

Interview

Pr. Jacques Massol, Président du Conseil scientifique et d'orientation de l'observatoire du médicament en Franche-Comté.

Pouvez-vous nous en dire plus sur cette instance que vous présidez ?

Face à la complexité du monde du médicament et à l'abondance d'informations, l'observatoire du médicament est un lieu qui permet à différents acteurs d'échanger autour de thèmes d'actualité, d'analyser les données disponibles sur l'utilisation des médicaments dans notre région, de susciter des études, d'orienter la politique régionale du médicament. Son conseil scientifique réunit des institutions (représentants de l'Etat et de l'Assurance maladie) et des professionnels (médecins et pharmaciens, exerçant en ville ou à l'hôpital).

L'observatoire propose aujourd'hui sa lettre, pourquoi ?

Notre région a des besoins de santé spécifiques. Profitons de l'éclairage sur l'utilisation des médicaments dont nous disposons dans la région grâce aux données recueillies par l'Assurance maladie et des échanges fructueux des professionnels qui composent notre observatoire, pour nouer un contact privilégié avec les professionnels autour du médicament. A quoi servirait un observatoire qui observerait les pratiques sans chercher à les communiquer et à les améliorer ? Faire part de l'éclairage de l'observatoire aux professionnels de notre région, trier pour eux les informations adaptées, essayer de répondre à leurs attentes et finalement permettre un meilleur usage des médicaments au profit de la population de Franche-Comté, seront les enjeux de notre périodique. Plus qu'une lettre adressée aux professionnels de santé de Franche-Comté, je souhaiterais qu'il s'agisse d'une correspondance permettant de véritables échanges entre l'observatoire et ces professionnels. Ces échanges permettront, d'une part, de faire connaître aux professionnels les informations disponibles concernant la région et, d'autre part, de recueillir leurs commentaires, leurs besoins et leurs difficultés dans le choix des médicaments à utiliser, et plus spécifiquement dans la prescription, la dispensation ou le suivi des traitements médicamenteux.

Pharmacovigilance

À partir du numéro 2 de cette lettre, une rubrique, sous forme de brèves, sera consacrée à ce thème.

Point sur

ANTIDÉPRESSEURS OU PSYCHOTHÉRAPIE ?

La prise en charge de la dépression relève du quotidien des médecins. Comment apprécier sa sévérité ? Quelle prise en charge envisager dans les dépressions légères à modérées ? Une méta-analyse¹ récente permet de répondre à certaines de ces questions.

Evaluer la sévérité

Il convient de rappeler qu'un Etat dépressif majeur (EDM), ou caractérisé, se recherche sur une durée d'au moins 15 jours, et se traduit par une souffrance psychique ayant un retentissement dans la vie quotidienne et marquant une rupture avec l'état antérieur du patient (cf critères DSM-IV).

L'appréciation de l'intensité des symptômes relève de l'évaluation clinique et éventuellement d'échelles validées ; elle peut être légère, modérée ou sévère. Un épisode sévère est caractérisé par la présence de 8 ou 9 symptômes dépressifs correspondant aux critères DSM-IV et à une altération du fonctionnement nette et observable.

Concernant les patients suivis en ambulatoire pour un épisode d'intensité modérée à sévère, il est recommandé de prescrire en première intention un ISRS (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), un IRSN (Inhibiteurs doubles de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) ou éventuellement un antidépresseur appartenant à la classe des "autres antidépresseurs".

Dans les épisodes d'intensité sévère, notamment chez les sujets hospitalisés, les antidépresseurs sont plus efficaces que le placebo ; par ailleurs, les imipraminiques (clomipramine et amitriptyline) et la venlafaxine (à plus de 150 mg/j) sont plus efficaces que les ISRS.

Des résultats intéressants

En février 2008, est parue une méta-analyse réalisée par une équipe anglo-américaine, comparant l'efficacité de quatre antidépresseurs de type ISRS (fluoxétine, paroxétine, venlafaxine et nefazodone) à ceux d'un placebo dans les dépressions légères à modérées vues surtout en médecine de ville. Selon les auteurs, "les bénéfices les plus importants pour les patients les plus sévèrement déprimés paraissent attribuables à une diminution de la réponse au placebo plutôt qu'à une augmentation de la réponse au médicament". La différence avec le placebo s'accroît avec la sévérité de la dépression, mais "reste relativement petite".

Cette méta-analyse conforte les recommandations françaises pour les dépressions modérées qui sont de proposer en premier lieu une psychothérapie et à réserver les antidépresseurs en cas d'échec. De plus, la psychothérapie a des effets de prévention des rechutes à terme, ce qui n'est pas le cas des médicaments.

¹ Kirsch I et al. (2008) Initial severity and antidepressant benefits: A metaanalysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 5(2): e45. http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/5/2/pdf/10.1371_journal.pmed.0050045-S.pdf

Actualités

JOURNÉE DU MÉDICAMENT BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ, DIJON, 2 OCTOBRE 2008 : "LA CIRCULATION DE L'INFORMATION SUR LE BON USAGE DU MÉDICAMENT"

Le programme de cette manifestation organisée par les Urcam et Facultés de médecine des deux régions portera sur :

- les attentes des médecins, pharmaciens et patients, les uns vis-à-vis des autres,
- la répartition des tâches entre les professionnels dans le parcours de soin,
- la responsabilité des professionnels par rapport au médicament,
- l'exercice, en France et en Europe, de la profession de pharmacien.

Renseignements : <http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr/Journee-medicament-du-2-octobre-2008.21937.0.html>

Infos pratiques

DES CONDITIONNEMENTS MIEUX ADAPTÉS AU TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES

Afin d'améliorer la prise en charge de ces affections, il a été décidé en 2004 de favoriser la mise en place de conditionnements permettant des traitements sur une durée de trois mois. Ils concernent en particulier la prise en charge de certaines affections chroniques comme l'hypertension artérielle, l'ostéoporose, les dyslipidémies et le diabète de type 2.

Depuis 2008, dans le cadre de ces prescriptions d'au moins 3 mois, de nouvelles dispositions rendent obligatoire le recours à ces conditionnements lorsqu'ils sont disponibles. Ces mesures devraient permettre de faciliter l'observance par les patients et de limiter la part laissée à la charge des malades au titre de la franchise.

Études



LE TRAITEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER : DES CONSTATS QUI DEVRAIENT FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES

Aujourd'hui en France, la maladie d'Alzheimer concerne 885000 malades. Par ailleurs, 225000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. C'est donc un enjeu majeur pour la collectivité, d'autant plus que le coût des traitements pourrait passer de 1 milliard d'euros en 2004 à 10 milliards en 2020. A la demande du Comité économique des produits de santé, le Régime social des indépendants (RSI) a réalisé une étude décrivant les prises en charge médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer en médecine ambulatoire¹. Ces médicaments sont représentés par trois anticholinestérasiques et un anti-glutamate.

Des associations médicamenteuses parfois à risque

L'étude réalisée par questionnaires a permis d'établir le profil de 1000 patients nouvellement traités et 1000 autres pris en charge depuis plus de deux ans. Les pratiques médicales sont satisfaisantes, notamment en termes de taux de réalisation du Mini mental state examination à l'instauration du traitement et de délai de mise sous traitement.

Cependant, l'étude approfondie des prescriptions révèle notamment :

- des associations à risques

iatrogènes potentiels, surtout risques de troubles du rythme ou de la conduction cardiaque : anticholinestérasiques avec des bêta-bloqueurs pour 10% des prescriptions, avec des digitaliques pour environ 4% et avec des antiarythmiques de classe I et III pour plus de 3%.

- des associations coûteuses : plus d'une prescription sur deux de mémantine est associée à un anticholinestérasique, ce qui n'est pas prévu par les recommandations.

Des pistes pour améliorer les prises en charge

Les éléments qui devraient évoluer sont, essentiellement :

- le taux de réalisation initial du bilan global préconisé par la Haute autorité de santé (HAS) en février 2000² : il n'est que de 51,9% dans l'étude,
- la conformité des pratiques de prescription par rapport à l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) en particulier en ce qui concerne les indications, les stades de la maladie et les posologies. Pour mémoire 22,1% des indications sont non conformes à l'AMM et 45% des patients mis sous mémantine sont des stades légers ce qui n'est pas une indication de l'AMM,
- l'accessibilité aux structures spécifiques promues par le Plan Alzheimer³.

La nécessité d'enrichir les recommandations

Les auteurs ont transmis fin 2007 leur étude à la HAS, aux agences nationales ainsi qu'au responsable

national du Rapport Alzheimer. Ils recommandent des actions auprès des professionnels et des patients pour améliorer la détection précoce des troubles cognitifs (le dépistage est une priorité), optimiser les pratiques, réduire le risque iatrogène et promouvoir les structures spécialisées. Des référentiels actualisés par la HAS devraient aborder, d'après eux, les critères d'arrêt des traitements spécifiques et d'association des deux classes thérapeutiques.

¹http://www.le-rsi.fr/publications/sante/etudes_canam_gestion_du_risque_et_prevention/20071010_alzheimer.php
²<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Alzheimer.pdf>
³http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012.pdf



LES IPP, OÙ EN EST-ON ?

L'utilisation des Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) connaît une croissance exponentielle, avec des indications qui se sont élargies depuis leur mise sur le marché au début des années 90. Si certaines sont bien codifiées comme le traitement symptomatique du RGO (Reflux gastro-œsophagien, avec ou sans œsophagite), des ulcères gastrique et duodénal évolutifs, la prévention et le traitement des lésions induites par les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), d'autres font l'objet de prescriptions hors AMM.

Le constat

Les données de remboursement permettent d'étudier les résultats pour la période allant de mai 2007

à fin avril 2008 en Franche Comté (600 000 ordonnances avec IPP).

Le générique du lansoprazole est peu prescrit, pourtant, il est d'efficacité égale et moins cher que d'autres IPP.

Les ordonnances avec association AINS-IPP représentent seulement 13,8% des prescriptions d'AINS pour les plus de 65 ans, contre 26,4% pour les moins de 65 ans.

Les recommandations

Celles de la HAS prévoient que la prescription d'un AINS soit accompagnée d'un IPP lorsque le patient est âgé de plus de 65 ans ou présente d'autres facteurs de risque (antécédents d'ulcères gastro-duodénaux, association médicamenteuse avec un corticoïde...cf arbre décisionnel sur ameli.fr).

Par ailleurs, la demi dose doit être privilégiée en première intention :

- chez les plus de 65 ans en cas d'association avec un AINS,
- en cas de traitement symptomatique du RGO et dans le traitement d'entretien et de prévention des récurrences des œsophagites par RGO.

De même, il faut savoir rediscuter l'indication de l'AINS (bénéfice escompté, posologie minimale..) dans les cas à risque, plutôt que vouloir associer systématiquement AINS et IPP. Enfin, il est important de ne pas prescrire hors AMM. Pour la dyspepsie fonctionnelle, elle est à traiter par des antispasmodiques et des règles hygiéno-diététiques.

Zoom HAS



SEVRAGE DES BENZODIAZÉPINES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE : DES RECOMMANDATIONS POUR FACILITER L'ARRÊT

Ces médicaments, pris de façon chronique par 2 millions de personnes âgées en France, et environ 50 000 pour la Franche-Comté, sont indiqués dans le traitement symptomatique de l'anxiété et des insomnies transitoires.

Réduire le risque de iatrogénie

Chez ces patients souvent déjà polymédiqués et exposés aux chutes, la HAS a émis des recommandations pour accompagner le médecin et le patient dans cette démarche et ainsi, savoir mieux anticiper et gérer le syndrome de sevrage aux benzodiazépines (BZD), fréquemment sous diagnostiqué.

L'objectif est donc de faciliter l'arrêt progressif des BZD et apparentés chez la personne âgée de plus de 65 ans, traitée quotidiennement depuis plus de 30 jours.

Evaluer la difficulté de l'arrêt

Elle est appréciée selon :

- leur demi-vie et posologie,
- l'association à d'autres psychotropes ou substances addictives, comme l'alcool,
- les signes cliniques perçus par le patient et leur sévérité (insomnie invalidante, détresse psychologique),
- l'Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB), en ligne sur <http://www.has-sante.fr> est simple à remplir et possède une bonne sensibilité (94%).

Mettre en œuvre des stratégies d'arrêt

Chez la personne de plus de 65 ans en ambulatoire, elles doivent toujours être progressives, la diminution de posologie se fait sur 4 à 10 semaines.

Au cours de la consultation, le médecin :

- informe des risques de consommation au long cours (troubles mnésiques, diminution des réflexes et de la concentration) pour le patient âgé, et du risque de

syndrome de sevrage (anxiété, confusion..) en cas d'hospitalisation imprévue,

- encourage l'arrêt voire d'une diminution de posologie,
- remet un calendrier de décroissance posologique et un agenda du sommeil disponible sur : <http://www.has-sante.fr>,
- prévoit une consultation de suivi la semaine suivant l'arrêt, puis des consultations toutes les 2 à 4 semaines, plus fréquemment chez le patient à risque d'échec.

En juin 2008, l'Assurance maladie a débuté une campagne d'entretiens confraternels qui portait sur ce thème.



Publication du conseil scientifique et d'orientation de l'observatoire du médicament de Franche-Comté, soutenue par la Faculté de médecine et de pharmacie ainsi que la Fédération régionale de formation médicale continue, grâce à un financement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs).

Rédacteur en Chef : Professeur Jacques Massol