

IMPACT DE LA POLITIQUE DE REFERENCEMENT DES MEDICAMENTS SUR LE BON USAGE DANS UN CENTRE HOSPITALIER DE PETITE TAILLE

M.BLAISOT***, E.HALAILI***, A.PEREZ***, A. BEDIOUT**, B. KONATE*

*Médecin Anesthésiste Réanimateur CH Decazeville, ** Médecin Urgentiste président CME CH Decazeville, *** Pharmaciens CH Decazeville

b.konate@ch-decazeville.fr, marianne.blaisot@ch-decazeville.fr

Introduction

Il a été proposé en Commission Médicale d'établissement (CME) la suppression du référencement du livret thérapeutique du Centre Hospitalier (CH) de Decazeville des médicaments figurant sur la liste des médicaments à écarter de Prescrire et des médicaments du Bip 31 à éviter (bulletin d'information de pharmacovigilance du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse), avec pour but d'optimiser le bon usage.

Comment ces mesures ont-elles été acceptées ? Quel a été l'impact sur les consommations de ces médicaments à écarter des soins ? Y a-t-il eu report de prescription ?

Matériel et méthodes

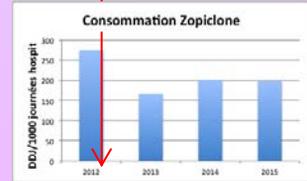
La liste des médicaments proposés à la suppression a été établie préalablement par un travail pluridisciplinaire en concertation (pharmacie/anesthésie) basé sur le bilan Prescrire des médicaments à écarter et sur le guide du médecin déprescripteur du BIP 31. Une rencontre des prescripteurs des divers services a été prévue préalablement à la CME pour les sensibiliser à la démarche.

Le taux d'acceptation de ces mesures en CME d'avril 2012 est présenté, ainsi qu'une analyse des consommations des médicaments à écarter des soins (y compris les médicaments refusés à la suppression mais dont l'information avait été diffusée quant à leur balance bénéfice/risque défavorable) avec une comparaison des périodes « avant » et « après ». Une synthèse reprenant les actions décidées suite à la CME a été adressée ensuite à toutes les équipes soignantes.

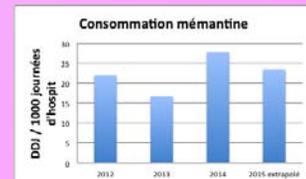
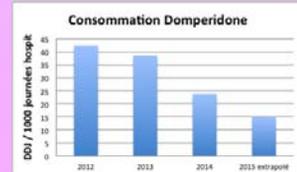
Résultats

PRODUITS PROPOSES A SUPPRIMER	DISCUSSION	DECISION CME	ANALYSE CONSOMMATIONS APRES CME
HYPNOTIQUES ZOPICLONE 7.5MG (Zopiclone)	remplacé par Imovane 3,75, préférence pour le dosage le plus faible pour les hypnotiques. Risque itératif chez sujet âgé, majeure dépression centrale/Imovane dans le palmarès des 10 médicaments les plus prescrits pour 3 services de l'hôpital.	dosage Imovane 3,75mg référencé en remplacement du dosage 7,5mg pour influencer sur le bon usage.	Diminution de la consommation en zopiclone entre les périodes avant et après de 39% en 2013, 27% en 2014 et 29% en 2015 versus 2012. Zolpidem n'est pas référencé au livret donc pas de report sur Zolpidem.
VASODILATEURS PERIPHERIQUES VASTAREL 35(trimetazidine)	"Vasoinactif" et effets secondaires graves (extrapyramidaux, cutanés, thrombopénies), chimiquement apparenté aux neuroleptiques	suppression	pas de consommation
VASODILATEURS PERIPHERIQUES NOOTROPYL 800MG(piracetam)	utilisés dans les déficits du sujet âgé, sans efficacité prouvée	suppression	pas de consommation
VASODILATEURS PERIPHERIQUES PRAXILENE(NAFTIDROFURYL)	sans efficacité prouvée	suppression	pas de consommation
VASODILATEURS PERIPHERIQUES VASOBAL (DIHYDROERGOCRIPTINE+cafeine)	sans efficacité prouvée	suppression	pas de consommation
ANTIANGOREUX IKOREL(NICORANDIL)	Risque d'ulcérations graves (digestives, vaginales, buccales.) absence d'efficacité dans angor	suppression	pas de consommation
HYPOLIPEMIANT LIPANTHYL (FENOFIBRATE)	absence d'efficacité démontrée et Effets indésirables rénaux graves sauf pour Lipur (gemfibrozil) petite efficacité sur mortalité cardiovasculaire sans action sur mortalité totale	suppression	pas de consommation de fibrates, remplacement par Gemfibrozil Lipur
HYPOURICEMIAN/TGOUTTE COLCHIMAX (colchicine+opium+tiemonium)	présence opiacé et atropinique retarde apparition des diarrhées premiers signes d'un surdosage en colchicine. Alerte Pharmacovigilance suite à des surdosages mortels, index thérapeutique étroit, beaucoup d'interactions, colchicine métabolisée par iso enzyme Cyp 3A4, interaction avec macrolides qui inhibent cette isoenzyme. Prudence en cas de coprescription médicamenteuse, prudence chez sujet âgé, insuffisant rénal ou hépatique, sensibiliser les prescripteurs. Alternative ibuprofène dans crise aiguë de goutte	suppression, la colchicine reste référencée non associée, mais à réserver en dernière intention dans la crise aiguë de goutte (en première intention ibuprofène)	pas de consommation, remplacement par colchicine mais placée sur liste des médicaments à risque
ANTIEMETIQUES DOMPERIDONE (motilium)	neuroleptique périphérique antagoniste des récepteurs dopaminergiques, études qui ont mis en évidence un allongement de l'intervalle QT, arythmies, décès soudains. Même si le risque est rare, suffisamment grave pour ne plus l'utiliser. Information de l'ansm prudence en particulier chez patients avec facteurs de risque : plus de 60 ans et chez ceux dont les doses sont supérieures à 30 mg/jr. Consommations les plus importantes services Long Séjour et EHPAD (50% des consommations). Rapport bénéfice /risque défavorable	la CME ne valide pas la proposition de suppression qui posera problème dans les services. Il est décidé de maintenir ce produit référencé, dans l'attente de son éventuel remplacement par Vogalène (metopimazine) en se renseignant au préalable sur les effets indésirables du Vogalène (metopimazine). Pour information, le Primperan (metoclopramide) reste référencé, et peut être une alternative, mais c'est un neuroleptique qui franchit la barrière hémato-encéphalique, effets secondaires syndromes extra pyramidaux, contre indiqué chez enfant. La Domperidone reste référencée mais sera réservée au traitement des patients parkinsoniens.	baïsse de la consommation régulièrement chaque année.
ANTIDEPRESSEUR DIVERS STABLON (tianeptine)	amphétamine risques de dépendances, même famille que amineptine Survector retiré du marché. Consommation 50% en EHPAD	suppression	pas de consommation
TRAITEMENT ALZHEIMER ANTICHOLINESTERASIQUES S: EXELON (RIVASTIGMIN), ARICEPT (DONAZEPIL), REMINYL (GALANTAMINE) ANTAGONISTE DES RECEPTEURS NMDA-MEMANTINE	Médicaments à efficacité marginale, effets secondaires: bradycardies et interactions (macrolides inhibiteurs isoenzyme cyp 3A4 du cytochrome P450.)	les membres de la CME présents sont favorables à la suppression de ces médicaments. Mais les principaux utilisateurs (EHPAD, Soins de suite et réadaptation (SSR)...) ne sont pas présents. Après avoir vu avec les médecins prescripteurs Ehpad et SSR a posteriori de la CME, il n'apparaît pas possible de supprimer d'emblée le référencement des médicaments anticholinestérasiques... il est convenu avec les prescripteurs Ehpad et SSR que le rapport risque/bénéfice sera réévalué systématiquement après 6 mois de traitement (pas de données cliniques à long terme supérieur à 6mois), comme indiqué par l'HAS. Il est proposé de maintenir encore ces produits en référence, en préparant les principaux services utilisateurs à une éventuelle suppression	Légère hausse de la consommation de mémantine 10mg cp, et légère baisse de consommation correspondant à la classe des anticholinestérasiques
AINS SURGAM ACIDE TIAPROFENIQUE	surgam avec balance bénéfice/risque défavorable (effets indésirables cystites médicamenteuses, gastro intestinaux, cutanés, rénaux). Remplacé par Ibuprofène anti inflammatoire stéroïdien (AINS) de référence, ayant le moins d'effets secondaires. Rappel avec AINS, en cas d'association avec inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), ou sartans surveiller la kaliémie, effets rénaux AINS augmentent pression sanguine	suppression surgam remplacement par ibuprofène 200mg (posologies différentes, principes actifs différents)	pas de consommation, remplacement par ibuprofène

Période avant (Zopiclone 7.5) Période après (Zopiclone 3,75)



DDJ: dose définie journalière :posologie quotidienne de référence, représentant la posologie usuelle pour un adulte de 70kg dans l'indication principale du principe actif



Discussion

Le taux d'acceptation de suppression est relativement élevé puisque sur 15 médicaments proposés à la suppression/modification seule la suppression de 5 médicaments n'a pas été validée. D'autre part, les consommations faibles voire nulle de ces produits supprimés du livret période après montrent l'implication des prescripteurs de notre établissement dans le bon usage et le respect du livret thérapeutique. Lors des demandes ponctuelles de ces médicaments à la pharmacie, l'explication de la raison du déréférencement ainsi que la transmission du document de synthèse établi par la CME reprenant les décisions prises a permis de contribuer au respect du livret thérapeutique.

Conclusion

L'analyse par la CME a permis l'implication de tous les prescripteurs et le retour vers les équipes soignantes d'un document reprenant les actions décidées expliquant en quoi la suppression/modification du référencement impacte le bon usage. Concernant les médicaments faisant partie de la liste à écarter des soins dont la suppression n'a pas été actée par la CME, il a été convenu de les placer sur notre liste des médicaments à risque. Il est prévu de poursuivre l'évaluation en cours, en présentant chaque année en CME l'impact sur les consommations suite au déréférencement, et de faire un rappel sur les médicaments à balance bénéfice /risque défavorable. La proximité de tous les acteurs dans un centre hospitalier de petite taille a facilité la réalisation de ce travail pluridisciplinaire et permis la sensibilisation de tous avec pour objectif la qualité des soins pour les patients.