

Consommer moins de médicaments et mieux. Un impératif éducationnel et environnemental

Anne Spinewine¹, Tokandji Rostand Adda²

Using medications better by using less. An educational and environmental imperative

Overprescription of medications undermines patients' quality of life and safety. It also impacts the healthcare system and the environment. According to the report "Decarbonizing Health for Better Care" published by The Shift Project in 2023, medication purchases constitute the leading source of greenhouse gas emissions in the healthcare sector, accounting for over 14.5 million tons of CO₂. This represents 29% of the sector's total emissions.

To implement a rational use of medication and in response to sustainable development challenges, deprescribing emerges as a solution. It is a process aimed at identifying, reducing, or even discontinuing overprescribed medications. However, its implementation in routine clinical practice remains limited.

In this article, we propose actions and strategies that could foster changes in the habits of current and future healthcare professionals regarding medication deprescribing, thus promoting the concept of sustainable healthcare.

KEYWORDS

Overprescribing, deprescribing, sustainable development, education and training, healthcare professionals

La surprescription des médicaments nuit à la qualité de vie et à la sécurité des patients. Elle impacte également le système de santé et l'environnement. Selon le rapport « Décarboner la santé pour soigner durablement » publié par The Shift Project en 2023, les achats de médicaments sont le 1^{er} poste d'émission de gaz à effet de serre (GES) dans le secteur de la santé avec plus de 14.5 millions de tonnes de CO₂. Cela représente 29% de la totalité des émissions du secteur.

Pour un usage rationnel des médicaments et face aux enjeux liés au développement durable, la déprescription émerge comme une solution. C'est un processus qui vise à identifier et réduire voire arrêter les médicaments surprescrits. Mais elle reste trop peu courante dans la pratique médicale.

Dans cet article, nous proposons quelques pistes et leviers d'action pouvant permettre de changer les habitudes des professionnels de santé actuels et futurs en matière de déprescription des médicaments et ainsi promouvoir le concept de soins de santé durables.

What is already known about this topic?

Overconsumption of medicines is a public health problem that impacts patients, the healthcare system, and the environment. These consequences could be avoided by encouraging healthcare professionals to make greater use of deprescribing in their clinical practices, and by engaging in the promotion of sustainable healthcare.

Que savons-nous à ce propos ?

La surconsommation des médicaments est un problème de santé publique qui impacte les patients, le système de santé et l'environnement. Ces conséquences pourraient être évitées en incitant les professionnels de la santé à un recours plus important à la déprescription dans leurs pratiques cliniques et en s'engageant dans la promotion des soins de santé durables.

What does this article bring up for us?

This article suggests ways of improving the training of current and future healthcare professionals in deprescribing in order to reduce drug overuse.

Que nous apporte cet article ?

Cet article propose des pistes pour améliorer la formation des professionnels de santé actuels et futurs en matière de déprescription afin de réduire la surconsommation des médicaments.

INTRODUCTION

L'accès à des soins de santé de qualité est essentiel pour le bien-être de la société. Cependant une consommation de soins de santé non nécessaires et non recommandés peut affecter la qualité de vie et la sécurité des patients et entraîner des coûts supplémentaires pour le système de santé (1). Selon l'OCDE et l'Union européenne, 20 à 25% des soins aujourd'hui sont des soins inutiles ou potentiellement délétères (2). Cette surconsommation concerne aussi bien les tests de laboratoires, les tests diagnostiques, que les médicaments (3).

On parle de surprescription quand on prescrit un médicament qui n'est pas efficace, qui a un rapport bénéfice/risque défavorable ou qui est pris pour une durée trop longue (4). On estime qu'un à deux tiers des médicaments prescrits aux personnes âgées ont un rapport bénéfice/risque défavorable (5).

Cette surprescription des médicaments impacte l'environnement. Selon le rapport « Décarboner la santé pour soigner durablement » publié par *The Shift Project* en 2023, les achats de médicaments sont le 1^{er} poste d'émission de gaz à effet de serre (GES) dans le secteur de la santé avec plus 14.5 millions de tonnes de CO₂. Cela représente 29% de la totalité des émissions du secteur. Au-delà des recherches en cours pour l'optimisation de la formulation des médicaments, ces données soulignent l'importance d'une évaluation rigoureuse de la nécessité et de l'indication avant toute prescription et/ou utilisation de médicament. Elles montrent aussi l'intérêt d'une réévaluation périodique des traitements chroniques en vue éventuellement d'initier une déprescription.

La déprescription peut être définie comme un processus qui consiste à identifier et réduire ou si possible arrêter un médicament pour lequel les risques potentiels pour le patient dépassent les bénéfices. C'est un processus individualisé qui prend en compte le contexte du patient, ses objectifs de vie, son statut fonctionnel, ses valeurs et ses préférences (6).

Au-delà des avantages pour les patients et le système de santé, la déprescription est aussi perçue comme un objectif en termes de durabilité (7,8). Avec l'émergence du concept de soins de santé durables, la déprescription apparaît comme un *game changer* car elle permettrait

de réduire considérablement les émissions de GES et de générer des économies tout en améliorant la qualité des soins pour les patients. Mais elle reste aujourd'hui trop peu fréquente dans la pratique des professionnels de santé.

QUELLES RESSOURCES POUR SE FORMER À LA DÉPRESCRIPTION ?

Il existe déjà un certain nombre de preuves disponibles relatives à l'efficacité et la sécurité de la déprescription, et Cochrane a fait un état des lieux récemment à ce sujet (8). Il est évident qu'il reste nécessaire de poursuivre la recherche dans ce domaine, notamment via la réalisation d'études randomisées contrôlées de déprescription, pour étoffer les connaissances à ce sujet.

Pour changer les habitudes et les pratiques cliniques en matière de déprescription, il faudrait mieux sensibiliser et former les futurs professionnels de santé car la formation médicale actuelle déterminera les pratiques cliniques futures (9). La démarche de déprescription n'est que partiellement intégrée dans la formation des professionnels de santé, et elle reste essentiellement restreinte à quelques disciplines comme la gériatrie et la médecine générale. Pourtant, ce sujet est pertinent pour la majorité des secteurs cliniques. Adresser davantage le « déprescrire » en complément du « prescrire » dans l'enseignement est souhaitable.

Plusieurs ressources pédagogiques sont disponibles pour former les étudiants en sciences de la santé au processus de déprescription. Nous citons ici 3 exemples.

La démarche STOPP/START liste toute une série de situations cliniques où il faut envisager de stopper les médicaments chez la personne âgée (10,11). Le groupe de recherche en pharmacie clinique (CLIP) de l'UCLouvain a déjà contribué à former des centaines de médecins généralistes et d'étudiants à cette démarche.

Le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) propose des e-learning accrédités pour initier les médecins et les pharmaciens au processus de déprescription (12).

On observe de plus en plus le développement d'algorithmes de déprescription destinés aux professionnels de santé. Ces algorithmes servent à guider les professionnels

dans l'identification des situations où on peut déprescrire, ainsi que dans la démarche pour déprescrire y compris comment réduire les doses, les alternatives disponibles, et le suivi à réaliser (13,14).

AU-DELÀ DES CONNAISSANCES, QUELS SONT LES OUTILS NÉCESSAIRES ?

Si la formation dispensée aux étudiants en sciences de la santé aujourd'hui leur permet dans une certaine mesure de pouvoir identifier les situations de risque de surprescription, elle ne les rend pas suffisamment outillés (*low self efficacy*) pour engager et mener efficacement un processus de déprescription. Au-delà des connaissances cliniques, il faudrait amener les futurs professionnels de santé à pouvoir passer de « savoir ce qu'il faut faire » à « pouvoir faire », avec le patient. D'où l'intérêt, comme l'a récemment souligné l'OMS, d'intégrer davantage les sciences du comportement dans les programmes d'enseignement pour arriver à changer les comportements des futurs professionnels de la santé et des patients (15).

Pour faire évoluer la formation des professionnels de santé et les comportements en matière de déprescription, 3 leviers peuvent être actionnés.

Le premier levier est la formation en communication et prise de décision partagée. Un processus de déprescription ne peut être réalisé sans l'implication et l'accord du patient. C'est parce qu'ils anticipent que le patient ne sera pas d'accord que de nombreux médecins n'initient pas la déprescription (16,17). Or selon la littérature, une majorité de patients se dit prête à envisager la déprescription si un médecin la leur propose (1). En optimisant la communication pour favoriser le développement de la prise de décision partagée, on pourrait augmenter les chances de réussite du processus de déprescription.

La décision partagée en matière de déprescription est complexe à mettre en place. Elle nécessite au préalable un effort du professionnel de santé pour fournir des informations complémentaires au patient, notamment en ce qui concerne les alternatives disponibles, le rapport bénéfice/risque, de pouvoir explorer les préférences du patient. Mais les étudiants issus des programmes de formation actuels en sciences de la santé ne se sentent pas en mesure de fournir toutes ces informations et d'engager un processus de prise de décision partagée. Il est nécessaire de faire progresser les programmes sur ces aspects. Il existe différents cadres conceptuels d'aide à la décision partagée en matière de déprescription, accessibles aux professionnels de santé. Il faut noter aussi l'existence d'outils destinés aux patients pour faciliter la démarche de prise de décision partagée (18).

Le deuxième levier à actionner pour faire évoluer les comportements en matière de déprescription est l'ap-

proche collaborative et l'interprofessionnalité. L'inertie fait partie des raisons pour lesquelles on ne déprescrit pas suffisamment en pratique clinique, or la collaboration interprofessionnelle permet de la réduire.

Il faut donc accorder plus d'importance au travail en interprofessionnalité dans la formation des étudiants en sciences de la santé afin de les préparer à adopter cette approche dans leur pratique professionnelle. À cet effet, les facultés de médecine et de pharmacie de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain) organisent chaque année des séminaires communs sur la déprescription des benzodiazépines pour les étudiants en dernière année d'études médicales et pharmaceutiques. L'un des objectifs de ces séminaires est de travailler sur la représentation de l'autre profession et explorer comment mieux travailler ensemble. Ce type d'initiative doit être renforcée.

Enfin le 3^e levier pour mieux déprescrire consiste à ne pas prescrire quand ce n'est pas indiqué. Il faut améliorer les compétences des professionnels de la santé en médecine factuelle (*Evidence Based Practice*). Plusieurs études ont montré que les professionnels de santé ont une perception trop favorable du rapport bénéfice/risque des médicaments, avec souvent une surestimation de l'efficacité qu'on peut attendre d'un médicament. Selon la revue *Prescrire*, plus de 70% des médicaments mis sur le marché en 2022 n'avaient pas de progrès démontré et plus de 10% étaient plus dangereux qu'utile. Seulement 9 médicaments sur 100 mis sur le marché en 2022 avaient un progrès notable. Il est crucial de mieux former nos futurs professionnels de la santé à la médecine factuelle (*Evidence Based Practice*) afin qu'ils renforcent leur esprit critique sur l'efficacité qu'on peut attendre d'un médicament y compris les médicaments qui sont déjà sur le marché (19).

CONCLUSION

Selon Raman-Wilms & *al.*, déprescrire est aujourd'hui un impératif éducationnel (20). On peut aussi dire que c'est un impératif environnemental. Les universités et structures de formation en sciences de la santé devraient adapter leurs curricula et intensifier les recherches pour favoriser un changement de comportement des professionnels de santé en matière de déprescription.

« RECOMMANDATIONS PRATIQUES » POUR RENFORCER LES CAPACITÉS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN MATIÈRE DE DÉPRESCRIPTION

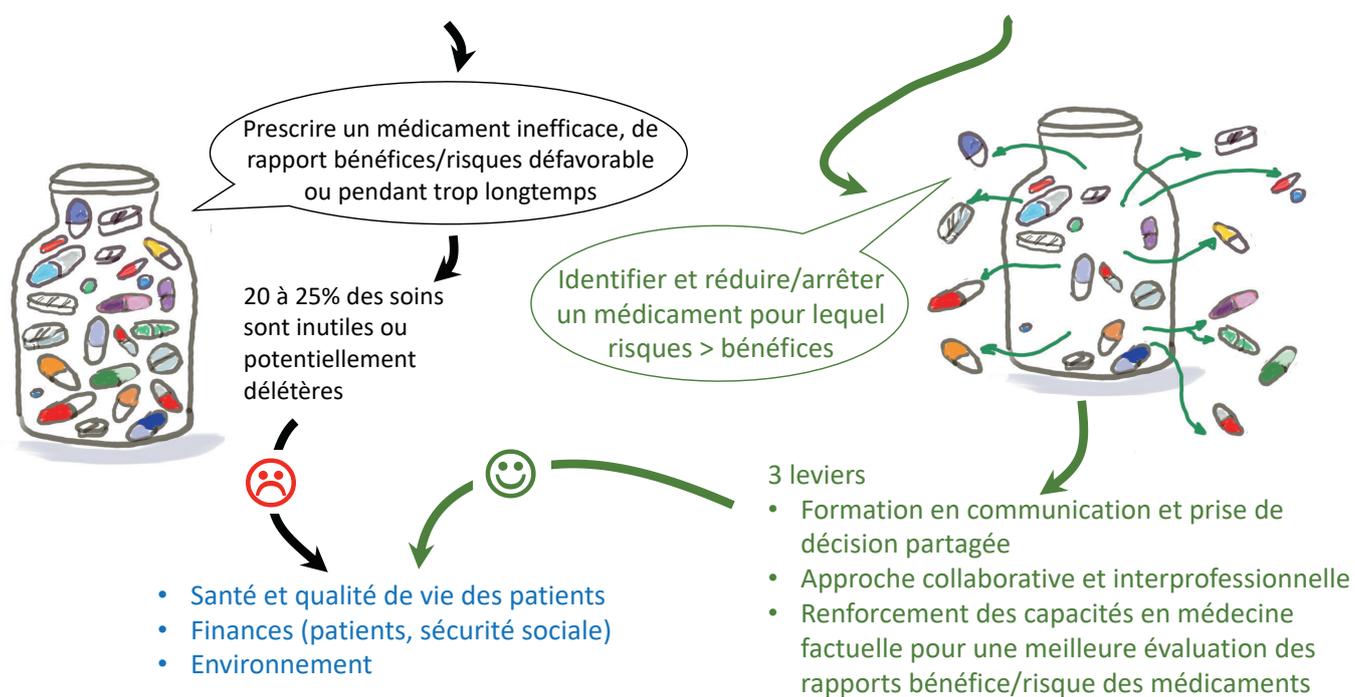
► Renforcer la formation des futurs professionnels de santé en matière de communication et prise de décision partagée, d'approche collaborative et interprofessionnalité

► Renforcer les compétences des professionnels de santé en médecine factuelle (*Evidence Based Practice*) et multiplier les études randomisées contrôlées de déprescription pour une meilleure évaluation des bénéfices ou des inconvénients qu'on pourrait en tirer.

► Intégrer d'avantage les sciences du comportement dans la conception des programmes d'enseignement pour arriver à changer les comportements des futurs professionnels de la santé et des patients.

RÉSUMÉ VISUEL

DE LA SURPRESCRIPTION À LA DÉPRESCRIPTION



RÉFÉRENCES

1. Weir KR, Ailabouni N, Schneider C, Hilmer S, Reeve E. Consumer Attitudes Towards Deprescribing: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2022. DOI: doi: 10.1093/gerona/glab222.
2. OCDE, Union européenne (UE). Health at a Glance: Europe 20202020.
3. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, *et al*. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):156-168. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5.
4. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, *et al*. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet*. 2007;370(9582):173-184. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61091-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61091-5).
5. Spinewine AR, Emily, Thompson W. Revisiting systematic reviews on deprescribing trials to better inform future practice and research. *Br J Clin Pharmacol*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/bcp.15864>.
6. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, *et al*. Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing. *JAMA Internal Medicine*. 2015;175(5):827-834. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.0324.
7. Bartholomew T, Finnikin S. Tackling overprescribing: a must for climate action. *BJGP LIFE*. 2022 (In Fr).
8. Gnjjidic D, Johansson M, Meng DM, Farrell B, Langford A, Reeve E. Achieving sustainable healthcare through deprescribing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022(10). DOI: 10.1002/14651858.ED000159.
9. Khan H. 77 Overcoming overprescribing: moving from sick-care to health-care with medical education. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2023;28:A38 (In En) (<http://dx.doi.org/10.1136/EBM-2023-POD.77>).
10. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, *et al*. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med*. 2023. DOI: 10.1007/s41999-023-00777-y.
11. Anrys P, Boland B, Degryse J-M, *et al*. STOPP/START version 2-development of software applications: easier said than done? *AGE AND AGEING*. 2016;45(5):590-593. (<https://biblio.ugent.be/publication/8033054>).
12. Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP). Auditorium | e-learning. (<https://www.cbip.be/fr/formations/auditorium-elearnings/>).
13. Leszcynski L. Development and Implementation of a Pharmacist-Led Proton Pump Inhibitor Deprescribing Algorithm in a Geriatric Ambulatory Office. *The Senior Care Pharmacist*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2023.105>.
14. Institute. BR. Benzodiazepine and Z-Drug (BZRA) Deprescribing Algorithm. (chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://deprescribing.org/wp-content/uploads/2019/03/deprescribing_algorithms2019_BZRA_vf-locked.pdf).
15. World Health Organization (WHO). Behavioural sciences global agenda. (<https://www.who.int/initiatives/behavioural-sciences/behavioural-sciences-global-agenda>).
16. Spinewine A, Swine C, Dhillon S, *et al*. Appropriateness of use of medicines in elderly inpatients: qualitative study. *BMJ*. 2005;331(7522):935. DOI: 10.1136/bmj.38551.410012.06.
17. Evrard P, Péteïn C, Beuscart J-B, Spinewine A. Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. *Implementation Science*. 2022;17(1):41. DOI: 10.1186/s13012-022-01206-7.
18. Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network. Patient handouts on specific medications (EMPOWER brochures). (<https://www.deprescribingnetwork.ca/patient-handouts>).
19. Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, *et al*. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals: Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. *JAMA Network Open*. 2018;1(2):e180281-e180281. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.0281.
20. Raman-Wilms L, Farrell B, Sadowski C, Austin Z. Deprescribing: An educational imperative. *Res Social Adm Pharm*. 2019. DOI: 10.1016/j.sapharm.2018.08.011.

AFFILIATIONS

1. Faculté de Pharmacie et des Sciences Biomédicales; Louvain Drug Research Institute (LDRI) - Clinical Pharmacy and Pharmacoepidemiology Research Group (CLIP); CHU UCL Namur, pharmacie clinique
2. Louvain Drug Research Institute (LDRI) - Clinical Pharmacy and Pharmacoepidemiology Research Group (CLIP) tokandji.adda@uclouvain.be, +32 2 764 72 36, B-1200 Woluwe-Saint-Lambert

CORRESPONDANCE

M^{me} Anne Spinewine
Louvain Drug Research Institute (LDRI) - Clinical Pharmacy and
Pharmacoepidemiology Research Group (CLIP)
Avenue Mounier 72/B1.72.02
B-1200 Woluwe-Saint-Lambert
Tél. +32 2 764 73 52
anne.spinewine@uclouvain.be