

ClinicalOS – Prise de décision structurée en médecine générale

Tome 6

Multimorbidité et pharmacie rationnelle



Consultations de réévaluation · Polypharmacie ·
Déprescription

À propos de cet extrait

Tome 6 · Multimorbidité et pharmacie rationnelle

Cet extrait sélectionné comprend 16 pages sur les 110 pages du tome (environ 15 %, pages de présentation et de clôture comprises). Les chapitres ci-dessous sont reproduits intégralement. La pagination originale est conservée ; les sauts sont intentionnels. Cette liste et les signets donnent accès aux contenus inclus. Les renvois peuvent concerner le tome complet.

- **Chapitre 2 : La consultation de bilan**
- **Chapitre 3 : Le plan de traitement comme outil diagnostique**
- **Chapitre 5 : La déprescription**
- **Chapitre 6 : Les médicaments à haut risque en priorité**

Les mentions originales relatives à l'utilisation et à la responsabilité s'appliquent également à cet extrait.

Droits d'auteur Mentions légales

Dr Götz Huber

Le système d'exploitation clinique de la médecine générale

Tome 6 : Multimorbidité et pharmacie rationnelle

© 2026 Dr Götz Huber. Tous droits réservés.

Cet ouvrage, y compris toutes ses parties, est protégé par le droit d'auteur. Toute utilisation en dehors des limites strictes de la loi sur le droit d'auteur est interdite sans l'accord de l'auteur et est passible de sanctions.

Remarque : les informations contenues dans cet ouvrage ont fait l'objet de recherches et de vérifications minutieuses. Les outils d'IA et le cadre réglementaire évoluant rapidement, certaines données peuvent déjà être obsolètes au moment de la lecture. Vous trouverez les mises à jour sur <https://clinicalos.de/>. La mention de produits et de fabricants est sans garantie et ne constitue en aucun cas une recommandation d'achat ou d'utilisation.

Remarque concernant la traduction, le contenu, l'utilisation et la responsabilité

Cette édition française est une traduction de l'ouvrage original rédigé en allemand. Le concept, la structure et le contenu médical essentiel de ClinicalOS ont été initialement développés pour la médecine générale allemande et le système de santé allemand, afin de fournir aux médecins généralistes en exercice, aux internes en médecine générale, aux assistants de santé et aux étudiants en médecine une ressource d'apprentissage et de référence structurée et axée sur la pratique. Le contenu s'appuie sur la littérature médicale actuelle, des sources issues des recommandations et l'expérience pratique en médecine générale.

Au cours de l'adaptation linguistique, les références aux recommandations, aux pratiques cliniques et aux cadres réglementaires d'autres pays francophones ont été prises en compte et mises en évidence lorsque cela était pertinent et possible ; dans certains domaines, les différences par rapport aux recommandations allemandes sont également présentées de manière explicite. Toutefois, la traduction ne constitue pas une adaptation systématique de tous les aspects médicaux, thérapeutiques ou réglementaires à l'ensemble des pays francophones. Les recommandations professionnelles, les autorisations de mise sur le marché, les posologies approuvées, les procédures de prescription, les règles de remboursement et les exigences réglementaires peuvent varier d'un pays à l'autre ; **les recommandations, les informations officielles de prescription et les dispositions réglementaires actuellement en vigueur dans le pays ou le système de santé concerné prévalent toujours.** Les informations posologiques s'appliquent aux adultes ne présentant pas d'insuffisance rénale significative ; des ajustements individuels sont nécessaires chez les patients âgés, ceux sous polypharmacie et pendant la grossesse. **Les recommandations nationales actuellement en vigueur (par exemple celles de la HAS ou du CNGE pour la médecine générale) doivent être suivies en priorité.**

Des outils numériques, notamment la génération de texte assistée par l'IA, ont été utilisés pour la création de ce manuel. L'ensemble du contenu a ensuite été vérifié par l'auteur afin d'en garantir l'exactitude technique, la cohérence et l'absence d'erreurs potentielles. **Aucune garantie ne peut être donnée quant à l'exactitude, l'actualité ou l'exhaustivité des informations fournies ;** l'absence totale d'erreurs ne peut être exclue, y compris en ce qui concerne les recommandations ou les posologies qui auraient pu être mises à jour entre-temps.

Le contenu de ce manuel ne remplace pas un examen médical individuel et ne doit pas être interprété comme des recommandations thérapeutiques contraignantes. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques doivent toujours être prises au cas par cas pour chaque patient, en tenant compte du tableau clinique complet et des recommandations actuellement en vigueur. **Les médecins assument l'entière et ultime responsabilité médicale** : toute utilisation du contenu de ce manuel — qu'il s'agisse d'un module de texte, d'une procédure opérationnelle standard (SOP) ou d'une recommandation thérapeutique — nécessite un examen professionnel indépendant par le médecin traitant. **Les contenus générés par l'IA ou par des moyens numériques ne peuvent et ne doivent pas se substituer au jugement médical.**

Toute utilisation des informations présentées ici relève de la seule responsabilité du lecteur. Les actions en responsabilité civile relatives à des dommages matériels ou immatériels résultant de l'utilisation directe ou indirecte des informations contenues dans ce manuel — même lorsque ces informations sont incomplètes ou contiennent des erreurs — sont généralement exclues.

LESEPROBE

AVANT-PROPOS

Chers collègues,

Il ne se passe pratiquement pas une consultation sans qu'on les rencontre : la patiente avec cinq diagnostics et neuf traitements à long terme, le patient qui, après sa troisième consultation chez un spécialiste, ne sait plus quel médicament était destiné à quoi, la proche qui demande si l'on ne pourrait « pas en supprimer un ». La multimorbidité n'est pas l'exception dans la médecine générale — c'est la norme.

Le ClinicalOS — le système d'exploitation clinique de la médecine générale — compte désormais onze volumes qui, ensemble, retracent la logique de décision, de diagnostic et de prise en charge du médecin généraliste : de l'architecture décisionnelle (volume 1) au diagnostic rationnel (volume 2), en passant par les « perles de pratique » (volume 3), la prise en charge des patients (tome 4) et les outils numériques (tome 5), jusqu'à l'architecture du cabinet et les processus d'équipe (tome 7), la communication professionnelle avec les patients (tome 8), les thèmes transversaux spécifiques à la médecine générale (tome 9), le recueil des mots-clés cliniques (tome 10) et la formation par cas pour éviter les erreurs (tome 11). Le tome 6 — Multimorbidité et pharmacie rationnelle — constitue le trait d'union entre le diagnostic et la décision thérapeutique : il se consacre à la question de savoir comment les soins prodigués par le médecin généraliste restent sûrs, pertinents et centrés sur le patient en cas de pathologies multiples coexistantes.

La thèse centrale de ce volume est la suivante : la consultation de réévaluation n'est pas un simple appendice de la visite de routine, mais un format autonome et planifiable — avec ses propres indications, sa propre structure et son propre temps nécessaire. La polypharmacie n'est pas en soi une erreur, mais souvent le résultat logique de traitements individuels conformes aux recommandations, qui doivent être réévalués dans leur interaction. Et le « deprescribing » n'est pas un abandon du traitement, mais une décision thérapeutique active — qui doit être justifiée au même titre que toute nouvelle prescription.

Cet ouvrage s'adresse aux médecins généralistes qui souhaitent savoir : quand une analyse structurée de la médication est-elle utile ? Quels outils (STOPP/START, FORTA, critères de Beers) sont réellement utiles au quotidien, et où se situent leurs limites ? Comment mener un entretien sur l'arrêt du traitement sans que le patient se sente mis à l'écart ? Les fiches de synthèse à la fin de l'ouvrage transforment ces questions en outils immédiatement utilisables lors de la consultation.

Götz Huber

CHAPITRE 2 | La consultation de bilan : un format de médecine générale

→ Approfondissement : le bilan thérapeutique comme outil de diagnostic (chap. 3) · Conduite de l'entretien (chap. 17) · Suivi (chap. 18)

Question de réflexion

Qu'est-ce qui distingue une consultation de bilan d'une visite de contrôle de routine — et comment peut-elle devenir un format standard en médecine générale ?

Micro-cas

Vignette

Un patient de 82 ans vient en contrôle tous les trois mois. Tension artérielle, HbA1c, créatinine : tout est consigné. Pourtant, la nuit dernière, il a fait une chute ; il prend depuis six mois un somnifère dont il n'a en réalité plus besoin et demande s'il ne pourrait pas « en prendre un peu moins ». Le contrôle de routine ne met pas tout cela en évidence, car il ne cherche pas ces éléments. Une consultation de réévaluation le ferait.

Pourquoi ce chapitre est-il important ?

La consultation de révision est le format central de la médecine générale pour la multimorbidité et la polypharmacie. Elle se distingue du contrôle de routine par son objectif explicite : non pas « Les résultats sont-ils normaux ? », mais « Le plan global est-il toujours adapté à ce patient — aujourd'hui ? ».

Les études internationales sur les soins et les analyses de déprescription montrent systématiquement que les bilans médicamenteux structurés en soins primaires sont efficaces lorsqu'ils sont motivés par un événement précis, centrés sur le patient et intégrés dans le quotidien du cabinet — non pas comme un exercice obligatoire annuel, mais comme une réponse clinique à un changement.

Situations typiques en médecine générale

- Un symptôme (chute, fatigue, confusion) pourrait être lié à la prise de médicaments.
- Une hospitalisation a modifié le schéma thérapeutique.
- Le patient indique qu'il ne prend plus ses médicaments ou qu'il se sent dépassé.
- La dernière révision complète de la pharmacothérapie remonte à plus de 12 mois.
- Une détérioration de l'état fonctionnel ou un nouveau niveau de dépendance modifie le rapport bénéfice/risque.
- Plusieurs médecins spécialistes ont délivré de nouvelles prescriptions en peu de temps.

Mécanisme de ClinicalOS : structure de la consultation de réévaluation

Étape	Contenu et question directrice
1. Clarifier le motif	Qu'est-ce qui a déclenché cette réévaluation aujourd'hui ? Symptôme, transition, moment, souhait du patient ?
2. Définir les objectifs	Qu'est-ce qui est particulièrement important pour le patient à l'heure actuelle ? Que souhaite-t-il éviter ?
3. Lire le plan thérapeutique	Comme un document diagnostique (→ chap. 3) : cascades, interactions, pièges posologiques, évolution historique
4. Vérifier les signaux d'alerte	Une intervention immédiate est-elle nécessaire ? Traiter en priorité les situations présentant un risque pour la sécurité
5. Établir des priorités	Identifier les médicaments et les situations à haut risque (→ chap. 6, fiches de révision)
6. ARRÊT et DÉMARRAGE	Que peut-on réduire, suspendre ou arrêter ? Qu'est-ce qui manque malgré une indication claire ?
7. Que reste-t-il ?	Citer explicitement les traitements préventifs — ce qu'il ne faut pas arrêter précipitamment
8. Décision	En collaboration avec le patient : prise de décision partagée — documentable, motivée

Étape	Contenu et question directrice
9. Suivi	Qu'est-ce qui est contrôlé, quand, par qui — avec un seuil clair déclenchant un retour d'information
10. Filet de sécurité	Que se passe-t-il si la situation s'aggrave ? Comment le patient peut-il nous joindre ?

Que faut-il conserver ? — Ne pas arrêter le traitement trop précipitamment :

- Les consultations de réévaluation ne sont pas un outil destiné à l'arrêt du traitement — elles peuvent également révéler l'absence de traitements préventifs (START) ou la nécessité d'ajuster les posologies.
- Prendre au sérieux les craintes des patients face à l'arrêt du traitement. Aucun changement sans consentement et sans plan de gestion des rechutes.

Série d'entretiens

Exemple de dialogue

« J'aimerais aujourd'hui passer en revue avec vous vos médicaments — non pas pour en supprimer certains, mais pour vérifier si tout est toujours bien adapté à votre situation et s'il ne manque rien. »

Module de documentation

Documentation

Consultation de révision [date]. Motif : [symptôme/changement/intervalle de temps]. Objectifs du patient : [formulés]. Plan thérapeutique vérifié : [N médicaments]. Modifications : [liste]. Ce qui reste inchangé : [liste]. Suivi convenu : [quoi/quand]. Filet de sécurité : [condition pour un retour d'information]. Prochaine révision prévue : [date].

Erreur de raisonnement courante

Les consultations de révision prennent beaucoup de temps et ne sont pas réalisables dans le quotidien du cabinet. En réalité, la littérature sur la mise en œuvre montre que des révisions ciblées et liées à un événement précis peuvent également présenter un intérêt clinique en 10 à 15 minutes — à condition que la structure et les priorités soient clairement définies au préalable.

Conseils pratiques

- Toutes les revues ne sont pas des revues complètes. Une revue ciblée et ponctuelle (par exemple après une chute : médicaments sédatifs et hypotenseurs) est souvent plus efficace qu'une revue globale non ciblée.
- Les assistants médicaux, le personnel soignant et la pharmacie peuvent contribuer à la préparation de la revue (mise à jour de la liste des médicaments, approche « brown bag »).
- « À quand remonte la dernière vérification ? » est l'une des questions les plus importantes lors d'une révision — et elle n'est souvent pas posée.
- Une révision sans accord de suivi est incomplète.

Mode de défaillance

La révision a lieu, mais aucune décision n'est consignée et aucun suivi n'est convenu. Résultat : une révision de façade sans conséquence clinique.

Référence scientifique : bilans médicamenteux structurés en soins primaires : effets sur la réduction des erreurs de médication (PIM) bien documentés ; effets sur les critères d'évaluation « durs » (hospitalisation, mortalité) hétérogènes — les données axées sur les processus sont plus solides que celles axées sur les résultats. Niveau de confiance : moyen à élevé pour la qualité des processus.

→ Chapitre 3 : Le plan de traitement médicamenteux comme outil diagnostique

→ Chapitre 17 : Conduite d'entretien et prise de décision partagée dans le cadre de la déprescription

CHAPITRE 3 | Le bilan médicamenteux comme outil diagnostique

Lire le bilan thérapeutique d'un point de vue clinique — ne pas se contenter de compter

La fiche de révision n° 1 se rapporte à ce chapitre · Références croisées : chap. 5 (désprescription), chap. 6 (médicaments à haut risque), chap. 16 (sortie d'hôpital)

Question de révision

Que révèle le plan de médication sur les diagnostics, les risques, les lacunes dans la prise en charge, la charge thérapeutique et les erreurs de raisonnement lorsqu'il est lu non pas comme une simple liste, mais comme un document diagnostique ?

Micro-cas

Un patient de 77 ans se présente pour cause de fatigue, de constipation et de deux chutes évitées de justesse. Le plan de traitement comprend un inhibiteur de la pompe à protons, un opioïde, un laxatif, un somnifère, un antidépresseur, un antihypertenseur, un diurétique ainsi qu'un AINS en vente libre qui n'est pas documenté dans le dossier du cabinet. La question à se poser lors de l'examen ne se limite pas à « Tout est-il correctement prescrit ? », mais porte également sur « Quelle logique de pathologie et d'effets indésirables, quelles cascades de prescriptions et quels risques cachés ce plan comporte-t-il ? »

Pourquoi ce chapitre est-il important ?

Un plan de traitement est bien plus qu'une simple liste administrative. Il retrace l'historique clinique d'un patient : décisions antérieures, consultations de spécialistes, escalades thérapeutiques, réactions indésirables, médicaments repris des lettres de sortie, prescriptions d'urgence et, souvent, conflits d'objectifs non résolus.

En cas de multimorbidité notamment, le plan montre si la prise en charge suit encore une logique actuelle ou si elle est devenue un ensemble hétéroclite, fruit d'une accumulation historique, dans lequel les bénéfices, les risques et la charge ne s'équilibrent plus correctement.

Les approches « brown-bag » et les revues structurées sont précieuses car elles ne se contentent pas de recouper les ordonnances, mais mettent également en évidence les médicaments réellement pris, les produits en vente libre, les doublons, les erreurs de prise et les lacunes dans les connaissances.

Pour le volume 6, le principe suivant s'applique : le plan de médication n'est pas un simple appendice de l'anamnèse, mais fait partie intégrante du diagnostic.

Situations typiques en médecine générale

- Un patient apporte un plan formellement correct, mais prend en plus des médicaments à la demande, d'anciens restes de médicaments ou des produits en vente libre.
- Après une sortie d'hôpital, le plan, les emballages et l'utilisation effective ne correspondent pas.
- Un symptôme tel que des vertiges, de la fatigue ou des nausées est davantage lié au traitement qu'à la maladie.
- Le nombre de médicaments n'est pas extrêmement élevé, mais leur association présente néanmoins un risque fonctionnel important.

Mécanisme de ClinicalOS — Lire le plan d'un point de vue clinique

Le plan de traitement doit être utilisé pour vérifier activement l'indication, les bénéfices, les risques, les effets indésirables, les interactions, les prescriptions en double, la charge thérapeutique et les éventuels sous-traitements. Pour cela, on ne se contente pas de compter les médicaments, mais on analyse les schémas :

- Quels médicaments indiquent un ancien schéma d'escalade ?
- Quelles combinaisons indiquent une cascade de prescriptions ?
- Quels médicaments manquent malgré la situation à risque ?
- Quels médicaments pourraient mieux expliquer le problème actuel qu'un nouveau diagnostic ?

Déroulement pratique

1	Vérifier l'actualité	Comparer le plan thérapeutique, les boîtes de médicaments, les médicaments en vente libre, les médicaments d'urgence et la prise effective.
2	Analyser cliniquement chaque ligne	Pour quelle raison ce médicament est-il encore pris aujourd'hui ? Qui a commencé le traitement ? Quels seraient les effets indésirables en cas d'arrêt brutal ?
3	Identifier les schémas	Sédation, charge anticholinergique, baisse de la tension artérielle, risque d'hypoglycémie, risque de déshydratation, prescriptions en double, effets en cascade, interactions.
4	Établir un lien avec le quotidien	Le patient est-il en mesure, d'un point de vue organisationnel, de suivre ce plan ? La fréquence de prise, la compréhension du traitement et l'objectif sont-ils compatibles avec son quotidien ?
5	Pas seulement « ARRÊT », mais aussi « DÉMARRAGE »	Y a-t-il des volets thérapeutiques manquants, suspendus ou insuffisamment pris en charge ?
6	Hiérarchiser les changements	D'abord les risques présentant une grande pertinence clinique, puis l'optimisation.

Que peut-on réduire, suspendre ou arrêter ?

Le plan de traitement fournit très souvent des indications sur quatre groupes de traitements à réexaminer :

- les anciennes prescriptions sans indication actuelle clairement identifiable ;
- Les médicaments issus de « cascades de prescriptions » — des traitements destinés à contrer les effets indésirables d'autres traitements.
- Les prescriptions en double ou les préparations parallèles ayant le même mécanisme d'action.
- Les médicaments présentant un impact négatif important ou un risque élevé : associations sédatives, anticholinergiques, hypotensives ou favorisant la déshydratation.

Que faut-il conserver ? — Ne pas arrêter le traitement trop précipitamment :

- les médicaments efficaces sur le plan symptomatique qui garantissent la qualité de vie (par exemple, traitement de la douleur, antiémétiques)
- Médicaments présentant un risque connu de sevrage ou de rebond (par exemple, antidépresseurs, antiépileptiques, bêtabloquants)
- Traitements cardiovasculaires protecteurs dont l'indication à long terme est clairement établie
- Médicaments jugés indispensables après un examen systématique — toute modification nécessite une surveillance

Suivi

Lorsqu'un plan thérapeutique a fait l'objet d'une analyse diagnostique et que des modifications en découlent, le suivi doit obéir à une logique claire : quelles sont les attentes cliniques, quels paramètres doivent être surveillés, quand un contrôle est-il pertinent et comment détecter les évolutions indésirables ?

Plus la fragilité, l'instabilité fonctionnelle ou les troubles cognitifs sont importants, moins une indication abstraite telle que « contrôler si nécessaire » est suffisante.

Citation

« Pour moi, le plan de médication n'est pas seulement une liste de vos comprimés, mais un document diagnostique. Il nous montre ce qui vous protège, ce qui vous pèse, ce qui provient peut-être d'anciennes situations et les points sur lesquels nous devons nous pencher de plus près. »

Élément de documentation

Le plan de médication est exploité comme un outil diagnostique. La prise effective, y compris les médicaments en vente libre et ceux pris à la demande, est consignée. Une vérification est effectuée concernant l'indication actuelle, les prescriptions en double, les interactions, la cascade de prescriptions, les effets indésirables et les lacunes thérapeutiques. Les points de révision prioritaires ainsi que les mesures de suivi et le filet de sécurité sont convenus.

Conseils pratiques

- Ne vous contentez pas de compter les médicaments — lisez-les.
- Les médicaments en vente libre et ceux pris à la demande sont souvent déterminants pour le diagnostic.
- Le plan en dit souvent plus long sur l'historique des soins que la liste des problèmes.
- Une bonne réunion de bilan commence souvent avec des boîtes de médicaments posées sur la table, et non avec le curseur dans le module de prescription électronique.

Mode de défaillance

Ce chapitre échoue si le plan thérapeutique est uniquement vérifié quant à son exhaustivité, mais pas quant à son historique clinique, ses risques et ses erreurs de raisonnement implicites.

Filet de sécurité

Le patient, ses proches ou le personnel soignant doivent savoir quels changements peuvent être normaux après un ajustement et lesquels nécessitent un retour d'information plus rapide. En particulier lors de modifications de la médication à la suite de rendez-vous « brown bag » ou de révision, il faut que la version du plan en vigueur soit clairement identifiée.

Référence scientifique

La force de ce chapitre réside davantage dans sa logique de soins et sa plausibilité pratique que dans des données randomisées sur les résultats. L'utilité des approches structurées de type « Brown-Bag » pour l'identification des problèmes et des lacunes dans les connaissances est toutefois facilement compréhensible. Confiance élevée pour la logique du médecin généraliste, moyenne pour les déductions directes concernant les résultats.

Partie II — Logique de la désprescription

CHAPITRE 5 | La désprescription — un traitement actif, et non une simple suppression

Réduire, suspendre, arrêter de manière ciblée — avec suivi et plan B

Chapitre méthodologique central · Références croisées : chap. 6 (haut risque), chap. 7 (PIM), chap. 8 (START) · Base pour toutes les fiches de revue

Question de revue

Quand la réduction, la suspension ou l'arrêt d'un traitement médicamenteux constituent-ils une bonne pratique médicale — et pourquoi cela ne relève-t-il pas de la passivité thérapeutique ?

Micro-cas

Un patient de 81 ans consulte pour de la fatigue, des vertiges et une diminution de sa capacité d'effort. L'examen ne révèle aucun problème dramatique en particulier, mais met en évidence un schéma thérapeutique caractérisé par une augmentation progressive de la sédation, de l'hypotension et de la charge thérapeutique. La question centrale n'est pas : « Quel nouveau médicament manque-t-il ? », mais : « Quel traitement actuel présente désormais plus de risques ou de contraintes que de bénéfices, et comment peut-on le modifier en toute sécurité ? »

Pourquoi ce chapitre est-il important ?

La désprescription n'est ni un projet secondaire, ni une simple correction marginale d'erreurs de prescription. Les recommandations et revues actuelles la décrivent comme faisant partie intégrante du continuum thérapeutique : chaque traitement en cours doit être réévalué régulièrement au fil du temps afin d'en examiner les bénéfices, les effets indésirables, l'adéquation aux objectifs et les besoins de suivi.

Cela revêt une importance capitale, en particulier chez les personnes âgées souffrant de polypharmacie, car les bénéfices et les risques des médicaments évoluent en fonction de l'état fonctionnel, du pronostic, de la charge thérapeutique, de la fragilité et des priorités du patient.

La désprescription désigne donc une décision planifiée et centrée sur la personne visant à réduire, suspendre, diminuer progressivement ou arrêter un traitement médicamenteux lorsque le bilan n'est plus favorable. Cela correspond exactement au principe fondamental de cet ouvrage : ne pas traiter moins à tout prix, mais traiter de manière plus ciblée et plus sûre.

Situations typiques en médecine générale

- L'objectif thérapeutique initial n'existe plus ou a perdu de sa priorité.
- Le traitement est justifié d'un point de vue formel, mais ne correspond plus à l'état fonctionnel, à la fragilité ou à la vie quotidienne du patient.
- Les effets indésirables, les interactions ou la charge thérapeutique l'emportent sur le bénéfice net.
- Une logique de prévention se poursuit alors que le délai avant l'apparition du bénéfice, le pronostic ou l'objectif du patient ont changé.

Mécanisme de ClinicalOS — Étapes du désprescription

1	Identifier le motif	Quel est le déclencheur actuel de la réévaluation ? Un symptôme, une chute, un signe de fragilité, un changement de traitement ?
2	Vérifier les signaux d'alerte	Existe-t-il des risques nécessitant une intervention immédiate (chute, délire, hémorragie, hypoglycémie) ?
3	Clarifier l'objectif et la charge thérapeutique	Quel est l'objectif thérapeutique actuel ? Quelle est la charge que représente le plan global ?
4	Identifier les candidats	Quels sont les médicaments présentant le rapport bénéfice/risque le plus défavorable dans le contexte actuel ?
5	Protéger activement ce qui reste	Quels médicaments ne doivent pas être réduits — pour des raisons fonctionnelles, de rebond ou de sécurité ?
6	Uniquement avec un suivi et un filet de sécurité	Changement progressif, avec un suivi défini, des signes d'alerte et un plan de secours.

Cas typiques de désprescription

- Médicaments sans indication actuelle (prescrits par habitude).
- Des sédatifs lourds qui font plus de mal que de bien.
- Médicaments issus d'une succession de prescriptions.
- Prescriptions redondantes ou maintenues par habitude.
- Les traitements de longue durée dont le bénéfice net actuel est discutable (pronostic, délai avant l'apparition des effets bénéfiques).

Que reste-t-il ? — Ne pas arrêter le traitement trop précipitamment :

- Les médicaments hautement efficaces sur le plan symptomatique, qui préservent la qualité de vie ou les capacités fonctionnelles
- Médicaments présentant un risque de rebond ou de sevrage — ne jamais les arrêter brusquement
- Traitement cardiovasculaire protecteur dont l'indication, documentée, reste valable
- Tout changement potentiel doit s'accompagner de la question suivante : quel serait le préjudice en cas de réduction trop rapide ?

Suivi

Les recommandations actuelles mentionnent expressément la surveillance comme un élément central du processus de désprescription. Cela inclut les changements prévisibles, la fréquence des contrôles, les signes d'alerte et l'évaluation continue des bénéfices. Une bonne décision de sevrage sans suivi reste incomplète.

Exemple de dialogue

« Nous ne nous contentons pas d'arrêter un traitement. Nous examinons ensemble quels traitements vous aident actuellement, lesquels vous pèsent davantage et quels changements nous pouvons tester en toute sécurité — avec un suivi et un plan B. »

Module de documentation

Bilan de déprescription réalisé. Indication actuelle, rapport bénéfice/risque, objectif du patient, charge thérapeutique et risques évalués. Décision : maintien / réduction / suspension / arrêt. Suivi, signes d'alerte, plan de reprise et contrôle discutés.

Conseils pratiques

- La déprescription fait partie d'une bonne pratique de prescription — elle ne doit pas être le point d'aboutissement d'une impasse.
- La prise de décision partagée augmente considérablement la faisabilité des changements.
- Ce n'est pas le nombre de médicaments qui prime, mais leur adéquation actuelle.
- Sans suivi, la déprescription n'est pas un processus mené à bien.

⚠ Mode de défaillance

Ce chapitre échoue si la déprescription est présentée comme une « suppression » déficitaire plutôt que comme une décision thérapeutique active et contrôlée.

Remarque sur les données probantes

Les principes, la logique du processus ainsi que le rôle de la prise de décision partagée et du suivi sont bien étayés. Les données probantes concernant des effets concrets et uniformes sur les résultats pour l'ensemble des interventions de déprescription sont moins solides. Niveau de confiance : élevé pour le concept global.

CHAPITRE 6 | Priorité aux médicaments à haut risque

Donner la priorité plutôt que de procéder par ordre alphabétique

Introduction aux chapitres thématiques 9 à 15 · Références croisées : chap. 5 (désprescription),
fiches de synthèse 1 à 9

Question de révision

Pourquoi un bilan médicamenteux réalisé par un médecin généraliste ne devrait-il pas commencer par ordre alphabétique ou dans un souci d'exhaustivité, mais par les médicaments à haut risque ?

Micro-cas

Une patiente de 86 ans présentant des chutes, de la fatigue et une nycturie prend, entre autres, une benzodiazépine, un diurétique, deux antihypertenseurs, un antidépresseur et des opioïdes à la demande. La question n'est pas de savoir quel ordre les groupes de spécialistes ont l'habitude d'adopter, mais quels sont aujourd'hui les médicaments qui présentent le risque le plus élevé de chute, de confusion, d'hypotension ou de perte fonctionnelle.

Pourquoi ce chapitre est-il important ?

Dans la pratique, le temps est compté. Une revue qui traite chaque élément avec la même importance passe souvent à côté des priorités cliniques. En revanche, les médicaments à haut risque et les associations médicamenteuses à haut risque représentent souvent une part disproportionnée du potentiel de préjudice immédiat — sous forme de chutes, de délire, de déshydratation, d'hypoglycémie ou de risques hémorragiques.

La hiérarchisation n'est donc pas un manque d'exhaustivité, mais une approche cohérente de la médecine générale : d'abord le danger, puis les détails.

Aperçu des classes à haut risque

✂	FRID / Risque de chute	Benzodiazépines, substances de la classe Z, antihistaminiques sédatifs, opioïdes, certains antihypertenseurs.
✂	Charge anticholinergique	Antidépresseurs tricycliques, antispasmodiques vésicaux, certains antihistaminiques — l'effet cumulatif est déterminant.
✂	Risque d'hypoglycémie	Sulfonylurées, insuline en cas de situation nutritionnelle précaire ou d'insuffisance rénale.
⚠	Association hypotension/déshydratation	Plusieurs antihypertenseurs + diurétiques en cas de diminution de l'apport hydrique ou de maladie aiguë.
⚠	Risque hémorragique	AINS + anticoagulants, AINS + AAS — en particulier en cas d'insuffisance rénale.
🛡	Statut à haut risque ≠ arrêt immédiat	Même les traitements à haut risque peuvent jouer un rôle important. Il faut d'abord vérifier, hiérarchiser, puis s'assurer de la sécurité.

Déroulement pratique

1	Définir le motif	Quel est l'événement à risque actuel ? Chute, syncope, délire, confusion, déclin fonctionnel ?
2	Vérifier les signaux d'alerte	Existe-t-il des situations nécessitant une intervention immédiate ?
3	Identifier les classes à haut risque	Médicaments sédatifs, anticholinergiques, hypotenseurs, favorisant la déshydratation et susceptibles de provoquer une hypoglycémie.
4	Traiter en priorité les 1 à 3 situations les plus dangereuses	Ne pas tout traiter en même temps — se concentrer sur le risque de préjudice présentant la plus grande plausibilité.
5	Puis, examen secondaire	Les traitements à long terme redondants, historiques ou de faible priorité dans un deuxième temps.

Que reste-t-il ? — Ne pas arrêter le traitement trop précipitamment :

- Même les traitements à haut risque peuvent être essentiels au bon fonctionnement de l'organisme ou à la maîtrise des symptômes
- Ne pas arrêter de manière systématique les médicaments présentant un risque de sevrage ou de décompensation
- Un statut à haut risque signifie : vérifier d'abord — et non pas automatiquement : arrêter immédiatement

Exemple de dialogue

« Aujourd'hui, nous n'allons pas passer en revue tous les comprimés de la même manière, mais nous allons commencer par les médicaments qui, à l'heure actuelle, sont les plus susceptibles de contribuer à vos vertiges, à votre risque de chute ou à votre risque lié à l'effort. »

Module de documentation

Bilan médicamenteux structuré réalisé en donnant la priorité aux médicaments à haut risque.
Facteurs de risque pertinents pour le problème actuel identifiés. Ajustement prioritaire, suivi et filet de sécurité convenus.

Conseils pratiques

- La hiérarchisation n'est pas un manque d'exhaustivité — c'est une bonne pratique de médecine générale.
- Les associations à haut risque sont souvent plus importantes que les PIM isolés.
- C'est la situation actuelle qui détermine quels risques sont prioritaires aujourd'hui.
- Le chapitre 6 sert de porte d'entrée méthodologique aux chapitres thématiques suivants et aux fiches de bilan.

Mode de défaillance

Ce chapitre échoue s'il réduit les médicaments à haut risque à une simple liste, sans établir de lien avec la situation clinique concrète du médecin généraliste.

Découvrez ClinicalOS dans son intégralité

Tome 6 · Multimorbidité et pharmacie rationnelle

Pour en savoir plus sur le tome complet et la collection ClinicalOS, consultez :

clinicalos.de

Les mentions originales relatives à l'utilisation et à la responsabilité s'appliquent également à cet extrait.