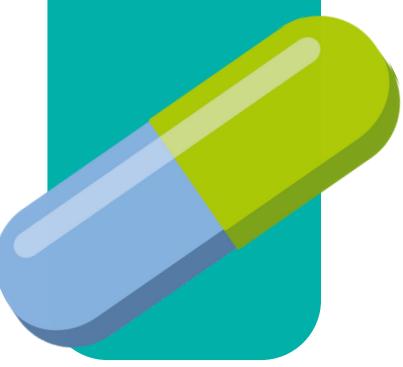


Pharmacie clinique : déprescription

STRATÉGIES DE DÉPRESCRIPTION

Pierre LE QUINIO - Pharmacien à l'OMéDIT Grand Est





QU'ENTEND-ON PAR DÉPRESCRIPTION ?

“ Les principes de la déprescription comprennent l'examen de tous les médicaments actuels, l'identification des médicaments à cesser, à remplacer ou à réduire, la planification d'un régime de déprescription en partenariat avec le patient, ainsi que l'examen et le soutien fréquents du patient. [traduit]

Woodward et al, 2003, J Pharm Pract Res.

“ La déprescription est la diminution ou l'arrêt de médicaments dans le but de prévenir les événements indésirables et de réduire l'utilisation inappropriée de médicaments.

Anderson K, 2014, BMJ Open

“ La déprescription est la réduction de dose ou la cessation d'un médicament qui n'a plus d'effet bénéfique ou qui risque de nuire au patient.

La déprescription est un processus planifié et supervisé. Le but de la déprescription est de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie.

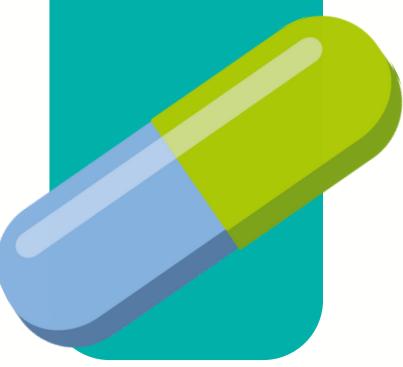
Réseau Canadien pour l'usage Approprié des médicaments et la Déprescription (ReCAD), 2024

“ Partant du principe de non malfaise et du célèbre précepte "Primum non nocere", le terme déprescription s'impose peu à peu. Il se définit comme "l'arrêt volontariste d'une prescription" de médicaments inutiles ou délétères. Il est question de supprimer des médicaments dont la balance bénéfice - risque est défavorable pour un patient donné. Véritable enjeu de santé publique, la nécessité d'une éventuelle déprescription devrait être considérée de façon systématique.

Queneau et al, 2004, La Presse Médicale

“ La déprescription est définie comme « le processus, supervisé par un professionnel de soin, de retrait de médicaments dont les risques potentiels sont supérieurs aux bénéfices attendus, en vue d'une réduction de la polymédication et de ses conséquences.

Reeve et al., 2015, British J of Clinical Pharmacology



SUR LE PLAN DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ?

Prescription
« *Primum non nocere* »

Dispensation
« *Intérêt de la santé du patient* »

R. 4235-48
R. 4235-61
L. 5125-23-I
L. 5125-1-1 A 10°

Révision / adaptation / arrêt
renouvellement
de prescription ?

renouvellement de dispensation ?

L 5125-1-1 A 7° en exercice coordonné,
à la demande du médecin et avec son accord

Continuum des soins, dont vigilances et signalements interprofessionnels

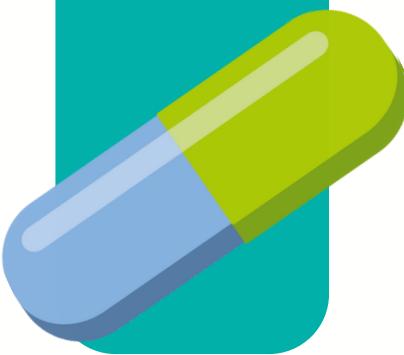
Continuum des soins, dont intelligence interprofessionnelle de situation

Convention nationale (2018, 2022)
III-I-B bilan partagé de médication



Convention nationale 2024 (2026 =>)
61.3 consultation de déprescription
78.1 consultation longue

SUR LE PLAN DES CONVENTIONS NATIONALES ?



CONVENTIONNEL LES CONVENTIONS EN LIEN AVEC LA DÉPRESCRIPTION



CONVENTION MÉDICALE 2024

→ Intéressement à la déprescription des IPP (art 63)

- Dès 1/1/2025
- Patients <65 ans IPP+AINS
- Patients >65 ans IPP>8sem sans justification particulière

→ Consultation longue de déprescription (art 78-1 - GL2)

- Dès 1/1/2026
- 60€/an
- Patients >80 ans avec \geq 10 lignes de ttt med
- S'appuyant sur un BPM fait par le PO sur prescription du MG (art 61-3)



Article 63
Article 61-3
Article 78-1



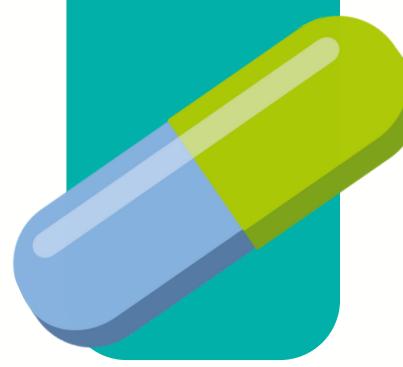
CONVENTION PHARMACEUTIQUE 2022

→ Bilan partagé de médication

- Patients >65 ans avec \geq 5 med différents
 - 1 entretien de recueil
 - analyse (interactions, tolérance, optimisations...) et transmission au MT
 - 1 entretien de suivi
 - 1 entretien d'observance
- 60€ année 1
- 20-30€ années suivantes (selon si changement de traitement ou non)



Article III A
Article III B
Annexe IX



RÉGLEMENTAIRE

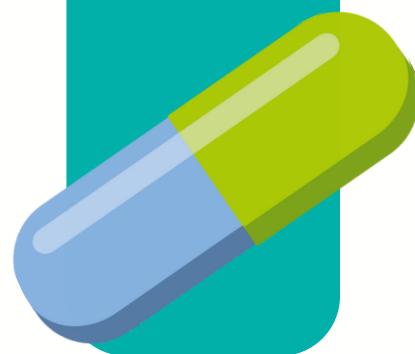
ÉVOLUTION DU MÉTIER DE PHARMACIEN CLINICIEN À L'HÔPITAL Loi ASAP/Arrêté du 21 février 2023

- Permet aux pharmaciens de PUI de renouveler et adapter les prescriptions des patients
 - ayant bénéficié d'une activité de pharmacie clinique (R. 5126-1)
 - traités par un médicament référencés au programme d'actions de l'établissement en matière de BU
- Encadrement par un protocole local (à partir de protocole national)
 - rédigé par la PUI - voté en CME - signé par le DG - déposé à l'ARS
 - aborde la liste des actions possibles selon le profil du pharmacien (expertise croissante), les organisations, la formation, la gestion des risque, les indicateurs de suivi, l'information du patient
 - repose sur 2 niveaux possibles : Direct ou Concerté

Exemple :

Situation identifiée	Optimisation proposée par le pharmacien	Intervention	Profil 1 (SUPERVISÉ)	Profil 2 (AUTONOME)	Profil 3 (INDEPENDANT)	
Problème lié à la tolérance	Ajout d'un traitement correcteur d'effet indésirable	1. Ajout	RATC	RATD	RATD	Action directe du pharmacien
	Modification d'une prescription à l'origine d'un effet indésirable connu	2. Arrêt	RATC	RATC	RATD	
		3. Substitution /échange**	RATC	RATC	RATD	
		7. Adaptation posologique	RATC	RATC	RATD	
Problème lié à l'efficacité thérapeutique	Modification d'une prescription devant une inefficacité thérapeutique	1. Ajout	RATC	RATD	RATD	
		2. Arrêt	RATC	RATD	RATD	
		3. Substitution /échange**	RATC	RATD	RATD	
		7. Adaptation posologique	RATC	RATD	RATD	

LA SENSIBILISATION À LA DÉPRESCRIPTION



Création de 3 Identités visuelles
“Utile un jour, utile toujours?”



Médecins



Pharmacien



Patients

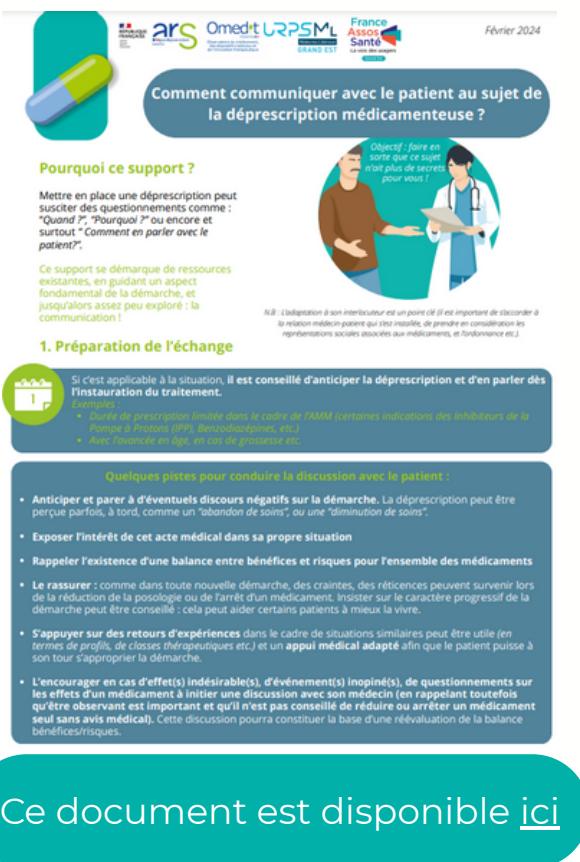
Informer les professionnels de la démarche



Cette vidéo est disponible ici

- Qu'est-ce que c'est ?
- Pourquoi en parler ?
- Comment ?
- Notre accompagnement

Comment communiquer avec le patient ?



Ce document est disponible [ici](#)



Carte individuelle patient

Mon suivi suite à la décription d'un médicament

Nom / prénom :
Médecin traitant :

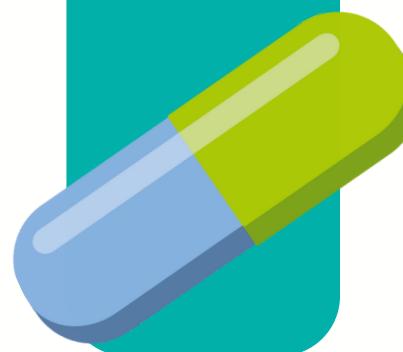
Depuis le (date), le médicament (nom)
ne m'est plus prescrit.

Cette décision [Rappels](#) :

sa Un médicament peut être bénéfique à un instant « t » dans la vie mais pas forcément pour toujours ! La décription médicamenteuse est une prescription médicale. Elle consiste à adapter l'ordonnance au plus proche des besoins, et à remédier aux effets indésirables, et risques associés à l'usage de médicaments non appropriés.

[Prochains suivis](#) :





IDENTIFICATION DES SITUATIONS POUVANT MENER À UNE DEPRESCRIPTION

10 SITUATIONS RENCONTRÉES EN PRATIQUE

- | DANS QUELLES SITUATIONS RENCONTRÉES EN PRATIQUE Y SONGER ? | |
|--|--|
| 1 | L'indication pour laquelle le médicament a été prescrit initialement n'est plus présente |
| 2 | En cas de polymédication |
| 3 | La durée de prescription dépasse la durée maximale de |
| 4 | Le médicament n'a pas apporté l'effet thérapeutique escompté |
| 5 | La posologie dépasse la posologie maximale formulée dans le cadre de l'AMM |
| 6 | En cas d'interactions |
| 7 | |
| 8 | |

PAR CLASSE THERAPEUTIQUE



En pratique, chaque situation de déprescription est différente mais la déprescription hypnotique est très complexe par rapport à d'autres médicaments : argumentation, déprescription est difficile, mais il faut faire preuve de vigilance.



- ## Médicaments avec Service Médical Rendu Insuffisant (SMRI) :

[Médicaments à SMR insuffisant | OMEDIT Grand Est](https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/media/113206/download?inline)

• Identification de 10 situations rencontrées en pratique

- Identification de médicaments devant engendrer une réévaluation et potentiellement une déprescription

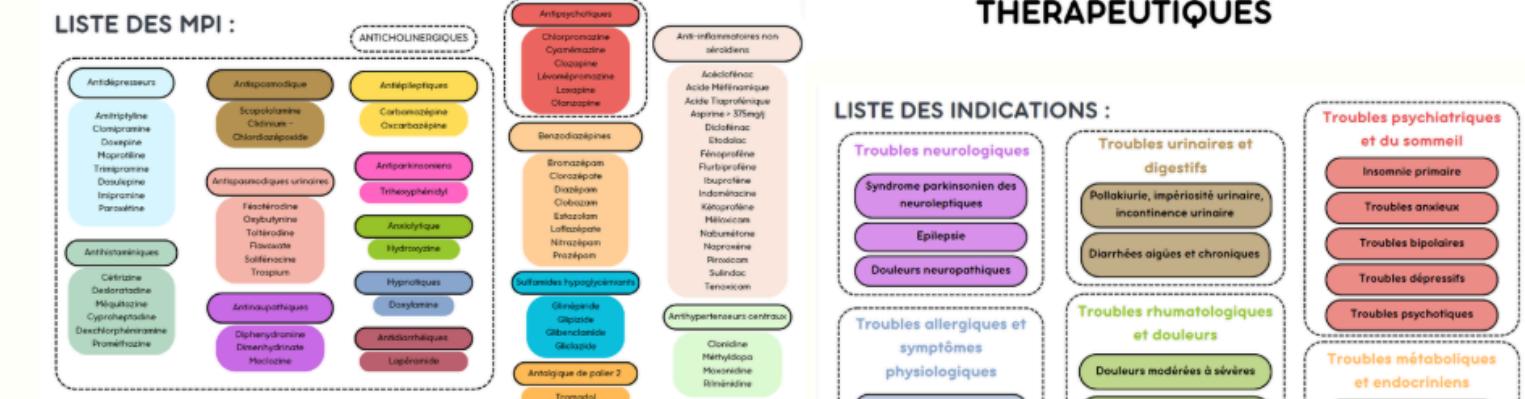
- Identification des MPI chez le sujet agé → déprescription ?



PAR CLASSE THERAPEUTIQUE



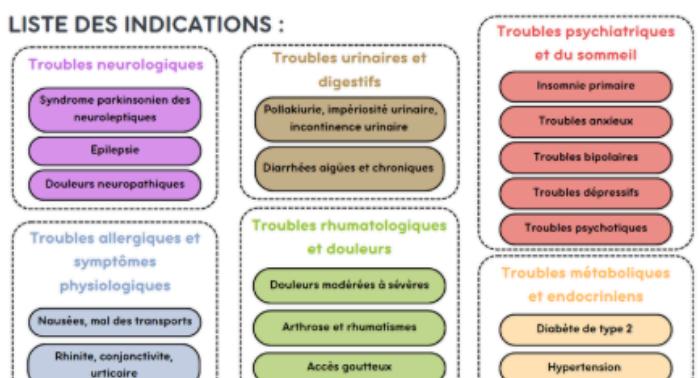
LISTE DES MP

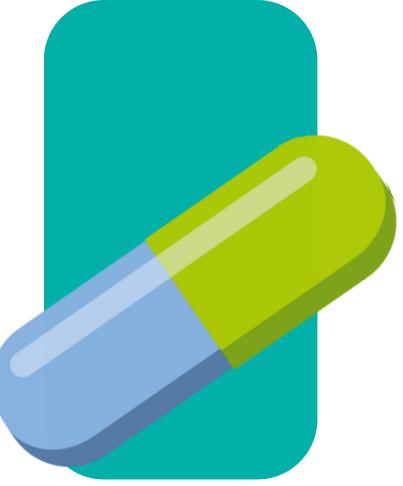


more 2025

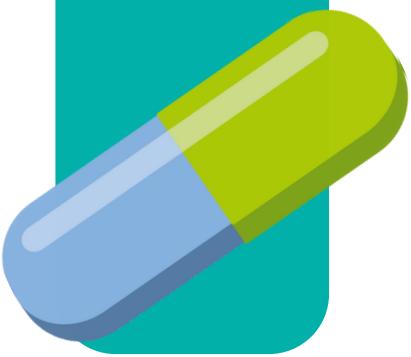
MÉDICAMENT POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE :

PROPOSITIONS D'ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES





MISES EN SITUATION



ARRÊT BENZODIAZÉPINE

- Vous souhaitez arrêter l'alprazolam de votre patient, voici les informations du RCP

Notice patient

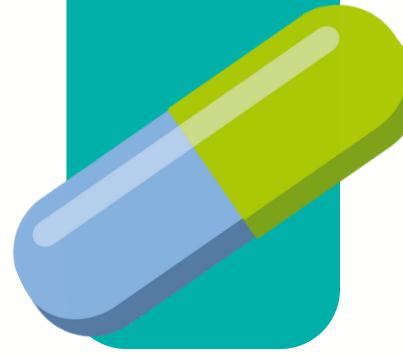
La diminution très PROGRESSIVE des doses et l'espacement des prises représentent la meilleure prévention de ce phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus longue que le traitement aura été prolongé.

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOND sans gravité peut se produire, à l'arrêt du traitement, avec réapparition TRANSITOIRE des symptômes (anxiété) qui avaient justifié la mise en route du traitement.

RCP

Les risques du phénomène de sevrage étant plus grands lorsque l'arrêt du médicament est brutal, il est recommandé de réduire graduellement la dose quotidienne (voir rubrique 4.4 « Précautions d'emploi, Durée et modalités d'arrêt progressif du traitement »).





ARRÊT BENZODIAZÉPINE

Une déprescription lente et progressive est à proposer au patient

Un arrêt brutal peut entraîner des symptômes de sevrage importants et potentiellement un plus grand risque de présenter des symptômes de sevrage prolongés

- Recommandations HAS 2015: proposition d'un sevrage s'étalant de 8 à 12 semaines, voire plus.
- “Deprescribing guidelines” publié en 2024 : les personnes ayant fait l’usage d’une benzodiazépine à long terme, la déprescription peut prendre 12 à 18 mois voire plus.

Adaptabilité

Comment arrêter ?

Démarches psychothérapeutiques comme les Thérapies Cognitivo Comportementales (TCC)

1ère intention : réduction **progressive du 1/4 de la posologie toutes les 2 à 4 semaines.**

Attention, à la fin de la décroissance :

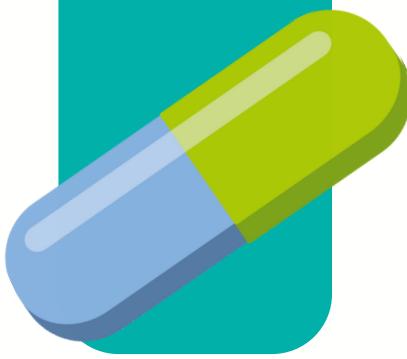
- **maintenir la dose du palier en cours sur une période plus longue**
- **éviter d’augmenter de nouveau la posologie**

En cas d’échec, possibilité de faire un switch d’une molécule à demi-vie courte vers une molécule à demi-vie longue

Par exemple, utilisation du diazépam ou du prazépam **disponibles en solution buvable.**

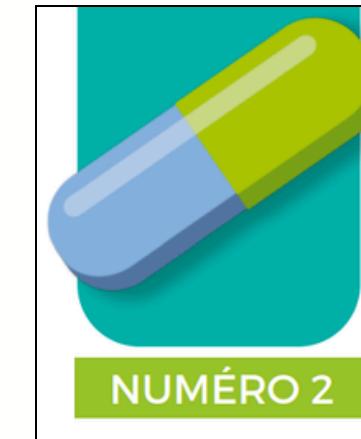
Après le switch, une réduction de posologie progressive pourra être proposée.

DEPRESCRIPTION PAR CLASSE THERAPEUTIQUE



Benzodiazépines

Journal d'actus



REpublique FRANçaise
ARS
Omedit
URPSML
CREPP

Septembre 2024

JOURNAL D'ACTUS EN MATIÈRE DE DÉPRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

Dès le début de la prise en charge par une benzodiazépine à visée anxiolytique ou hypnotique, parlons "déprescription" !

ARS Omedit URPSML CREPP

Date :/.....

Ordonnance de déprescription d'une benzodiazépine

Renseignements :
Médecin :
Nom du patient :

Déscription :
Médicament à déprescrire :

Explications : Ce médicament vous a été prescrit pour traiter des insomnies ou de l'anxiété passagère(s). Après une utilisation de plus de 4 semaines, l'organisme s'habitue aux effets de ce médicament et son efficacité peut diminuer. En continuant de le prendre, les risques peuvent alors devenir plus importants que les bénéfices. Aujourd'hui, je vous propose d'ajuster votre traitement pour arrêter progressivement de prendre ce médicament.

Informations complémentaires associées à la démarche : Il est possible que des symptômes comme de l'anxiété, des troubles du sommeil (insomnie, cauchemars), contractures musculaires surviennent. Le plus souvent, ils sont légers, passagers (quelques jours à quelques semaines) et se manifestent dans les jours qui suivent une diminution de la dose ou l'arrêt du médicament. C'est pour limiter la survenue de ces symptômes, qu'il est nécessaire de respecter la diminution progressive des doses.
En cas d'apparition de ces symptômes, tenez-moi informé et nous adapterons ensemble la suite de la prise en charge. L'arrêt du médicament prend du temps (plusieurs mois), cela est normal et vous serez accompagné tout le long du processus. Le suivi psychothérapeutique est de nature à apporter une aide complémentaire pour vous accompagner dans l'arrêt du médicament.

Schéma de déprescription utilisé :

Conseils hygiéno-diététiques :
Au quotidien, pour limiter les insomnies et réduire l'anxiété :

- J'évite la prise en fin de journée de café, thé, de repas copieux.
- Je favorise une alimentation équilibrée.
- J'évite de faire des siestes de plus d'une heure dans la journée, ou de faire la sieste après 16h.
- J'évite les écrans une heure avant le coucher.

Prescription :
Liste des médicaments prescrits : se référer à l'ordonnance réalisée en date du/.....

Signature du médecin :
FICHE DÉPREScription

Suivi :
Je vous propose un suivi en plusieurs temps (une semaine après chaque réduction de dose peut être conseillé et jusqu'à 6 mois après l'arrêt) pour surveiller comment se passe l'arrêt du médicament et l'éventuelle survenue de symptômes.
En cas de symptômes n'hésitez pas à me recontacter ou à contacter votre pharmacien !

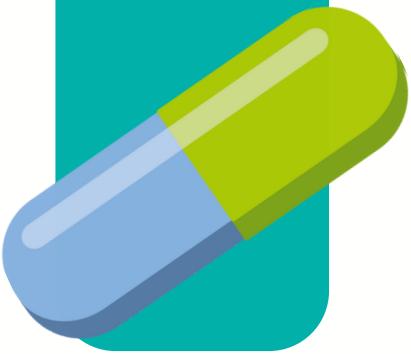
Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Votre ressenti							
Votre ressenti							
Votre ressenti							
Votre ressenti							
Votre ressenti							

Informations générales :
N'hésitez pas à compléter votre carte de suivi avec les dates des prochaines consultations : <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2024-01/Mar%20carte%20de%20%C1%8Cprescription.pdf>
Pour plus d'informations sur des conseils à appliquer au quotidien (les conseils formulés dans le document proviennent de ces articles) :

- <https://www.omedit.fr/assure/sante/la-mes/insomnie-adulte/ivre-insomnie>
- <https://www.omedit.fr/assure/sante/la-mes/troubles-anxiens-anxiante/ivre-troubles-anxiens-anxiete>

Pensez à ramener vos médicaments périmés ou non utilisés à votre pharmacie !

Ordonnance de déprescription pré-remplie



ARRÊT IPP

Notice patient

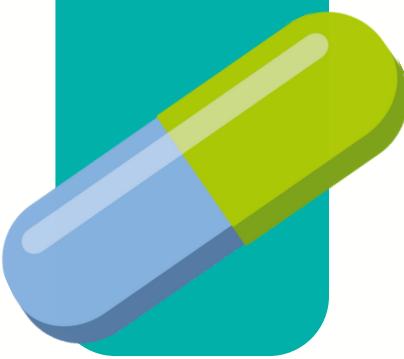
Si vous arrêtez de prendre PANTOPRAZOLE ALMUS 40 mg, comprimé gastrorésistant

N'arrêtez pas de prendre ces comprimés sans d'abord en parler à votre médecin ou à votre pharmacien.



RCP

Pas d'information sur les modalités d'arrêt



ARRÊT IPP

Pas de consensus sur les modalités d'arrêt

Comment arrêter ?

Recommandations HAS 2022 : réévaluation de la pertinence de la prescription, et si RGO sans complications et sans symptômes évocateurs → arrêt

Une démarche d'arrêt progressif est encouragée

Modalités d'arrêt à adapter au cas par cas

Survenue possible d'un effet rebond à l'arrêt phénomène connu, avertir son patient pour le rassurer

Quelques propositions faites dans la littérature (liste non exhaustive) :

Stratégie d'arrêt en 4 étapes proposée par la Revue Prescrire* :

réduction de la posologie (*de 50% par exemple*)
espacement des prises
prise d'un médicament en cas de besoin
arrêt



Des antiacides (hors IPP) peuvent être pris en cas de douleurs occasionnelles

Stratégie d'espacement de doses si la prise de l'IPP dépasse 4 semaines proposée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg :

- **Semaine 1 et 2** : prise 1 jour/2
- **Semaine 3 et 4** : prise 2 fois/semaine
- **Semaines suivantes** : arrêt

*La revue ne précise pas les durées conseillées entre chaque pallier. Appliquer une durée de 2 semaines par étape peut être proposé car l'effet rebond survient en moyenne dans les 10 jours suivant l'arrêt.

PAR CLASSE THERAPEUTIQUE

IPP



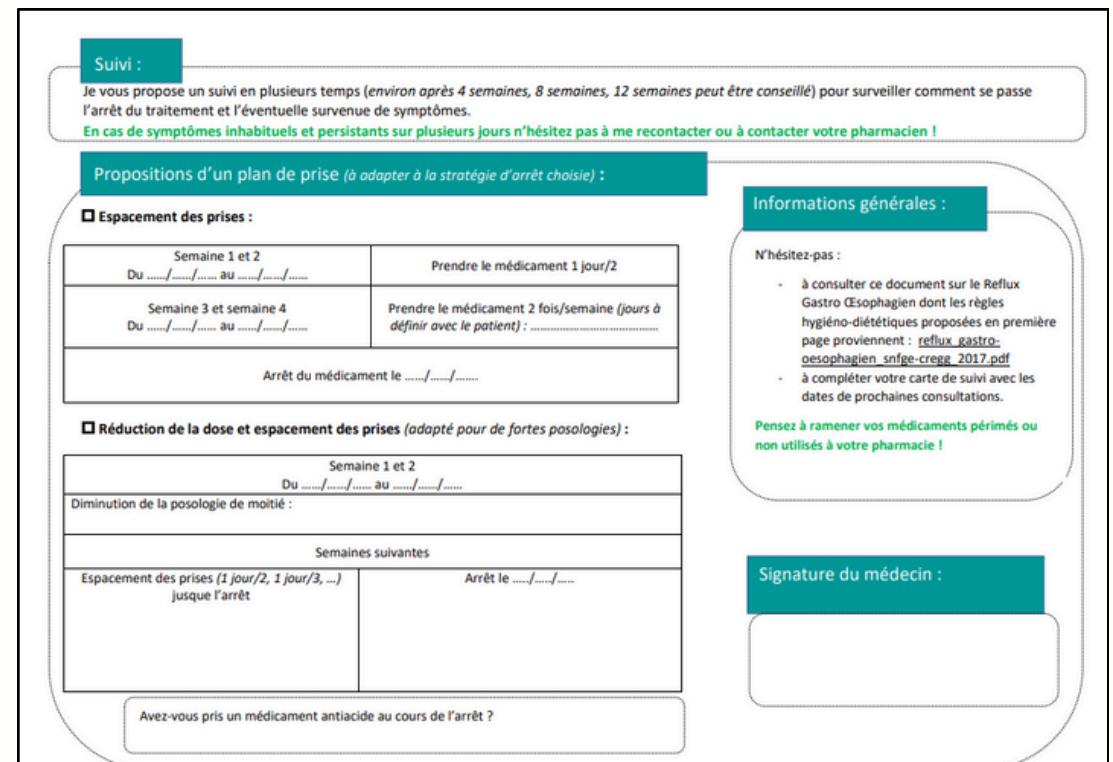
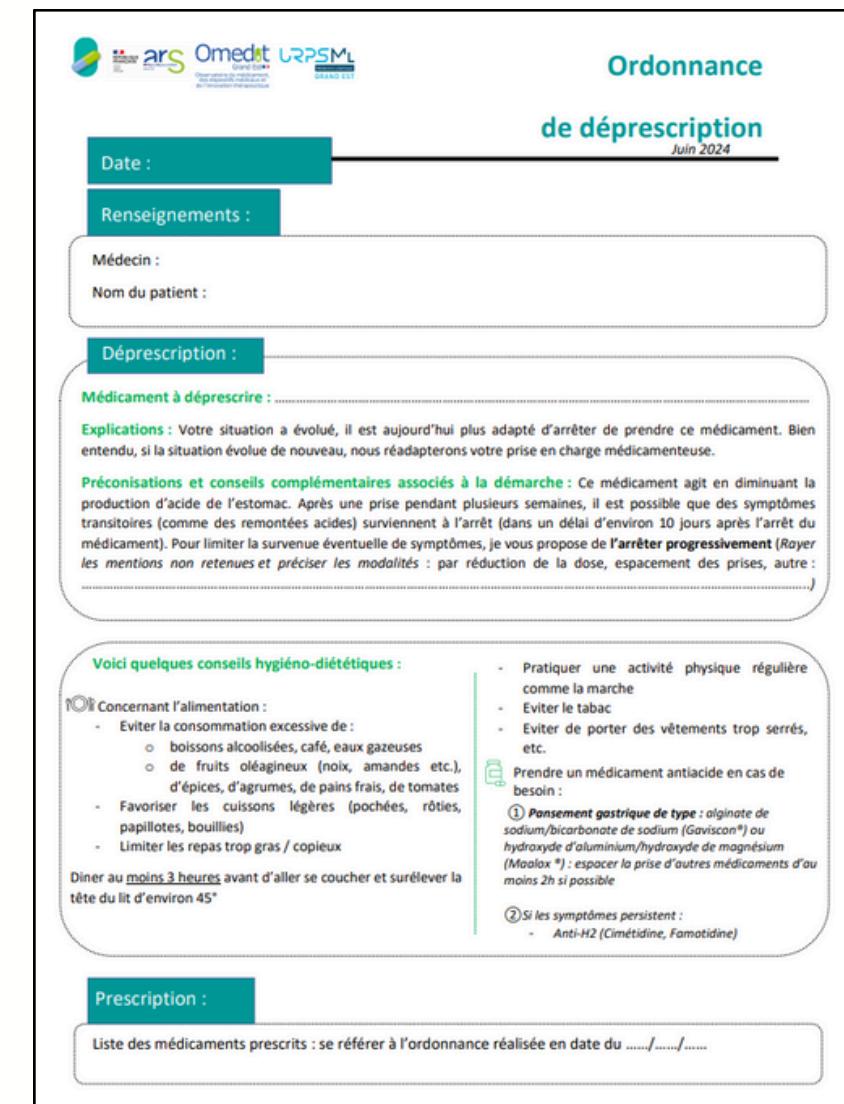
Journal d'actus

Les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP), candidats pour une déprescription en consultation médicale ?

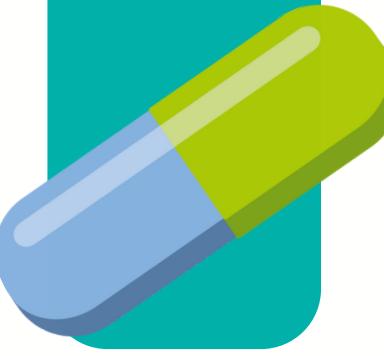


0:01 / 4:32

Vidéo modélisant une consultation médicale de déprescription d'un IPP

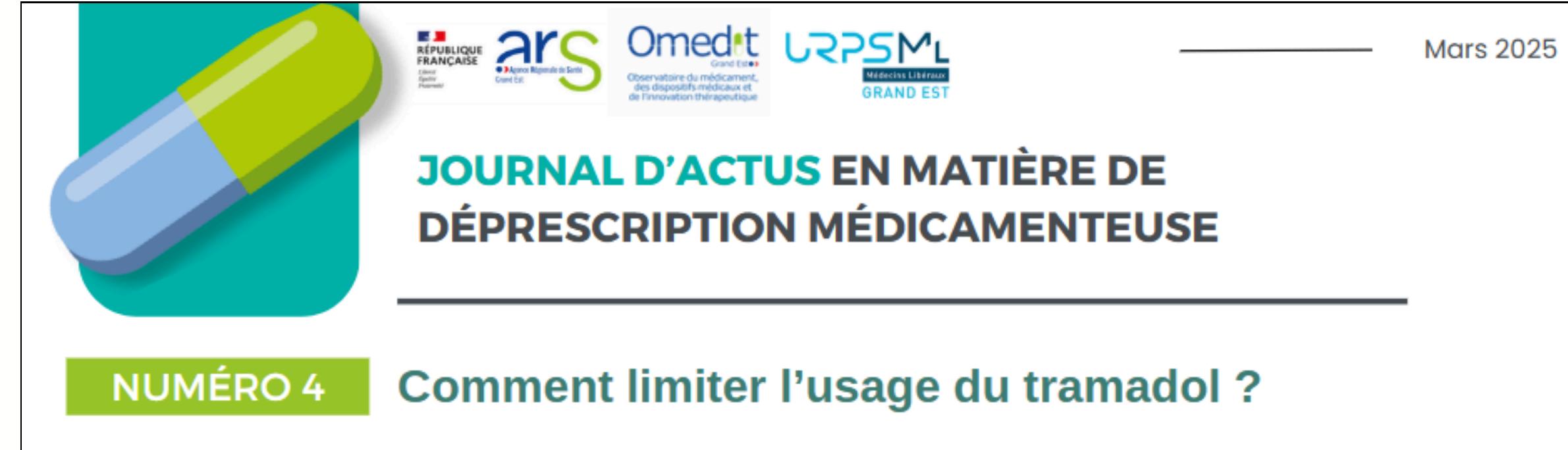


Ordonnance de déprescription pré-remplie



PAR CLASSE THERAPEUTIQUE

Tramadol



NUMÉRO 4 Comment limiter l'usage du tramadol ?

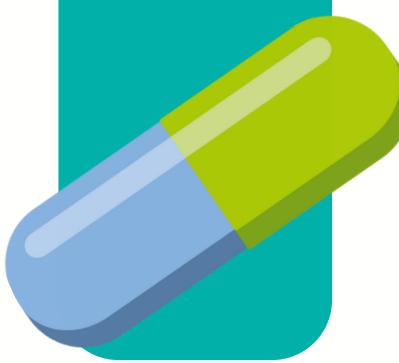
Journal d'actus

- Analyse des consommations intra-hospitalières et en sortie d'hospitalisation (PHEV)
- Analyse des protocoles de prescriptions



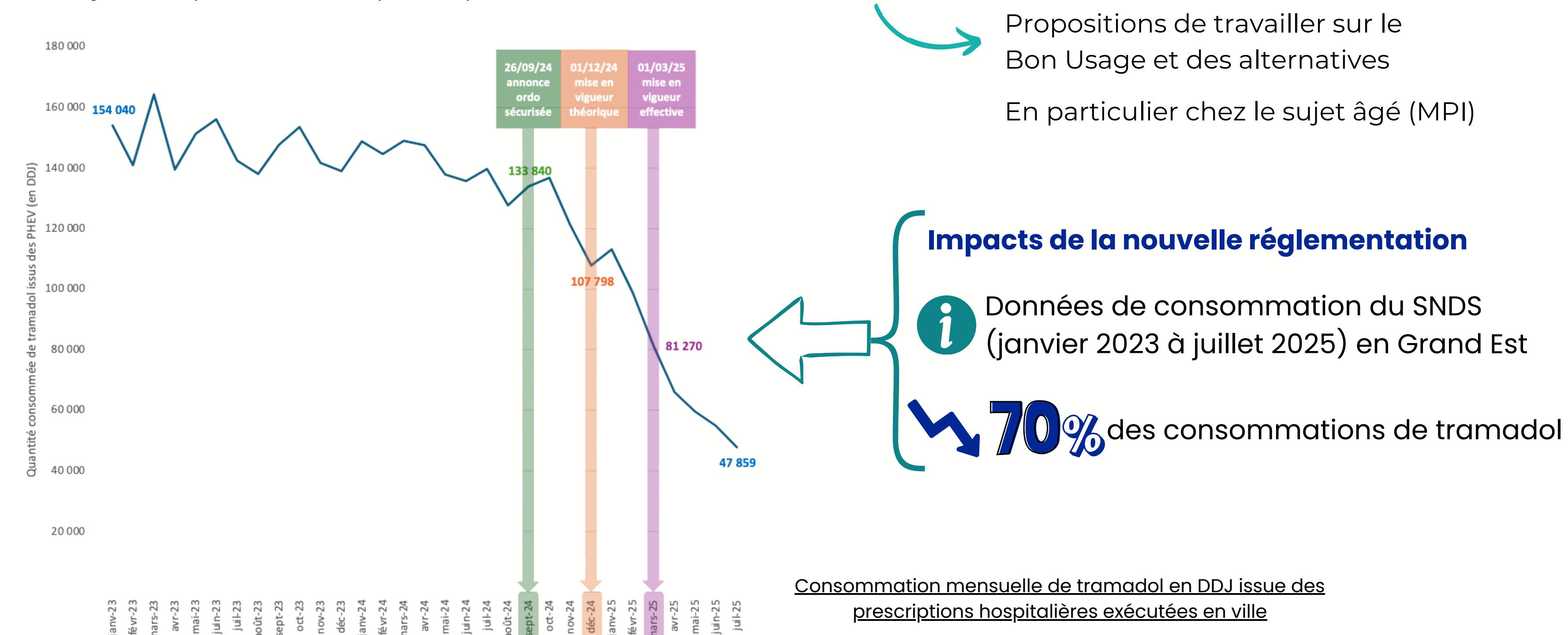
Propositions de travailler sur le Bon Usage et des alternatives

DÉPREScription DU TRAMADOL

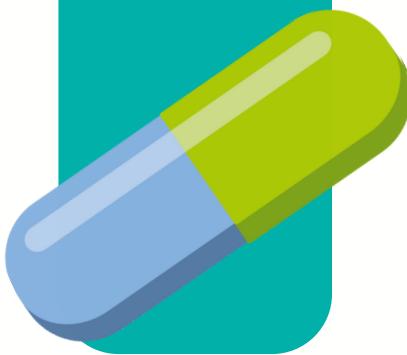


TRAVAUX AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN GRAND EST

- Analyse des consommations intra-hospitalières et en sortie d'hospitalisation (PHEV)
- Analyse des protocoles de prescriptions



PAR CONTEXTE



La déprescription est une histoire de médicament mais aussi de moment : ciblage d'un contexte / d'une situation où la déprescription peut être opportune

Chaleur /
Déshydratation

NEW!

REpublique FRANCAISE
ARS
Omedit
URPSML
CREPP
août 2025
V3

JOURNAL D'ACTUS EN MATIÈRE DE DÉPRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

NUMÉRO 5

Fortes chaleurs et risques de déshydratation : adaptation des traitements médicamenteux et déprescription

Journal d'actus

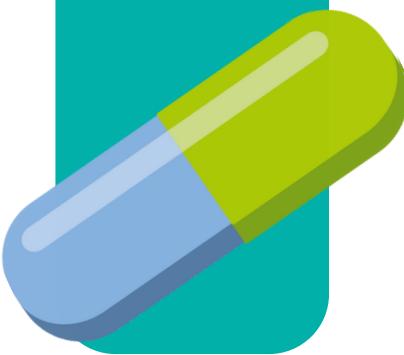
Chutes

REpublique FRANCAISE
ARS
Omedit
URPSML
RéGéCAP
octobre 2025

JOURNAL D'ACTUS EN MATIÈRE DE DÉPRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

NUMÉRO 6

Risques de chutes d'origine médicamenteuse : réévaluation des traitements et déprescription



ARRÊT BETA BLOQUANT

- Vous souhaitez arrêter le propranolol de votre patient, voici les informations du RCP

Notice patient

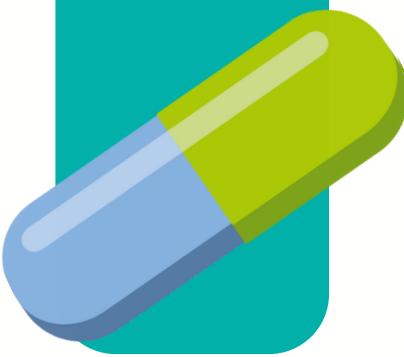
N'arrêtez pas de prendre votre médicament sans en parler d'abord avec votre médecin. Dans certains cas, l'arrêt du traitement doit se faire de manière progressive.



RCP

L'arrêt brutal des bêtabloquants doit être évité. La posologie doit être diminuée progressivement sur une période de 7 à 14 jours. Les patients doivent être suivis pendant l'arrêt du traitement, en particulier ceux qui souffrent de cardiopathie ischémique.

SCHÉMAS DÉPRESCRIPTION RCP



Beta bloquant

En cours de production



DÉPRESCRIPTION - ATÉNOLOL

ARRÊT BRUTAL À EVITER

Ne jamais interrompre brutalement le traitement en particulier chez les patients présentant une cardiopathie ischémique en raison des risques de rebond, d'hypertension, de troubles du rythme, d'infarctus, de mort subite.

RÉDUCTION PROGRESSIVE À PRIVILÉGIER

Si l'arrêt est envisagé, il doit être prescrit progressivement, jamais en une seule étape.

REPÈRES CLINIQUES - SÉCURISATION DE L'ARRÊT

Patient coronarien / ischémique : arrêt toujours brutal
Bradycardie symptomatique (<50-55 bpm) est diminuée.
Avant anesthésie/intervention : Réduction complète 48h avant selon prescription sauf atteints d'insuffisance coronaire

MODALITÉS ET PALIERS DE RÉDUCTION

Reduction progressive, sans schéma chiffré exact, sur 1 à 2 semaines.

Si l'arrêt du traitement est jugé nécessaire en raison d'anesthésie programmée, une suspension de 48 heures est considérée comme suffisante pour permettre la réapparition de la sensibilité aux catécholamines.

PROPOSITION DE PLAN DE RÉDUCTION

Bien que les RCP n'indiquent pas un schéma standard détaillé jour par jour, on peut formuler une progression sécurisée sur environ 1-2 semaines, en s'appuyant des durées de



DÉPRESCRIPTION - BISOPROLOL

ARRÊT BRUTAL À EVITER

Le traitement ne doit jamais être interrompu brutalement, particulièrement chez les patients coronariens, car un arrêt soudain peut provoquer un effet rebond, une hypertension, des troubles du rythme, un infarctus ou une mort subite.

RÉDUCTION PROGRESSIVE À PRIVILÉGIER

Si l'arrêt est envisagé, il doit être prescrit progressivement, jamais en une seule étape.

REPÈRES CLINIQUES POUR SÉCURISER

Surveillance cardiaque : fréquence (bradycardie), pression artérielle.
Patient coronarien : réduction progressive, jamais brutal.
Bradycardie symptomatique (<50-55 bpm) : diminution de dose.

MODALITÉS ET PALIERS DE RÉDUCTION

La posologie doit être diminuée de façon progressive en réduisant la dose de moitié chaque semaine (mentionné dans le RCP du BISOPROLOL ACCORD HEALTHCARE).

Avant anesthésie/intervention : arrêt progressif et qui doit être terminé 48h avant.

PROPOSITION DE PLAN DE RÉDUCTION

DÉPRESCRIPTION - CARVÉDILOL



ARRÊT BRUTAL À EVITER

Les traitements par carvédilol ne doivent jamais être interrompus brutalement, en particulier chez les coronariens, sauf en cas de nécessité (bradycardie symptomatique, hypotension sévère, choc cardiogénique ou BAV). Un arrêt soudain comporte des risques sévères tels que l'aggravation de l'insuffisance cardiaque ou des troubles du rythme.

RÉDUCTION PROGRESSIVE À PRIVILÉGIER

Réduction progressive de la dose sur 2 semaines (mentionnée dans le RCP du CARVEDILOL ZENTIVA 25 mg, comprimé pelliculé sécable).



REPÈRES CLINIQUES POUR SÉCURISER

Insuffisance cardiaque : la récidive jamais brutale.
Surveillance clinique obligatoire cardiaque, signes d'aggravation

MODALITÉS ET PALIERS DE RÉDUCTION

Diminuer progressivement, surveiller l'évolution clinique, puis procéder à l'arrêt le cas échéant.

Le RCP CARVECORAL 62,5 mg/7,5 mg, mentionne que la posologie du carvédilol seul doit être diminuée progressivement, par exemple en réduisant la dose quotidienne de moitié tous les trois jours.

Diminution par intervalles d'une semaine si la dose le permet

PROPOSITION DE PLAN DE RÉDUCTION

DÉPRESCRIPTION - LABÉTALOL .vo



ARRÊT BRUTAL À EVITER

Jamais d'arrêt brutal
Réduction progressive recommandée

RÉDUCTION PROGRESSIVE

Arrêt envisagé : diminuer plusieurs jours, sans schéma



REPÈRES CLINIQUES

Bradycardie symptomatique doit être diminuée.

MODALITÉS ET PALIERS DE RÉDUCTION

Pas de recommandation chiffrée dans les RCP pour la diminution de dose avant arrêt.

Suspension avant anesthésie/explorations : une interruption de

PROPOSITION DE PLAN DE RÉDUCTION

DÉPRESCRIPTION - MÉTOPROLOL



ARRÊT BRUTAL À EVITER

Arrêt brutal formellement à éviter, en particulier chez les patients souffrant de cardiopathie ischémique (risque majeur d'infarctus, trouble du rythme, mort subite).
Réduction progressive obligatoire : La posologie doit être diminuée progressivement moins de 2 semaines.

RÉDUCTION PROGRESSIVE

En cas de traitement par l'adrénaline, il faudrait switcher pour la mésolamine, aggraver l'angor, troubles du rythme, infarctus du myocarde, mort subite).
Durée totale : généralement recommandée sur 1 à 2 semaines.

REPÈRES CLINIQUES

La posologie doit être diminuée progressivement.
Période de réduction : 7 à 14 jours, variable selon le patient.

MODALITÉS ET PALIERS DE RÉDUCTION

Les RCP n'indiquent pas de schémas de réduction, mais mentionnent :

Diminution progressive : par paliers rapprochés, sur quelques jours chacun.

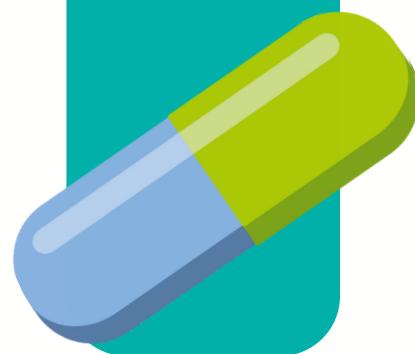
Durée totale : 1 à 2 semaines de diminution progressive.

PROPOSITION DE PLAN DE RÉDUCTION

Bien que les RCP n'indiquent pas un schéma standard détaillé jour par jour, on peut formuler une progression sécurisée sur 1-2

Bêtabloquants, anti histaminiques, antidiarrhéiques, antiépileptiques, antihypertenseurs centraux, antiparkinsoniens, antispasmodiques, anxiolytique, hypnotiques, sulfamides hypoglycémiant

ARRÊT BETA BLOQUANT



DÉPRESCRIPTION - PROPRANOLOL_{vo}

ARRÊT BRUTAL À EVITER

Arrêt brutal à éviter : tous les RCP précisent qu'une interruption soudaine expose à des risques sévères (rebond adrénérique, aggravation de l'angor, troubles du rythme, infarctus du myocarde, mort subite). Réduction progressive obligatoire : recommandée sur 1 à 2 semaines.

RÉDUCTION PROGRESSIVE À PRIVILÉGIER

- »» La posologie doit être diminuée progressivement
- »» Période de réduction : **7 à 14 jours**, variable selon le patient

REPÈRES CLINIQUES POUR SÉCURISER L'ARRÊT

Les RCP n'énoncent pas de repères cliniques quantifiés (ex. seuil de fréquence cardiaque), mais recommandent une surveillance adaptée, notamment en cas de :

- »» Pathologie coronarienne : interruption toujours progressive
- »» Bradycardie ou intolérance : ajustement du rythme
- »» Autres contextes : aucune exception – la réduction sur 1 à 2 semaines est toujours conseillée
- »» **Surveiller la tolérance et adapter le rythme de diminution.**

MODALITÉS ET PALIERS DE RÉDUCTION

Les RCP n'indiquent pas de schémas de réduction, mais mentionnent :

- »» Diminution progressive : par paliers rapprochés, sur quelques jours chacun.
- »» Durée totale : 1 à 2 semaines de diminution progressive.

PROPOSITION DE PLAN DE RÉDUCTION

»» Bien que les RCP n'indiquent pas un schéma standard détaillé jour par jour, on peut formuler une progression sécurisée sur 1-2 semaines, en s'appuyant sur les durées de réduction de doses recommandées dans les RCP des autres bêta bloquants :

Phase	Posologie	Commentaire
J0	100 %	Selon la posologie initiale, l'arrêt pourra être réalisé plus rapidement
J1-J6	50 %	
J7-J13	25 %	Ex: 160 mg → J1-J6: 80 mg → J7-J13: 40 mg puis arrêt
J13+	Arrêt complet	

»» Ce schéma de réduction est à l'appréciation du clinicien qui l'adaptera aussi à la tolérance du patient.



DÉPRESCRIPTION - LABÉTALOL_{vo}

ARRÊT BRUTAL À EVITER

- »» Jamais d'arrêt brutal
- »» Réduction progressive recommandée

RÉDUCTION PROGRESSIVE À PRIVILÉGIER

»» Arrêt envisagé : diminuer progressivement la posologie sur plusieurs jours, sans schéma détaillé dans les RCP

REPÈRES CLINIQUES - SÉCURISATION DE L'ARRÊT

»» Bradycardie symptomatique (<50-55 bpm) : la posologie doit être diminuée.

MODALITÉS ET PALIERS DE RÉDUCTION

»» Pas de recommandation chiffrée dans les RCP pour la diminution de dose avant arrêt.

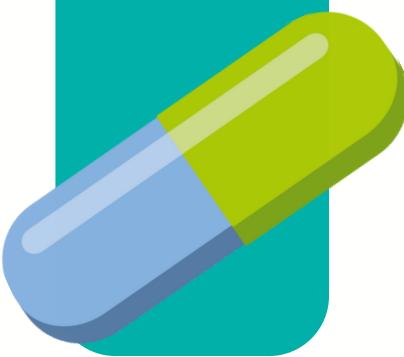
»» Suspension avant anesthésie/explorations : une interruption de 48 heures peut suffire pour restaurer la sensibilité aux catécholamines

PROPOSITION DE PLAN DE RÉDUCTION

»» Bien que les RCP n'indiquent pas un schéma standard détaillé jour par jour, on peut formuler une progression sécurisée sur environ 1-2 semaines, en s'appuyant des durées de réduction de doses recommandées dans les RCP des autres bêta bloquants :

Phase	Posologie	Commentaire
J0	200mg/j	Dose habituelle
J1-J7	100mg/j	Non précisé dans le RCP, mais le laboratoire a confirmé la sécabilité
J8+	Arrêt	Palier 2

»» Ce schéma de réduction est à l'appréciation du clinicien qui l'adaptera aussi à la tolérance du patient.



ARRÊT PAROXETINE

- Vous souhaitez arrêter la paroxétine de votre patient, voici les informations du RCP

L'utilisation à long terme doit être régulièrement évaluée ([voir rubrique 5.1](#)).



SYMPTOMES DE SEVRAGE OBSERVÉS LORS DE L'ARRÊT DE LA PAROXETINE

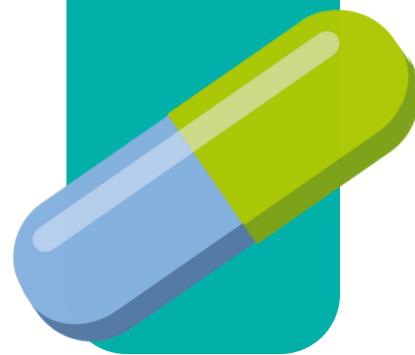
Un arrêt brutal du traitement doit être évité ([voir rubriques 4.4 et 4.8](#)).

Le schéma utilisé au cours des essais cliniques comportait une interruption progressive de traitement avec diminution de la dose journalière par palier de 10 mg par semaine.

La survenue de symptômes gênants lors de la diminution de la dose ou à l'arrêt du traitement pourra nécessiter la reprise de la dose précédemment prescrite. Le médecin pourra ensuite poursuivre la diminution de la dose à un rythme plus progressif.

Rubrique 4.4.

Ils surviennent généralement dans les premiers jours suivant l'arrêt du traitement, mais quelques très rares cas ont été rapportés chez des patients ayant accidentellement sauté une prise. Généralement, ces symptômes sont spontanément résolutifs en deux semaines même si, chez certaines personnes, ils peuvent se prolonger (deux-trois mois, voire plus). Il est donc conseillé de diminuer progressivement la dose de paroxétine sur une période de plusieurs semaines ou mois, selon les besoins des patients ([voir rubrique 4.2](#)).



PAR CLASSE THERAPEUTIQUE

Antidépresseurs



Journal d'actus

Ordonnance de déprescription d'un anti-dépresseur

Date :/...../.....

Renseignements :

Médecin :.....
Nom du patient :.....

Déprescription :

Médicament à décrire :

Explications : Ce médicament vous a été prescrit pour améliorer les symptômes d'un épisode dépressif et prévenir la survenue d'un autre épisode. Les symptômes ne sont plus présents depuis plus de 6 mois, ce qui signifie que le médicament n'est plus nécessaire aujourd'hui. Je vous propose de réduire progressivement la dose, dans l'objectif d'arrêter ce médicament.

Informations complémentaires associées à la démarche : Il est possible que des signes physiques, comme des vertiges, des symptômes apparentés à la grippe, des nausées, des maux de tête, des fourmillements et/ou psychiques comme une baisse de moral, de l'anxiété, de l'agitation, de l'irritabilité surviennent dans les jours qui suivent une diminution de la dose ou l'arrêt. Le plus souvent, ils sont passagers et s'estompent en plusieurs jours ou semaines. C'est pour limiter la survenue de ces symptômes, qu'il est nécessaire de respecter la diminution progressive des doses. L'arrêt du médicament prend du temps (plusieurs mois), cela est normal et vous serez accompagné tout le long du processus.

Les symptômes peuvent être la conséquence de la déprescription du médicament ou être le signe d'un nouvel épisode dépressif. La distinction entre les 2 situations peut être difficile, voici des éléments pour aider à les différencier :

Symptômes liés à la déprescription du médicament

- Je peux ressentir des signes physiques et/ou psychiques.
- L'apparition des symptômes survient en général quelques heures ou jours après la réduction ou l'arrêt du médicament (plus rarement après plus d'une semaine)
- Si la dose du médicament est réaugmentée ou en cas de reprise, les symptômes disparaissent le lendemain ou les jours suivants. (Ne pas modifier votre traitement sans avis médical).

Symptômes liés à un nouvel épisode dépressif

- Je peux ressentir plutôt des signes psychiques
- L'apparition des symptômes survient à distance, quelques semaines ou mois.
- Si la dose du médicament est réaugmentée ou en cas de reprise du médicament, les symptômes mettent plus de temps à disparaître nécessitant quelques semaines.

Schéma de déprescription proposé :

Prescription

Liste des médicaments prescrits : se référer à l'ordonnance réalisée en date du/...../.....

Suivi :

Je vous propose un suivi en plusieurs temps, après chaque réduction de dose pour surveiller comment se passe l'arrêt du médicament et l'éventuelle survenue de symptômes.

En cas de symptômes n'hésitez pas à me recontacter ou à contacter votre pharmacien !

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Du/...../..... au/...../.....							
Votre ressenti							
Du/...../..... au/...../.....							
Votre ressenti							
Du/...../..... au/...../.....							
Votre ressenti							
Du/...../..... au/...../.....							
Votre ressenti							

Informations générales :

N'hésitez pas à compléter votre carte de suivi avec les dates de prochaines consultations :

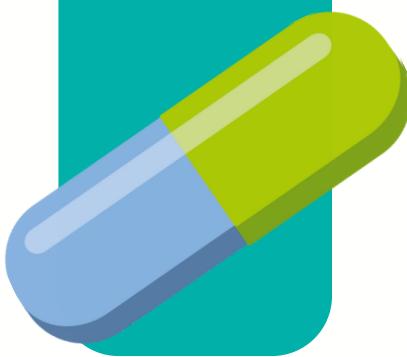
<https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2024-01/Arr20carte%20de%20%29.pdf>

Pensez à ramener vos médicaments périmés ou non utilisés à votre pharmacie !

Signature du médecin :

Ordonnance de déprescription pré-remplie

PAR CLASSE THERAPEUTIQUE



intégration dans le RCP ?
dans les LAP / LAD ?

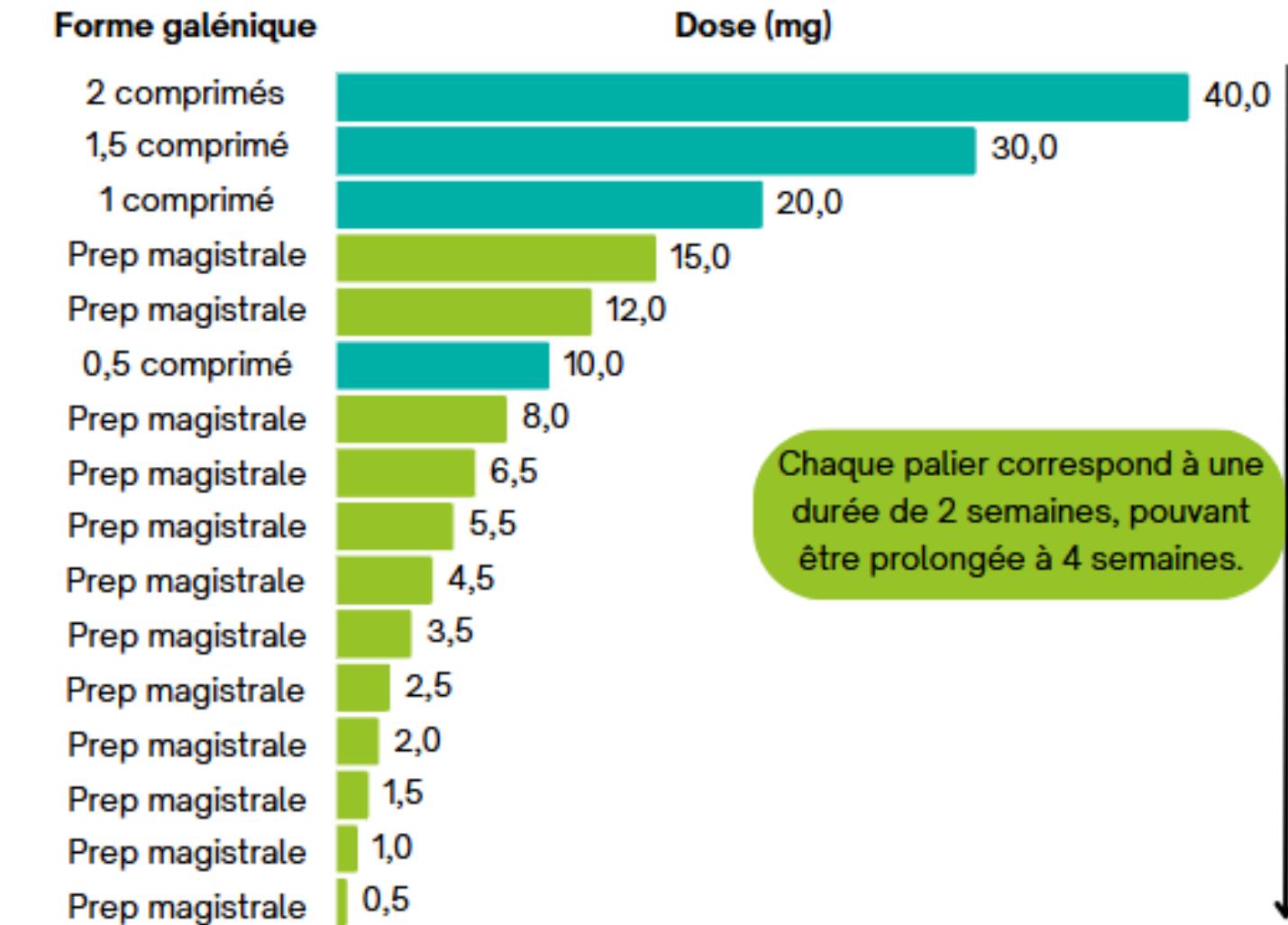
Propositions de **protocoles de déprescription**,
construits en lien avec nos experts régionaux :

- Antidépresseurs à risque modéré : **fluoxétine et sertraline**
- Antidépresseurs à risque élevé : **paroxétine**

Déterminant du risque de retrait	Pondération (points)
Durée d'utilisation	
• Court terme (1 à 6 mois)	0
• Moyen terme (6 à 12 mois)	1
• Long terme (1 à 3 ans)	2
• Très long terme (> 3ans)	3
Type d'antidépresseurs	
• Risque le plus faible (agomélatine)	0
• Risque faible (vortioxétine, trimipramine, dosulépine)	1
• Risque modéré (citalopram, escitalopram, sertraline, fluvoxamine, fluoxétine, amitriptyline, clomipramine, imipramine, bupropion)	2
• Risque élevé (duloxétine, venlafaxine, phénelzine, moclobémide, paroxétine , mirtazapine)	4
Dosage	
• Dose thérapeutique minimale ou inférieure	0
• Supérieure à la dose thérapeutique minimale	1
Expérience passée avec des symptômes de sevrage	
• Arrêt de l'antidépresseur dans le passé sans symptôme de sevrage	0
• Symptômes de sevrage légers à modérés	1
• Symptômes de sevrage sévères	2
• Symptômes de sevrage très sévères	3

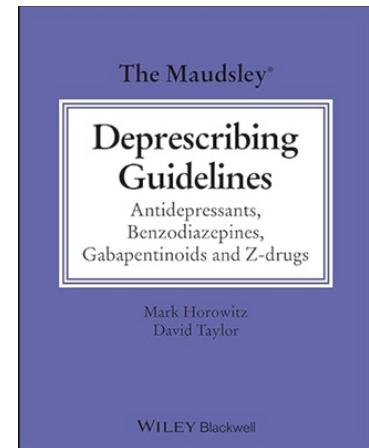
à adapter avec la pratique quotidienne ?
mais pas d'études scientifiques validant un modèle

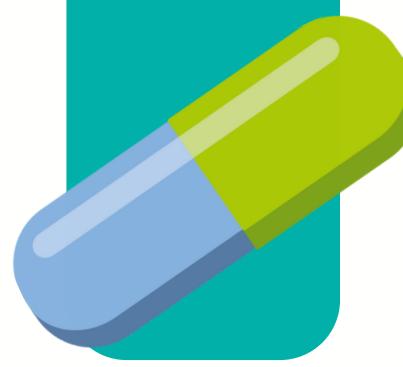
»» Protocole de déprescription intermédiaire (risque de sevrage avec un score < 5) :
Durée de 7 à 14 mois



préparation magistrale ?

adaptation des dosages par l'industrie pharmaceutique ?





ARRÊT PAROXETINE

Matériel et Méthode

1. Recherche de faisabilité des préparations magistrales nécessaires à la décroissance des doses

2. Étude de la possibilité d'une réduction de la durée des protocoles



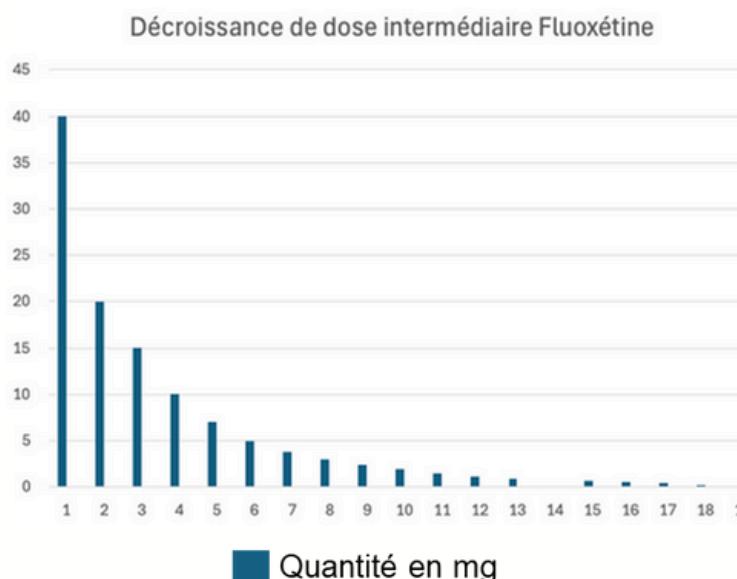
3. Élaboration des protocoles de déprescription :

- schémas intermédiaires et lents
- méthode de décroissance posologique hyperbolique d'Horowitz
- adaptation aux spécialités françaises et/ou arrondi des doses pour faciliter la fabrication des préparations magistrales

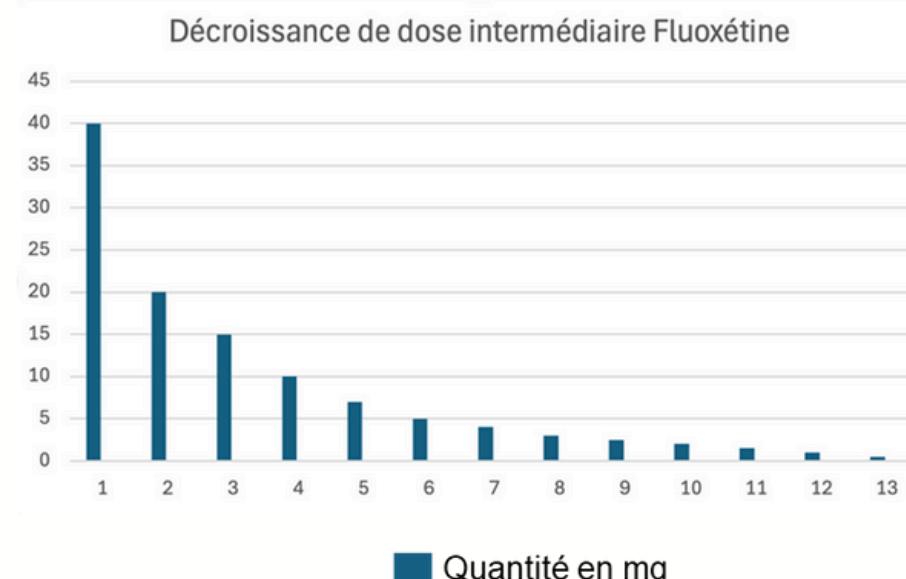


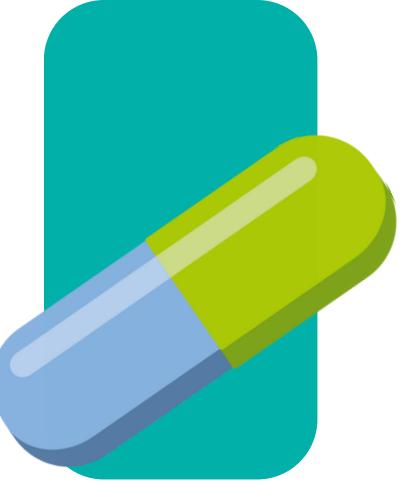
The Maudsley Deprescribing Guidelines, Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentinoids and Z-drugs, Mark Horowitz, David Taylor, 2024

Horowitz :

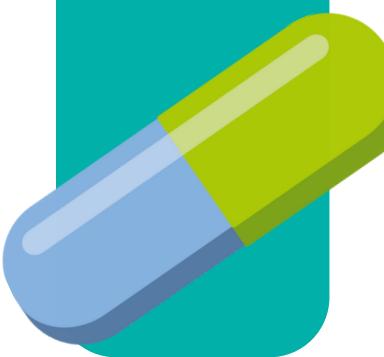


Adaptation du modèle d'Horowitz :





IMPACTS MÉDICO-ÉCONOMIQUES



ÉTUDE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

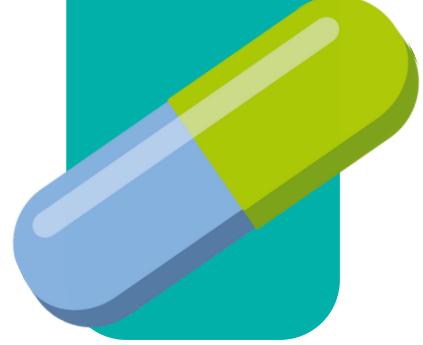
EXEMPLE DES IPP

- Détail analyse perte financière pour les officines

Etude observationnelle Epiphare-ANSM 2015 : plus de la moitié des usages ne serait pas justifié → objectif fixé d'une réduction de 50% des consommations d'IPP

- Gain des officines via marge et honoraires sur les IPP en 2024 : **192 millions euros**, calculé à partir :
 - ✓ Nb btes dispensées en officine en 2024 (Médic AM)
 - ✓ Marge dégressive lisse (en lien avec PFHT)
 - ✓ Remise laboratoire sur les génériques et non génériques (plafond 40%* et 2,5%)
 - ✓ Honoraires de dispensation :
 - ✓ honoraire par bte vendue
- les honoraires par ordonnance ne sont pas prises en compte, mais si IPP en monothérapie cela aura un impact :
 - ✗ honoraire car ordonnance contenant au moins un médicament remboursable (estimé à 80 millions d'euros)
 - ✗ honoraire car ordonnance pour PA > 70 ans - (estimé à 38 millions euros - en cours de consolidation)
 - ✗ honoraire car ordonnance contient au moins 5 médicaments remboursables - (estimé à 6 millions euros via donnée SNDs du Grand Est - en cours de consolidation)
- **soit un manque à gagner annuel de 96 millions euros si atteinte de l'objectif de réduction de 50%**
- **le plafond de ces remises a été beaucoup discuté**

Les laboratoires pharmaceutiques ou les grossistes-répartiteurs peuvent accorder des avantages commerciaux aux pharmaciens d'officine via la mise en œuvre de remises encadrées par la loi. Elles sont plafonnées à 40 % du PFHT pour les médicaments génériques et les médicaments sous TFR.



Merci de votre attention !

Contacts

📞 Athénaïs ERCKER – site de Strasbourg : 03 88 88 93 30
Pierre LE QUINIO – site de Strasbourg : 03 88 76 76 73

✉️ ars-grandest-omedit@ars.sante.fr
athenais.ercker@ars.sante.fr

🌐 <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/>

in [OMEDIT Grand-Est](#)

📍 OMEDIT Grand Est | Agence Régionale de Santé
• 3 Boulevard Joffre - 54000 Nancy
• 14 rue du Maréchal Juin - 67000 Strasbourg

