par souci de simplicité du propos, seul le terme de multimorbidité est utilisé dans cette étude.

2- Ces maladies peuvent être sans lien direct, ou l'une la conséquence de l'autre, ou appartenant au même ensemble nosologique.

2014 - 2016  
Pays de la Loire  
**Panel**  
en médecine générale

octobre 2018

18

OBSERVATOIRE  
RÉGIONAL  
DE LA SANTÉ  
DES PAYS  
DE LA LOIRE

URML  
UNION  
RÉGIONALE  
DES  
MÉDECINS  
LIBÉRAUX  
DES PAYS  
DE LA LOIRE  
UNION RÉGIONALE DES  
PROFESSIONNELS DE SANTÉ



de façon beaucoup plus marquée chez les hommes que chez les femmes : en 2016, le cumul d'au moins deux pathologies atteint 9 % des hommes entre 45 et 64 ans et 25 % entre 65 et 84 ans, contre respectivement 6 % et 16 % des femmes. Au-delà de 85 ans, 42 % des hommes et 31 % des femmes cumulent au moins deux pathologies<sup>[1]</sup> (encadré 2).

Cette évolution impacte de façon majeure les besoins en termes de prévention et de prise en charge, et constitue à ce titre un enjeu essentiel pour l'organisation des soins de proximité.

L'enquête menée entre mai et septembre 2016 dans le cadre du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes apporte un éclairage sur les opinions et pratiques des praticiens ligériens concernant la prise en charge des patients multimorbides, notamment au sujet de la gestion de la polymédication.

### Encadré 1 > Maladies chroniques : situation en Pays de la Loire

L'augmentation de la prévalence des affections de longue durée (ALD) reconnues par les régimes d'assurance maladie, même si elle doit être interprétée avec prudence en raison du caractère médico-administratif de ces données, illustre le poids croissant des maladies chroniques dans la population ligérienne, et plus globalement en France. Ainsi en 2015, près de 16 % des Ligériens relevant du régime général d'assurance maladie sont en ALD en raison d'une pathologie nécessitant un traitement prolongé et qui peut parfois être particulièrement coûteux<sup>[2]</sup>.

De façon plus globale, un tiers des Ligériens affiliés au régime général

de l'assurance maladie ont eu en 2014 une prise en charge pour un recours aux soins signant l'existence d'au moins une pathologie chronique ou un traitement prolongé par médicament psychotrope, antihypertenseur ou hypolipémiant. Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population régionale, ce sont donc environ 1,2 million de Ligériens qui seraient concernés. Les Pays de la Loire se caractérisent toutefois par un taux de personnes prises en charge pour une pathologie chronique ou un traitement prolongé inférieur à la moyenne nationale, à structure d'âge identique. Les admissions en ALD par les trois principaux régimes d'assurance maladie sont

également moins fréquentes dans la région (-7 %). Cette moindre morbidité se retrouve pour les différents groupes de pathologies ouvrant droit à l'admission en ALD, à l'exception des cancers et des maladies de l'appareil digestif chez les hommes, en lien notamment avec des affections attribuables à la consommation d'alcool. La situation régionale apparaît par contre particulièrement favorable en matière de prévalence des ALD pour diabète, maladies cardio-neurovasculaires et maladies respiratoires chroniques. Cela peut être rapproché notamment du moindre tabagisme longtemps observé dans la région, mais aussi de la moindre fréquence régionale du surpoids et de l'obésité.

### Plus de la moitié des praticiens estiment avoir au moins un quart de leur patientèle en situation de multimorbidité

54 % des médecins généralistes ligériens déclarent que les patients multimorbides représentent au moins un quart de leur patientèle (et 13 %, au moins la moitié).

Cette proportion est significativement plus élevée parmi les médecins hommes (58 %, contre 47 % chez les femmes) et chez ceux plus âgés (60 % des praticiens âgés de 50 ans ou plus à l'inclusion dans le

panel, contre 43 % des praticiens plus jeunes). Ce constat peut, pour partie, être rapproché d'une patientèle globalement plus âgée chez ces praticiens que parmi les médecins femmes et plus jeunes.

En lien avec ces résultats, les médecins généralistes exerçant seuls (plus fréquemment des hommes, et plus âgés) indiquent nettement plus souvent avoir au moins un quart de leur patientèle en situation de multimorbidité (66 %) que leurs confrères et consœurs exerçant en cabinet de groupe ou maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) (49 %).

Encadré 2 > Patients multimorbides : des profils variés selon l'âge et le sexe

Interrogés dans le cadre du panel sur le dernier patient adulte multimorbide qu'ils ont vu en consultation, les praticiens évoquent le plus souvent un homme (59 %), âgé de 65 ans ou plus (81 %), présentant trois maladies chroniques ou facteurs de risque différents (50 %), mais sans problème de santé mentale (80 %). Un contexte de fragilité sociale est identifié par près de 20 % des généralistes. Globalement, sur une échelle allant de 0 à 10 (0 correspondant à aucune complexité, et 10 à une complexité très élevée), 54 % positionnent le patient à un niveau au moins égal à 7.

Cette description, qui diffère assez peu selon les caractéristiques démographiques, l'environnement et le type d'exercice des praticiens, reflète la pratique des médecins généralistes plus que la réalité épidémiologique des situations de multimorbidité.

Selon la cartographie des pathologies prises en charge par le régime général d'assurance maladie, le profil des patients multimorbides évolue fortement en fonction de l'âge : avant 45 ans, les principales pathologies identifiées relèvent de

troubles mentaux et du comportement ; entre 45 et 85 ans, le diabète et la maladie coronaire représentent une part importante de la multimorbidité ; à partir de 85 ans, la démence et l'insuffisance cardiaque font partie des pathologies les plus souvent présentes. Les maladies respiratoires chroniques sont présentes pour tous les âges, aussi bien chez les hommes que chez les femmes multimorbides. Il existe également des spécificités selon le sexe. Chez les femmes, les maladies psychiatriques restent fréquentes après 45 ans et

les démences figurent parmi les associations les plus fréquentes après 85 ans. Chez les hommes, le poids des pathologies cardiovasculaires et du diabète est prédominant dès 45 ans et persiste fortement avec l'âge. Les profils de patients multimorbides et les pathologies concernées sont ainsi très variés. Une telle diversité illustre la complexité des situations cliniques rencontrées par les médecins généralistes, appelant chacune des prises en charge spécifiques<sup>[1]</sup>.

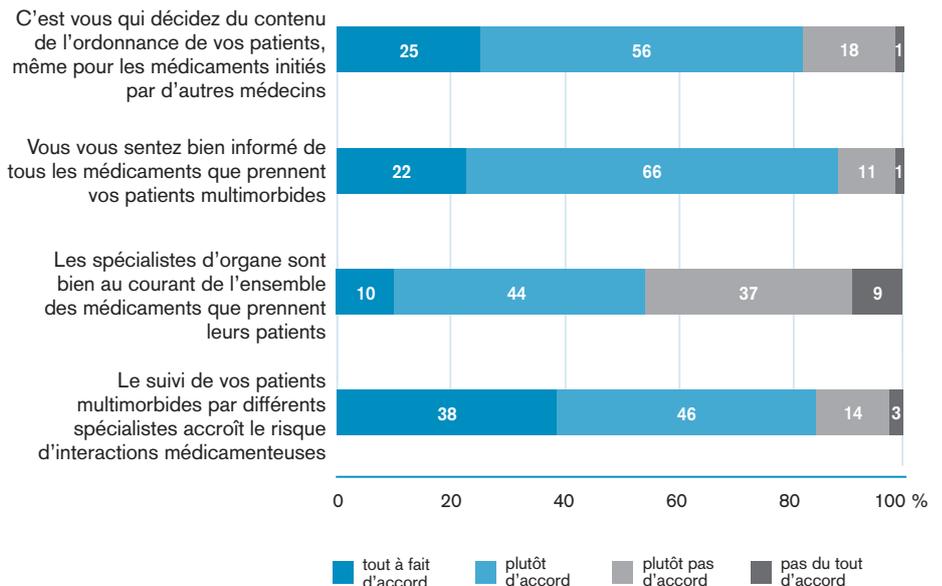
Une large majorité des praticiens considère être bien informés de l'ensemble des médicaments pris par leurs patients multimorbides

De façon globale, un peu plus de 80 % des médecins généralistes ligériens déclarent être d'accord avec l'assertion "Vous décidez du contenu de l'ordonnance de vos patients, même pour les médicaments initiés par d'autres médecins" (fig1). Interrogés plus spécifiquement sur leurs patients souffrant de multimorbidité, 88 % considèrent être bien informés de l'ensemble des médicaments pris par ces personnes<sup>3</sup>.

3- Les praticiens n'ont toutefois pas été interrogés spécifiquement, lors de cette enquête, sur leur connaissance des situations d'automédication de leurs patients multimorbides (prises de médicaments accessibles en pharmacie, sans prescription médicale).

FIG.1 Opinions des médecins généralistes sur leur rôle et l'implication des autres spécialistes dans les prescriptions médicamenteuses - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant, à propos des affirmations suivantes, être... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mai-septembre 2016). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

Une proportion importante (84 %) des médecins généralistes estiment par ailleurs que le suivi des patients multimorbides par différents spécialistes<sup>4</sup> augmente le risque d'interactions médicamenteuses. Les praticiens du groupe de lecture de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) Pays de la Loire ayant participé à la discussion des résultats précisent que ce risque peut être notamment lié à un manque d'information de la part de certains médecins spécialistes, lorsque ceux-ci viennent à modifier un traitement médicamenteux.

Seuls 54 % des praticiens pensent en outre que leurs collègues spécialistes de second secours sont bien au courant

de l'ensemble des médicaments que prennent leurs patients.

Près de 9 praticiens sur 10 déclarent se sentir globalement à l'aise pour proposer à leurs patients multimorbides d'arrêter les médicaments qu'ils jugent inappropriés. Mais en pratique, seuls 29 % indiquent le faire "souvent" ou "très souvent" (70 % le font "parfois"), ce qui semble indiquer qu'ils ne se considèrent pas tant confrontés à des situations nécessitant une déprescription, ou qu'ils se heurtent à certains obstacles dans sa mise en œuvre.

Une proportion importante des médecins généralistes pensent en effet qu'arrêter un médicament

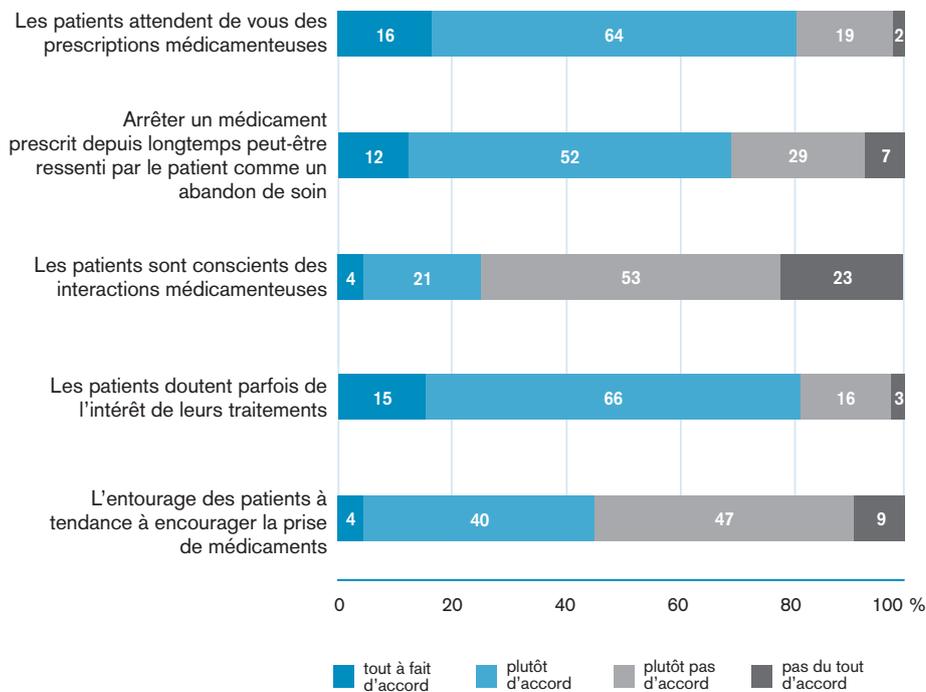
prescrit depuis longtemps peut être ressenti par le patient (qu'il soit multimorbide ou non) comme un abandon de soin (64 %), et que leurs patients attendent d'eux des prescriptions médicamenteuses (80 %) (fig2). Pour les trois quarts des médecins, les patients ne sont d'ailleurs pas conscients des risques d'interactions médicamenteuses.

Les médecins généralistes du groupe de lecture de l'URML ayant participé à la discussion des résultats notent en outre les difficultés qu'ils peuvent ressentir à déprescrire des traitements qui ont été initiés par des praticiens d'autres spécialités. L'arrêt des médicaments anticholinestérasiques chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer en est un exemple.

4 - Dans la publication, le terme "généralistes" désigne les médecins spécialistes de médecine générale, et le terme "spécialistes" les médecins des autres spécialités de second secours.

**FIG.2** Représentations des médecins généralistes sur les perceptions des patients vis-à-vis des prescriptions/déprescriptions de médicaments - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant, à propos des affirmations suivantes, être... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mai-septembre 2016). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

**Encadré 3 > Inégalités sociales face à la multimorbidité**

Les situations de multimorbidité, au sens de l'association d'au moins deux maladies chroniques, sont plus fréquentes chez les personnes vivant dans les communes les plus défavorisées d'un point de vue socioéconomique<sup>[2]</sup>.

Ce gradient social apparaît dès 30 ans, plus particulièrement lorsque la fréquence des situations de multimorbidité s'accroît. Il augmente rapidement jusqu'à 60-64 ans, particulièrement chez les hommes : à cet âge, l'écart est de 7 % entre groupes extrêmes (21 % vs 14 %), et de 5 % chez les femmes (13 % vs 8 %). Le gradient social disparaît aux âges les plus élevés, l'âge étant alors un élément encore plus déterminant dans l'existence de la multimorbidité.

**Les collègues spécialistes de second secours, source d'information sur les médicaments la plus utilisée, et la plus fiable selon les généralistes**

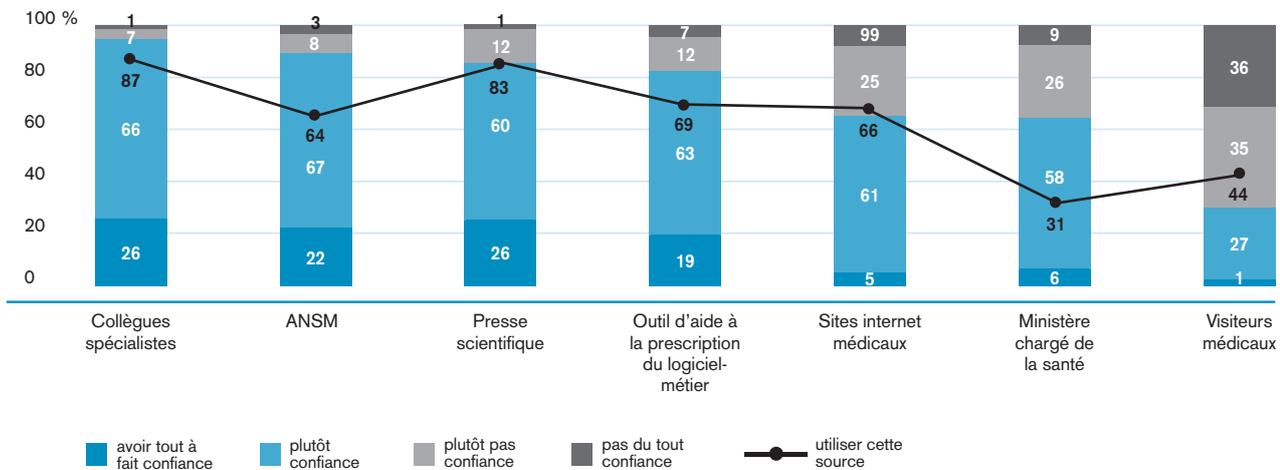
Interrogés sur sept sources différentes d'informations sur les bénéfices et les risques des médicaments<sup>5</sup>, l'avis de collègues spécialistes (87 %) et la presse scientifique (83 %) sont les deux canaux les plus utilisés par les praticiens ligériens. Suivent les outils d'aide à la prescription de leur logiciel métier (69 %) et les sites internet médicaux (66 %), devant la consultation des sites internet, outils et documents des principales instances nationales en charge de la communication autour du médicament (fig3). L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

(ANSM, 64 %) se fait, compte tenu de ses attributions, beaucoup plus le relais d'informations dans ce domaine que le Ministère chargé de la santé (31 %). Une récente Mission sur l'amélioration de l'information des usagers et des professionnels de santé sur le médicament pointe, à cet égard, la "fragmentation de la communication au long cours sur le médicament en raison de la multitude d'acteurs intervenant dans le circuit réglementaire du médicament, avec des missions variées : ANSM, Haute autorité de santé (HAS), Comité économique des produits de santé (CEPS), assurance maladie, ministère, (...) source de confusion pour les usagers et professionnels de santé, qui peinent à identifier la parole institutionnelle et l'autorité compétente"<sup>[3]</sup>.

5 - Le questionnaire d'enquête élaboré au plan national n'incluait pas le pharmacien parmi ces sources d'informations.

**FIG.3** Confiance et utilisation par les médecins généralistes des sources d'informations sur les bénéfices et les risques des médicaments - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant, à propos des sources suivantes pour obtenir des informations sur les bénéfices et les risques des médicaments, ... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mai-septembre 2016). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

Moins de la moitié (44 %) des praticiens déclarent enfin s'informer sur les médicaments via les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques.

Les principales sources d'informations utilisées sont également celles en qui les médecins généralistes déclarent avoir le plus confiance : plus de 80 % des praticiens ont ainsi "plutôt" ou "tout à fait confiance" en leurs collègues spécialistes, la presse scientifique, l'outil d'aide à la prescription de leur logiciel métier et l'ANSM pour leur fournir des informations fiables sur les bénéfices et les risques des médicaments. Les sites internet médicaux, et dans une même mesure le Ministère chargé de la santé, font l'objet de plus de circonspection : seuls 5 à 6 % des praticiens leur font tout à fait confiance (contre 19 à 26 %

pour les sources précédemment citées). Les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques sont la source considérée comme la moins fiable : moins de 30 % des praticiens leur accordent confiance.

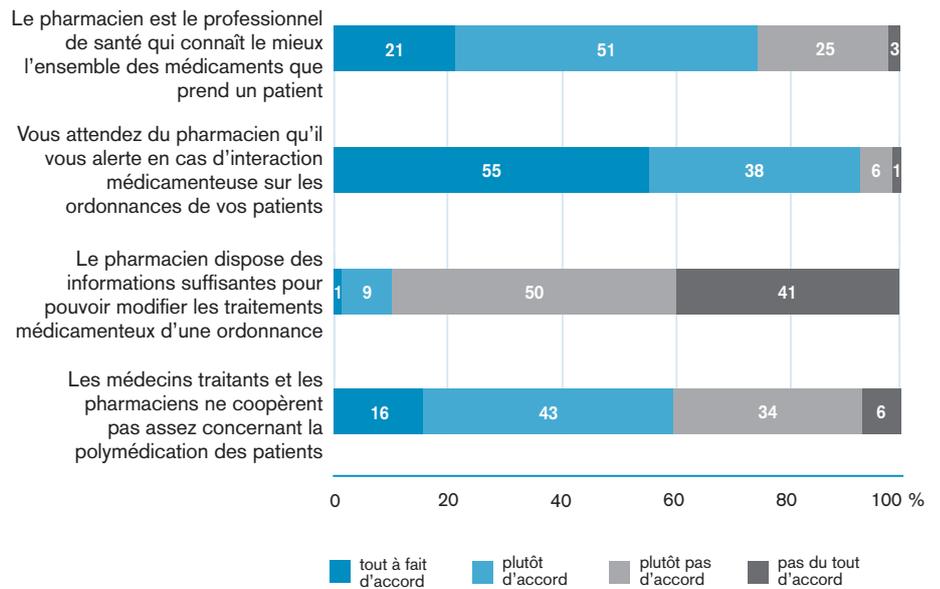
Les médecins les plus jeunes s'informent nettement plus souvent sur les bénéfices et les risques des médicaments en utilisant l'outil d'aide à la prescription de leur logiciel métier (86 % parmi ceux âgés de moins de 50 ans à l'inclusion dans le panel, contre 53 à 66 % parmi ceux plus âgés) et les outils et documents de l'ANSM (73 %, contre 56 à 63 %), alors que les praticiens plus âgés indiquent plus volontiers s'informer via les visiteurs médicaux (plus de 50 % des médecins âgés de 50 ans ou plus, deux fois moins parmi les praticiens plus jeunes).

Les médecins exerçant en groupe ou maison de santé pruriprofessionnelle se distinguent également de ceux exerçant seuls par un usage significativement plus fréquent de l'outil d'aide à la prescription de leur logiciel métier (respectivement 73 et 60 %), et à l'inverse un recours moins fréquent aux visiteurs médicaux (35 et 61 %). Ce dernier type de recours est par ailleurs plus fréquent (57 %) chez les praticiens estimant leur volume de prescriptions de médicaments supérieur à celui observé globalement parmi l'ensemble des généralistes de la région, que chez ceux s'estimant dans la moyenne régionale (48 %) ou dans des niveaux de prescriptions inférieurs (34 %).

FIG.4

Opinion des médecins généralistes sur le rôle et la collaboration avec les pharmaciens - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant, à propos des affirmations suivantes, être... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mai-septembre 2016). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

## Le pharmacien, premier interlocuteur des praticiens en cas de questions sur la nature des traitements pris par les patients

Face à un patient multimorbide dans l'incapacité d'indiquer le nom d'un nouveau médicament qu'un autre médecin aurait prescrit, le réflexe le plus fréquent des médecins généralistes ligériens est de prendre contact avec le pharmacien habituel du patient (53 % le feraient "souvent" ou "très souvent", et 35 % "parfois") et, dans une moindre mesure, avec le confrère prescripteur (42 et 46 %). Le recours à la fonctionnalité d'historique des remboursements accessible via leur logiciel métier ou sur Ameli Pro<sup>6</sup> est moins fréquent : 21 % des praticiens déclarent l'utiliser souvent ou très souvent dans ce contexte, et 17 % parfois.

Les prises de contact avec le pharmacien habituel du patient ou le confrère prescripteur et, à un degré moindre, le recours à l'historique des remboursements, sont des pratiques plus fréquentes chez les médecins femmes (respectivement 64, 48 et 28 % déclarent le faire "souvent" ou "très souvent", contre 48, 40 et 18 % des hommes).

Pour 72 % des médecins généralistes, le pharmacien est le professionnel de santé qui connaît le mieux l'ensemble des médicaments pris par un patient (fig4). Près de 95 % des praticiens sont également "plutôt" ou "tout à fait d'accord" avec l'assertion "Vous attendez du pharmacien qu'il vous alerte en cas d'interaction médicamenteuse sur les ordonnances de vos patients", ce qui apparaît également évident aux yeux des praticiens de l'URML ayant participé à la discussion des résultats.

Les bonnes pratiques de dispensation des médicaments prévoient en effet que le pharmacien vérifie la présence d'interactions et, le cas échéant, puisse remplacer un médicament par un autre, avec l'accord du prescripteur (Code de la santé publique). À cet égard, 91 % des praticiens considèrent que les pharmaciens ne disposent pas des informations suffisantes pour modifier de leur propre initiative les traitements médicamenteux d'une ordonnance.

Plus globalement, près de 6 médecins généralistes sur 10 jugent encore insuffisante la coopération entre médecins traitants et pharmaciens en matière de polymédication des patients.

## Des guides de bonnes pratiques utiles, mais dont les recommandations sont difficiles à appliquer en cas de multimorbidité

La HAS et les sociétés savantes proposent des guides de bonnes pratiques pour la prise en charge des maladies chroniques. Près des trois quarts (73 %) des médecins généralistes déclarent que les recommandations de ces guides leur apportent une aide concrète lors de la prise en charge des patients multimorbides (fig5). Toutefois, seulement un tiers des praticiens déclarent "souvent" ou "très souvent" s'appuyer sur ces documents (et 56 % le font "parfois") pour ce type de patients. En effet, 85 % considèrent que ces recommandations sont difficiles à appliquer chez les patients multimorbides, et 61 % qu'elles peuvent même être en

### Encadré 4 > Le financement de l'exercice coordonné en équipes de soins primaires (ESP)

Actuellement l'exercice coordonné est reconnu financièrement dans une forme aboutie d'équipes de soins primaires : les maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel, sous réserve de la signature d'un contrat avec l'ARS et l'Assurance maladie, une dotation financière annuelle est attribuée pour permettre aux professionnels de mettre en œuvre leur projet de santé. Ils utilisent librement les fonds, en fonction de leurs priorités.

En Pays de la Loire, il existe une autre forme d'exercice coordonné : l'équipe de soins primaires (ESP) coordonnée localement autour du patient (CLAP), dans un format expérimental différent des maisons de santé. Conçues comme une première forme de coordination dont la mise en œuvre est facilitée grâce à l'appui de l'association régionale de gestion des ESP CLAP, ces équipes plus réduites regroupent également des professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens ou autres) autour d'un projet de santé pluriprofessionnel.

contradiction les unes avec les autres. À cet égard, une part importante des médecins (72 %) pensent que l'application simultanée de plusieurs recommandations figurant dans différents guides de bonnes pratiques peut entraîner des interactions médicamenteuses.

6 - Cette fonctionnalité donne accès à l'ensemble des soins, médicaments et examens remboursés au patient au cours des 12 derniers mois, quel que soit son régime d'assurance maladie.

Les médecins généralistes conscients que leur volume de prescriptions de médicaments est supérieur à la moyenne régionale sont également ceux qui estiment le moins fréquemment que les recommandations de guides différents peuvent être en contradiction les unes avec les autres (44 %, contre 63 à 66 % parmi les praticiens estimant leur volume de prescriptions au niveau ou en dessous de la moyenne régionale). Ils sont en outre ceux qui pensent le moins fréquemment qu'appliquer des recommandations de guides différents peut entraîner des interactions médicamenteuses (58 %, contre 73 à 79 %).

Près de deux tiers (65 %) des praticiens ligériens considèrent que des réunions sur les dossiers de leurs

patients multimorbides, organisées avec les différents professionnels qui les suivent, les aideraient dans la prise en charge quotidienne de ces personnes. Ce dispositif apparaît particulièrement attractif aux yeux des médecins femmes (74 % y verraient une aide, contre 61 % des hommes) et des praticiens les plus jeunes (74 % de ceux ayant moins de 50 ans à l'inclusion dans le panel, contre 59 à 61 % de ceux plus âgés). Les généralistes exerçant en groupe ou MSP, environnement plus propice à l'organisation de temps d'échanges entre professionnels, y sont également plus fréquemment favorables (70 %, contre 55 % parmi les praticiens exerçant seuls).

Dans les faits, le temps consacré à ce type de réunions pourrait réduire d'autant celui dédié aux

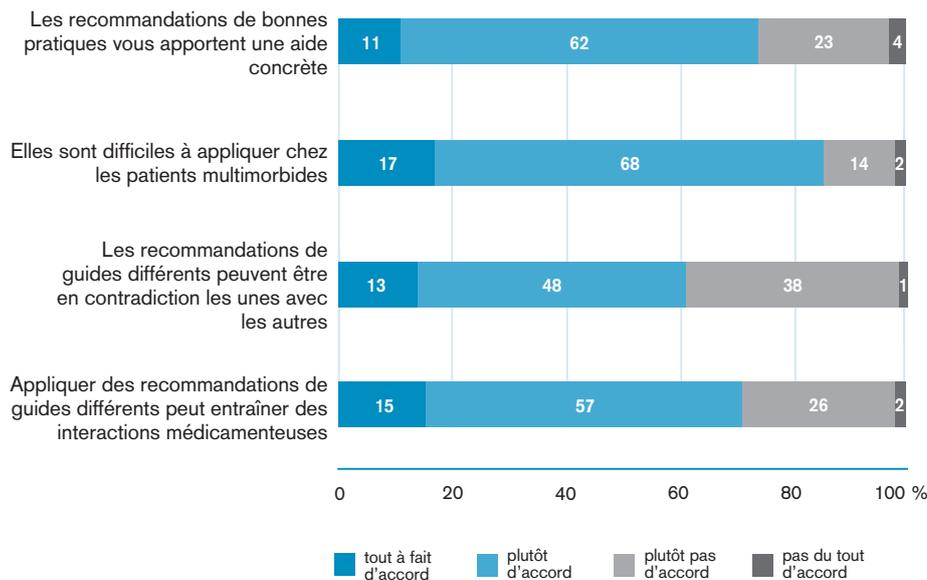
consultations, et à cet égard les praticiens déclarant avoir une forte proportion de leur patientèle (plus du quart) en situation de multimorbidité y apparaissent un peu moins favorables (60 %, contre 70 % parmi les autres praticiens). Il est également possible que les médecins plus souvent confrontés aux patients multimorbides ressentent moins fréquemment, de par l'expérience accumulée, la nécessité d'échanger avec d'autres professionnels.

Une proportion importante (62 %) de généralistes estiment, en outre, qu'un dispositif intégrant des infirmières, auxquelles seraient déléguées des consultations de suivi des patients chroniques, leur apporterait également une aide.

Les praticiens du groupe de lecture de l'URML évoquent en outre l'existence en région de nouvelles formes d'exercice coordonné (encadré 4) pouvant notamment participer à l'amélioration de la prise en charge des patients multimorbides.

**FIG.5** Opinion des médecins généralistes sur l'application des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des patients multimorbides - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant, à propos des affirmations suivantes et concernant les patients multimorbides, être... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mai-septembre 2016). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

Encadré 5 > **Gestion des prescriptions médicamenteuses devant un cas complexe de patiente polymédiquée**

Un cas clinique fictif (“vignette”) a été proposé aux médecins généralistes afin d’étudier leurs perceptions et pratiques dans la gestion de l’ordonnance de patients polymédiqués. Les praticiens ont ainsi été interrogés à propos d’une patiente multimorbide venant en consultation pour le renouvellement de son traitement<sup>7</sup>. Cette personne présente une hypertension artérielle équilibrée par un antihypertenseur (inhibiteur de l’enzyme de conversion, ramipril), une hypothyroïdie bien équilibrée par hormonothérapie (lévothyroxine<sup>8</sup>), des insomnies fréquentes traitées depuis trois ans par un anxiolytique (benzodiazépine, lorazépam). Elle prend aussi un antalgique de palier 2 (association paracétamol/tramadol) et un antidépresseur tricyclique 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, la patiente est en outre traitée par un antiagrégant plaquettaire (aspirine) et une statine (rosuvastatine) suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique survenu deux ans auparavant. En dehors des douleurs, l’examen clinique est normal. Près de neuf médecins sur dix (89 %) estiment que l’ordonnance comporte “un ou des médicaments présentant plus de

risques que de bénéfices pour la patiente”, et une proportion identique pensent que “certains traitements devraient être arrêtés”.

Parmi ces praticiens, le traitement le plus fréquemment cité comme problématique est l’anxiolytique (fig6). Ce point de vue partagé par la quasi-totalité des médecins rejoint les recommandations nationales actuelles qui préconisent de réduire les prescriptions au long cours de benzodiazépines, du fait des risques d’effets délétères et de dépendance au-delà de quelques semaines de traitement<sup>4</sup>.

Les praticiens jugent également dans leur majorité le rapport bénéfices-risques du traitement des douleurs liées à la lombosciatique (association d’un antidépresseur et d’un antalgique de palier 2) défavorable, et que ces deux médicaments devraient être arrêtés (ces proportions ayant tendance à être plus élevées lorsque la vignette évoque une patiente âgée de 82 ans, que lorsqu’une patiente âgée de 54 est décrite<sup>7</sup>). Malgré leurs potentiels effets indésirables gênants, la prescription de ces médicaments n’est toutefois pas, dans le contexte de ce cas clinique, source d’interaction médicamenteuse. Ceci suggère que dans des situations complexes de polymédication, la perception des médecins sur le rapport bénéfices-risques des

médicaments diffère selon s’il est question de traitements symptomatiques, ou à visée curative et préventive (hypertension, hypothyroïdie, AVC). Les praticiens de l’URML ayant participé à la discussion de ce résultat ajoutent à ce propos que les douleurs de la patiente n’étant pas bien soulagées, cette association médicamenteuse à visée antalgique leur apparaît plutôt peu opportune que véritablement à risque.

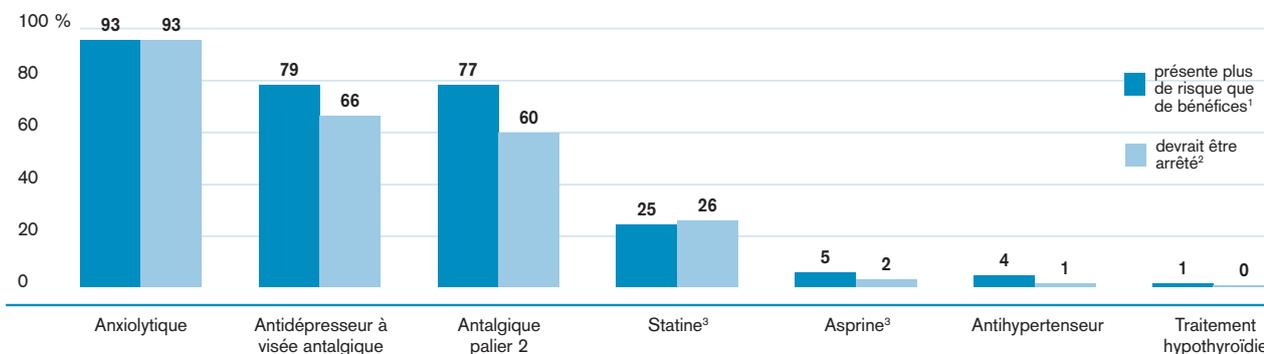
La statine est enfin citée par une part non négligeable des praticiens comme comportant plus de risques que de bénéfices et devant être arrêtée. Ce résultat pourrait s’expliquer par l’émergence, ces dernières années, d’un débat au sein de la communauté médicale et scientifique sur l’intérêt des statines en général, et de la rosuvastatine en particulier.

7 - Les médecins se sont vus proposer une vignette aléatoirement parmi 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. Compte tenu des faibles effectifs de médecins interrogés au plan régional dans chacun de ces huit sous-groupes, seuls sont présentés ici les résultats moyens de l’ensemble des praticiens quelle que soit la vignette qui leur a été attribuée (les résultats propres à chaque vignette ne sont pas détaillés).

8 - Cette enquête s’est déroulée avant la mise sur le marché de la nouvelle formule du Levothyrox.

**FIG.6 Perception des médecins généralistes concernant l’ordonnance d’une patiente polymédiquée - Pays de la Loire**

Proportion de médecins généralistes déclarant, à propos de l’ordonnance de la patiente proposée dans la vignette clinique, que le médicament suivant ... (%)



Source : Panel d’observation des pratiques et des conditions d’exercice en médecine générale (mai-septembre 2016). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

1. Parmi les praticiens déclarant que l’ordonnance comporte au moins un médicament présentant plus de risques que de bénéfices (89 % de l’ensemble des médecins interrogés).

2. Parmi les praticiens déclarant que certains traitements de l’ordonnance devraient être arrêtés (89 % de l’ensemble des médecins interrogés).

3. Proportions calculées parmi les médecins ayant été interrogés sur une version du cas clinique où la patiente présentait un antécédent d’AVC ischémique.

## SOURCE DES DONNÉES

Les données présentées dans ce document ont été recueillies de mai à septembre 2016 auprès d'un échantillon représentatif de 377 médecins généralistes (hors mode d'exercice particulier exclusif) des Pays de la Loire.

Ces médecins font partie du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice qui associe un échantillon national (France métropolitaine) et trois échantillons régionaux (Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Il a été interrogé cinq fois sur la période 2014-2017, au rythme d'une enquête par semestre environ.

L'anonymat et le respect de la confidentialité des données sont garantis, conformément aux recommandations de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

L'ensemble des publications régionales déjà parues, le calendrier des résultats à paraître, ainsi que les questionnaires d'enquêtes sont disponibles sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) et [urml-paysdelaloire.org](http://urml-paysdelaloire.org). La présentation générale du Panel et les résultats nationaux peuvent être consultés sur [drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques](http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques).

## PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Le Panel Pays de la Loire est porté par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et l'Union régionale des médecins libéraux (URML). Il est mis en œuvre en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, et les ORS et URML des deux autres régions concernées.

En Pays de la Loire, ce projet est financé par la Drees, l'Agence régionale de santé (ARS) et l'URML.

Le questionnaire d'enquête a été élaboré par l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur/UMR 912 SESSTIM, en collaboration avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM), la chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne de l'Université de Sherbrooke au Canada, la Cnamts, la Drees, le Groupement de Recherche en Économie Quantitative d'Aix-Marseille (GREQAM), l'Irdes, l'URPS-ml PACA, l'Université de Bordeaux (Unité 1219 "Bordeaux Population Health Research Center", équipe "Pharmaco-épidémiologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations") et l'Université Paris 5 Descartes (Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Économie de la Santé LIRAES). L'élaboration du questionnaire s'inscrit également dans les travaux de la plateforme d'évaluation systématisée du médicament en population (plateforme DRUG-SAFE), mise en place dans le cadre de l'Appel à candidatures 2014 "Plateformes en pharmacoépidémiologie et évaluation des usages du médicament" de l'ANSM.

## AUTEURS

Cette étude a été réalisée par Norah Anthony, Jean-François Buyck, Marie-Cécile Goupil, Anne Tallec (ORS Pays de la Loire) et Thomas Héroult (URML Pays de la Loire).

## REMERCIEMENTS

Merci à tous les médecins généralistes libéraux qui, à travers le temps qu'ils consacrent à ce Panel, contribuent à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes de la région.

Aux Drs Jean-Gérald Bertet, Hervé Feuillet, Marie Lugand et Marie-Rocheteau pour leur participation à l'interprétation des résultats.

## CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2018). *Prise en charge des patients en situation de multimorbidité. Opinions et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire*. n° 18. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 10 p.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Cnam. (2018). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019*. 262 p.
- [2] ORS Pays de la Loire. (2017). *La santé des habitants des Pays de la Loire*. 303 p.
- [3] Kierzek G, Leo M, Bergeron H, *et al.* (2018). *Rapport sur l'amélioration de l'information des usagers et des professionnels de santé sur le médicament. Ministère des solidarités et de la santé*. 96 p.
- [4] HAS. (2015). *Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Rapport d'élaboration*. 60 p.

## POUR EN SAVOIR PLUS

Carrier H, Zaytseva A, Bocquier A *et al.* (2017). *Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. Études et Résultats*. Drees. n° 1036. 8 p.

L'ORS et l'URML autorisent l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de la mention des sources des données utilisées et de leur analyse par l'ORS et l'URML.

Cette publication est téléchargeable sur les sites internet [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) et [www.urps-ml-paysdelaloire.fr](http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr)  
ORS - Tél. 02 51 86 05 60 - [accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com) • URML - Tél. 02 51 82 23 01 - [contact@urps-ml-paysdelaloire.fr](mailto:contact@urps-ml-paysdelaloire.fr)