



# OUVERTURE DE LA

# JOURNÉE DÉPRESCRIPTION EN CORSE



Pour sensibiliser et accompagner les professionnels de santé dans l'intégration de cette démarche au cœur de leur pratique quotidienne





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



---

# La Déprescription des Médicaments : Enjeux, Bénéfices et Dispositifs en France

---

Pr Stéphane HONORE  
Responsable OMÉDIT PACA-Corse

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# La Déprescription des Médicaments : Enjeux



**Définition** : Réduction ou arrêt de médicaments non nécessaires ou risqués.

**Objectifs** : Améliorer qualité de vie, réduire risques iatrogènes, optimiser coûts.

**Contexte** : Patients polymédiqués ( $\geq 5$  molécules) ou hyperpolymédiqués ( $\geq 10$ ), addictologie...

**Complémentaire du Bon usage des médicaments**





# Enjeux Principaux de la Déprescription



**Santé des patients**

**Cliniques et médicaux**

**Organisationnels**

**Économiques**

**Éthiques/Sociétaux**

**Suivi/Recherche**

**Approche multidisciplinaire essentielle.**

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Enjeux pour la santé des patients



- **Amélioration de la qualité de vie** : La déprescription vise à réduire les effets secondaires, les interactions médicamenteuses et la charge médicamenteuse, particulièrement chez les patients polymédiqués (souvent les personnes âgées). Par exemple, arrêter des benzodiazépines peut réduire les risques de chutes et de confusion.
- **Risques associés à la déprescription** : Arrêter un médicament peut entraîner un retour des symptômes ou une aggravation de la condition traitée (par exemple, arrêter un antidépresseur trop rapidement peut provoquer un syndrome de sevrage). Cela nécessite une évaluation rigoureuse des bénéfices et des risques.
- **Adhésion des patients** : Certains patients peuvent craindre l'arrêt d'un médicament auquel ils sont habitués, percevant cela comme une diminution des soins. Une communication claire et une éducation thérapeutique sont essentielles pour gagner leur confiance.

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Enjeux cliniques et médicaux



- **Évaluation basée sur les données probantes** : La déprescription repose sur des lignes directrices ou des outils comme les critères de Beers ou STOPP/START, mais leur application varie selon les contextes cliniques. Les médecins et pharmaciens doivent évaluer chaque cas individuellement, ce qui demande du temps et des compétences.
- **Complexité des cas** : Chez les patients atteints de multiples pathologies (polypathologies), il peut être difficile de déterminer quels médicaments arrêter sans compromettre la gestion d'autres conditions.
- **Manque de données** : Pour certains médicaments, il existe peu d'études sur les effets à long terme de la déprescription, ce qui complique la prise de décision.





- **Charge de travail des professionnels de santé** : La déprescription nécessite du temps pour évaluer les dossiers, discuter avec les patients et assurer un suivi. Dans des systèmes de santé souvent surchargés, cela peut être un défi.
- **Collaboration interprofessionnelle** : La déprescription est plus efficace lorsqu'elle implique médecins, pharmaciens et autres professionnels de santé. Cependant, les silos professionnels et le manque de coordination peuvent freiner ce processus.
- **Formation et sensibilisation** : Les professionnels de santé ne sont pas toujours formés à la déprescription, qui diffère de la prescription classique. Il faut promouvoir une culture du "moins peut être mieux" dans certains cas.





# Enjeux économiques



- **Réduction des coûts** : La déprescription peut diminuer les dépenses liées aux médicaments, aux hospitalisations dues à des effets secondaires ou à des interactions médicamenteuses. Par exemple, les études montrent que les médicaments inappropriés coûtent des milliards aux systèmes de santé chaque année.
- **Résistance de l'industrie pharmaceutique** : L'industrie peut percevoir la déprescription comme une menace à ses revenus, ce qui peut influencer les pratiques via le marketing ou le lobbying.

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Enjeux éthiques et sociétaux



- **Autonomie des patients** : La déprescription doit respecter les préférences et les valeurs des patients. Une approche centrée sur le patient est cruciale pour éviter toute impression de paternalisme médical ou pharmaceutique.
- **Surmédicalisation** : Dans de nombreuses sociétés, la culture favorise la prise de médicaments pour toute condition. La déprescription remet en question cette norme et promeut une approche plus holistique de la santé.
- **Équité d'accès** : Les patients dans des contextes socio-économiques défavorisés peuvent avoir moins accès à des suivis réguliers, ce qui complique la mise en œuvre de la déprescription.

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Enjeux liés au suivi et à la recherche



- **Suivi post-déprescription** : Un arrêt de médicament nécessite un suivi pour détecter tout effet indésirable ou retour des symptômes, ce qui peut être difficile à organiser, surtout pour les patients en perte d'autonomie.
- **Recherche insuffisante** : Il y a un besoin de plus d'études sur les protocoles de déprescription, notamment pour des classes de médicaments comme les opioïdes ou les statines chez les populations âgées.

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Bénéfices Chiffrés et Validés



- **Mortalité** : Réduction 41% en fin de vie (revue 231 essais, 44 193 patients).
- **Événements indésirables** : Réduction sans risque accru (92,9% essais) ; EI sevrage 1,81%.
- **Coûts** : Économies 619,6 €/patient (maison retraite) ; 61,74 € /mois.
- **Autres** : Amélioration qualité de vie (EQ-5D-5L) ; fragilité (-1,35 échelle Edmonton) ; dépression (-2 GDS).

Données d'essais randomisés/revues systématiques ; certitude modérée à élevée.

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Polymédication/Hyperpolymédication en Corse



- **Points clés** (déc. 2022 - sept. 2024) :
  - $\geq 65$  ans (Champ MT) : Polymédication 48,7% ; Hyperpolymédication 13,2% (78 901 patients).
  - $\geq 65$  ans (Tous assurés) : Polymédication 39,7% ; Hyperpolymédication 10,7% (102 567 patients).
  - $\geq 80$  ans (Champ MT) : Polymédication 64,8% ; Hyperpolymédication 19,9%.
  - Taux standardisés :  $\geq 65$  ans (Poly 9 925, Hyper 2 675/100 000 hab.) ;  $\geq 80$  ans (Poly 3 045, Hyper 910).
  - Tendances : Stabilité ; taux supérieurs moyenne nationale (population âgée 25%).
- **Source** : Évolution de la polymédication en PACA Corse (OMÉDIT PACA Corse)

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Dispositif Assurance Maladie

## Consultation Longue (GL)

- **Contexte** : Convention médicale 2024-2029 ; en vigueur 1er janvier 2026.
- **Éligibilité** : Patients  $\geq 80$  ans ; médecin traitant ; 1x/an par motif (max 3/an).
- **Motifs** : GL1 (sortie hospitalisation), **GL2 (déprescription  $\geq 10$  lignes)**, GL3 (APA).
- Tarif : 60 € (opposable) ; code GL + sous-code ; non cumulable.
- Remboursement : 70% (42 €) moins 2 € ; 100% en ALD.
- Prérequis GL2 : Bilan médication (pharmacien ou interne).





# Acceptabilité des Bilans CEPPIM pour GL2



- **CEPPIM** : Centres hospitaliers Corse (labellisés 2024) ; bilans multidisciplinaires (RCP ville-hôpital).
- **Acceptabilité** : Oui, si  $\geq 80$  ans hyperpolymédiqué ; bilan structuré/transmis (MSSanté/DMP).
- **Critères** : Pertinence clinique, formalisation, coordination médecin traitant.
- **Limites** : Contexte hospitalier vs ambulatoire ; vérifier CPAM.
- **Recommandation** : Copie bilan ; valider avec CPAM Corse.

Similaire BPM officinal en contenu.





# Conclusion



- **Déprescription** : Réduit risques/couts (mortalité -41%,EI, économies >600 €/patient).
- **Corse** : Polymédication élevée (48,7%  $\geq$ 65 ans) .
- **Défis** : Coordination, formation, personnalisation.
- **Perspectives** : Outils OMÉDIT PACA Corse) ; recherche accrue.

**Approche essentielle multidisciplinaire et centrée patient.**

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Place aux échanges !



**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
Samedi 11 octobre 2025





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



Etablissement Public de Santé



---

# Déprescription et psychotropes : Chiffres et enjeux

---

Dr M.-H. CATTINO, Dr A. BURESI  
Centre Hospitalier de Castelluccio

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# DÉPRESCRIPTION ET PSYCHOTROPES

Dr M.-H. CATTINO, Dr A. BURESI  
Centre Hospitalier de Castelluccio

11 octobre 2025

# SOMMAIRE

- Introduction
- I) Données épidémiologiques
- II) Principes généraux de prescription
- III) Pourquoi la déprescription devient-elle un enjeu ?
- IV) Déprescrire oui, mais comment ?
- V) Alternatives aux psychotropes
- VI) Sécurité et bonnes pratiques
- Conclusion

# Introduction

- Augmentation des prescriptions de psychotropes en France, y compris chez les sujets jeunes
- Augmentation des demandes de consultations psychiatriques (post-COVID), avec une prégnance d'états anxieux et post-traumatiques (30 % de cs environ)
- Adolescence et Adultes Jeunes = période de vulnérabilité psychique et neurobiologique ?
- Réf. aux travaux de la psychiatrie du sud-est sur les modifications des zones actives du cerveau dans les prodromes chez les adolescents, augmentation de prise de toxiques concomitante
- Augmentation de la prescription des psychotropes à l'entrée en EHPAD
- Risques : E.I. physiques, psychiques, cognitifs, dépendance et chronicisation...
- Objectif : poser des repères pratiques, sécuritaires et adaptés

# Données épidémiologiques

- Antidépresseurs (20-24 ans) : 2,6 % en Corse vs 1,8 % en France
- Anxiolytiques : ~1 %
- Neuroleptiques : 0,26 %

# Données épidémiologiques

## ~Antidépresseurs~

Antidépresseurs (20-24 ans) : 2,6 % en Corse vs 1,8 % en France

Tranche d'âge	Prévalence en Corse (%)	Prévalence en France (%)
Tous âges	5.54	5.07
20-24 ans	2.59	1.81
25-29 ans	3.45	2.38
30-34 ans	4.25	2.95
35-39 ans	5.22	3.73
40-44 ans	6.59	4.82
45-49 ans	6.19	5.85
50-54 ans	7.20	6.90
55-59 ans	7.98	7.65
60-64 ans	8.40	7.53
65-69 ans	7.38	7.40
70-74 ans	7.61	8.42
75-79 ans	9.16	9.94
80-84 ans	10.94	11.97
85-89 ans	13.81	14.73
90-94 ans	16.13	17.79
>95 ans	16.63	18.62

# Données épidémiologiques ~Antidépresseurs~

Journée déprescription  
en Corse

6

Dr M.-H. Cattino, Dr A. Buresi CHC -  
11/10/2025



Légende : Prévalence (%)



# Données épidémiologiques ~ Anxiolytiques ~

Anxiolytiques : ~1 %

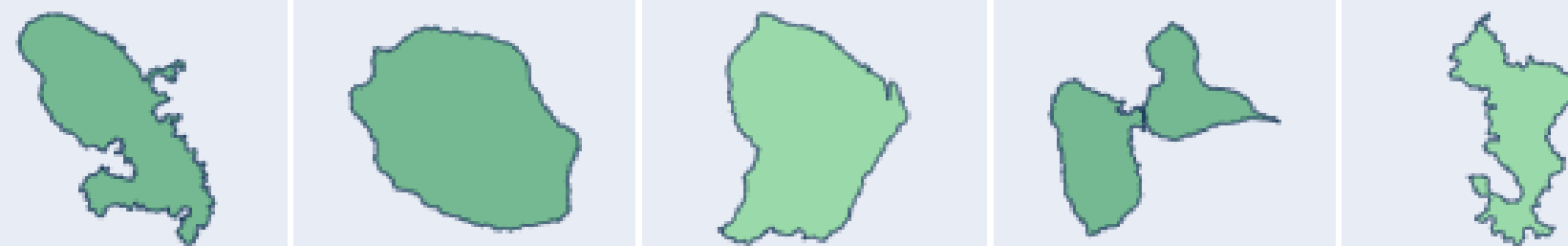
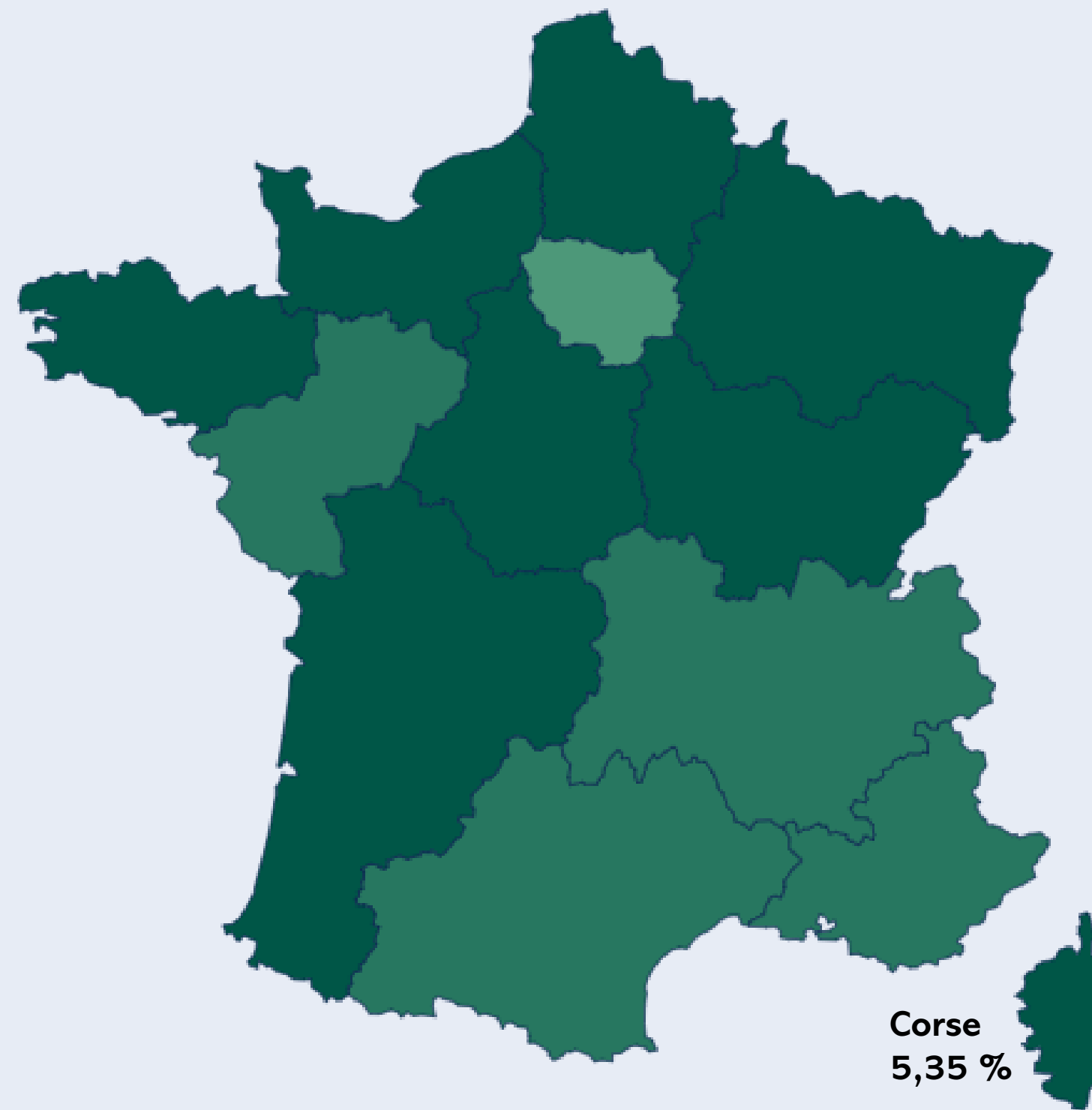
Tranche d'âge	Prévalence en Corse (%)	Prévalence en France (%)
Tous âges	5.35	4.48
20-24 ans	1.08	1.01
25-29 ans	1.65	1.40
30-34 ans	2.44	1.91
35-39 ans	2.91	2.59
40-44 ans	4.31	3.43
45-49 ans	4.85	4.21
50-54 ans	5.91	5.14
55-59 ans	6.72	6.03
60-64 ans	7.52	6.51
65-69 ans	7.69	7.37
70-74 ans	9.14	9.04
75-79 ans	10.57	10.87
80-84 ans	13.01	13.15
85-89 ans	16.23	15.96
90-94 ans	19.67	18.54
>95 ans	21.69	20.66

# Données épidémiologiques ~ Anxiolytiques ~

Journée Déprescription  
en Corse

8

Dr M.-H. Cattino, Dr A. Buresi CHC -  
11/10/2025



Légende : Prévalence (%)



# Données épidémiologiques ~ Hypnotiques ~

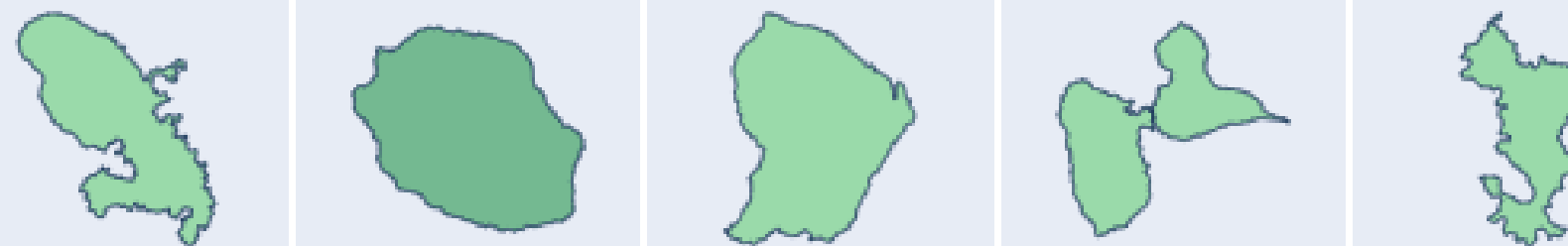
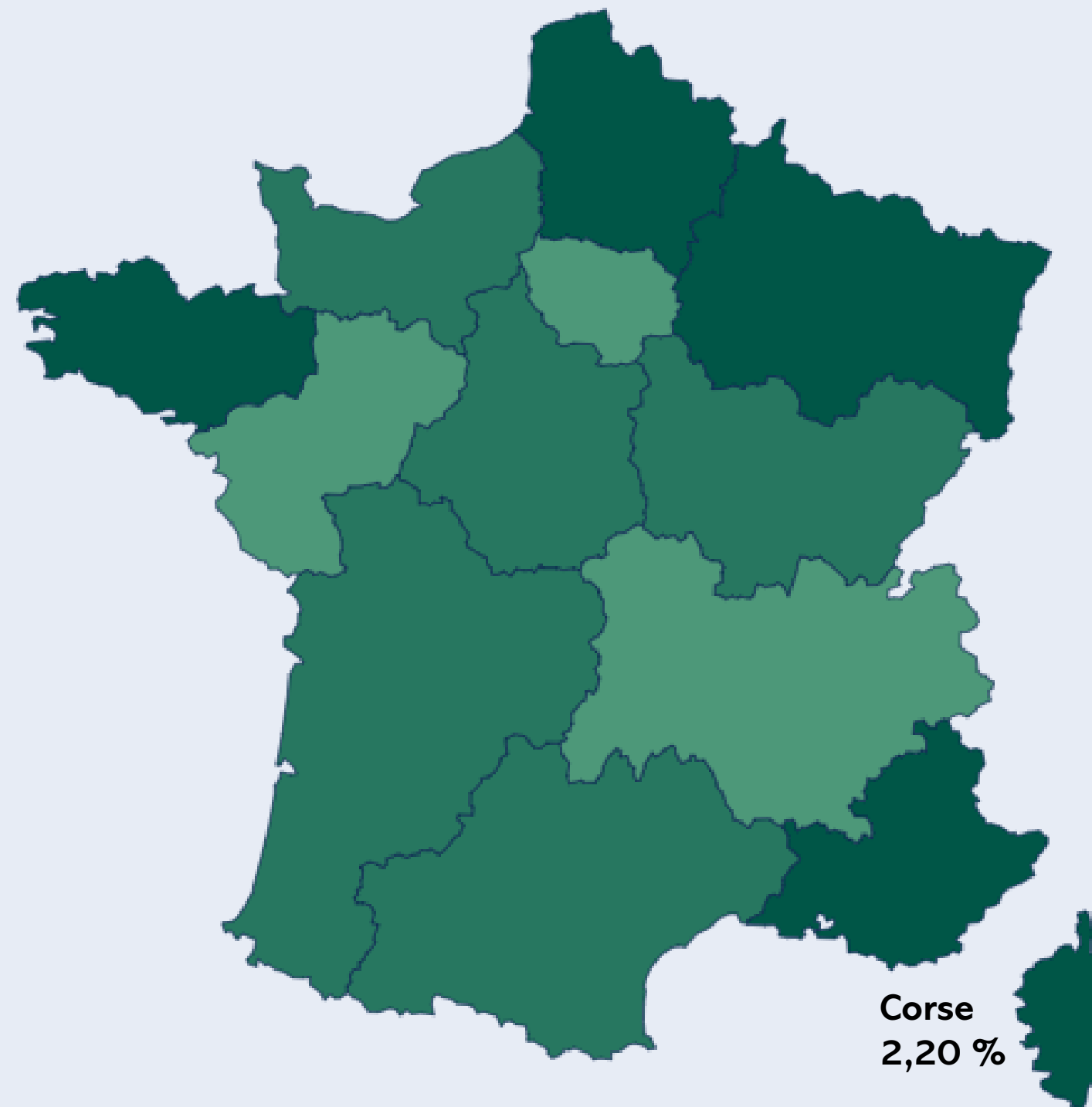
Tranche d'âge	Prévalence en Corse (%)	Prévalence en France (%)
Tous âges	2.20	1.63
20-24 ans	0.16	0.12
25-29 ans	0.48	0.23
30-34 ans	0.72	0.39
35-39 ans	0.80	0.61
40-44 ans	1.25	0.87
45-49 ans	1.75	1.17
50-54 ans	2.25	1.59
55-59 ans	2.85	2.11
60-64 ans	3.25	2.51
65-69 ans	3.49	3.03
70-74 ans	4.12	3.86
75-79 ans	4.83	4.81
80-84 ans	6.41	5.88
85-89 ans	7.03	6.81
90-94 ans	8.21	7.54
>95 ans	8.19	7.89

# Données épidémiologiques ~ Hypnotiques ~

Journée Déprescription  
en Corse

10

Dr M.-H. Cattino, Dr A. Buresi CHC -  
11/10/2025



Légende : Prévalence (%)



# Données épidémiologiques ~ Neuroleptiques ~

► Neuroleptiques : 0,26 %

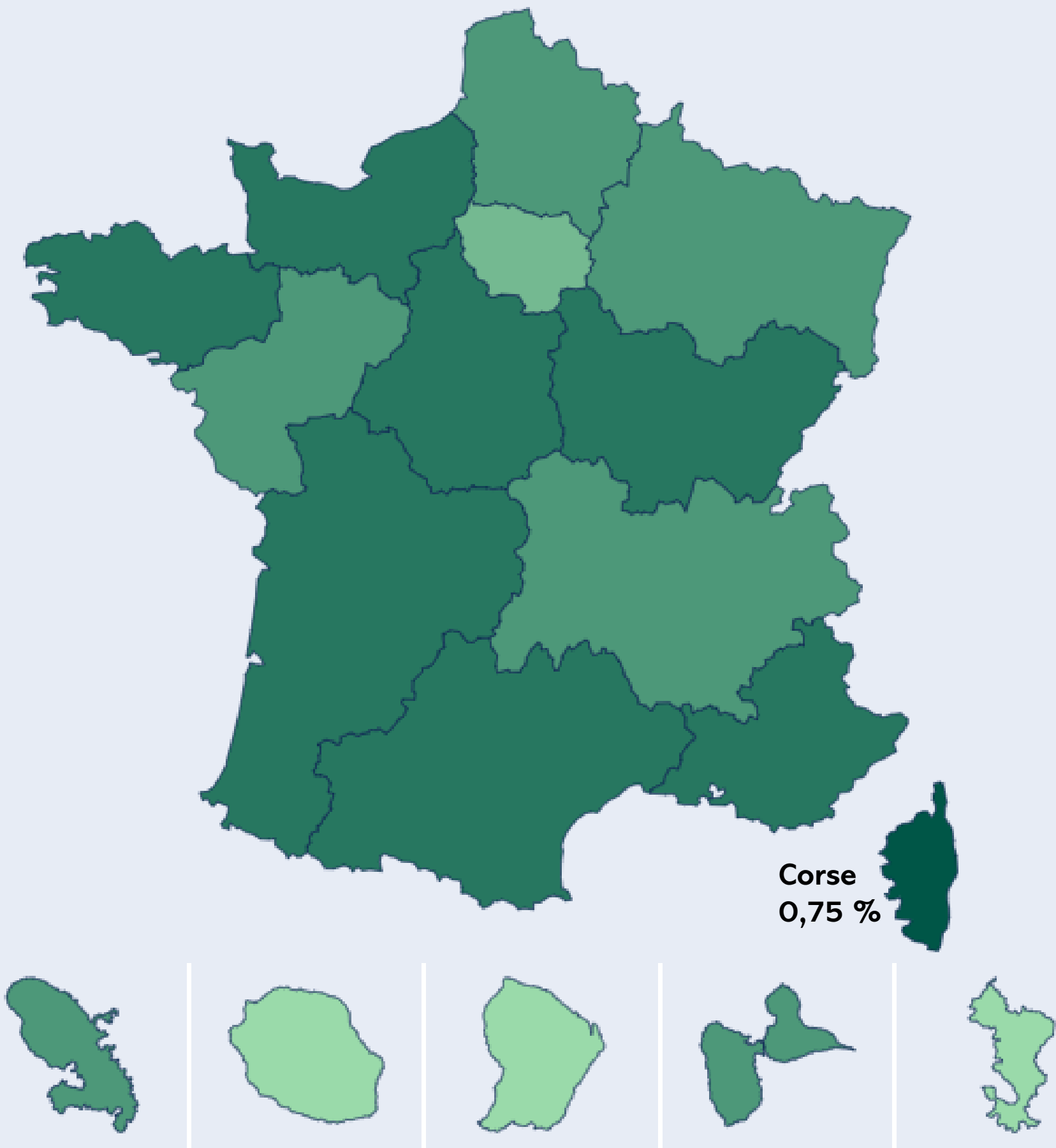
Tranche d'âge	Prévalence en Corse (%)	Prévalence en France (%)
Tous âges	0.75	0.51
20-24 ans	0.26	0.24
25-29 ans	0.35	0.24
30-34 ans	0.40	0.27
35-39 ans	0.43	0.32
40-44 ans	0.54	0.40
45-49 ans	0.70	0.48
50-54 ans	0.84	0.55
55-59 ans	0.95	0.61
60-64 ans	0.96	0.59
65-69 ans	0.74	0.58
70-74 ans	0.84	0.67
75-79 ans	1.18	0.88
80-84 ans	1.71	1.37
85-89 ans	4.07	2.14
90-94 ans	4.07	3.10
>95 ans	4.69	3.90

# Données épidémiologiques ~ Neuroleptiques ~

Journée Déprescription  
en Corse

12

Dr M.-H. Cattino, Dr A. Buresi CHC -  
11/10/2025

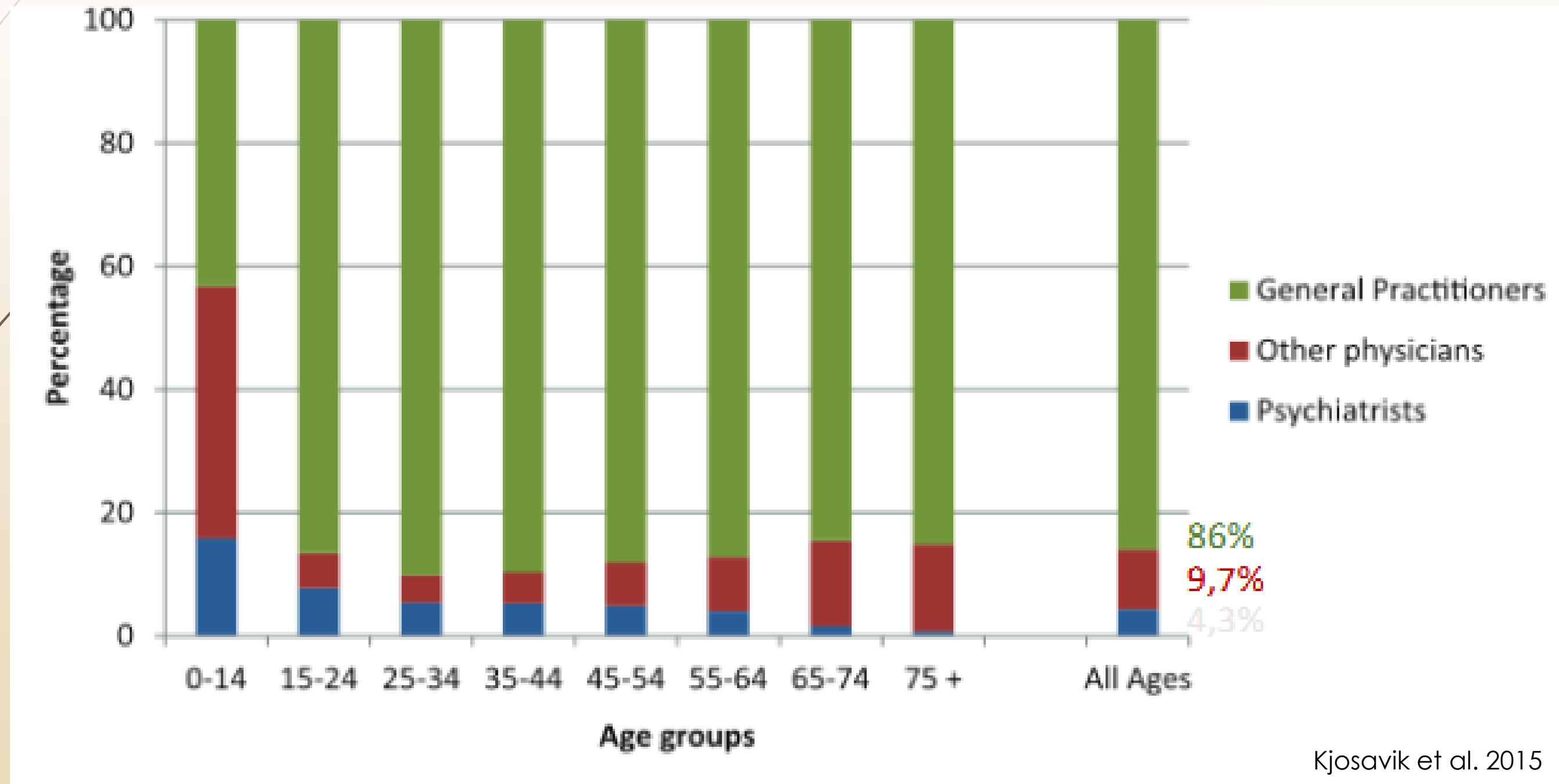


Légende : Prévalence (%)

0,23 - 0,34 0,34 - 0,44 0,44 - 0,54 0,54 - 0,65 0,65 - 0,75 Non significatif

# Données épidémiologiques

## Qui prescrit le plus ?



Kjosavik et al. 2015

# Données épidémiologiques ~ Qui prescrit le plus ? ~

Pas de chiffres en  
Corse:  
Répartition  
Généralistes /  
Psychiatres / Autres  
Spécialistes

Pas de chiffres par  
territoires : Zones  
Urbaines/ Rurales

# Principes généraux de prescription

- Privilégier thérapies non médicamenteuses en 1<sup>ère</sup> intention
- Psychotrope seulement si symptômes sévères et invalidants
- Prescription prudente : dose minimale efficace, suivi rapproché
- Limiter la durée et réévaluer régulièrement

# Principes généraux de prescription ~ Antidépresseurs ~

- Indication : épisode dépressif modéré à sévère / psychotrauma / phobies invalidantes
- ISRS en première intention
- Durée : 6-12 mois après rémission clinique
- Vigilance : risque suicide initial (surtout si risque non recherché / attention aux équivalents suicidaires)
- Déprescription progressive

# Principes généraux de prescription ~ Anxiolytiques ~

- Pas d'indication de long cours
- Durée max : 4-12 semaines
- Risques : dépendance, troubles cognitifs, mésusage
- Déprescription lente et individualisée / en lien avec le médecin traitant

# Principes généraux de prescription ~ Neuroleptiques ~

- Indications : psychose, bipolarité, troubles graves du comportement
- Risques métaboliques et neurologiques
- Surveillance régulière nécessaire
- Pb des troubles du comportement et des prodromes chez l'ado / Diag ?
- Dissociation psychique pouvant être traumatique et non psychotique

# Principes généraux de prescription ~ Hypnotiques ~

- Uniquement dans l'insomnie aiguë
- Privilégier hygiène du sommeil / psychoéducation
- Durée la plus courte possible, limitée à 4 semaines

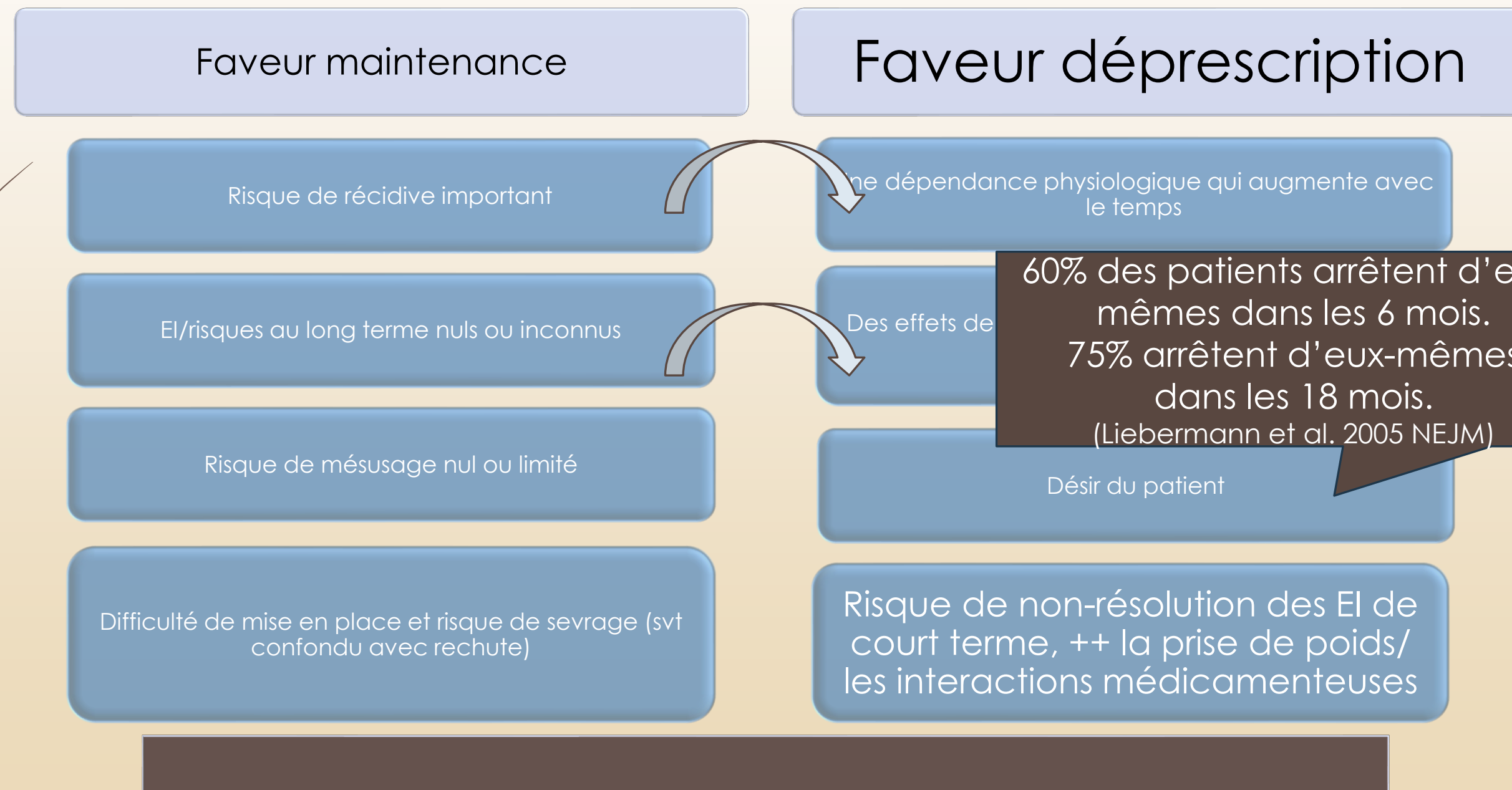
# Pourquoi la déprescription devient-elle un enjeu ?

Des prescriptions pas toujours justifiées

- ~ 15-25 % des Antidépresseurs :
  - Prescrits sans diagnostic clair
  - Y compris chez les sujets > 50 ans
  - La « déstigmatisation » des psychotropes → abus
- En Angleterre, 20% de la population sous AD :
  - ~30% de la pop° traitée  $\geq$  1 fois par AD
  - 30% ont une coprescription d'anxiolytiques
  - Durée ~9 mois, observance 70%

# Pourquoi la Déprescription devient-elle un enjeu ?

Balance bénéfique/ risque



# Pourquoi la Déprescription devient-elle un enjeu ?

~Impact sur l'environnement et la santé publique~

- Santé = ~8% émissions CO2 (~1,5 millions de tonnes CO2/an)

- 25% lié aux médicaments (consommations et déchets)

(Andrieu et al. 2023 - Lancet Planet Health)

- La pollution des rivières

- Le coût pour la collectivité, de la prescription et des conséquences de la dépendance, voire du risque suicidaire mal pris en charge (majorité des actes auto agressifs perpétrés avec des psychotropes ou mélangés aux toxiques - IMV)

# Pourquoi la déprescription devient-elle un enjeu ?

~Impact sur l'environnement et la santé publique~

## Réduire les surdiagnostics et surtraitements

:

- 30% des dépenses de santé estimées inutiles :
  - Estimations en France et aux USA (American Board of Internal Medicine, ABIM)
  - Économies possibles estimées à 2 milliards £ (UK)
- Impact environnemental :
  - Surdiagnostic, examens complémentaires inutiles => surtraitements
  - Sans bénéfice pour les patients

## Pourquoi la déprescription devient-elle un enjeu ?

~Impact sur l'environnement et la santé publique~

### Iatrogénie et santé

> 200.000 hospitalisations/an dues à la iatrogénie médicamenteuse en France

### Plus de 10 000 morts par an liées à un mauvais usage des médicaments

Au moins la moitié de ces morts sont évitables, affirme un groupe de professionnels de la santé dans un communiqué diffusé jeudi.

Le Monde avec AFP

Publié le 22 mars 2018 à 06h26, modifié le 22 mars 2018 à 07h03 · Lecture 1 min.

# Déprescrire oui, mais comment ?

- ➔ Réticence de la part des psychiatres :  
manque de formation à  
la déprescription
- ➔ Déprescription  
hyperbolique et  
pas linéaire

## **Maeva Musso : « En psychiatrie, la déprescription devrait être envisagée dès la prescription »**

La psychiatre, qui va ouvrir à Paris une consultation spécialisée dans l'optimisation médicamenteuse des troubles psychiques, rappelle, dans un entretien au « Monde », son importance dans l'accompagnement thérapeutique et déplore sa rareté en France.

Propos recueillis par [Lilas Pepy](#)

Publié le 19 avril 2025 à 17h30, modifié le 21 avril 2025 à 09h00

# Alternatives aux psychotropes

- Psychothérapies (TCC, thérapie familiale, hypnose, EMDR, psychanalyse, soutien, réhabilitation psychosociale...)
- Psychoéducation (patient + famille)
- Rédaction d'un plan de crise avec le patient
- Approches éducatives : sommeil, sport, aide à l'insertion sociale.
- Techniques complémentaires : relaxation, méditation, art-thérapie

# Sécurité et bonnes pratiques

- Information et alliance thérapeutique avec le patient et la famille (ado ++)
- Prescription limitée et réévaluée régulièrement
- Suivi rapproché (effets secondaires, observance)
- Préparer la déprescription dès initiation
- Éviter les poly-prescriptions

# Conclusion

- Augmentation des demandes liées à : déstigmatisation, sevrage, solitude, anxiété, contexte socio-économique
- Toutes les demandes ≠ trouble psychiatrique nécessitant un traitement
- Prescription plus élevée en Corse, surtout chez les jeunes
- Pistes : améliorer l'offre de soins, développer réseaux et formations des acteurs de santé
  
- MESSAGE CLE :
  - prescrire peu,
  - prescrire bien,
  - prescrire accompagné

MERCI POUR VOTRE  
ATTENTION



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



---

# Déprescription et psychotropes :

## *Outils d'aide à la déprescription*

---

Yasmine SAIBI – Interne en pharmacie  
OMÉDIT PACA-Corse, Ajaccio

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





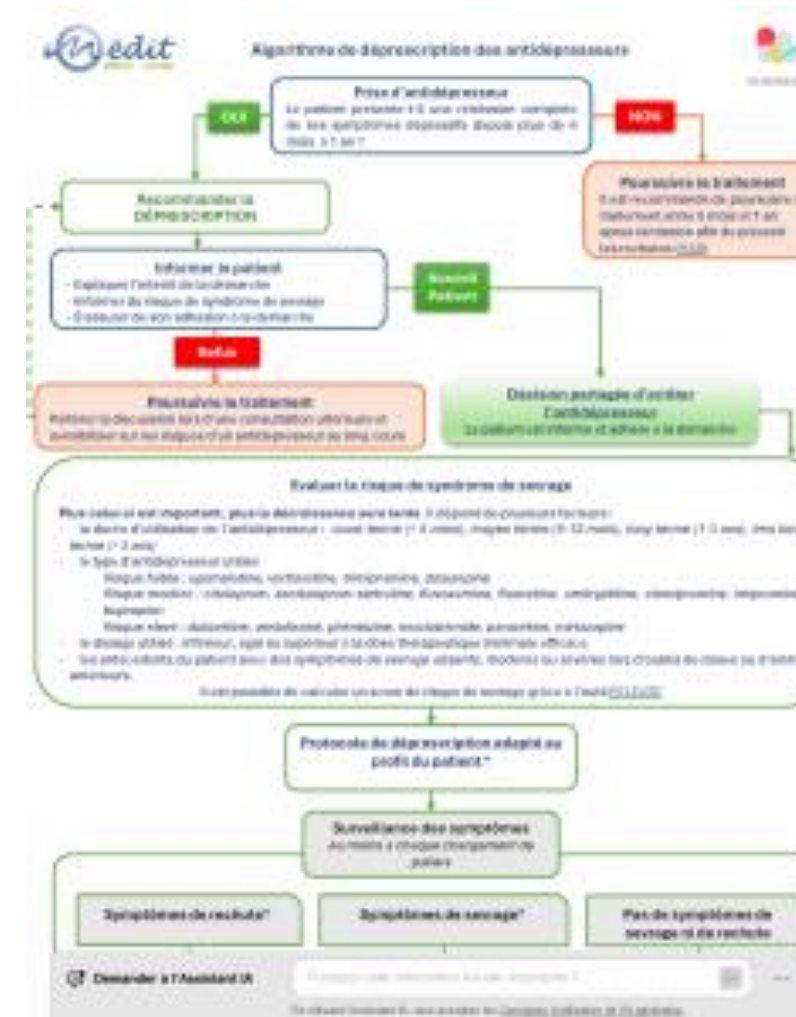
# Algorithmes de déprescription



L'OMÉDIT PACA Corse a élaboré des algorithmes de déprescription pour les benzodiazépines et les antidépresseurs disponibles sur notre [site](#).



[Algorithme de déprescription des benzodiazépines](#)



[Algorithme de déprescription des antidépresseurs](#)

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025



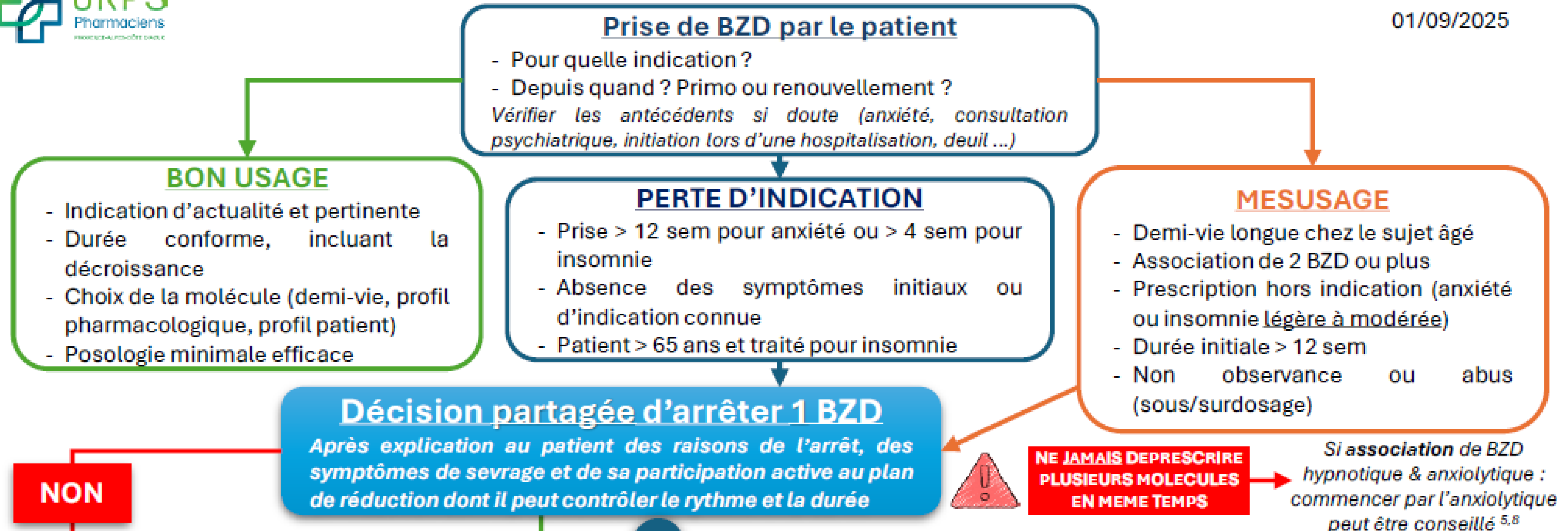


# Déprescription des benzodiazépines



01/09/2025

## Algorithme de déprescription des benzodiazépines (BZD)





# Déprescription des benzodiazépines

## Décision partagée d'arrêter 1 BZD

Après explication au patient des raisons de l'arrêt, des symptômes de sevrage et de sa participation active au plan de réduction dont il peut contrôler le rythme et la durée

NON

OUI

### Conseiller à minima

- Rappeler que l'accompagnement est possible, proposer un essai
- Informer sur les risques liés aux BZD surtout sur de longues durées
- Donner de la documentation écrite
- Eduquer sur le caractère « Si besoin » des BZD par rapport aux traitements chroniques

Réitérer la discussion lors d'une consultation ultérieure

### 1 Evaluer le taux d'attachement

Pressentir la difficulté de l'arrêt selon le profil du patient et à l'aide de l'échelle ECAB (HAS) afin prévoir si nécessaire :  
± précautions particulières\*  
± prise en charge (PEC) spécialisée associée\*

### 2 Réduire graduellement les doses

Toujours lentement et individuellement selon le rythme et le ressenti du patient  
Généralement sur 4 à 10 semaines (HAS) et jusqu'à 12 à 18 mois pour les traitements longs (The Maudsley® Deprescribing Guidelines) : réduction par palier maximum d'1/4 de dose toutes les 2 à 4 semaines, minimum 15 j par palier  
Si plusieurs prises/jour : lever la prise de mi-journée d'abord et terminer par celle du soir  
En fin de sevrage : ajouter des jours sans prise, réduction par palier d'1/8 de dose  
Si forme galénique non adaptée : possible utilisation de solution buvable, de coupe-comprimés, voire de préparation magistrale. Eviter un switch de DCI non nécessaire

3

### Consultations de suivi rapprochées

Quand ?	Objectif	Accompagnement du patient
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 semaine après la 1ère réduction</li> <li>✓ Puis à chaque palier</li> </ul> <p>A adapter selon le profil et les risques du patient (suivi renforcé possible : appels, délivrance fractionnée ...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluer les symptômes de sevrage ou rebond et leur évolution</li> <li>✓ Mesurer les bénéfices (réduction des EI)</li> <li>✓ Vérifier l'adhésion</li> <li>✓ Dépister une éventuelle augmentation de consommation d'alcool/tabac/autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proposer un soutien psychologique si besoin</li> <li>✓ Garantir un contact facile entre consultations (téléphone, messagerie sécurisée ...)</li> <li>✓ Ajuster le rythme de décroissance au ressenti du patient</li> <li>✓ Intégrer le pharmacien dans la démarche</li> </ul>

4

### Surveillance jusqu'à 6 mois après l'arrêt complet

Court terme	Moyen terme	Savoir identifier une rechute
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation 3 à 7 j après dernière prise</li> <li>▪ Evaluer symptômes liés à l'arrêt</li> <li>▪ Informer sur rebond d'indication initiale</li> <li>▪ Proposer de ramener boîtes restantes à l'officine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suivi régulier les 6 premiers mois (période la plus à risque de reprise)</li> <li>▪ Garder la possibilité de contact téléphonique (symptômes, questions)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retour du tableau clinique initial</li> <li>▪ Survenue plus tardive que pour sevrage</li> <li>▪ Installation progressive, intensité croissante voire aggravation et persistance</li> <li>▪ Nécessite réévaluation et traitement de fond</li> </ul>

- Évaluation du **taux d'attachement** du patient
- **Réduction graduelle** des doses et gestion d'un éventuel **syndrome de sevrage**
- **Consultations de suivi rapprochées** et jusqu'à 6 mois après l'arrêt pour identifier les rechutes

**L'éducation du patient est associée à 2,53 fois plus de chances d'arrêt réussi, et l'intervention du pharmacien à 4,78 fois plus.**



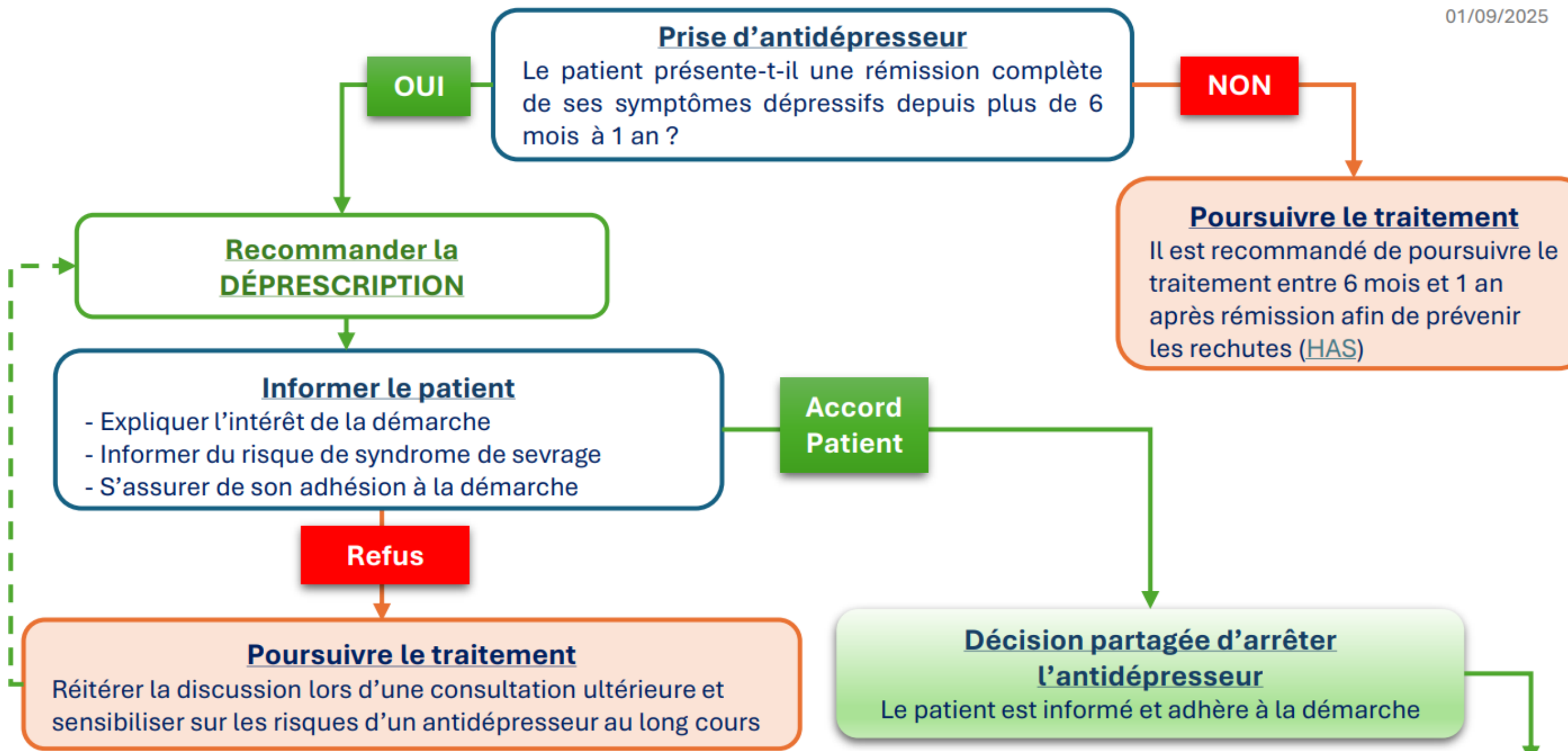


# Déprescription des antidépresseurs

## Algorithme de déprescription des antidépresseurs



01/09/2025





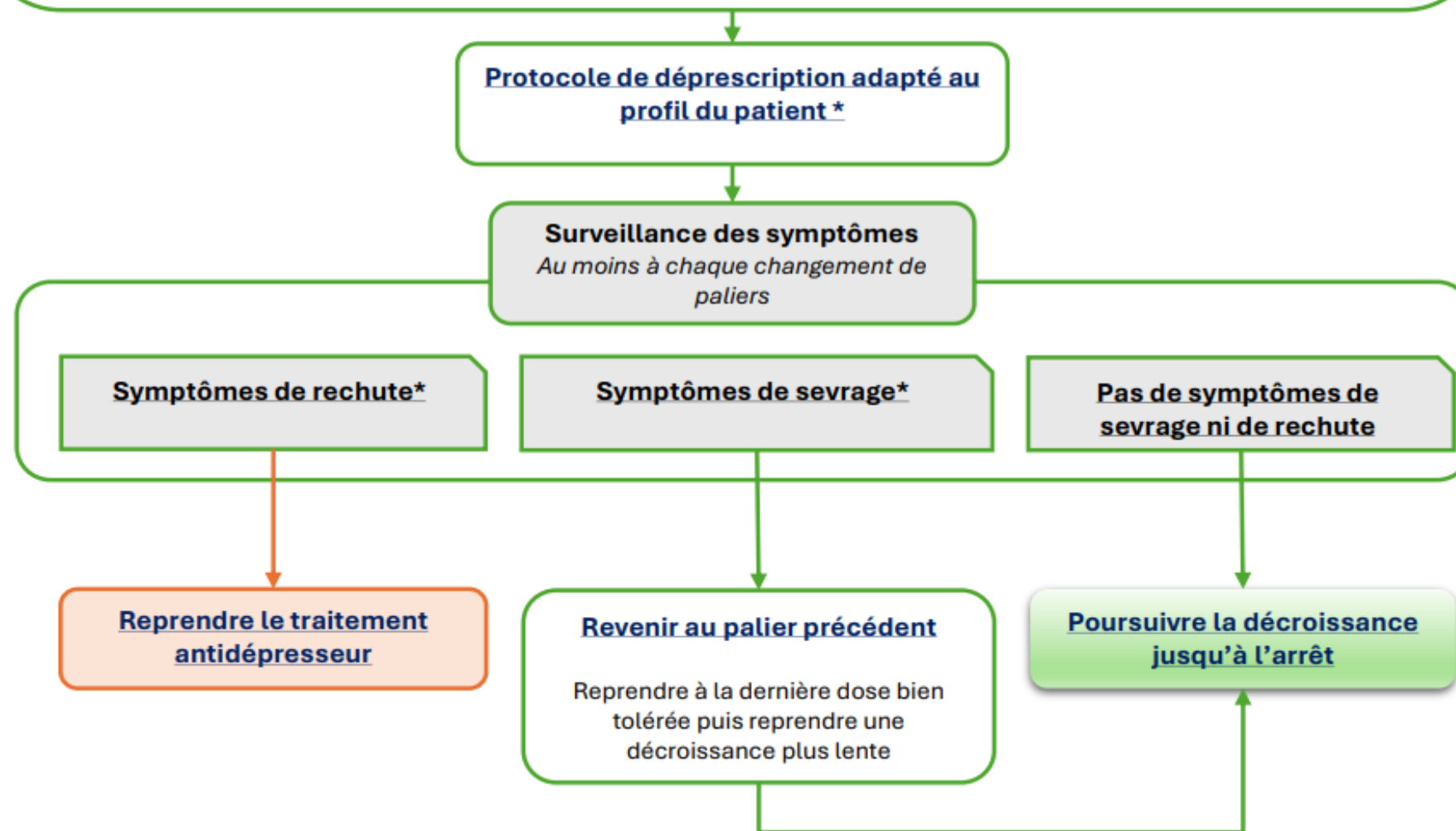
# Déprescription des antidépresseurs

## Evaluer le risque de syndrome de sevrage

Plus celui-ci est important, plus la décroissance sera lente. Il dépend de plusieurs facteurs :

- la durée d'utilisation de l'antidépresseur : *court terme (< 6 mois), moyen terme (6-12 mois), long terme (1-3 ans), très long terme (> 3 ans)*
- le type d'antidépresseur utilisé
  - Risque faible : agomelatine, vortioxétine, trimipramine, dosulépine*
  - Risque modéré : citalopram, escitalopram, sertraline, fluvoxamine, fluoxétine, amitriptyline, clomipramine, imipramine, bupropion*
  - Risque élevé : duloxétine, venlafaxine, phénelzine, moclobémide, paroxétine, mirtazapine*
- le dosage utilisé : inférieur, égal ou supérieur à la dose thérapeutique minimale efficace
- les antécédents du patient avec des *symptômes de sevrage absents, modérés ou sévères* lors d'oublis de doses ou d'arrêts antérieurs.

Il est possible de calculer un score de risque de sevrage grâce à l'outil [RELEASE](#)



\* Ces points sont détaillés au verso de la fiche

1

- Évaluation du **risque de syndrome de sevrage**
- **Réduction graduelle** des doses selon le profil du patient
- **Consultations de suivi** rapprochées et surveillance des symptômes de **Sevrage vs Rechute**





# MERCI POUR VOTRE ATTENTION

## Place aux échanges !



Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



# Impact d'une coopération au quotidien avec une équipe de pharmacie clinique, et d'un protocole de déprescription sur l'amélioration du bon usage des IPP à l'hôpital comme à la ville

Dr Doréa BOUYAHIA (Médecine Générale) - Assistante,  
Service de médecine interne/thérapeutique/post-urgence des  
Prs VILLANI et DAUMAS (La Timone, Marseille)

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025

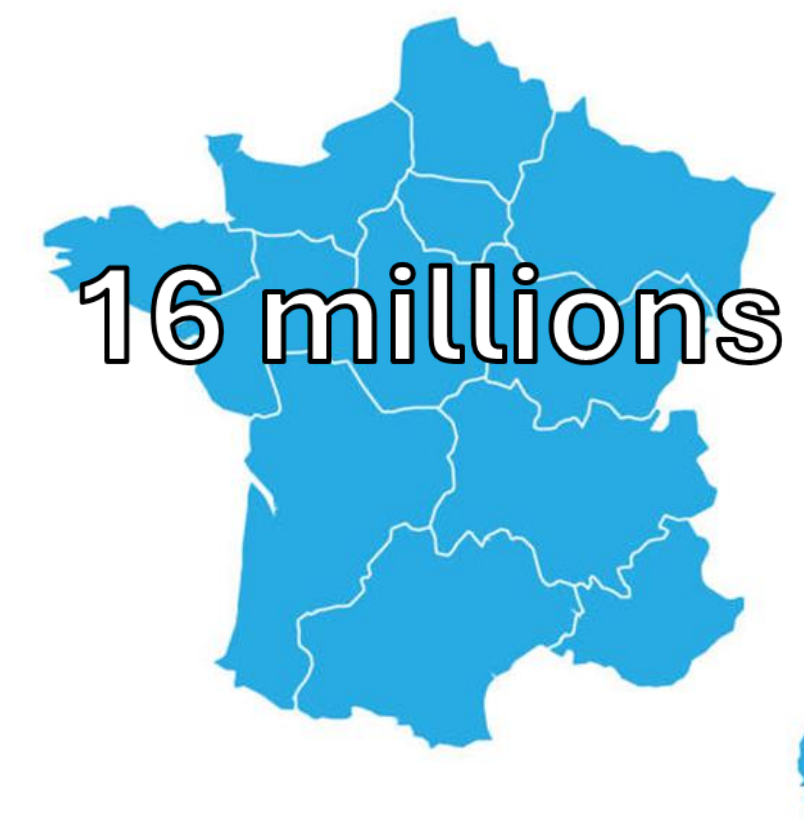




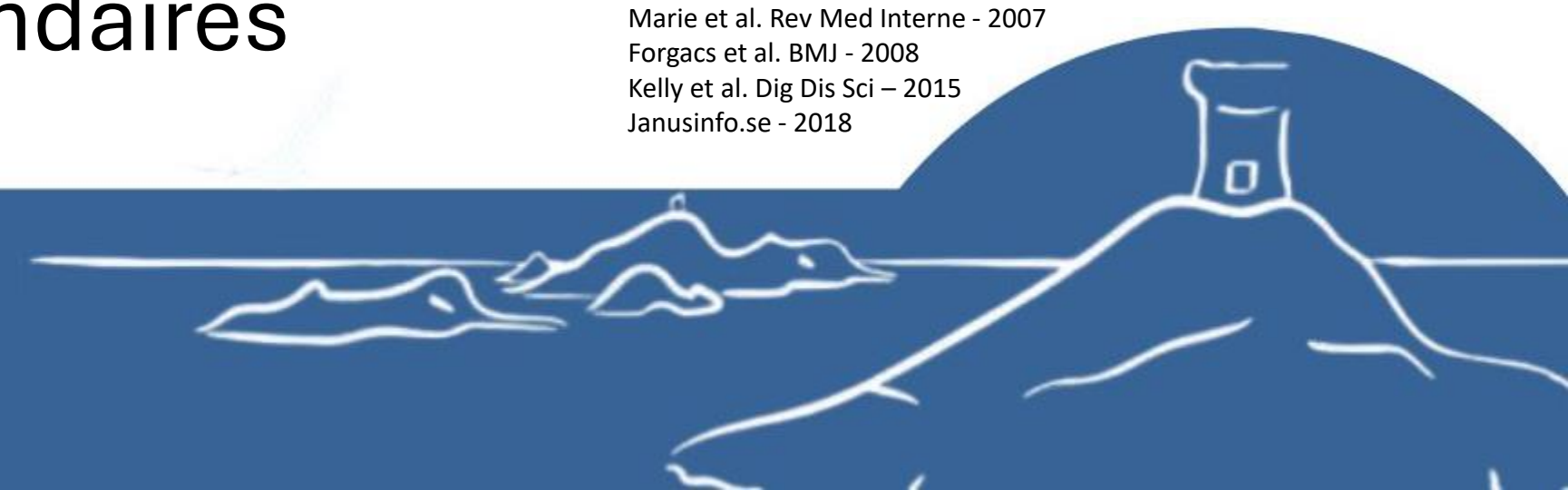
## INTRODUCTION

- 20% patients traités **au long cours**
- 44% patients **>75 ans**
- **25 à 70% des cas: prescription d'IPP Non Justifiée**
- Impact **ECONOMIQUE** majeur:  
Coût de 423 millions d'€/an  
Réduction 10% = 40 millions € d'économie
- Impact **ÉCOLOGIQUE** majeur: « Hazard Score » →  
persistance en milieu aquatique +++
- **Impact CLINIQUE** majeur: effets secondaires

En 2019:



HAS – Fiche de Bon Usage - 2022  
VIDAL – Supports pour prescrire mieux et moins - 2022  
Marie et al. Rev Med Interne - 2007  
Forgacs et al. BMJ - 2008  
Kelly et al. Dig Dis Sci – 2015  
Janusinfo.se - 2018





## INTRODUCTION



Infections gastro-intestinales (colite à C. Difficile)



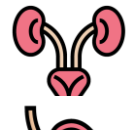
Pneumopathies



Carences nutritionnelles (B12, fer, magnésium, sodium)



Majoration risque fracturaire



Néphrites interstitielles aigües



Majoration risque relatif de cancer gastrique



Troubles neurocognitifs/Démence type Alzheimer



Sur-risque de mortalité toutes causes

Northuis et al. Neurology  
– 2023  
Xie et al. BMJ Open  
– 2017  
Cunningham et al. CMAJ  
– 2006  
Macaigne et al. EM Consulte  
– 2021  
Sierra et al. Aliment Pharmacol Ther  
– 2007  
Liu et al. Anticancer Drugs  
- 2023  
Ortiz-Guerrero et al.  
Neural Plast  
- 2018





## INTRODUCTION

Nombreuses interactions:

- Avec anticancéreux:
  - inhibiteurs de tyrosine kinase (perte efficacité)
  - Méthotrexate (retard d'élimination, augmentation taux sérique)
- Avec antifongiques azolés (diminution absorption)
- Avec antiviraux: nelfinavir, atazanavir (échec thérapeutique)
- Avec Clopidogrel (diminution métabolisation et efficacité, seulement avec Oméprazole et Esoméprazole)

Uchiyama et al. Curr Oncol – 2021  
Wedemeyer et al. Drug Saf – 2014  
Würtz et al. Heart – 2010





## INTRODUCTION

RESTE UN TRAITEMENT CENTRAL DANS LE PAYSAGE THERAPEUTIQUE:

## COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

### Rapport d'évaluation des inhibiteurs de la pompe à protons (spécialités et génériques)

- En 2022, rapport de la Commission de la Transparence de la HAS:
  - Place confirmée et majeure dans l'environnement thérapeutique
  - Maintien du **remboursement**
  - Mais importance de **promotion d'actions de bon usage** larges auprès des **professionnels de santé et des patients**

HAS. Commission de la Transparence - 2022

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





## INTRODUCTION

OBJECTIFS DU TRAVAIL DE THESE:

- Réaliser un **état des lieux** de l'utilisation d'IPP en service de médecine polyvalente
- Evaluer l'impact des **pharmaciens cliniques?**
- Evaluer l'impact des **protocoles de déprescription?**

A visée de trouver des pistes **d'amélioration du bon usage de ces traitements, en hospitalier comme en ambulatoire**





## TRAVAIL DE THESE – Matériel et méthode

- Recrutement dans service de Médecine Interne/Gériatrie/Thérapeutique du Pr VILLANI – Hôpital de la Timone
- Inclusion de Novembre 2022 à Février 2024
- **Tout patient qui avait un IPP dans ses traitements habituels à l'entrée ET qui avait bénéficié d'une conciliation médicamenteuse par les pharmaciens cliniques**
- Recueil rétrospectif des données sur dossier médical et logiciel de prescription Pharma



NOM : BOUYAHIA  
 Nom de jeune Fille :  
 Prénom : Doréa  
 Né(e) le : 16/06/1995  
 HOMME  FEMME  
 IEP : 12345678910

	Adresse	Tel
Patient	13007 Marseille	
Famille	Femme	06
Pharmacie	Pharmacie	04
Médecin traitant	Dr Doréa BOUYAHIA	06

Patient non interrogeable  
 Besoin d'écraser les comprimés  
 Chambre n° 237  
 Date entrée : 16/11/2023  
 Date début BMO : 20/11/2023

**NOMBRE DE TRAITEMENTS**

PHARMACIE - Ordonnance faxée  oui  non

Patient

AXIGATE

Date	Nom/dosage/forme	Posologie				Nom/dosage/forme	Posologie				Nom/dosage/forme	Posologie				
		M	M	S	N		M	M	S	N		M	M	S	N	
	Seroplex 10 mg cpr			1		Seroplex			1		Séroplex 10mg					
	Candesartan 16mg / hydrochlorothiazide /12.5 mg	1				Candesartan « que ½ cp s'il fait très chaud »	1									
	Adenuric 80 mg cpr	1				Adenuric	1				Adénuric 80mg					
	Repaglinide 2 mg cpr	1				« Médicament pour le diabète »	1									
	Kardegic 75 mg sachet		1			Kardegic		1			Kardégic 75mg					
07/09/2023 QSP 3 mois (ordo identique le 08/06/23)	Kayexalate pdr orale rectale 454 g <b>DCI IPP</b>	1 cuillère/jour sauf le dimanche				Kayexalate	1 cuillère/jour le matin sauf le dimanche				Kayexalate					
	Pariet 10 mg cpr	1				Pariet			1		Pariet 10mg					
	Amlor 10 mg gel	1				Amlor	1				Amlor 10mg					
	Liptruzet 10 mg/10mg cpr	1/j				« Médicament pour le cholestérol »			1		Liptruzet 10mg					
	Uvedose 100 000 UI/2ml amp	1 tous les 3 mois				Ampoule vitamine D Dernière prise en septembre	1 tous les 3 mois				Uvedose					
	Bicarbonate (indiqué par tél : préparation magistrale gélule à 1g)	1g 3x/j				Bicarbonate	1	1	1							

ATCD : HTA suivie et traitée ; Cancer du rein en 2002 traité par néphrectomie, insuffisance rénale stade IV ; DNID ; Goutte ; 68 PA sevré depuis 2000; OH occasionnel  
 ALLERGIE : aucune (axigate)

Provenance du patient :  
 SSR  Domicile  
 Hôpital  Autre :  
 EHPAD

Motif d'hospitalisation : Malaise avec perte de connaissances  
 Urgences   
 Programmé

Date fin BMO : 20/11/2023  
 Rédigé par :  
 (externes)

Vérification :

Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille  
 Hôpital Timone  
 Dr MONTALEYRANG Merys



## TRAVAIL DE THESE

### INDICATIONS AMM:

- RGO et œsophagite par RGO
- Endobrachyœsophage (Œsophage de Barrett)
- Œsophagite à éosinophiles
- UGD (+ traitement d'urgence des hémorragies digestives)
- Eradication d'Helicobacter Pylori
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- En association avec AINS **si patient à risque** (sauf RABEPRAZOLE)

#### PATIENT A RISQUE:

- AGE SUPERIEUR A 65 ANS
- PRESENTE UN ANTECEDENT D'ULCERE GASTRIQUE OU DUODENAL
- SOUS ANTI-AGREGANT PLAQUETTAIRE (ASPIRINE, CLOPIDOGREL) ET/OU SOUS ANTICOAGULANT ET/OU SOUS CORTICOIDES SYSTEMIQUES

HAS. Fiche de bon usage – 2022  
VIDAL - RCP





## TRAVAIL DE THESE:

### INDICATIONS HORS AMM:

- En prévention des ulcères et hémorragies digestives hautes post-chirurgie cardiothoracique
- En association avec un double traitement antithrombotique
- En prévention de l'ulcère de stress en réanimation si patient à risque
- Fibrose pulmonaire idiopathique
- Atteinte œsophagienne de sclérodermie systémique

Sousa-Uva et al. Eur J  
Cardiothorac Surg. 2018  
Valmigli et al. Eur Heart J. 2018  
SRLF. Evaluation des pratiques  
professionnelles 2013





## TRAVAIL DE THESE:

- Analyse des ordonnances de sortie et des Comptes-Rendus d'Hospitalisation (CRH)
  - Analyse des recommandations des pharmaciens cliniques si disponibles
  - Analyse de l'utilisation du protocole de déprescription du COSEPS (Comité de Sécurisation des Produits de Santé)
- A partir de mai 2023, mise en place d'un protocole sur Pharma

<input checked="" type="checkbox"/> PANTOPRAZOLE 20 MG CPR (EUPANTOL)
> <input checked="" type="checkbox"/> Douleur nociceptive nécessitant un palier 1 / Co-analgésiques - SUJET ADULTE - Voie orale -
> <input checked="" type="checkbox"/> Douleur nociceptive nécessitant un palier 1 / Co-analgésiques - SUJET ADULTE - Voie orale -
> <input checked="" type="checkbox"/> 1. COSEPS - Protocole institutionnel de DEPRESCRIPTION IPP - Pantoprazole 40 mg (n°4542)
> <input checked="" type="checkbox"/> 2. COSEPS - Protocole institutionnel de DEPRESCRIPTION IPP - Pantoprazole 20 mg (n°4543)
<input checked="" type="checkbox"/> PANTOPRAZOLE 40 MG CPR (EUPANTOL)



**Veillez saisir la date et l'heure de commencement du protocole :**  
**1. COSEPS - Protocole institutionnel de DEPRESCRIPTION IPP - Pantoprazole 40 mg**

Date de début   Heure de début

<input checked="" type="checkbox"/>	Prescription	Date de début	Heure de début	Durée (jour)	Date de fin	Heure de fin	SB	
<input checked="" type="checkbox"/>	PANTOPRAZOLE 20 MG CPR (EUPANTOL) - 1 comprimé à 18:00 pendant 28 jour(s) - Protocole de déprescription de l'IPP 1ère phase: Désescalade de dose	<input type="text" value="20/09/2024"/> <input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="14:40"/>	28	<input type="text" value="18/10/2024"/> <input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="14:39"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PANTOPRAZOLE 20 MG CPR (EUPANTOL) - Si besoin : dose max/prise de 1 comprimé - 1 comprimé maximum par jour pendant 28 jour(s) - Protocole de déprescription de l'IPP 2ème Phase: Si brûlures et/ou remontées acides puis stop si pas de récidence des symptômes	<input type="text" value="18/10/2024"/> <input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="00:00"/>	28	<input type="text" value="14/11/2024"/> <input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="23:59"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

**Veillez saisir la date et l'heure de commencement du protocole :**  
**2. COSEPS - Protocole institutionnel de DEPRESCRIPTION IPP - Pantoprazole 20 mg**

Date de début   Heure de début

<input checked="" type="checkbox"/>	Prescription	Date de début	Heure de début	Durée (jour)	Date de fin	Heure de fin	SB	
<input checked="" type="checkbox"/>	PANTOPRAZOLE 20 MG CPR (EUPANTOL) - Si besoin : dose max/prise de 1 comprimé - 1 comprimé maximum par jour pendant 28 jour(s) - Protocole de déprescription de l'IPP Si brûlures et/ou remontées acides puis stop si pas de récidence des symptômes	<input type="text" value="20/09/2024"/> <input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="14:45"/>	28	<input type="text" value="18/10/2024"/> <input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="14:44"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	



## TRAVAIL DE THESE:

### ANALYSE DES ORDONNANCES DE SORTIE ET DES CRH:

- Changement de molécule selon DCI sans/avec modification de dose
- Modification de dose sans changement de molécule
- Passage en prise ponctuelle si besoin
- Arrêt total
- Arrêt et substitution pour autre anti-acide
- Puis de manière prospective, rappel des officines contactées lors de la conciliation médicamenteuse pour connaître **l'ordonnance à 1 mois post-hospitalisation**





## TRAVAIL DE THESE - Résultats

- 223 patients
- 5 inclus deux fois car hospitalisés deux fois avec un IPP sur la période d'inclusion

Caractéristiques socio-démographiques	
Effectif	223
Sex ratio H/F (%)	104/119 (46.64%/53.36%)
Age moyen (Min-Max)	83.5 (46-101)
Nombre moyen de traitements à l'entrée (Min-Max)	10 (3-30)





## TRAVAIL DE THESE - Résultats

Dénomination commune internationale de l'IPP à l'entrée en hospitalisation	N (%)
Pantoprazole	122 (54.70%)
Esoméprazole	47 (21.08%)
Oméprazole	30 (13.45%)
Lansoprazole	15 (6.73%)
Rabéprazole	9 (4.04%)

Posologie	N (%)
Demi-dose	109 (48.88%)
Pleine Dose	101 (45.29%)
Surdosage	13 (5.83%)
<b>Durée de traitement supérieure à 8 semaines n (%)</b>	<b>213 (95.51%)</b>

- >8 semaines dès lors qu'ordonnance avec mention « QSP 3 mois »

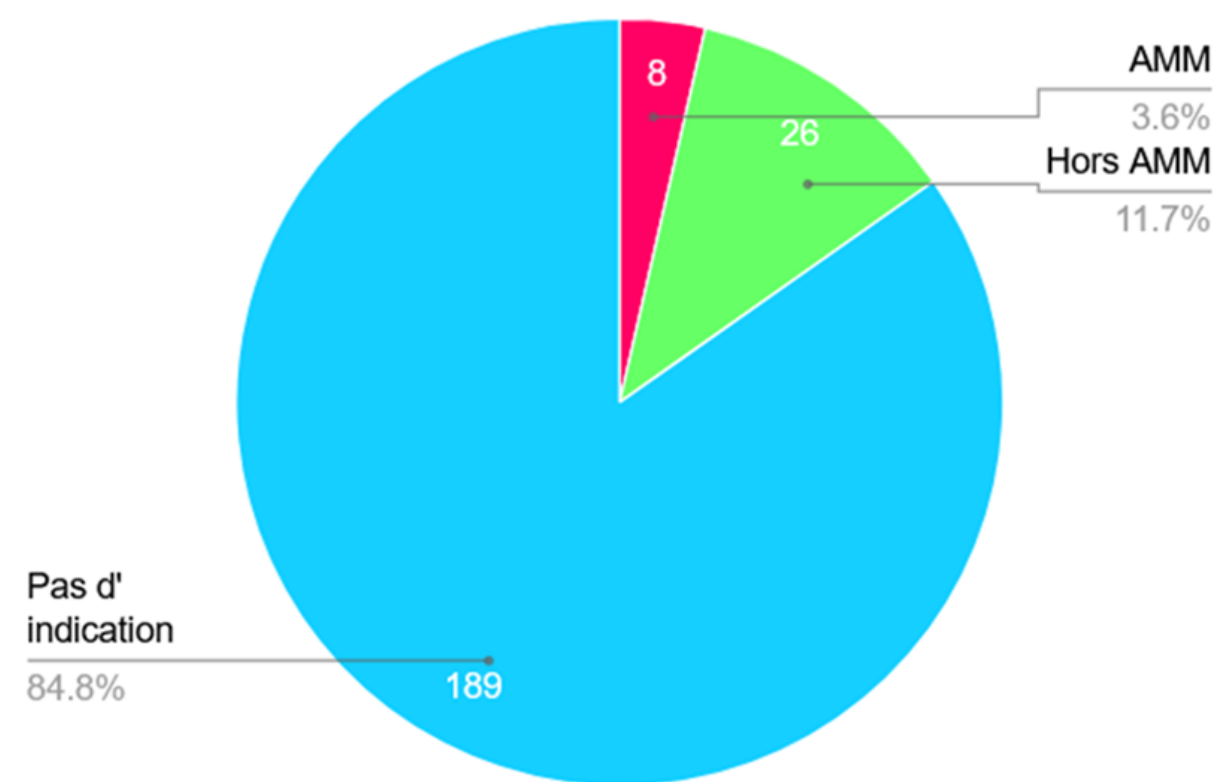




## TRAVAIL DE THESE - Résultats

<b>Indications IPP selon AMM n (%)</b>	<b>8 (3.59%)</b>
Traitement oesophagite	1 (0.45%)
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez patient à risque	4 (1.79%)
Traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS	1 (0.45%)
Traitement ulcère gastrique et/ou duodéal	2 (0.90%)
<b>Indications hors AMM n (%)</b>	<b>26 (11.66%)</b>
AAP + anticoagulant	13 (5.83%)
Bi-antiagrégation plaquettaire	6 (2.69%)
Bi-antiagrégation plaquettaire + anticoagulant	1 (0.45%)
AAP + anticoagulant + corticoïde	1 (0.45%)
Traitement RGO chronique car antécédent oesophagite sévère	5 (2.24%)
<b>Absence d'indication retrouvée n (%)</b>	<b>189 (84.75%)</b>

Répartition des indications d'IPP à l'entrée





## TRAVAIL DE THESE - Résultats

### Révision hospitalière:

- 22,42% (50 patients): décroissance de dose
- 13,45% (30 patients): espacement de dose, 1 jour sur 2 voire 3
- Arrêt pour 15,25% (34 patients)
- Prise en si besoin pour 6,28% (14 patients)





## TRAVAIL DE THESE - Résultats

- Impact de l'action des pharmaciens cliniques?
  - 147 patients: conciliation d'entrée sans bilan de médication
  - Sur 85 patients sans changement thérapeutique, recommandation dans 12 cas par pharmaciens
  - Sur 138 patients avec changement thérapeutique, dans 58 cas accord pharmacie, divergence sur 1 cas
- Utilité protocole COSEPS?
  - Avant protocole: 75 patients inclus, 65 pas d'indication à l'IPP  
18 patients: aucun de changement (27,69%)
  - Après protocole: 148 patients inclus, 133 pas d'indication  
53 patients: aucun changement (39,85%)
- **Sur les 80 restants, 26 qui ont eu un changement étaient via protocole ( soit 32,5%)**





## TRAVAIL DE THESE - Résultats

- A 1 mois de la sortie:

Suivi de la prescription de sortie au renouvellement ?	Indication d'IPP ?		Total
	Absence d'indication IPP	Indication IPP (avec ou hors AMM)	
Prescription maintenue	89	20	109
Absence de suivi de la prescription de sortie	50	1	51
Total	139	21	160

P<0,004

Reprise à pleine dose sans changement de molécule		33
Reprise à pleine dose avec changement de molécule		7

P<0,242





## TRAVAIL DE THESE - Résultats

- Impact du compte-rendu:

Expliqué dans CR de sortie ?	Modification par rapport à la sortie		Total
	Maintien de la recommandation	Pas de maintien de la recommandation	
Expliqué dans le CR	35	21	56
Pas expliqué dans le CR	72	28	100
Total	107	49	156

P<0,281

- Dans la majorité des cas (64%) pas d'explication de la modification
- Pas d'impact significatif de la présence ou de l'absence d'explication





## TRAVAIL DE THESE - Discussion

- **84,75%** des patients prenaient l'IPP **sans indication retrouvée**: Cohérent avec la littérature
- Prescription au long cours: **95,51% pour une durée >8 semaines**
- Possiblement **moyenne d'âge élevée de notre cohorte** + 204 patients prenaient un traitement qui favorisait les saignements

Traitements à risque de saignement digestif	N (%)
Acide acétylsalicylique	84 (37.67%)
Anticoagulant à dose curative	73 (32.74%)
Corticoïde	23 (10.31%)
Clopidogrel	19 (8.52%)
Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)	5 (2.24%)

- Presque la moitié de nos patients prenaient IPP à pleine dose, **13 étaient surdosés**





## TRAVAIL DE THESE - Discussion

- **Plus d'1/3 des patients:** pas d'action en hospitalisation alors qu'aucune indication retrouvée à l'IPP
  - 15% d'arrêt des IPP au cours de l'hospitalisation
  - Pour le reste (plus de la moitié) sevrage progressif différentes modalités
  - Stratégies de sevrage hétérogènes (risque d'effet de rebond d'acidité)
- Etude belge en cours PEPPER: permettra un possible consensus?





## TRAVAIL DE THESE – Impact de la coopération avec les pharmaciens?

- **Pas d'impact mis en évidence dans notre étude** car nombre insuffisant de bilans de médication
- **Faible utilisation des protocoles** malgré alertes sur logiciel Pharma
- Méthodes de simplification de la révision d'ordonnance STOPP/START, liste Laroche
- Etude lyonnaise: travail pluridisciplinaire permettrait l'arrêt de 80% des IPP non indiqués
- Etude sur rapport coût/efficacité collaboration Pharma/médecin en cours

Mati al. Therapie – 2024  
Romano et al. PLoS One - 2024





## TRAVAIL DE THESE – Lien ville/hôpital perfectible

- **Fréquemment pas d'explication** sur CRH des modifications au cours de l'hospitalisation
- Implication des pharmaciens dans équipe pluridisciplinaire serait efficace: **intérêt d'une conciliation de sortie?**
- Obstacle important à la déprescription: **adhésion du patient**

Ahrens et al. Eur J Clin Pharmacol. – 2010  
Hughes et al. Consult Pharm – 2011  
Bundeff et al. Manag Care Pharm – 2013  
Halli-Tierney et al.





## UNE AUTRE PISTE D'AMÉLIORATION?

Le bon usage repose sur un « trépied »:

- La bonne prescription par le médecin
- La bonne délivrance par le pharmacien
- **La bonne adhésion/ observance par le patient**

**INTERET D'AGIR SUR L'ÉDUCATION DES PATIENTS ET DES AIDANTS, EN PLUS DE CELLE DES PROFESSIONNELS?**

→ Conception d'une fiche d'éducation aux patients et aux familles



# Si vous, ou un de vos proches, prenez un IPP au long cours, il est possible qu'il soit éligible à une déprescription :

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des médicaments qui réduisent la sécrétion acide gastrique. 5 molécules sont actuellement disponibles en France : oméprazole, pantoprazole, lansoprazole, rabéprazole, ésoméprazole. Les IPP sont très largement utilisés, et leur consommation est croissante.

## 3 indications principales chez l'adulte :

- ➔ Traitement des **ulcères gastro-duodénaux (UGD)** et éradication de **l'Helicobacter Pylori**
- ➔ Traitement des **lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** et prévention chez les patients à **risque** (cf. encadré ci-dessus)
- ➔ Traitement du **reflux gastro-oesophagien (RGO) et de l'oesophagite par RGO**

## Dans des cas plus rares, vous pourriez prendre des IPP si :

- ➔ Vous êtes traités par bi-antiagrégation plaquettaire ou par antiagrégant et anticoagulant
- ➔ Vous êtes un patient à risque post-chirurgie

### VOUS ETES A RISQUE SI:

- ➔ VOUS AVEZ PLUS DE 65 ANS
- ➔ VOUS AVEZ UN ANTECEDENT D'UGD
- ➔ VOUS AVEZ UN TRAITEMENT PAR ANTI-AGREGANT PLAQUETTAIRE (PLAVIX, KARDEGIC, DUOPLAVIN...) ANTICOAGULANT (ELIQUIS, XARELTO, PREVISCAN...) OU CORTICOIDE (CORTANCYL, SOLUPRED)

Le tableau ci-dessus rappelle les différents noms commerciaux des IPP pour vous aider à vous repérer

IPP	NOMS COMMERCIAUX
<i>LANSOPRAZOLE</i>	Lanzor, Ogast, Ogastoro (15, 30 mg)
<i>OMEPRAZOLE</i>	Mopral, Zoltum (10, 20 mg)
<i>ESOMEPRAZOLE</i>	Inexium (20, 40 mg)
<i>PANTOPRAZOLE</i>	Eupantol, Inipomp, Ipraalox (20, 40 mg)
<i>RABEPRAZOLE</i>	Pariet (10, 20 mg)

## Pourquoi déprescrire les IPP ?

Bien que la tolérance des IPP est bonne à **court terme**, on connaît aujourd'hui plusieurs effets indésirables survenant lors de leur utilisation au long cours.

## EFFETS SECONDAIRES POTENTIELS DES IPP

- CARENCES NUTRITIONNELLES (**EN FER, VITAMINE B12, CALCIUM, MAGNESIUM...**)
- **INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES** (COLITE A CLOSTRIDIUM DIFFICILE)
- INFECTIONS PULMONAIRES (**PNEUMONIES**)
- RISQUE FRACTURAIRE/ **OSTEOPOROSE**
- TROUBLES NEUROCOGNITIFS /**DEMENCE**
- **CANCERS GASTRO-INTESTINAUX**
- **INSUFFISANCES RENALES**

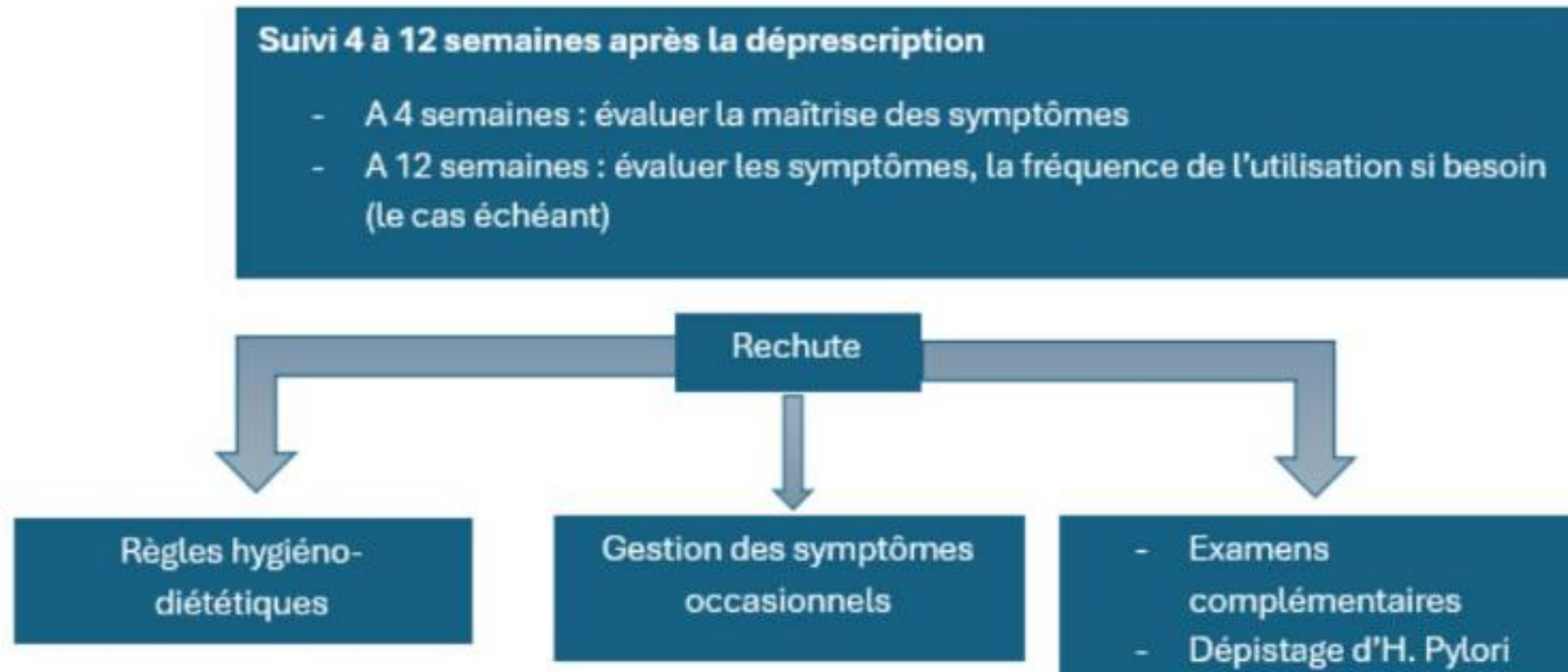
## TRAITEMENTS INTERAGISSANT AVEC LES IPP

- IMMUNOTHERAPIES ANTICANCEREUSES (ERLOTINIB, GEFITINIB, DASATINIB)
- METHOTREXATE (IMETH, METOJECT...)
- MYCOPHENOLATE MOFETIL (CELLCEPT...)
- ANTIFONGIQUES (KETOCONAZOLE, ITRACONAZOLE, POSACONAZOLE, VORICONAZOLE...)
- ANTIVIRAUX (ATAZANAVIR , NELFINAVIR...)
- CLOPIDOGREL (PLAVIX ...SEULEMENT POUR OMEPRAZOLE ET ESOMEPRAZOLE)
- DIGOXINE/HEMIGOXINE
- CERTAINS ANTIBIOTIQUES (CLARITHROMYCINE, RIFAMPICINE...)

# Comment se passe le sevrage en IPP ?

Il existe une possibilité de « rebond d'acidité gastrique » au sevrage brutal des IPP, avec retour des symptômes. On propose donc une décroissance graduelle de doses, tous les 15 jours à 1 mois.

On conseille de revoir le médecin traitant à **4, puis à 12 semaines après sevrage**



# Quelles alternatives ?

Il existe plusieurs options pour traiter les symptômes ponctuels de l'acidité gastrique. Parlez à votre médecin pour choisir la plus adaptée pour vous :

- La prise d'IPP uniquement si besoin
- D'autres classes médicamenteuses (GAVISCON, MAALOX ...)
- Les règles hygiéno-diététiques (cf. encadré)

## REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

- PREVEENEZ OU SUPPRIMEZ LE SURPOIDS
- SURVEILLEZ LE TEMPS DE MASTICATION ET LA DUREE DES REPAS
- POSITION DEMI-ASSISE APRES LES REPAS
- FRACTIONNEZ LES PRISES ALIMENTAIRES SUR LA JOURNEE
- SURVEILLEZ LES VOLUMES DES REPAS (400CC ENVIRON AUX DEUX PRINCIPAUX REPAS)
- PRIVILEGIEZ UNE CUISSON LEGERE (VAPEUR, GRILLE, BOUILLI)
- LIMITEZ VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL ET TABAC
- MANGEZ PEU DANS LES 3 HEURES AVANT LE COUCHER



# Merci de votre attention !



Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



---

# Déprescription et IPP : Rôle du pharmacien

---

Dr Hédia GUERMAZI – Pharmacien gérant  
Polyclinique Maymard - Almaviva Corse, Bastia

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Le pharmacien clinicien : un acteur clé du bon usage

- L'IPP reste un traitement utile, mais souvent maintenu par inertie thérapeutique.
  - Le pharmacien agit comme tiers neutre entre prescription médicale et réalité clinique.
  - La déprescription n'est pas un arrêt, mais une réévaluation concertée.
- 💬 **« Prescrire est un acte médical, mais déprescrire est un acte collectif. »**

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Rôle du pharmacien à l'admission

- 🎯 Objectif : repérer les prescriptions inappropriées avant leur reconduction.
  - Conciliation médicamenteuse systématique : repérage des IPP initiés hors contexte.
  - Vérification de l'indication réelle (prévention AINS, RGO, ulcère, etc.).
  - Traçabilité dans le logiciel : commentaire et recommandation.
  - Premier filtre d'alerte clinique et économique.
- 💬 7 cas sur 10 : IPP reconduit sans justification retrouvée.





# Déprescription concertée pendant l'hospitalisation

- 🎯 Objectif : transformer l'analyse en action.
- Travail conjoint avec le prescripteur : adaptation de dose, prise « si besoin », arrêt progressif.
- Appui sur protocoles validés ( OMEDIT, STOPP/START).
- Réunions de service et staffs pour promouvoir la pédagogie du bon usage.
- 💡 Valeur ajoutée : sécurisation + cohérence du parcours thérapeutique.





# Interactions IPP – Traitements anticancéreux

- ✦ Les IPP modifient le pH gastrique → diminution de l'absorption et de l'efficacité de plusieurs anticancéreux oraux.
- ◆ Anticancéreux concernés : Erlotinib, Gefitinib, Osimertinib, Pazopanib, Capmatinib, Capécitabine...  
→ Diminution de la biodisponibilité et risque d'échec thérapeutique.
- ◆ Autres interactions :
  - Oméprazole ↔ Méthotrexate : retard d'élimination, toxicité accrue.
  - IPP ↔ Anti-PD1/PDL1 (Nivolumab, Pembrolizumab) : altération du microbiote, baisse de réponse tumorale.
- 💬 Exemple terrain : Arrêt de l'IPP chez une patiente sous Osimertinib après concertation avec l'oncologue.
- 📌 Message clé : Un IPP mal évalué peut annuler l'effet d'un traitement anticancéreux. Le pharmacien en est le garant.





# À la sortie : sécuriser la continuité ville-hôpital

- 🎯 Objectif : pérenniser la déprescription et éviter la réintroduction.
- Vérification de l'ordonnance de sortie et mention dans le CRH.
- Communication au médecin traitant et pharmacien d'officine.
- Suivi à 1 mois (retour patient / officine).
- 💡 1 patient sur 2 : réintroduction d'un IPP en ville dans les 3 mois.





# Former, informer, impliquer

🎯 Objectif : diffuser la culture du « juste traitement ».

- Formation des internes et IDE.
- Création d'un support patient : « Comment arrêter mon IPP sans risque »
- Sensibilisation via COMEDIMS / EPP / audits.
- Partage d'indicateurs de déprescription.

💡 Impact : moins d'IPP non justifiés = moins d'interactions et d'effets indésirables.

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Conclusion : Le pharmacien, levier d'adhésion et de changement

- 🎯 Objectif : diffuser la culture du « juste traitement ».
- Formation des internes et IDE.
- Création d'un support patient : « Comment arrêter mon IPP sans risque »
- Sensibilisation via COMEDIMS / EPP / audits.
- Partage d'indicateurs de déprescription.
- 💡 Impact : moins d'IPP non justifiés = moins d'interactions et d'effets indésirables.

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



---

# Déprescription et IPP :

## *Outil d'aide à la déprescription*

---

Yasmine SAIBI – Interne en  
pharmacie  
OMÉDIT PACA-Corse, Ajaccio

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





## Bon usage des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) chez l'adulte

Ce document est conforme aux recommandations 2022 de la HAS

11/08/2023

Les IPP doivent être administrés en 1 prise par jour (sauf dans le cas d'*Helicobacter pylori*) à jeun le matin pour obtenir un effet anti-sécrétoire maximal.

Toujours rechercher la dose et durée minimale efficace du traitement.

La HAS rappelle que le diagnostic d'ulcère gastro-duodéal (UGD) doit être confirmé par endoscopie et la prise en charge dépend de la présence ou non d'une infection à *Helicobacter pylori*.

Concernant les recommandations pour le traitement de *Helicobacter Pylori* → [Recommandations SPILF](#)



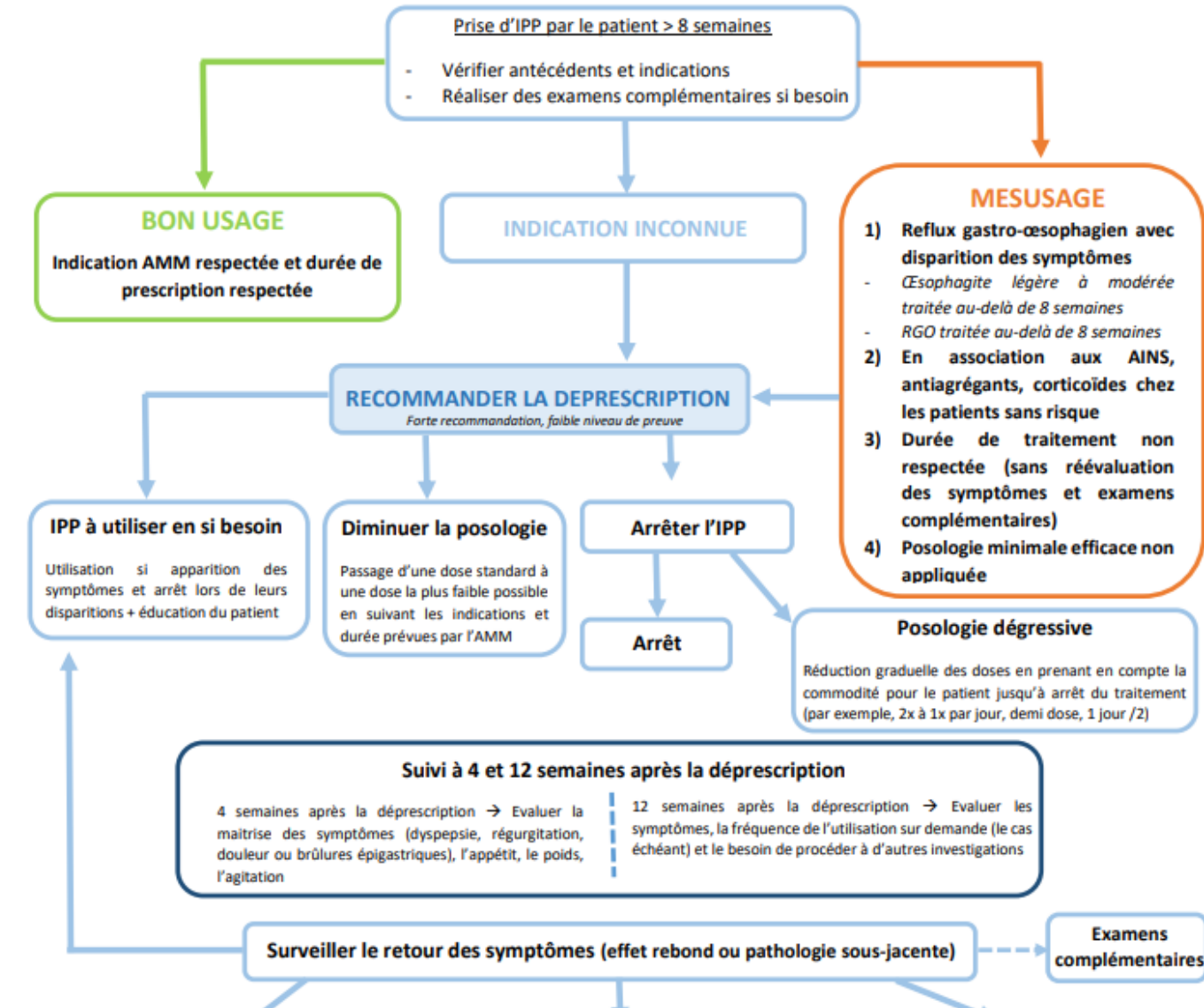
DCI	Indications	Posologies/j	Durées	
Esomeprazole (20mg et 40mg)	RGO et œsophagite par reflux	Traitement symptomatique du RGO sans œsophagite	20mg / 4 semaines	
		Traitement de l'œsophagite par RGO	40mg / 4 semaines (à poursuivre 4 semaines selon cicatrisation)	
	Lésions gastroduodénales dues aux AINS	Traitement d'entretien et prévention des récurrences de l'œsophagite par RGO	20mg	
		Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risque	20mg	jusqu'à la fin du traitement par AINS
	Traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS	20mg	4 semaines (à poursuivre 4 semaines selon cicatrisation)	

[Bon-usage-IPP-V3.pdf](#)



## Algorithme de déprescription des IPP chez l'adulte

02/09/2025



[Algorithme-de-deprescription-IPP-chez-ladulte.pdf](#)



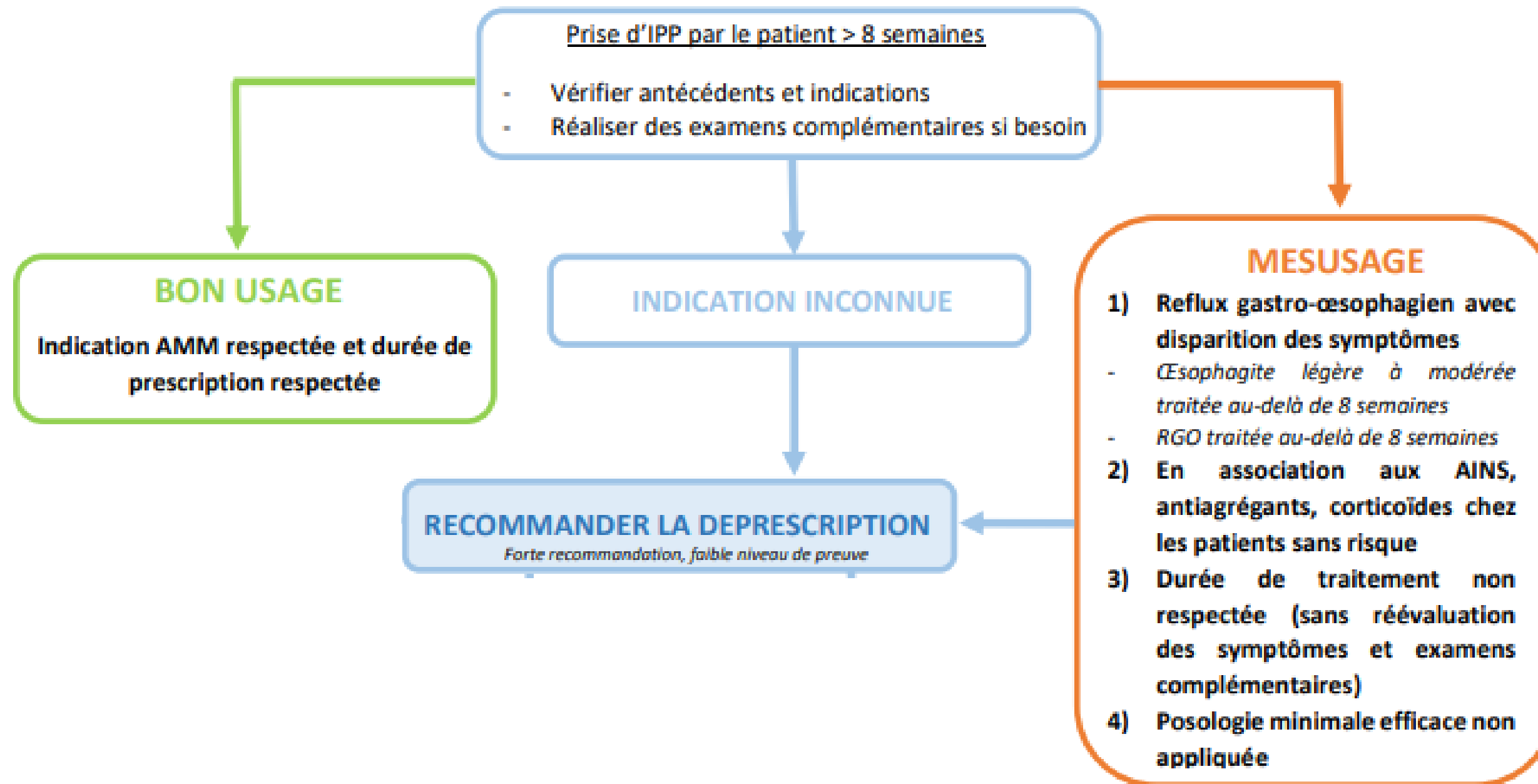


# Déprescription des IPP



## Algorithme de déprescription des IPP chez l'adulte

02/09/2025



Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Déprescription des IPP

- En cas de retour des symptômes : effet rebond ? Pathologie sous-jacente ?

- **Règles hygiéno-diététiques**

- Gestion des symptômes occasionnels avec **alternatives (anti-H2, pansement gastrique)**

- **Dépistage H. pylori et traitement**

## RECOMMANDER LA DEPRESCRIPTION

*Forte recommandation, faible niveau de preuve*

### IPP à utiliser en si besoin

Utilisation si apparition des symptômes et arrêt lors de leurs disparitions + éducation du patient

### Diminuer la posologie

Passage d'une dose standard à une dose la plus faible possible en suivant les indications et durée prévues par l'AMM

### Arrêter l'IPP

Arrêt

### Posologie dégressive

Réduction graduelle des doses en prenant en compte la commodité pour le patient jusqu'à arrêt du traitement (par exemple, 2x à 1x par jour, demi dose, 1 jour /2)

### Suivi à 4 et 12 semaines après la déprescription

4 semaines après la déprescription → Evaluer la maîtrise des symptômes (dyspepsie, régurgitation, douleur ou brûlures épigastriques), l'appétit, le poids, l'agitation

12 semaines après la déprescription → Evaluer les symptômes, la fréquence de l'utilisation sur demande (le cas échéant) et le besoin de procéder à d'autres investigations

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Merci de votre attention Place aux échanges !



Hôpitaux  
Universitaires  
de Marseille | ap.  
hm

Almaviva  
santé  
POLYCLINIQUE  
MAYMARD

Médit  
PACA - Corse

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Corse



---

# Dispositifs d'accompagnement à la déprescription

---

Marc ANTOGNETTI

Pharmacien-Conseil ELSM 2B

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Corse

# CONSULTATION LONGUE MÉDICALE

Direction de la coordination régionale de la gestion du  
risque et de la lutte contre la fraude  
Pôle produits de santé

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Contexte

En réponse aux attentes exprimées par les médecins généralistes, une consultation longue du médecin traitant sera créée à partir du 1er janvier 2026 pour les patients de **plus de 80 ans** afin de valoriser la prise en charge de **situations complexes et chronophages**.

Cette consultation longue, dénommée GL et valorisée à hauteur de 60 €, sera facturable par le **médecin traitant** à tarif opposable.

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Pour qui ?

Elle sera facturable **une fois par an et par patient** dans chacune des situations suivantes :

- Consultation de sortie d'hospitalisation (GL1) **dans les 45 jours après la sortie** d'une hospitalisation ;
- Consultation de **déprescription de patients hyperpolymédiqués** (GL2) ayant **au moins 10 lignes** de traitements médicamenteux. Cette consultation s'appuiera sur un **bilan de médication** réalisé par le pharmacien
- Consultation d'orientation vers un parcours médicosocial (GL3) nécessitant le remplissage du dossier médico-administratif pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Corse

# BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# LE BPM

Le bilan partagé de médication s'adresse aux patients de **plus de 65 ans souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques et présentant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois.**

Le bilan partagé de médication (BPM) est un processus continu fondamental dans la lutte contre la iatrogénie en coordination avec le médecin traitant pour :

- **évaluer l'observance et la tolérance du traitement ;**
- **identifier les interactions médicamenteuses ;**
- **vérifier les conditions de prise et le bon usage des médicaments.**

Le bilan partagé de médication vise aussi à répondre aux interrogations des patients sur leurs médicaments et leurs effets, à améliorer leur appropriation et leur adhésion aux traitements, et à optimiser la prise de leurs médicaments.

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





Le bilan partagé de médication nécessite **l'accord du patient**. Ce dernier doit remplir le **bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien**. Le patient et le pharmacien conserve un exemplaire.

Sur ce bulletin, le patient donne également l'accord au pharmacien pour que celui-ci porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou du prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif et prenne contact avec lui autant que de besoin.

**L'adhérent ne peut solliciter son adhésion au dispositif auprès de plusieurs pharmaciens de façon concomitante.** Toute nouvelle adhésion auprès d'un pharmacien rend caduque l'adhésion précédente.

**L'adhérent peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement.**





# Les étapes du BPM

La constitution du bilan partagé de médication comprend plusieurs étapes :

- un entretien de recueil des traitements pouvant s'appuyer sur le Dossier Médical Partagé (DMP) ;



## Objectifs de l'entretien :

- Expliquer au patient les objectifs du bilan de médication et son déroulement.
- Recueillir les informations générales sur le patient mais aussi ses habitudes de vie et son état physiologique.
- Recenser l'ensemble des traitements pris par le patient ainsi que leur connaissance par le patient.

- une analyse des traitements du patient avec transmission de votre conclusion au médecin traitant puis enregistrement dans le DMP ;
- un entretien-conseil au cours duquel vous ferez part au patient de vos conclusions et de vos échanges éventuels avec son médecin traitant ; vous lui délivrerez ensuite vos recommandations sous forme de plan d'accompagnement pour le bon usage de ses médicaments ;
- des entretiens de suivi d'observance ;
- un bilan des entretiens réalisés.





# Les étapes du BPM

- un entretien de recueil des traitements pouvant s'appuyer sur le Dossier Médical Partagé (DMP) ;



## Objectifs de l'entretien :

- Expliquer au patient les objectifs du bilan de médication et son déroulement.
- Recueillir les informations générales sur le patient mais aussi ses habitudes de vie et son état physiologique.
- Recenser l'ensemble des traitements pris par le patient ainsi que leur connaissance par le patient.





# Les étapes du BPM

- une analyse des traitements du patient avec transmission de votre conclusion au médecin traitant puis enregistrement dans le DMP

Dans un premier temps, il s'agit de vérifier sur la base des éléments en votre possession les posologies et les contre-indications de chaque médicament. Dans un second temps, votre logiciel métier vous permettra de vérifier toutes les interactions médicamenteuses en indiquant tous les médicaments que prend le patient (prescrits ou non).

Ensuite le Score de GIRERD vous permettra d'évaluer l'observance globale aux traitements du patient (prescrits). Chaque réponse négative vaut un point. L'observance est appréciée comme suit :

- Bonne observance : score = 6
- Faible observance : score = 4 ou 5
- Non observance : score  $\leq$  3

Au vu des éléments de l'entretien de recueil et de votre analyse, vous pourrez préconiser des changements de forme galénique, ou alerter le médecin traitant d'une rupture de traitement, d'une mauvaise observance, de la survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses...

PRODUIT	ORIGINE PRESCRIPTEUR OU AUTOMÉDICATION	DOSAGE ET FORME	FRÉQUENCE ET POSOLOGIE	PROBLÈMES LIÉS À LA FORME GALÉNIQUE?	PROBLÈMES D'OBSERVANCE?	SURVENUE D'EFFETS INDÉSIRALES?	REMARQUES LIÉES À L'ANALYSE	NOTES DU MÉDECIN TRAITANT





# Les étapes du BPM

- un entretien-conseil au cours duquel vous ferez part au patient de vos conclusions et de vos échanges éventuels avec son médecin traitant

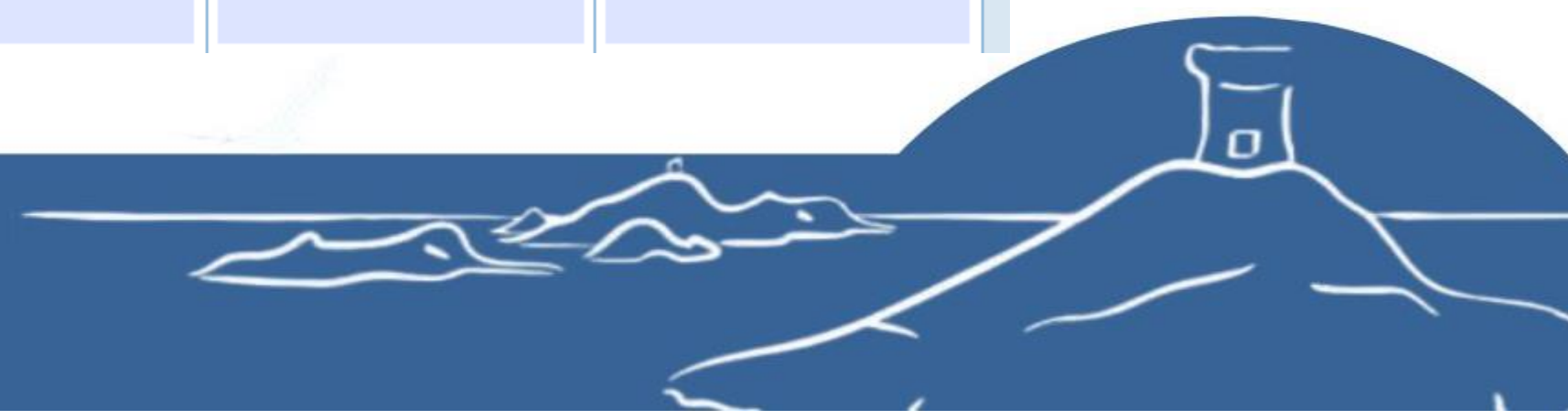


## Objectifs de l'entretien :

- Expliquer au patient votre analyse.
- Lui remettre son plan de posologie et lui prodiguer les conseils associés.
- Répondre à ses questions ou ses inquiétudes.
- Fixer une date d'entretien de suivi d'observance.

Exemple de plan de posologie pour le bon usage de ses médicaments :

PRODUIT	DOSAGE	FORME	FRÉQUENCE DES PRISES (matin, midi, soir, coucher)	DURÉE DU TRAITEMENT	EXPLICATIONS ET CONSEILS	COMMENTAIRES





# Les étapes du BPM

- des entretiens de suivi d'observance



## Objectifs de l'entretien :

- Faire le bilan des stratégies mises en place avec le patient.
- Réévaluer son adhésion au traitement et son niveau d'observance.

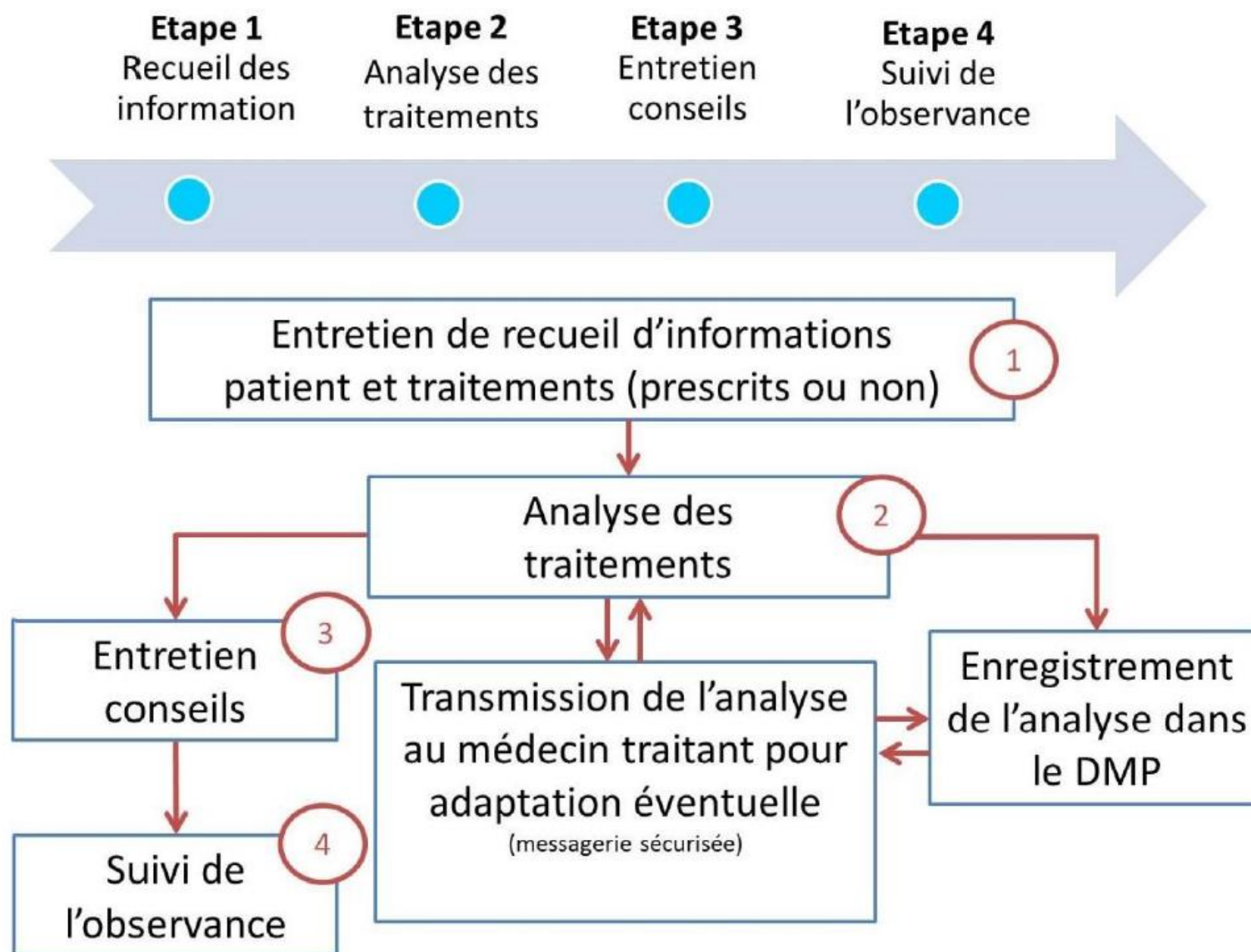
Deux entretiens de suivi au moins par an sont à programmer à la suite de l'entretien-conseil avec votre patient. En cas de nouveaux traitements la deuxième année, l'analyse initiale sera actualisée au travers d'un nouvel entretien.







# Les étapes du BPM



Source : OMéDIT Grand Est





# Rémunération

Thème	Année d'accompagnement	Code prestation à facturer	Entretien initial	Analyse et transmission au MT	2 <sup>e</sup> entretien	3 <sup>e</sup> entretien	Total annuel
Bilan de médication	Année 1	<b>BMI</b>	15 €	15 €	15 €	20 €	65 €
	Années suivantes avec ou sans changement	<b>BMS</b>	10 €	20 €			30 €

Source : Ameli.fr

date : Avril 2025

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



---

# Déprescription en pratique : point de vue des Médecins libéraux

---

Dr Antoine GRISONI  
Président de l'URPS Médecins Libéraux de Corse

Journée Dé prescription - 11.10.2025-Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# LA DEPRESCRIPTION : QU'EST-CE QUE C'EST ?

- C'est une démarche méthodique en vue de limiter les traitements aux médicaments justifiés. On l'appelle aussi « conciliation médicamenteuse » ou « bilan médical partagé ».

## Quelles sont les causes ?

- Poly pathologies
- Poursuite par habitude
- Absence de réévaluation
- Méconnaissance des balances bénéfiques risques
- Prescripteurs multiples sans concertation
- Influence du marketing
- Pression sociale
- Réticence du patient
- Automédication (pub, réseaux sociaux, compléments alimentaires etc.)

Journée Déprescription - 11.10.2025 - Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Quelles sont les conséquences ?

- Risque iatrogène : la moitié des effets indésirables graves semblent évitables
- Inobservance
- Surcoût
- Interactions dangereuses

Journée Déprescription - 11.10.2025 - Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Pré requis



La modération de prescription n'est ni une valeur morale ni une fin en soi.

Un médicament devient inapproprié quand il est ou devient inutile, et/ou quand la balance bénéfice risque est ou devient défavorable.

Utiliser le médicament pour ce qu'il est, c'est-à-dire pas une réponse à tout.

Arrêter ou diminuer une prescription EST UNE PRESCRIPTION.

Démarche globale, évolutive, parfois difficile.

Privilégier la pratique et la décision coordonnée : consœurs, confrères, pharmacien(ne)s, ESP, EMS, CH.

Informers le patient (et/ou ses représentants).

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# CAS PARTICULIERS

## Personnes Agées

- Prennent souvent plus de médicaments.
- Ont des poly pathologies.
- Attachement aux traitements et/ou au médecin qui les a prescrits.
- Ont des effets secondaires plus graves (atropiniques, metformine etc.).
- Ne relèvent pas toujours des recommandations (statines, IPP etc.).
- Ont souvent plus de difficultés de compréhension des prescriptions.

## Pathologies psychiatriques et addictives

- Lien particulier avec le « médicament »

Journée Dé prescription - 11.10.2025 - Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Les freins (1/3)

- **RAISONS CULTURELLES** : La France fait partie des pays qui favorisent la prescription et la prise de médicaments, notamment des produits les plus récents, ce qui majore le cout. La Corse fait partie des régions les plus concernées hors les structures coordonnées (et encore) et l'hôpital (qui est hors sujet dans ce cadre).

Il y a entre nos 2 professions un antagonisme historique qui peut rendre difficile voire impossible ce bilan (je ne développe pas sauf si vous insistez)

- Refus du patient parfois irrationnel, notamment les personnes âgées qui prennent depuis des décennies des médicaments obsolètes et/ou dont la dangerosité a été établie entretemps. Utiliser le médicament pour ce qu'il est, c'est-à-dire pas une réponse à tout.
- **RAISONS « POLITIQUES »** : certains médecins pointeront que l'objectif de diminution des coûts s'inscrit dans la nécessité de réduire les déficits. Une économie de 5,5 milliards d'euros est envisagée dans la santé ce qui inquiète dans le contexte actuel.

Journée Déprescription - 11.10.2025 - Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





## Les freins (2/3)

- **RAISONS PROFESSIONELLES:** j'aborde ici la perte de confiance croissante du corps médical envers les pouvoirs publics en général et la CNAM en particulier.
- Deux exemples :
  - La stratégie de délégation ou de transfert de tâche : l'irruption du pharmacien, malgré sa pertinence, dans ce processus décisionnel rebute beaucoup de médecins (cf. réactions OSYS).
  - La CL : avec le vieillissement et l'explosion des maladies chroniques celle-ci est une revendication ancienne de la profession, la valeur actuelle de la consultation étant déconnectée de sa réalité. Une seule par patient et par an, même avec 3 motifs possibles, ça ressemble un peu à une provocation surtout lorsque l'assurance maladie décide de reporter les dates des revalorisations tarifaires.

Journée Dé prescription - 11.10.2025 - Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Les freins (3/3)

- **RAISONS PRATIQUES:** manque de temps, manque de moyens humains, ce qui vaut autant pour les médecins que les pharmaciens. On peut bien sûr (il est certain que le ministère y pense) former des IPA : c'est un débat plus large et encore polémique.
- **RAISONS SCIENTIFIQUES :** il n'y a, à ma connaissance, pas de définition consensuelle sur le nombre de produits de santé ni sur leur nature qui définisse la «poly médication», pas plus que sur l'âge des patients concernés.

Journée Dé prescription - 11.10.2025 - Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





# Les freins côté pharmaciens

- **Bilans partagés de médication :**

- Aménagements matériels : des travaux d'aménagement parfois incompatibles avec les conditions d'organisation et le manque de personnel
- Le recrutement des patients, qui n'en voient pas forcément l'intérêt avant de l'avoir fait.
- L'accès à des éléments du dossier médical, notamment biologiques. Difficultés à situer les limites de leur accès à certaines données des patients.
- Perte de confiance dans la capacité de la société à les reconnaître en tant que soignants ou comme les "spécialistes" du médicament.
- La rémunération insuffisante

Journée Dé prescription - 11.10.2025 - Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





## ET DONC ? (1/2)

- Cela reste de mon point de vue un objectif vertueux indépendamment de l'aspect financier.
- Il existe des outils d'aide à la décision : travaux de l'OMÉDIT, questionnaires, guides (écossais, ça n'est pas une blague), critères de Beers, liste dite de Laroche, algorithmes (c'est certainement un sujet pour l'IA qui va concurrencer ...les IPA 😊) etc. Et des expériences de terrain.
- Si on se lance il faut se donner les moyens :
  - De l'information en amont, des patients et des soignants
  - De la formation des soignants
  - De l'accompagnement de tous
  - Du suivi

Journée Dé prescription - 11.10.2025 - Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





## ET DONC ? (2/2)

- Il faut construire dans le territoire, le secteur et/ou l'établissement grâce au pouvoir du lien que nous avons avec les malades : colloque singulier, exercice coordonné, relations avec le(a) pharmacien(ne) local(e).
  - En persistant à tisser le lien ville hôpital (pas gagné).
  - En résistant aux injonctions paradoxales de la CNAM et autres décideurs nationaux par les contacts avec nos CPAM et acteurs de terrain : de ce point la Corse est peut être favorisée.

Journée Dé prescription - 11.10.2025 - Dr Grisoni

**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



U.R.P.S  
Pharmaciens Corse



---

# La déprescription : point de vue des pharmaciens d'officine

---

Dr SANDRINE LEANDRI  
TRESORIERE URPS PHARMACIENS

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Sommaire



- PREAMBULE
- LE PHARMACIEN : Spécialiste du médicament
- LE BILAN DE MEDICATION
  - \* historique
  - \* le rôle et les atouts du pharmacien
  - \* les freins et les leviers coté pharmacien
- CONCLUSION

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# LE RÔLE ET LES ATOUTS DU PHARMACIEN



- \* Le maillage officinal
- \* La prise en charge du patient
- \* Le nombre de passage jour
- \* Le capital confiance

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# LES FREINS ET LES LEVIERS CÔTÉ PHARMACIE

- \* Le nomadisme des patients
- \* Le problème des locaux en officine
- \* Le temps pharmacien
- \* Le recrutement des patients
- \* L'économie de l'officine

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# CONCLUSION



## Observance et diminution de la iatrogénie

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025



---

# Déprescription : regard des usagers

---

Christelle FELIX – coordinatrice  
France Assos Santé



Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Regard des usagers

## Contexte de :

Polymédication - Viellissement de la population - Iatrogénie médicamenteuse

Limiter les effets indésirables - Eviter les interactions - Améliorer la qualité de vie

## Pourquoi sensibiliser les associations en santé ?

Fort potentiel d'impact au niveau individuel, collectif

Mission de défense des droits des usagers

Rôle dans l'éducation à la santé – La promotion du bon usage des médicaments

Proximité avec les patients

Rencontre régionale - Déprescription en Corse  
Samedi 11 octobre 2025





# Regard des usagers

## Pourquoi intégrer le point de vue des usagers ?

- Ils sont les premiers concernés
- Leur adhésion est essentielle au succès de la déprescription
- Elle renforce la confiance dans la relation de soins





# Regard des usagers

- **Ce que les usagers attendent :**
- Soulager les symptômes
- Maintenir l'autonomie
- La stabilité de leur état de santé
- Sentiment de sécurité
- Confiance dans le traitement et le prescripteur



# Regard des usagers : perception positive

## Soulagement du fardeau médicamenteux :

Moins de comprimés à prendre : simplification du quotidien

Diminution des consultations médicales / hospitalisations - liées aux effets indésirables

Meilleure qualité de vie

## Sentiment d'autonomie :

Patient acteur de sa santé

Inclus dans la prise de décision partagée





# Regard des usagers : perception positive

**Confiance** : suivi et prise en compte de l'évolution de l'état de santé

**Réduction des coûts** :

Moins d'achats

Moins de reste à charge (médicaments non ou partiellement remboursés)

Réduction du gaspillage médicamenteux





# Regard des usagers : perception négative

## Peur du changement

Crainte de la perte du bénéfice thérapeutique : rechute ou aggravation

Sentiment de sécurité lié à la routine médicamenteuse

**Attachement psychologique au traitement** : détachement émotionnel dans les maladies chroniques

## Automédication





# Regard des usagers : perception négative

**Méfiance envers le soignant** : Décision vécue comme un retrait unilatéral

**Incompréhension** : pourquoi maintenant ? Est ce qu'on me soigne encore ?

Confusion entre arrêt d'un traitement et retrait d'un droit aux soins

**Doute sur les motivations** : *"Est ce une mesure économique au detriment de ma santé ?"*





# Regard des usagers

- **Ce qui aide à mieux vivre une déprescription :**
- La qualité de la relation
- La clarté des explications
- Le temps laissé au patient pour poser les questions
- Anticipation des effets du changement





# Regard des usagers

## Ce qui aide à mieux vivre une déprescription :

- **Un décision médicale partagée** : enjeu central de la coordination des soins, de la sécurité des soins
- Un accompagnement dans le temps : **consultation longue**





# Regard des usagers

## Enjeux éthiques et professionnels :

- Respect de l'autonomie du patient
- Droit à l'information et au consentement





# Regard des usagers

## Conclusion :

Généralement bien acceptée si accompagnée, négociée, expliquée, et prend en compte les craintes et le ressenti

Cependant, l'adhésion des patients n'est jamais acquise d'avance

Déprescription = acte de soins à part entière, qui nécessite du temps et un suivi



# Merci de votre attention Place aux échanges !



**Rencontre régionale - Déprescription en Corse**  
**Samedi 11 octobre 2025**

