



HAL
open science

Comment aborder et réussir une déprescription chez les sujets âgés ? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes

Caroline Morel

► To cite this version:

Caroline Morel. Comment aborder et réussir une déprescription chez les sujets âgés ? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01072460

HAL Id: dumas-01072460

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01072460>

Submitted on 8 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN

ANNEE 2014

N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MOREL Caroline

Née le 09 Novembre 1987 à Dieppe

Présentée et soutenue publiquement le 02 septembre 2014

Comment aborder et réussir une déprescription
chez les sujets âgés ? Une étude qualitative auprès
de médecins généralistes.

Président du Jury : Pr Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : Dr Jean-Luc JOSPIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **M-P. AUGUSTIN – J. ANDRIEU-GUITRANCOURT – M. BENOZIO – J.BORDE – P. BRASSEUR – R. COLIN – E. COMOY – J. DALION – DESHAYES – C. FESSARD – J-P.FILLASTRE - P FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET – B. HILLEMAND – G. HUMBERT – J-M.JOUANY– R. LAUMONIER – P. LAURET – M. LE FUR – J-P. LEMERCIER – J-P. LEMOINE – H. MAGARD – B.MAITROT – M. MAISONNET – F. MATRAY – P. MITROFANOFF – A-M. ORECCHIONI – P. PASQUIS – H. PIGUET – M. SAMSON – D. SAMSON-DOLLFUS – J-C. SCHRUB – R. SOYER – B. TARDIF- J.TESTART – J-M. THOMINE – C. THUILLEZ – P. TRON – C. WINCKLER – L-M. WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation (<i>surnombre</i>)
Mr Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale/techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Jean DOUCET	HB	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE	HCN	Urologie
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mr Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme. Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr François TRON (<i>surnombre</i>)	UFR	Immunologie
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre-Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mr Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques

Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEURS CONTRACTUELS

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
Mr Thierry WABLE	Communication

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Imane EL MEOUCHE	Microbiologie
Mme Juliette GAUTIER	Pharmacie galénique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURSMr Serguei **FETISSOV**

Physiologie (ADEN)

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCESMr Sahil **ADRIOUCH**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**Biochimie et biologie moléculaire
(UMR 1079)Mme Carine **CLEREN**

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**Génétique moléculaire humaine
(UMR 1079)Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**HCN - Hôpital Charles Nicolle HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME****CB - Centre Henri Becquerel CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray****CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation**

Par délibération en date du 03 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean DOUCET,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance

A Monsieur le Professeur Hervé LEVESQUE,

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Jean-Luc JOSPIN,

Merci de m'avoir guidée dans ce travail tout en m'accordant une grande liberté. Merci pour ton soutien, tes précieux conseils et ta disponibilité.

A tous les médecins généralistes qui ont participé à cette étude et qui m'ont consacré un peu de leur temps pour ce travail.

A Messieurs les Professeurs Alain MERCIER et Pierre CZERNICHOW, pour vos conseils, votre disponibilité et le temps que vous m'avez consacré.

A Messieurs les Docteurs Rémy GEGOIRE et Jean TISCA, pour votre implication qui a permis la concrétisation des focus group.

A mes maîtres de stages qui m'ont fait découvrir la médecine générale sous différents angles tous plus enrichissants les uns que les autres.

A Agnès P., pour le chronométrage et les bons petits plats réconfortants.

A ma maman, qui m'a soutenue durant toutes ces années, dans les bons et les moins bons moments. Merci pour tes relectures précieuses de ce travail. Et surtout merci pour ta présence et ton amour.

A mon papa, qui m'a permis des escapades hors de la médecine, toujours au bon moment. Merci pour ton soutien et le réconfort que tu m'as apporté.

A tous les membres de ma famille, pour vos encouragements tout au long de mes études, votre collaboration à ce travail et votre confiance en moi.

A mes amis, pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	11
GLOSSAIRE	17
INTRODUCTION	18
CONTEXTE	21
A. Quelques données épidémiologiques	22
1. Les personnes âgées.....	22
2. La consommation médicamenteuse des sujets âgés, polymédication.	23
B. Les enjeux	25
1. Enjeu économique	25
2. Les effets indésirables	26
C. Le bon usage du médicament	27
1. Oversuse	28
2. Misuse.....	29
3. Underuse.....	29
D. Le rôle central du médecin généraliste	30
ETUDE	31
A. Méthode	32
1. Choix de la recherche qualitative	32
2. Elaboration du guide d’entretien	33
3. Réalisation des focus group	34
4. Réalisation des entretiens individuels.....	35
5. Analyse des données.....	36
a) Retranscription du verbatim.....	36
b) Analyse du verbatim	36
B. Résultats	37
1. Caractéristiques des participants.	37
2. Avant la déprescription.....	40
a) Connaissance du patient.....	40
(1) Etat général, examen clinique.....	40
(2) Entourage.....	41
(3) Antécédents	41
(4) Biologie	41
(5) Traitements et effets indésirables	42
b) Questionnement du médecin.....	44
c) Pourquoi les médecins souhaitent déprescrire ?	45
(1) Raisons propres au patient.....	45
(2) Raisons propres au médecin	47

3. Pendant et après la déprescription	48
a) Décision de déprescrire	48
b) Face au patient	49
c) Après la déprescription	52
4. Les facteurs qui influencent la déprescription	53
a) Le patient	53
(1) Facteur humain	53
(2) Paramètres médicaux	54
b) Le médecin	55
c) La relation médecin-malade	57
d) L'entourage	58
e) Les professionnels de santé	59
(1) Le confrère	59
(2) L'associé	59
(3) Le spécialiste	60
(4) Le médecin hospitalier	60
(5) L'infirmière	60
(6) Le pharmacien	60
f) La sécurité sociale	61
g) Les outils	61
(1) Les résultats biologiques	61
(2) Le dossier médical	62
(3) L'informatique	62
(4) L'arbre décisionnel	63
h) Le temps	64
DISCUSSION	65
A. Analyse	66
1. Le patient au centre de la prise en charge	66
2. Les avantages de la déprescription	71
3. Le temps : un facteur clé dans la déprescription	73
4. L'outil informatique	75
5. Les autres professionnels de santé	77
6. Qu'en est-il des psychotropes ?	78
B. Les forces de l'étude	79
1. Liées à la méthode	79
2. Liées à l'échantillon	79
3. Liées à l'enquêteur	80
4. Liées à l'analyse des données	80
5. Liées aux retours positifs	80

C. Les limites de l'étude.....	81
1. Inhérentes à la méthode :	81
2. Inhérentes à l'échantillon :	81
3. Inhérentes à l'enquêteur:	82
4. Inhérentes à l'analyse des entretiens	82
5. Inhérentes au choix des personnes âgées.....	82
D. Perspectives.....	83
CONCLUSION.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	88
ANNEXES.....	95
1. Annexe 1 : Guide d'entretien.....	96
2. Annexe 2 : Cas clinique.....	98
3. Lettre d'invitation aux médecins généralistes	100
RESUME.....	101

GLOSSAIRE

ACFA	Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ATC (classe)	classification Anatomique Thérapeutique et Chimique
AVK	Anti-Vitamine K
BIUM	Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine
BNP	Brain Natriuretic Peptide
CiSMef	Catalogue et index des Sites Médicaux de langue Française
DREES	Direction de Recherches des Etudes et de l'Evaluation Statistique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS	Haute Autorité de Santé
IEC	Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP	Inhibiteurs de la Pompe à Protons
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MAI	Medication Appropriate Index
MSU	Maître de Stage des Universités
OMéDIT	Observatoire des Médicaments des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
SMR	Service Médical Rendu
STOPP	Screening Tool of Older Persons'potentially inappropriate Prescriptions
SUDOC	Système Universitaire de DOCumentation

INTRODUCTION

En France, comme dans la plupart des pays de l'Union Européenne, la proportion de personnes âgées ne cesse d'augmenter. (1)

Selon l'INSEE, au premier janvier 2014, le nombre de personnes de plus de 65 ans est d'environ 11.8 millions soit 18% de la population totale française. (2)

Cet accroissement progressif de la population âgée entraîne une augmentation du nombre de patients polyopathologiques (3 à 5 maladies chroniques ou aiguës en moyenne pour les plus de 75 ans) et donc une augmentation de la polymédication.

Cette polymédication, qui est courante et souvent justifiée chez les personnes âgées (3–7), est un des principaux facteurs de risque d'iatrogénie.

Les effets indésirables sont deux fois plus fréquents après 65 ans (8,9). Dix pour cent d'entre eux conduisent à une hospitalisation, 20 % chez les octogénaires.

Il y a donc un enjeu majeur de santé et un enjeu économique à l'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez les sujets âgés.

Les médecins généralistes sont souvent au cœur de la prise en charge des patients âgés. Ils sont les principaux prescripteurs (3) et sont donc les plus qualifiés pour prendre en charge le patient dans sa globalité afin d'évaluer au mieux la balance bénéfice/risque. Leur but est de favoriser les effets bénéfiques des traitements médicamenteux tout en limitant au maximum les effets indésirables. (10) D'autant plus qu'une grande partie des accidents iatrogéniques est considérée comme évitable (27 à 70% selon les études). (3)

Il apparaît donc souhaitable de hiérarchiser les prescriptions au profit des seuls médicaments indispensables.

Bien prescrire passe aussi par la déprescription. (11)

Il semble cependant que la déprescription d'un médicament ne soit pas si facile à entreprendre. En effet, cette démarche « d'allègement de l'ordonnance » se heurte à plusieurs obstacles, notamment chez les personnes âgées.

L'amélioration des prescriptions chez les sujets âgés est annoncée comme une des priorités de la loi de santé publique de 2004. Cependant les outils proposés par les autorités ne semblent pas facilement applicables en pratique courante. (Critères de Beers (12), STOPP (13) échelle de MAI, « réflexe iatrogénique »)

Les patients polyopathologiques ont souvent recours à plusieurs spécialistes et c'est au médecin traitant de centraliser les différentes prescriptions faites, et éventuellement de les modifier.

Les proches et les autres professionnels de santé ont souvent un avis sur les prescriptions qui peut avoir un impact sur les choix du médecin traitant.

Les patients eux-mêmes peuvent influencer les décisions de prescriptions en fonction de leurs attentes.

L'engagement des patients et des soignants est donc un réel défi spécialement pour les personnes âgées, plus fragiles.

La relation médecin/malade est primordiale pour une prise en charge optimale.

Nous nous sommes donc demandé comment faisaient les médecins généralistes pour aborder et réussir la déprescription d'un médicament chez une personne âgée.

Nous verrons tout d'abord en quoi la déprescription est souhaitable chez les personnes âgées et quel est le contexte socio-économique et scientifique de cette étude.

Plusieurs études ont été menées sur la polymédication et la déprescription mais principalement en milieu hospitalier avec des équipes pluridisciplinaires (gériatres, pharmaciens...). Notre étude qualitative a été réalisée auprès de médecins généralistes lors de focus group afin de comprendre comment est vécue la prise en charge des personnes âgées avec une polymédication et quelles sont les difficultés rencontrées au quotidien.

Après une discussion sur les résultats de l'étude, nous tenterons d'élaborer un outil simple, clair et utilisable en pratique courante pour faciliter la déprescription.

CONTEXTE

Dans cette première partie, nous allons faire le point sur les données épidémiologiques concernant les personnes âgées en France et leur consommation médicamenteuse ainsi que sur les enjeux économiques et sanitaires qui en découlent.

Nous parlerons ensuite du bon usage du médicament en définissant les notions de prescription suivantes : overuse, misuse, underuse. Et s'agissant de gérer la balance bénéfice/risque, nous verrons ainsi que la déprescription est parfois nécessaire dans l'intérêt du patient.

Le médecin généraliste est au centre de cette démarche.

A. QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1. Les personnes âgées

Selon l'OMÉDIT, les personnes âgées sont celles qui ont 75 ans et plus ou celles qui ont 65 ans et sont polypathologiques.

La proportion de cette tranche de la population augmente dans l'ensemble des pays européens notamment par une augmentation de l'espérance de vie. (14) D'après les hypothèses de l'INSEE, la part des plus de 65 ans devrait doubler et celle des plus de 80 ans quasiment tripler dans la population de l'Union Européenne (27 pays) d'ici 2060. (15) Ils représenteraient alors respectivement 30% et 12% de la population européenne.

En France, au premier janvier 2014, le nombre de personnes de plus de 65 ans est d'environ 11,8 millions soit 18% de la population totale française. (2) C'est 3,4 % de plus en vingt ans et 1,4% de plus entre 2003 et 2013. Pour cette même période, près d'un habitant sur dix a au moins 75 ans. Le nombre de personnes de 60 ans ou plus a crû de 23,4 % en dix ans.

Selon les projections de l'INSEE, en 2060 en France, les plus de 75 ans représenteront plus de 16% de la population totale. (16) Une personne sur 3 aura plus de 60 ans, ce qui correspond à une augmentation de 80% entre 2010 et 2060. (17) De plus, si les tendances démographiques se maintiennent, l'âge moyen de la population en France passerait à 43 ans en 2035 puis 45 ans en 2060. Dans environ 50 ans, la France pourrait compter 13 fois plus de centenaires, soit 200 000 personnes. (15)

Les sujets de plus de 70 ans déclarent en moyenne 7 maladies (18) d'où une consommation de plusieurs médicaments de façon concomitante.

2. La consommation médicamenteuse des sujets âgés, polymédication.

En 2001, les personnes de plus de 65 ans, qui représentent 16% de la population française, consomment 39% de la consommation totale de médicaments en ville. (3)

Il n'y a pas de consensus pour définir la polymédication (19,20) et notamment pas de limite arrêtée du nombre de médicaments. Il s'agit du nombre absolu de molécules actives prises ensemble. (9) Le seuil varie entre trois et cinq selon les écrits. L'académie nationale de pharmacie place la limite à cinq. Dans la polymédication, il faut bien sûr prendre en compte les différents médicaments prescrits, souvent par plusieurs prescripteurs, mais également ceux pris en automédication.

Ainsi, selon la HAS, la consommation moyenne quotidienne est de 3,6 médicaments pour les patients de 65 ans et plus. Il y a corrélation entre l'avancée en âge et le nombre de médicaments pris par jour :

- 3,3 médicaments différents pour les 65-74 ans.
- 4 pour les 75-84 ans.
- 4,6 pour les plus de 85 ans.

Il est à noter que les femmes consomment davantage de médicaments par jour que les hommes (3,8 versus 3,3) (3,21)

Et 67% des personnes âgées de 65 ans et plus ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois, versus 35 % pour les moins de 65 ans.

La part de l'automédication n'est pas négligeable : 8,6 % des personnes âgées se procurent un médicament sans ordonnance en un mois. Quatre pour cent des médicaments acquis par les personnes âgées le sont sans ordonnance. Cependant il faut ajouter que l'automédication diminue avec l'âge. En effet, la part de sujets qui consomment des médicaments non prescrits est de 9,3% chez les 65-74 ans et seulement de 6,5% chez les plus de 75 ans. (21)

On compte deux catégories de médicaments principalement consommés par les personnes âgées :

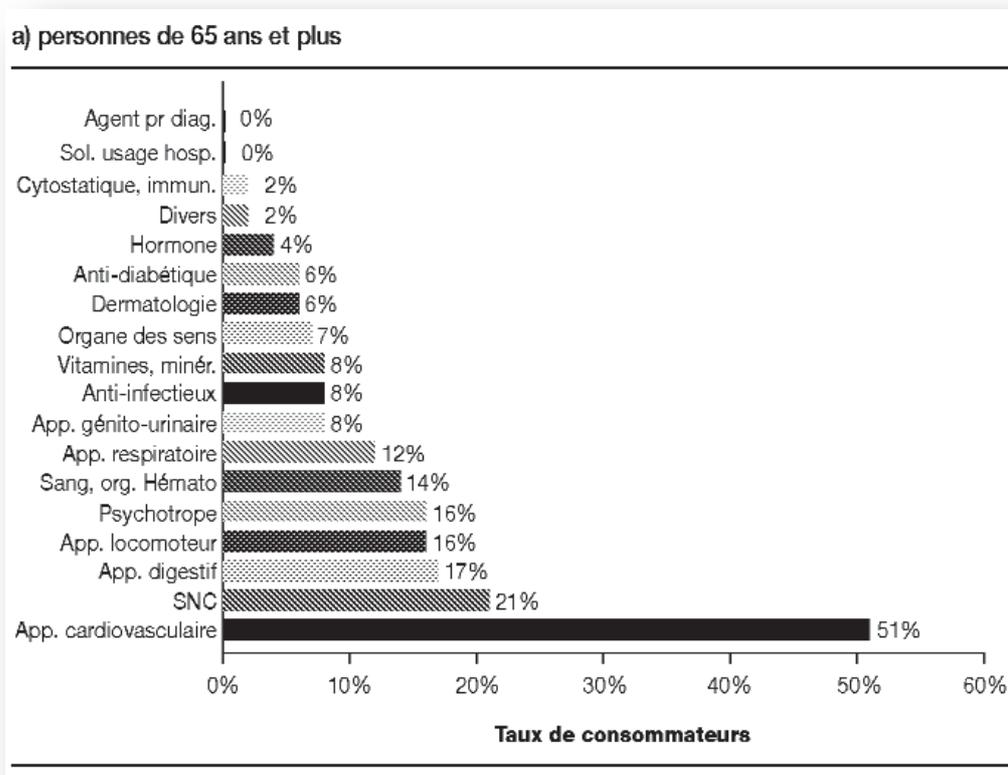
- les médicaments à visée cardio-vasculaire.

Selon le Dr Sermet (21), 51% des personnes interrogées déclarent acquérir un médicament de ce groupe en un mois. Les principales classes sont les médicaments qui agissent sur le système rénine angiotensine, les hypolipémiants et antiathéromateux puis ceux dits de thérapie cardiaque (dérivés nitrés, antiarythmiques ...).

- Les médicaments qui agissent sur le système nerveux : ils comprennent notamment les antalgiques.

On trouve ensuite les médicaments de l'appareil digestif, de l'appareil locomoteur et les psychotropes, comme le montre la figure 1.

Figure 1 : Pourcentage de consommateurs en fonction de la classe thérapeutique



B. LES ENJEUX

La polymédication a cinq conséquences majeures (4–6,22): augmentation du nombre de traitements inappropriés, du risque d'interactions médicamenteuses, risque de contre-indications liées aux pathologies concomitantes, diminution de l'observance et surcoût.

Il y a donc un enjeu économique et un enjeu de santé publique.

1. Enjeu économique

La polymédication liée à la polypathologie est fréquente et légitime chez les sujets âgés. (3–7). Ceci engendre une prise en charge financière importante tant sur les coûts liés à la consommation médicamenteuse que sur ceux engendrés par les effets indésirables.

En effet, en 2000, les personnes âgées dépensent en moyenne 850 euros par an pour les médicaments. Ce chiffre augmente de manière significative avec l'âge (776 euros pour la tranche 65-74 ans et 971 euros pour les plus de 75 ans). Une ordonnance coûte en moyenne 71 euros. (3,21) La dépense annuelle en consommation de médicaments est quatre fois plus élevée chez les personnes âgées que chez les jeunes. (21)

D'autre part, selon une enquête réalisée par le réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance en 2007, le nombre moyen d'hospitalisations dues à des effets indésirables en France s'élève à 143 915 par an. Le nombre moyen de journées d'hospitalisation est ainsi estimé à 1 480 885 par an. (23)

Ainsi, selon les comptes de la santé de 2012, publiés par la DREES (24), les personnes âgées de 75 ans ou plus ont une dépense remboursée moyenne de 3 000 euros en soins de ville dont près d'un tiers consacré aux médicaments et 2 000 euros en soins hospitaliers de court séjour.

Cette consommation importante de médicaments est donc un facteur de risque de survenue d'effets indésirables (25), notamment dans cette population fragilisée que constituent les personnes âgées.

2. Les effets indésirables

Les effets indésirables sont responsables d'une morbi-mortalité importante : augmentation des soins ambulatoires, des hospitalisations, des durées de séjour, des dépenses pharmaceutiques et des échecs thérapeutiques. (26)

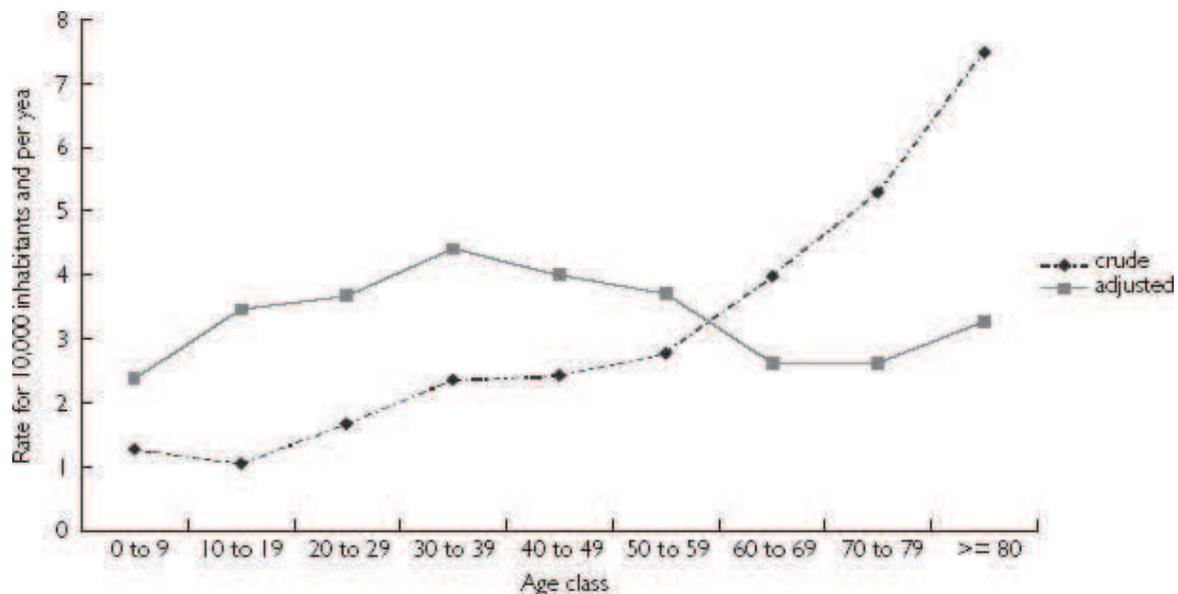
Il s'agit d'un phénomène fréquent dans tous les pays. Une étude aux Etats-Unis, en 1994, démontre que les effets indésirables graves se situent entre le quatrième et sixième rang des causes de décès. (27)

L'âge en soi n'est pas un facteur de risque mais un facteur de gravité des accidents iatrogéniques. (3)

Les sujets âgés sont plus vulnérables aux possibles complications iatrogéniques, du fait, notamment, de modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge (20,26,28). Sur le plan pharmacocinétique, on observe des changements dans la biodisponibilité, la distribution et les métabolismes hépatique et rénal (clairance de la créatinine). D'un point de vue pharmacodynamique, il y a des modifications de sensibilité aux molécules.

Les effets indésirables sont deux fois plus fréquents après 65 ans (29), comme on peut le voir dans la figure 2.

Figure 2 : Taux d'effets secondaires pour 1000 habitants, par an, en fonction de l'âge avant et après ajustement sur la consommation de médicaments. (France 1995-2000) (30)



Les personnes âgées ont 4 fois plus de risque d'être hospitalisées pour des effets indésirables que les jeunes. (4) En effet, 10% de ces effets secondaires conduisent à une hospitalisation, 20% chez les octogénaires. (31,32) Certaines études réalisées en milieu ambulatoire rapportent que plus de 34% des sujets évalués auraient présenté un accident iatrogénique dans l'année précédente. (33)

Un exemple frappant est celui des benzodiazépines. En effet, en France, 20 à 30% des chutes graves (se compliquant au moins d'une fracture) chez les sujets âgés pourraient être imputables à l'usage des benzodiazépines soit 10 000 cas par an. (29)

Il n'y a pas de chiffres précis mais une partie importante de ces accidents serait due à des prescriptions non justifiées et donc évitables. (29) Selon le Dr Ankri (33), 30 à 60 % des effets indésirables sont prévisibles et évitables.

Les médicaments sont une chance pour les patients quel que soit leur âge. Il faut cependant prendre en compte les modifications liées à l'âge pour toute prescription. Il semble donc nécessaire de faire des mises à jour régulières des prescriptions. (34)

C. LE BON USAGE DU MEDICAMENT

Il faut distinguer le quantitatif et le qualitatif dans les prescriptions médicamenteuses. « Le signe de l'ordonnance trop petite » doit être une alerte pour revoir l'ordonnance. Mais certains médicaments apportent un réel bénéfice et ne doivent pas être arrêtés si l'indication est bien posée. Les médecins doivent être en permanence attentifs aux prescriptions et se remettre en question régulièrement afin de favoriser une balance bénéfice/risque la meilleure possible pour leurs patients âgés.

Le caractère inapproprié des prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées représente un problème complexe : d'un côté la consommation médicamenteuse apparaît trop élevée alors que d'un autre côté toutes les pathologies ne sont pas traitées correctement. (35)

Ainsi on décrit plusieurs modalités de prescriptions : overuse (trop d'utilisation), misuse (médicament potentiellement inapproprié), underuse (médicament auquel on devrait penser).

1. Overuse

Il s'agit des médicaments prescrits par excès alors que l'indication n'existe pas ou plus, ou qui présentent un SMR insuffisant.

Un exemple d'absence d'indication est l'utilisation sur une durée prolongée des IPP. Selon l'étude de Dr Heidelbaugh, menée aux Etats-Unis, sur 946 patients inclus, en médecine ambulatoire, 36.1% n'avaient aucune indication documentée appropriée pour la thérapie par IPP. (36)

On peut également citer les traitements par psychotropes notamment les benzodiazépines. Ils sont souvent prescrits pour des durées plus importantes que celles préconisées par les recommandations. (37) Selon un rapport scientifique de 2006, 30% des consommateurs de psychotropes sont engagés dans une consommation d'au moins 2 ans. (38)

Le niveau de service médical rendu est établi par la Commission de Transparence. Tous les ans, depuis 2003, des médicaments remboursés par la Sécurité Sociale sont revus et leur niveau de SMR réévalué.

Ainsi, parmi les 30 médicaments les plus prescrits en France en 2000, 8 d'entre eux ont un SMR insuffisant. Plus de 50% des dépenses pour ces médicaments concernent les veino-toniques (30%) et les vasodilatateurs (25%). (3) Notons que dans l'étude 3C, la prescription des vasodilatateurs cérébraux concernait 23,4% de la population étudiée de plus de 65 ans, vivant à domicile. (39)

2. Misuse

C'est la prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée où le risque semble supérieur au bénéfice.

Les médicaments qui ne sont pas appropriés pour les personnes âgées ont été regroupés selon les critères de Beers en 1997 avec une mise à jour en 2003. (12)

En 2007, Laroche et al. (40) proposent également une liste de médicaments inappropriés adaptée aux habitudes françaises.

Enfin l'OMÉDIT, avec l'aide de la Commission Gériatrie de la Région Centre, propose une liste par classe ATC des médicaments utilisables ou non chez les personnes âgées. (9) Elle a pour but d'aider les médecins généralistes, principaux prescripteurs, dans leur prise en charge médicamenteuse des personnes âgées.

3. Underuse

C'est le médicament non prescrit alors qu'il y a une indication et que la balance bénéfice/risque est favorable.

Près de 40% des personnes âgées seraient sous-traités. (20) Les principales pathologies concernées sont les suivantes :

- l'hypertension artérielle systolique, au-delà des 160mmHg, avec une insuffisance de prescription de bi voire trithérapies.
- l'insuffisance coronaire, avec défaut de prescription des antiagrégants plaquettaires et des bêtabloquants.
- l'insuffisance cardiaque, dysfonction systolique avec une sous-prescription des IEC.
- l'ACFA non valvulaire, avec une sous-prescription des AVK pour la prévention du risque embolique.
- la dépression, avec une insuffisance de traitement par antidépresseurs. (38)
- l'ostéoporose.
- la douleur. (20)

Dans l'étude de Kuijpers (5), en 2007, on retrouve une corrélation entre la sous-prescription et la polymédication. La sous-prescription concerne 42,9% des patients polymédiqués (5 médicaments ou plus) contre 13,5% chez les non polymédiqués. (OR 4,8 IC 95% [2,0 : 11,2]).

D. LE ROLE CENTRAL DU MEDECIN GENERALISTE

En médecine libérale, trois consultations à destination des personnes âgées sur quatre sont réalisées par des médecins généralistes. (21)

Selon la HAS, le médecin généraliste est le premier prescripteur chez ces sujets. (3) Bien qu'ils aient trois fois plus recours aux soins hospitaliers (41), ils ont moins recours aux spécialistes que les plus jeunes.

Il semble donc que le médecin traitant soit l'acteur principal dans la prise en charge globale de ses patients. Les patients ont choisi un médecin traitant car ils ont une relation de confiance avec lui. Cette relation médecin/malade permet aux médecins de bien connaître leurs patients et ainsi de pouvoir dialoguer avec eux sur leur prise en charge, notamment sur les prescriptions médicamenteuses.

Or, savoir bien prescrire c'est aussi savoir déprescrire un médicament qui serait devenu inutile et/ou dangereux. Il s'agit d'une démarche volontariste d'arrêt d'un médicament. (11)

Selon une étude réalisée en 2010, les médecins généralistes souhaitent déprescrire de manière significative. (42) Ils arrivent globalement à arrêter les médicaments désirés (65,5% de succès). Cette déprescription est motivée principalement par l'absence d'indication, l'excès de médicaments avec une iatrogénèse constatée, un SMR insuffisant ou le coût du médicament.

Nous avons donc voulu savoir comment réagissent des médecins généralistes face à une longue ordonnance et comment ils abordent et réussissent une déprescription.

ETUDE

Nous allons maintenant exposer l'étude que nous avons menée auprès de médecins généralistes de Haute-Normandie. Nous avons cherché à savoir comment ils décident d'une déprescription chez les personnes âgées et quelles sont les difficultés rencontrées pour réussir.

A. METHODE

Après avoir expliqué pourquoi nous avons choisi la méthode qualitative, nous allons décrire comment nous avons réalisé notre guide d'entretien, fil conducteur pour les focus group et les entretiens individuels. Le recrutement des participants aux deux types d'exploration sera ensuite détaillé. Les caractéristiques des médecins interrogés seront présentées avec les résultats.

1. Choix de la recherche qualitative

L'objectif de l'étude était d'analyser la manière dont les médecins généralistes prennent en charge des personnes âgées polypathologiques. Notamment la manière dont ils procèdent pour aborder et réussir une déprescription.

La méthode qualitative, issue des sciences humaines, s'est présentée comme la plus pertinente pour décrire chacune des étapes qui permettent d'aboutir à une déprescription.

Cette méthode est, en effet, appropriée quand les facteurs observés sont subjectifs et par conséquent difficiles à quantifier. Elle s'applique particulièrement bien pour les aspects relationnels des soins. (43) Elle permet d'observer les expériences personnelles dans un contexte naturel et d'appréhender la variabilité des comportements. (44) Elle aide à « comprendre le sens ou la signification d'un phénomène à partir de l'expérience de ceux qui la vivent. » et ainsi à donner sens à des phénomènes sociaux et humains complexes. (45,46)

Nous avons choisi de réaliser des focus groups car cela permet de créer une dynamique entre les participants. (47) Le débat est facilité et les interactions entre les individus peuvent faire apparaître de nouvelles idées. Ces débats permettent d'échanger sur les expériences de chacun. Ils permettent également de comprendre pourquoi certaines situations posent problème et quelles sont les solutions disponibles et utilisables au cabinet.

Devant la difficulté à réaliser un autre focus group et pour diversifier le panel de médecins généralistes au maximum, nous avons complété par des entretiens individuels.

En effet, le choix des participants doit se faire dans le but d'avoir le plus grand nombre de profils possible. Cela permet des expériences et points de vue plus exhaustifs en fonction de différentes caractéristiques telles que l'âge, le sexe ou les modalités d'exercice.

2. Elaboration du guide d'entretien

Pour déterminer les grands axes d'interrogation, nous avons réalisé une recherche bibliographique à partir de différentes bases de données : SUDOC, BIUM, INSEE, PubMed, le catalogue CisMef et le moteur de recherche généraliste Google.

Les principaux mots-clés utilisés sont les suivants :

- En français : *Déprescription, Personnes âgées, Médecine Générale, Iatrogénie, Effets Indésirables, Recherche Qualitative, Polymédication.*
- En anglais : *Elder, General Practice, Adverse drug effect, Polypharmacy.*

Le guide d'entretien (annexe 1) comprend six axes principaux :

- Approche du thème à partir d'un cas clinique (annexe 2).
- Expérience personnelle de prise en charge de personnes âgées polypathologiques.
- Attitude face à une ordonnance complexe.
- Expérience pratique de déprescription.
- Obstacles à la déprescription.
- Facteurs favorisant la déprescription.

3. Réalisation des focus group

Trois focus group ont été réalisés entre le 03 décembre 2013 et le 26 février 2014, avec un recrutement opportuniste, c'est-à-dire à partir de connaissances de l'enquêteur ou du directeur de thèse.

Les différents critères de sélection sont :

- Etre médecin généraliste.
- Avoir dans sa patientèle des personnes âgées.
- Accepter de participer à l'étude.

Pour le premier focus group, nous sommes entrés en contact avec le Dr Tisca, médecin généraliste à Saint Valéry en Caux (76460) et responsable de l'organisation d'un groupe d'EPP. Après lui avoir exposé le thème de l'étude, il a accepté de l'intégrer lors d'une soirée d'EPP le 03 décembre 2013.

Le Dr Tisca étant aussi animateur, nous lui avons soumis le guide d'entretien avant la réunion pour qu'il puisse préparer son intervention.

Quatorze participants étaient présents à la soirée. Cependant, le Dr Tisca étant médecin généraliste, nous avons considéré comme légitime de prendre en compte ses propos lors du débat. Nous avons donc compté 15 participants.

Le deuxième focus group était composé de 6 médecins généralistes de l'Eure et de l'Eure et Loir, connaissances du directeur de thèse, le Dr Jospin. Nous avons tenu compte des avis de ce dernier qui assurait également l'animation du débat.

Les médecins ayant participé au troisième focus group étaient des connaissances du Dr Grégoire, maître de stage de l'enquêteur ; l'animation étant assurée par ce dernier. Six participants étaient également présents.

Pour les trois focus groups, les participants ont été informés que le débat serait enregistré et tous ont accepté.

L'intégralité des débats a donc été recueillie avec un dictaphone Olympus VN-712PC et une caméra SONY DCR-TRV30E. Le double enregistrement permet une meilleure transcription en cas de parasite ou de superposition des conversations.

Nous avons assuré aux participants que l'anonymat serait conservé.

La durée moyenne des focus group était de 1h16min.

4. Réalisation des entretiens individuels

Devant la difficulté à réunir un 4^e focus group, nous avons choisi de faire des entretiens individuels afin de voir si l'on pouvait arriver à saturation des données.

De plus, peu de médecins ayant participé aux focus group ont une activité urbaine. Pour les entretiens individuels nous avons donc choisi, dans la mesure du possible, des médecins exerçant dans une grande ville.

Le premier contact s'est fait par téléphone, afin d'expliquer les modalités de l'entretien. Un rendez-vous a donc été fixé. L'ensemble des quatre entretiens s'est déroulé dans les cabinets des médecins recrutés. Ces derniers nous ont réservé une plage horaire dédiée à la réalisation de l'enquête.

Le premier entretien a été réalisé auprès d'un confrère du directeur de thèse. Les autres médecins étaient des maîtres de stage des universités, exerçant au Havre et à Rouen.

Les entretiens se sont déroulés du 25 mars au 04 avril 2014 et ont duré 25min56s en moyenne.

5. Analyse des données.

a) RETRANSCRIPTION DU VERBATIM

L'ensemble des focus group et des entretiens individuels a été entièrement retranscrit sous forme de verbatim, c'est-à-dire en mot à mot. Les intonations, les silences, les rires...ont également été notés afin de saisir au mieux l'authenticité des propos.

A partir du troisième entretien individuel, une répétition des idées émises a été constatée. Nous avons donc réalisé un quatrième entretien afin de confirmer la saturation des données.

b) ANALYSE DU VERBATIM

Une analyse thématique du contenu a été réalisée en plusieurs étapes :

- appréhension globale du contenu par plusieurs lectures attentives.
- découpage du texte avec codage : mise en parallèle des citations et de leurs thèmes.
- classement des thèmes.
- analyse pour dégager différents concepts.

B. RESULTATS

1. Caractéristiques des participants.

Sur l'ensemble des focus group et des entretiens, 31 médecins généralistes ont participé à cette étude.

Nous leur avons distribué un questionnaire afin de connaître leurs caractéristiques démographiques. En effet, l'âge et le sexe peuvent modifier les opinions.

De plus, le lieu d'exercice, le nombre d'années d'expérience, l'organisation du cabinet, la participation à l'enseignement et la formation en gériatrie ou non (médecins coordinateurs d'EHPAD) sont des éléments qui peuvent faire varier les avis.

Nous avons recueilli ces données et les avons étudiées tout au long de l'enquête afin d'assurer une diversité des profils et donc des expériences.

L'âge moyen est de 51.06 ans, le sex-ratio est de 3.4 soit 24 hommes pour 7 femmes. Cinquante-quatre pour cent des intervenants sont maîtres de stages des universités. Environ 10% travaillent seuls, et 10% sont médecins-coordinateurs dans un EHPAD et ont donc une formation spécifique en gériatrie.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés en focus group.

<u>Médecin</u>	<u>Age</u>	<u>Sexe</u>	<u>MSU</u>	<u>Mode d'exercice</u>	<u>Lieu d'exercice</u>	<u>Formation en gériatrie</u>	<u>Nb d'années d'expérience</u>
A1	62	H	X	En groupe	Petite Ville	X	34
A2	34	H	X	En groupe	Rural		2
A3	54	H		En groupe	Petite ville		20
A4	52	F		En groupe	Petite Ville		1
A5	46	H	X	En groupe	Rural		12
A6	56	H		Seul	Petite ville		22
A7	32	F		En groupe	Petite ville		3
A8	54	H	X	En groupe	Petite ville		24
A9	60	H	X	En groupe	Petite ville		31
A10	60	H	X	En groupe	Petite ville		28
A11	60	H		En groupe	Petite ville		30
A12	28	H		Remplaçant			
A13	37	F		En groupe	Rural		6
A14	60	H	X	En groupe	Rural		31
A15	59	H		En groupe	Petite Ville	X	27
B1	49	H	X	Seul	Petite ville		17
B2	53	H		En groupe	Petite ville		24
B3	62	H		En groupe	Petite ville		36
B4	57	H	X	En groupe	Petite ville		28
B5	50	H	X	En groupe	Petite ville	X	16
B6	57	F	X	En groupe	Rural		29
C1	55	H	X	En groupe	Grande Ville		26
C2	32	H		Remplaçant			
C3	57	F		En groupe	Rural		24
C4	47	H		En groupe	Grande ville		13
C5	57	H		En groupe	Petite Ville		30
C6	68	H	X	En groupe	Rural		39

Tableau 1 bis : Caractéristiques des médecins interrogés en entretiens individuels

<u>Médecin</u>	<u>Age</u>	<u>Sexe</u>	<u>MSU*</u>	<u>Mode d'exercice</u>	<u>Lieu d'exercice</u>	<u>Formation en gériatrie</u>	<u>Nb d'années d'exercice</u>
D1	63	H		En groupe	Rural		34
D2	44	F	X	En groupe	Agglomération		14
D3	44	H	X	En groupe	Agglomération		12
D4	34	F	X	En groupe	Agglomération		5

*MSU : Maitre de Stage des Universités

Les lieux d'exercices sont classés comme suit :

- Rural : Commune de moins de 2000 habitants
- Petite ville : Commune de 2000 à 10 000 habitants
- Grande ville : Commune de 10 000 à 100 000 habitants
- Agglomération : Commune de plus de 100 000 habitants

2. Avant la déprescription

La déprescription correspond à l'arrêt volontariste d'un médicament. Bien que la déprescription implique le patient et le médecin généraliste, c'est ce dernier qui doit prendre la décision de ce qu'il inscrit sur l'ordonnance. Avant d'arriver à retirer un traitement, le médecin généraliste suit une démarche importante de questionnement sur le patient et sur ses traitements.

a) CONNAISSANCE DU PATIENT

C'est un point qui est apparu capital pour tous les médecins interrogés. Face au cas clinique proposé, tous ont souhaité avoir de plus amples informations sur le patient.

(1) Etat général, examen clinique

Les médecins se sont interrogés sur l'état général et l'autonomie du patient. (« *Il a besoin d'aide pour aller aux toilettes, donc il commence à avoir une perte d'autonomie.* » A1). La question de savoir qui s'occupe des médicaments est apparue également plusieurs fois. (« *C'est qui qui lui donne ses médicaments ?* » D4)

Ils se sont posé également des questions sur l'espérance de vie. (« *Est-ce qu'il a encore une bonne espérance de vie ?* » A5 « *A 83 ans en théorie oui, apparemment, pour moi, il n'est pas si mal que ça* » A12).

L'examen clinique est apparu également important : que ce soit la biométrie (« *Il pèse combien ?* » C4), les constantes (« *on peut savoir à combien est sa tension ?* » A1) ou les signes cliniques retrouvés (« *ça dépend de plein de choses, euh... au niveau des œdèmes* » D2).

(2) Entourage

La présence d'une famille autour du patient a été décrite comme importante pour les médecins interrogés. (*« ils sont là ils s'occupent des courses.... enfin moi j'essaierais de m'appuyer sur les enfants hein ! »* C1).

(3) Antécédents

Les participants ont déduit les antécédents à partir de la liste des traitements pris par le patient. (*« Oui, mais peut-être qu'il est coronarien »* A14) Le débat est parti essentiellement des traitements et des pathologies qu'on peut y associer. (*« On sait pas s'il est polypathologique mais enfin vu le traitement on peut imaginer qu'il est diabétique hypertendu »*B5)

Il est donc apparu que les antécédents du patient sont importants dans la démarche de déprescription. Les médecins se sont interrogés sur les indications des traitements par rapport aux pathologies du patient. (*« Tahor c'est pour le diabète aussi. »* A15)

Certains ont même proposé de compléter le bilan avec d'autres examens afin d'être sûrs du diagnostic. (*« Moi je lui doserais bien la BNP pour voir s'il n'y a pas une petite insuffisance cardiaque »* B6)

Les facteurs de risques modifiables tels que le tabagisme ont été abordés, mais plutôt mis au second plan. (*« C'est un fumeur ou pas ? »* A14)

(4) Biologie

Les résultats biologiques ont très souvent été évoqués. L'intérêt est double : soit en terme de contre-indication de traitement, soit en terme d'efficacité de traitement.

En effet, la créatinine est précisée en mmol/L dans le cas clinique présenté. La plupart des médecins ont souhaité avoir le chiffre converti en mg/L (*« Attends, la créatinine 250 μ mol en mg ça fait combien ? »*B6, *« Créat à 250 ça fait combien en mg ? »*C1). Cette seconde unité

semble plus familière dans la pratique de ville. (*« C'est pas ça, c'est que vos mmol y m'gavent ! »*D2)

A partir de ce chiffre de créatinine, c'est bien sûr la clairance de la créatinine qui a paru la plus pertinente. (*« Ça nous donne pas la DFG mais au moins on est à 28 ... »*D2, *« mais ça fait quoi la clairance ? »* B2). C'est à partir de cette clairance que la réflexion sur les traitements a démarré. Notamment pour les médicaments contre-indiqués chez les insuffisants rénaux. (*« Alors la Metformine déjà. Il a une clairance de créat trop basse donc il faut la retirer. »*D2)

Chacun a insisté sur l'intérêt des résultats biologiques dans la connaissance de l'efficacité des traitements (*« Il fait des hypoglycémies et sa glyquée ? Son hémoglobine glyquée on l'a ? »* B6).

Cela permet de savoir si le traitement est suffisamment, trop ou pas assez efficace (*« Il est à 7,5 il est bien équilibré »* A2, *« C'est presque trop bas »* A8).

(5) Traitements et effets indésirables

La liste des traitements pris par le patient est présentée avec le cas clinique. La première réaction s'est souvent portée sur le nombre élevé de médicaments. (*« Bah y'a beaucoup de médicaments »*D1, *« Moi je pensais que c'était terminé après Kardégic. Après j'en ai revu ... 6 ! »*A2.)

Chaque molécule citée a été rapportée, si possible, aux antécédents du patient afin de confirmer ou non son indication. (*« Alors, les antalgiques, on sait pourquoi il les a : c'est uniquement pour son arthrose ou c'est parce qu'il a une hémiplégie aussi euh... douloureuse »* A1)

S'il n'y a pas ou plus d'indication, son arrêt a été envisagé. (*« Furosémide t'as pas d'indication Furosémide. Il est pas insuffisant cardiaque. »*B5)

Si l'indication semblait établie, c'est la posologie qui a été remise en question en fonction de plusieurs critères :

- Ceux qui poussent à baisser la dose :
 - L'âge du patient.
 - La clairance du patient (« ...qu'il est en insuffisance rénale chronique et que je verrais peut-être pour le diminuer son Triatec, le diminuer au moins à du 2.5 » D3).
 - Le risque d'effet indésirable (« Je baisserais l'Amarel à... parce que s'il tombe et qu'il se casse le col du fémur il meurt quoi dans l'année. Enfin il a l'air fragile. Donc euh ! on baisse l'Amarel à 3.»D1).
 - Le risque de mauvaise tolérance.
- Ceux qui poussent à augmenter la dose
 - L'efficacité de traitement à atteindre (« repasser plus sur du Paracétamol 1g fois trois par jour »D2 « Moi je mettrais sous Paracétamol à dose maximum »A8).
 - Les objectifs biologiques (« La question c'est peut-être que 10, c'est pas suffisant » A5).

Les effets indésirables des médicaments ont également été recherchés (« Il n'a pas d'hypotension... de l'hypoglycémie mais pas d'hypotension ? » A11). Ils sont fréquemment source de désir de déprescription, qu'ils soient ressentis par le patient ou objectivés par le médecin. (« S'il fait des hypoglycémies, on peut supprimer l'Amarel »C6)

L'observance des traitements a été aussi source de réflexions. (« Bref, peut-être qu'il prend que la moitié de c'qui est noté là. Peut-être qu'il prend rien »A13)

b) QUESTIONNEMENT DU MEDECIN

Comme nous venons de le voir, la connaissance du patient était très importante pour les médecins interrogés avant de faire des modifications de traitements.

Outre cette connaissance du patient, les médecins se sont référés aux Recommandations Officielles et au bon usage du médicament. (« *C'est plus dans les recommandations* »B5 «*Faudrait regarder dans le Vidal* »C4)

Les principales informations recherchées ont concerné les recommandations en fonction :

- de l'âge,
- de la clairance (« *Alors la Metformine déjà. Il a une clairance de créat trop basse, donc il faut la retirer. Euh l'Amarel ccccc'est limite, normalement ça se retire. Le Glucor je ne sais pas, faudrait que je regarde.*»D2),
- des objectifs à atteindre vu l'âge du patient («*C'est combien les recommandations à 83 ans ?* »C1)
- de la pharmacocinétique et pharmacodynamie des substances. (« *C'est quoi la durée de demi vie du Monocrixo ?* »A13)

Toutes ces recommandations sont importantes dans la prise de décision de déprescrire. Cependant l'adaptation au patient est indispensable. Et bien que la science ait un poids important, c'est le patient qui doit être au cœur de la décision. (« *Mais y'a l'universitaire et puis y'a la pratique euh médecine générale.* »D1 « *De quel droit, moi je vais lui dire que la science, elle dit qu'il faut qu'on leur donne ça.* »B5)

c) POURQUOI LES MEDECINS SOUHAITENT DEPRESCRIRE ?

Les raisons qui poussent les médecins à déprescrire sont nombreuses.

(1) Raisons propres au patient

La principale raison évoquée par les médecins interrogés est la sécurité du patient. L'intérêt de celui-ci est très important et se réfère à l'un des principes de la médecine « Primum non nocere ». (« *Qu'il faut simplifier son traitement pour que ça retentisse pas plus sur son état de santé.* »D2)

Le risque d'effet iatrogène est souvent revenu :

- Soit parce que le traitement en lui-même est dangereux pour ce patient. (« *Un comprimé de Voltarène à 80 ans c'est dialysé à vie.* »C4 « *Hypoglycémies, risque de chute et toutes les complications. J'vois qu'il a de l'Amarel, ça...ça doit être un...j'me rappelle plus son.....son.....sa classe mais je crois que c'est un sulfamide hypoglycémiant, à mon avis. Et sachant qu'il a plus de 83 ans, c'est pas recommandé les sulfamides, donc ça je...l'arrêterais.* » D3)
- Soit parce que le traitement présente des risques de décompensation d'une autre pathologie.
- Soit parce que le traitement est dangereux en cas de pathologie aiguë. (« *Une fois que tu lui as enlevé la Metformine, parce que tu peux le coller en hyperosmolaire du jour au lendemain s'il a la diarrhée.* » B5)

Les médecins ont pris en compte les contre-indications aux médicaments, notamment à cause d'une fonction rénale faible. (« *Le Mobic étant un anti-inflammatoire non stéroïdien, vu la clairance de la créat, si c'est au quotidien, ça va pas du tout.* »D2)

Les membres du groupe ont souhaité une déprescription en cas d'absence d'indication. (« *Mais Furosémide à mon sens il a pas d'indication si cliniquement il a pas d'insuffisance cardiaque.* »B5) Dans ce cas, c'est l'examen clinique qui permet de confirmer ou non l'indication.

Quand deux médicaments présentent un effet identique, sans amélioration de la prise en charge, l'un des deux doit être arrêté. (« *En plus Glucor et Amarel c'est ridicule : si on met de l'Amarel, c'est qu'on est au-delà du Glucor, il n'y a aucune raison de les associer.* » D2) En effet, les médecins ont décrit une potentialisation des effets qui paraît dangereuse pour le patient car les effets secondaires sont aussi potentialisés. (« *En association : Amlor et Xatral ça donne des hypotensions.*»A11)

Un risque accru d'interactions médicamenteuses est une des raisons qui pousse les médecins à stopper un traitement. (« *Mobic, j'aurais pas mis Mobic avec du Kardégic.* »D1)

La perte d'autonomie et le grand âge avec une espérance de vie diminuée sont également des arguments en faveur de la déprescription. (« *Parce qu'un diabète à 83 ans bon Faut pas ... s'énerver quoi. Faut pas chercher à ...* »C6 « *Euh le Tahor pff ah bah il est diabétique, alors il a droit à tout celui-là. SSSSSS il a droit à tout même si son espérance de vieJ'sais 83 ans pour un monsieur si c'est vraiment...si c'est vraiment la bonne indication d'aller lui foutre une statine, en continu.* »D3)

(2) Raisons propres au médecin

Dans un deuxième temps, le ressenti du médecin rentre en compte dans la décision de déprescrire. (« *C'est pas une ordonnance qui me plait bien d'un premier...premier abord en fait.* »D4) La plupart des médecins interrogés se sont indignés devant le cas clinique présenté. (« *C'est dingue cette histoire. Mais il y a vraiment des fadas !!* »B5 « *Ça c'est le genre d'ordonnance qui me fait hurler !* »D2)

Parfois, dans les modifications de traitement, l'avis du patient peut passer au second plan par rapport au sentiment du médecin. (« *Oui, mais moi le soir en me couchant, je dormirai bien parce que j'aurais l'impression d'avoir fait des trucs intéressants.*» B5)

De plus, les médecins ont mis en avant leur responsabilité pénale, engagée quand ils signent une ordonnance. (« *Si tu le revois pas, on t'accusera pas de lui avoir foutu son rein en l'air* »C1) Il est de leur devoir d'éviter au maximum tout problème préjudiciable au patient et donc au médecin prescripteur.

Malgré ce double cas de conscience, l'intérêt du patient est primordial. (« *J'ose espérer que ce qui nous motive là, c'est quand même pas la peur de la justice, c'est l'intérêt du patient !* »C1)

Bien sûr, dans cette décision de déprescrire, toutes les raisons citées ci-dessus s'imbriquent. C'est la balance bénéfice/risque qui est au cœur de la réflexion. Le médecin prend sa décision en fonction d'un faisceau d'arguments et de son interlocuteur : le patient.

3. Pendant et après la déprescription

a) DECISION DE DEPRESCRIRE

Le médecin généraliste commence donc par prendre la décision de retirer un médicament en fonction de sa connaissance globale du patient et d'éventuels examens complémentaires pour attester des diagnostics. La confirmation des décisions de déprescription se fait auprès de sources considérées comme fiables par le médecin. (« *Bon ça vous voyez on a beau avoir 13 ans d'installation, ça reste ma bible. (Montre le Doroz) De toute façon je vérifie tout le temps.* » D2)

La notion de temps est primordiale. Pour l'ensemble des médecins interrogés, une fois la décision de déprescrire prise, il faut prendre le temps pour arriver à son but. (« *On y va progressivement* »C6 « *Faut faire par étape* »B3 « *C'est pas en ¼ d'heure qu'on lui vire 3 antidiabétiques* »A14).

L'idée de prioriser certaines déprescriptions est souvent revenue. (« *Est-ce qu'on peut pas supprimer par ordre de priorité ? Est-ce qu'il y a des choses de flagrantes à retirer et après on rediscute* »B3).

La hiérarchisation des traitements permet de savoir quels sont ceux à retirer en premier, car dangereux pour le patient, et de préparer les étapes suivantes. (« *A cette occasion-là, tu dis, moi je dirais qu'il y a des produits qu'il faut absolument arrêter, d'autres qu'il faudra diminuer puis ensuite faut voir l'évolution dans les semaines immédiates qui vont suivre* » B3).

En effet, les participants n'ont pas souhaité faire de trop importantes modifications en une seule fois afin de ne pas bousculer le patient. Le maintien d'une bonne relation médecin/malade est indispensable tout au long du processus de déprescription. La confiance du patient dans son médecin et dans la médecine doit être préservée. (« *Non j'pense, faut être pragmatique, ce monsieur il vient pour la première fois euh faut pas tout lui changer de toute façon sinon. En plus, on se connaît pas, il va avoir un doute il va dire : « pourquoi mon*

docteur que je connaissais depuis 30 ans, j'avais entière confiance, il me donnait ça. Et puis celui-là le nouveau il me retire tout ? » Euh c'est ...ça peut être euh ...source d'angoisse pour le monsieur. » D3)

De plus, comme nous le verrons plus tard, toute modification appelle à une surveillance et à une réévaluation, ce qui nécessite plusieurs consultations. (*« J'enlèverai Mobic, Amarel et Metformine. Et puis après on voit. On voit tous les 8 jours comment ça se passe, comment ça évolue. »C6)*

Le but est de trouver un juste milieu entre la nécessité d'arrêt d'un médicament et le souhait du patient. (*« ... je leur dis voilà c'est pas compliqué, on a ça comme inconvénients, on a ça comme avantages, maintenant il faut trouver le juste milieu. Donc voilà entre les deux, mon cœur balance.»D2*). Il faut personnaliser la prise en charge pour être le plus efficace et le moins nocif possible.

b) FACE AU PATIENT

Une fois la décision prise de retirer un médicament, il faut l'aborder avec le patient. La négociation est le maître-mot pour parvenir à simplifier l'ordonnance. (*« Va falloir négocier hein !! »A14 « Bah de toute façon c'est la négociation....c'est de la négociation de longue haleine on va dire »D4)*

Tout d'abord, toutes les modifications que le médecin souhaite faire doivent être proposées au patient : que ce soit la suppression d'un médicament, le changement d'une posologie ou une alternative thérapeutique. (*« Moi je proposerais l'infiltration »A14*). Il faut faire des suggestions et prendre en compte l'avis du patient. (*« Qu'est-ce qu'il veut lui ? Non mais parce que ...l'aider à bien vivre la fin de sa vie. Qu'est-ce qu'il veut lui ? »C1)*

Préparer le patient à ces changements d'ordonnance semble indispensable. (« *Faut le prévenir à chaque fois.* »A11 « *Tout en l'ayant prévenu que tu allais probablement alléger son traitement ou au moins modifier. On le prépare psychologiquement à...* »C4) Les choses doivent être faites au fur et à mesure.

Ensuite, il faut expliquer la - ou les - raison(s) de la modification. Les médecins souhaitent rester simples. (« *Globalement, j'essaie d'être assez simple* »D4 « *J pense qu'en disant, en disant deux-trois mots les plus simples possibles.* »D3).

Plusieurs façons de faire ont été décrites par les participants :

- Faire un schéma (« *...quitte à faire un petit schéma pour expliquer comment ça marche...* »D3).
- Présenter un article de revue (« *donc je leur dis bon, je vais vous sortir une synthèse* »D4).
- S'appuyer sur ce que dirait un spécialiste (« *on peut lui dire : « Monsieur, vous allez faire une insuffisance rénale. Si vous allez en néphro, je me fais assassiner par tous les néphrologues pour avoir prescrit du Mobic* » »C6).

Quelle que soit la manière de faire, les explications fournies au patient sont essentielles afin qu'il comprenne les modifications et qu'il les accepte. (« *Tu lui expliques que tu peux essayer de le maintenir bien en ... euh ... en lui faisant prendre beaucoup moins de médicaments. Et une fois que tu as dit ça, tu as l'adhésion de ton patient.* »B5)

Les explications ont porté sur différents points :

- Les raisons d'un arrêt de médicament (« ...en disant : « bah voilà, votre traitement, il a été renouvelé pendant des années mais maintenant vous commencez à prendre de l'âge et puis vos reins, ils sont un petit peu plus fragiles, il faut les préserver. » » D3)
- Les règles hygiéno-diététiques qui peuvent compenser un arrêt de traitement (« Des médicaments qui ne servent plus à rien, à votre âge, faut les enlever. Et puis, faut vivre avec tout ça, faire attention à votre régime et voilà ! Puis marcher un peu, si vous pouvez encore le faire. »C6)
- Les autres prises en charges possibles (« Ça peut se discuter avec un chirurgien à 83 ans de mettre une prothèse de hanche pour qu'il retrouve un minimum de souplesse. »D2)

Les médecins ont ressenti de temps en temps le besoin de se justifier auprès du patient. (« Mais les gens qui ont leur tête, ils ont besoin qu'on leur prouve que ...voilà on a les traces fiables que c'est dangereux ou que ça sert à rien. »D4)

Parfois, lorsque les arguments ne suffisent pas à convaincre le patient mais que la prescription est trop dangereuse, les médecins ont estimé qu'il fallait imposer leur avis. (« De toute façon pour le Mobic, tu lui dis que c'est comme ça et puis c'est tout »C3)

Un des participants a même suggéré de faire des modifications à l'insu du patient. (« Et est-ce qu'on diminuerait son Furosémide ? En secret on lui met un 20 au lieu d'un 40 !? » C2)

Enfin, il faut rassurer, autant le médecin que le patient. Cela passe beaucoup par le suivi du patient après l'arrêt d'un médicament.

c) APRES LA DEPRESCRIPTION

Dans les suites d'une déprescription, la surveillance du patient est nécessaire. (« *Donc en clair, tout le traitement pour le diabète, pour l'instant on arrête et on surveille.* »D2 « *Donc euh on baisse l'Amarel à 3 et puis je vois ce que ça donne.* »D1)

Cela tranquillise le patient (« *Et après, on se revoit dans une semaine ou dans deux semaines. Dans 2 semaines ! Attends, psychologiquement ? C'est qui ce jeune médecin qui change tout par rapport à mon médecin d'avant ?* » C1)

Mais cela permet aussi de rassurer le médecin sur la stabilité ou l'amélioration de l'état de santé du patient après l'arrêt d'un traitement. («... *oui, pi ça peut se dire parce qu'il y a vraiment des fois, on revoit les gens parce qu'on est inquiet ...*»B3).

Cette surveillance doit être programmée plus ou moins rapidement. (« ... *j'crois que ce qui va être important par contre c'est que plus on arrête de médicaments, plus il va falloir le revoir rapidement ...donc le revoir la semaine d'après pour voir.* »B4)

De plus, le patient est prévenu qu'en cas de problème, il peut appeler le médecin pour le revoir rapidement. (« *Et de le prévenir que s'il a le moindre problème qu'il rappelle, qu'un médecin peut le voir rapidement ...* »B4)

Il est alors possible de réévaluer le patient (constantes et examen clinique) et l'évolution des résultats de prise de sang. (« *Attends, parce qu'une fois que tu as supprimé le Mobic il faut refaire une créat quelque temps après. Si ça se trouve il a ...une créat normale.*»C4)

En fonction de cette évolution, le traitement peut subir d'autres modifications ou ajustements, toujours dans l'intérêt du patient.

4. Les facteurs qui influencent la déprescription

La déprescription offre des atouts qui doivent être expliqués au patient par le médecin. En effet l'amélioration de la qualité de vie avec l'arrêt de certains traitements (« *Donc, tu lui expliques qu'avec l'insuline, il peut remanger tous ces trucs-là. Certains patients n'ont pas compris que l'insuline améliore leur vie par rapport aux antidiabétiques oraux* »B5), la diminution des effets indésirables et des interactions médicamenteuses (« *Bah déjà dans la déprescription, agir sur les hypoglycémies, parce que le risque on a dit que c'était les chutes. Après euh...après éviter les interactions euh ! médicamenteuses notamment avec euh ! les AINS.* » D3) sont des arguments en faveur de la déprescription.

Supprimer des médicaments favorise aussi l'observance et la prise en charge globale du patient. (« *Et puis au niveau observance, et puis au niveau de facilité de prise en charge. C'est pareil, si on veut faire passer une infirmière pour donner les médicaments, si y'en a matin midi et soir, c'est moins facile que si on regroupe tout le matin ou tout le soir, enfin c'est plus simple, si l'ordonnance est plus simple.* »D4)

Néanmoins, la déprescription présente également des désagréments : perte d'efficacité, risque de décompensation d'une pathologie, (« *Si tu lui enlèves son antalgique, il va avoir son diabète qui va monter, en plus il va avoir mal* »A15)

Outre ces avantages et inconvénients, les médecins ont cité de nombreux facteurs qui influencent leur action.

a) LE PATIENT

(1) Facteur humain

Comme nous l'avons vu précédemment, l'avis du patient est très important dans la décision de déprescrire. (« *C'est pour ça que je disais qu'est-ce qu'il veut ce mec-là ?* »C1) Il peut être à la fois un facteur favorisant et un obstacle.

Il représente une contrainte par les habitudes du patient à son traitement, traitement qu'il a depuis longtemps, qui lui est familier. (« Bah qu'ils ont toujours été comme ça et qu'ils voient pas pourquoi ils changeraient. »D2).

Le motif de consultation peut également être un frein si le patient n'a pas de plainte particulière. (« Il vient te voir pour renouveler son traitement, il t'emmerde pas au départ ! C'est toi qui l'emmerdes oui ! » C5) En revanche, il y a un avantage si le patient ressent un effet indésirable ou demande une diminution de ses traitements. (« Il est peut être demandeur que tu changes son traitement parce qu'il trouve qu'il en bouffe beaucoup. Et en plus qu'il fait des hypo ... qu'il a mal à l'estomac. »A15)

(2) Paramètres médicaux

Les paramètres médicaux sont perçus plutôt comme des contraintes par les médecins, notamment pour proposer des alternatives aux médicaments. L'état général et les pathologies du patient peuvent être des contre-indications à des prises en charges non médicamenteuses. (« Effectivement s'il arrive en boitant, qu'il peut pas arquer, sincèrement, s'il a une coxarthrose d'enfer, vu son état on ne va pas l'opérer, mais il faut réévaluer. Si effectivement il est très douloureux avec ça, tu vas pas lui enlever tout »A15). Ainsi il devient plus difficile de retirer des médicaments.

L'évaluation des traitements réellement pris n'est pas toujours aisée. De ce fait, si les patients expriment toujours une plainte, notamment douloureuse, il est difficile de retirer un médicament en cas de mauvaise observance ou d'automédication non évaluée. (« ...y'a des personnes âgées qui les prennent pas ! Qui prennent moins, beaucoup moins que ce qu'on dit. 6 fois 500 de Paracétamol ils en prennent 2 fois 500 par jour comme ça très longtemps sans rien dire et voilà après ils se plaignent ils ont mal et tout. Quelquefois, ils veulent passer à plus dur, bah j'dis mais plutôt que de passer à plus dur, il faut déjà voir ce que ça donne avec tout. »D1)

Il est également plus délicat de proposer un traitement moins dangereux si l'on ne connaît pas l'historique des traitements déjà testés et leur tolérance. (« Mais t'as quand même beaucoup d'effets secondaires avec le Durogésic aussi ... Peut-être que son médecin il a déjà essayé et puis qu'il est revenu à un palier euh moins fort »C5)

En revanche, lorsqu'il existe une marge thérapeutique, les médecins sont plus enclins à retirer un médicament. (« *De toute façon là, on a de la marge thérapeutique parce qu'il a une bonne tension.* »C4)

b) LE MEDECIN

Comme nous le disions précédemment, beaucoup des participants se sont indignés devant le cas clinique présenté. Cette réaction est bien sûr un facteur favorisant la suppression d'un médicament. (« *Y'a de quoi écrémer quand même !* »B2)

La formation initiale du médecin et la formation continue sont plutôt des atouts à l'arrêt d'un traitement. (« *Y'a un truc qu'on a pas dit, en fait, c'est se tenir à la page de ce qui se fait et de ce qui se dit par rapport à nos connaissances, par exemple des histoires de la DPP4, au départ, on en a mis pas mal puis on a eu quelques couacs. Finalement ces personnes qui ne repondent pas, on déprescrit* »A5 « *Enfin on est dans les jeunes médecins donc forcément, on a été formé à faire attention, à simplifier* »D4)

Cependant, la formation initiale des médecins les plus âgés était différente de celle d'aujourd'hui. Pour ces praticiens-là, il s'agit donc d'une contrainte. (« *Et aujourd'hui effectivement, c'est difficile aussi de remettre en cause les cours que tu as pu avoir* »A8)

L'expérience du prescripteur peut également influencer la déprescription. Pour les médecins plus âgés, leur expérience apparaît comme un frein, du fait des habitudes de pratique. (« *Y'a des habitudes de prescriptions. Tu gères pas les pathologies maintenant comme tu les gérais il y a 15 ans, il y a 20 ans.* »C4). Tandis que pour les plus jeunes, elle

semble être un atout. (« *Mais est-ce ça, ça s'apprend ? Euh ! Est-ce que, comme disait Hervé, c'est pas de l'expérience ?* »C2).

L'habitude d'une réévaluation systématique est utile dans la déprescription. (« *Non je pense qu'il faut réévaluer chaque...à chaque fois que tu....qu'on prescrit quelque chose hein ! Faut pas ... faut pas faire du copier-coller.* »D3)

L'évolution de la médecine générale en une spécialité à part entière est également un avantage. (« *Sachant qu'il y a une évolution quand même, maintenant que la médecine générale est une spécialité euh ! je pense que les médecins généralistes sont en train de se réapproprier la vision qu'ils ont de la prescription et c'est une bonne chose.* »A1)

Les participants ont aussi mentionné leur méfiance vis-à-vis des nouveaux médicaments comme un bénéfice sur les prescriptions. Ils ont notamment évoqué les nouveaux anticoagulants. (« *Tout le monde attendait de voir et puis on a eu raison* »A4).

La responsabilité pénale du médecin est en faveur de l'arrêt des médicaments dangereux. Cependant, la responsabilité face au patient passe aussi par le soulagement de ses maux et rend plus difficile la déprescription. (« *Ça fait quand même très mal aussi bien la hanche que le genou. Donc euh...on est sans doute obligé de laisser son Monocrixo de toute façon y'a pas ... et le Mobic bah fouais le Mobic euh ! De toute façon le Mobic, c'est très mauvais pour les reins aussi donc euh...et ça va pas avec le Kardégic, moi je l'arrête le Mobic c'est dangereux. Si je prescris là et qu'il y a un problème, c'est moi qui suis responsable de ma prescription.* »D3)

c) LA RELATION MEDECIN-MALADE

La confiance du patient est au cœur de la relation médecin/malade. Le maintien d'une bonne relation entre le soignant et le soigné est capital pour l'ensemble de la prise en charge, et donc pour la déprescription. (« *Faire mal passer le traitement, perdre la confiance dans le médecin du patient, dans l'ancien, et dans la médecine en général.* »D1)

Elle permet une adhésion du patient aux décisions du médecin (« *Tu lui expliques que tu peux essayer de le maintenir bien en ... euh ... en lui faisant prendre beaucoup moins de médicaments. Et une fois que tu as dit ça, tu as l'adhésion de ton patient.* »B5).

Il peut y avoir conflit entre les deux protagonistes du fait d'un manque de confiance (« *En plus, on se connaît pas, il va avoir un doute, il va dire : « pourquoi mon docteur que je connaissais depuis 30 ans, j'avais entière confiance, il me donnait ça. Et puis celui-là le nouveau il me retire tout ? »* »D3) et donc les décisions de modifications de traitement sont plus difficiles à faire accepter au patient.

Un autre risque, en cas de mauvaise entente, est que le patient aille voir un autre médecin. (« *Tu le laisses avoir mal ? Bah ! Il change de médecin !* »B1 « *Si moi je lui prescris pas, il ira peut-être se le faire prescrire par quelqu'un d'autre hein, c'est possible aussi.* »D4). Le patient peut avoir l'impression que le médecin se désintéresse de lui. (« *Il s'en fout de moi maintenant mon docteur* »A14)

L'implication du patient devient de plus en plus importante pour conserver une relation de confiance. (« *...je les inclus énormément dans la prise de décision. Sous-entendu : c'est vous qui choisissez. En général, j'ai droit à la réponse : « Mais attendez docteur, on vous fait confiance, vous faites ce que vous pensez le mieux. » Voilà ! donc là pour le coup, je peux le faire.* »D2)

Certains participants n'ont pas hésité pas à montrer les recommandations ou des sources scientifiques, en fonction du niveau intellectuel du patient. (*«J'ai fini par lui sortir l'article de Prescrire pour lui montrer, en disant « vous voyez ça entraine ça et ça » La fois d'après, elle a dit qu'elle allait essayer d'arrêter et la fois suivante je crois qu'elle le prenait plus..... Ça dépend des patients et de ce qu'ils sont capables de comprendre... »D4)*

La dynamique de la consultation est aussi très importante pour favoriser la déprescription. (*« C'est toute une dynamique de la consultation, comment ça va se passer, euh, si lui euh, si lui il suit. »B4)*

Les participants de l'étude ont souligné l'évolution du statut du médecin dans l'esprit du patient. Cette évolution rééquilibre la relation médecin/malade mais peut compliquer les choses pour le médecin. (*« On est obligé maintenant, alors qu'avant, je pense que le médecin il était tout puissant et voilà, ce qu'il disait c'était parole d'évangile. »D4)*

De plus, la relation humaine est primordiale et doit rester à l'esprit des médecins en permanence. Les données scientifiques sont une chose mais l'avis du patient est essentiel. (*« S'il est parfaitement bien avec son rein pourri et ces médicaments horribles. Qu'il va à la pêche, y voit ses petits-enfants, sa famille est contente de lui. De quel droit, moi je vais lui dire que la science elle dit qu'il faut qu'on leur donne ça ? »B5)*

d) L'ENTOURAGE

L'entourage peut être à la fois aidant et freinant.

Néanmoins, la majorité des médecins ont considéré que la famille était plutôt un atout dans la déprescription. (*« J'essaierai de m'appuyer sur sa fille. Parce que lui, il va peut-être être un peu borné sur son traitement qu'il prend depuis peut-être 15 ans comme ça. Et sa fille va peut-être être un peu plus compréhensive. » C2 « Aidant oui plutôt, parce qu'ils ont bien compris enfin ils ont entendu le message que moi j'étais pas trop pour ce médicament, que ça allait pas forcément l'arranger, c'est plutôt l'inverse. »D4)*

e) LES PROFESSIONNELS DE SANTE

La pluridisciplinarité est un élément encourageant la déprescription à première vue. (« *Faut qu'on soit plusieurs à dire la même chose, hein* »A13). Cependant, lorsqu'on regarde les arguments pour chaque intervenant séparément, l'effet de facteur favorisant est plus mitigé.

(1) Le confrère

Modifier la prescription d'un confrère paraît difficile. La déontologie était présente à l'esprit des participants. (« *Quand je reçois un patient pour la première fois, qui a une prescription d'un confrère j'suis pas pour euh... tout bazarder, sous-entendu l'autre c'est un andouille et moi j'suis un dieu de la médecine Tu vois, c'est un peu gênant comme attitude.* »B6)

De plus, la première consultation ne permet pas de connaître suffisamment le patient. (« *Après, c'est toujours délicat parce que c'est pas mon patient* »D4). Elle peut cependant être l'occasion de revoir l'ordonnance. (« *Moi je penseje pense que c'est l'occasion quand y'a un switch de médecin ded'être radical.* »B4).

Un regard neuf sur le traitement peut aussi être une aide, notamment celui d'un interne ou d'un remplaçant. (« *Avoir des internes aussi de temps en temps, ça nous aide* »A10)

(2) L'associé

La remise en question d'une prescription d'un associé est à la fois épineuse (« *Quand c'est soi-même ou quand c'est son associé, on a du mal à élaguer* »B4) et facilitatrice. (« *Ca dépend. Des fois on en profite, on se connaît bien* »B5)

(3) Le spécialiste

Il est beaucoup plus dur de modifier les prescriptions faites par un spécialiste. (« *C'est compliqué pour nous de modifier un traitement qui a été prescrit par un cardiologue, notamment.* »D4)

(4) Le médecin hospitalier

De même que pour le spécialiste, les médicaments prescrits par un médecin hospitalier sont difficiles à supprimer (« *Je sais qu'il y a des phrases qui tuent hein c'est : le mec qui dit, l'hospitalier qui dit : « ce sera un traitement à vie ». Vous prendrez du Tanakan à vie* »A15).

Malgré tout, une des participantes a estimé que la confiance dans l'hôpital était inférieure à celle accordée au médecin traitant. (« *Donc, ils ont un peu plus confiance en nous que la sortie d'hôpital* »D4)

L'hospitalisation d'un patient peut être l'opportunité de faire le vide dans l'ordonnance mais la sortie d'hôpital est parfois compliquée. (« *Après quand t'es à l'hôpital et que tu peux gérer tout, c'est complètement différent. – Oui tout à fait mais ...ils gèrent pas la sortie.* » C1+C4)

(5) L'infirmière

Le passage d'une infirmière à domicile est un facteur favorisant pour la déprescription car il facilite la surveillance. (« *Comme l'infirmière, elle vient 2 fois par jour pour la glycémie, elle peut surveiller la pression artérielle* »B5).

Ce professionnel de santé permet aussi de renforcer le discours du médecin. (« *C'est le passage d'une infirmière. C'est plus facile de faire passer le message dans ce cas-là* »A11)

(6) Le pharmacien

L'intervention du pharmacien n'est citée que dans le premier focus group. Il ressort que le pharmacien se permet de changer certains médicaments, en mettant des génériques. Et cela est plutôt une contrainte à la déprescription. (« *oui le pharmacien est roi* »A3)

f) LA SECURITE SOCIALE

La sécurité sociale favorise les prescriptions selon l'AMM des médicaments. (« *Non mais tu fais des ordonnances hors AMM et t'es aligné !* »B5). Les médecins l'ont ressenti comme une contrainte. (« *Donc, s'ils veulent nous emmerder, la seule chose sur laquelle on peut emmerder un médecin c'est prescriptions hors AMM.* »B5)

Néanmoins, le déremboursement de certaines molécules est une aide pour la déprescription. (« *Normalement, ils ont tous été revus, donc forcément les médicaments qui servent à rien, souvent ils sont déjà déremboursés.* »A8)

g) LES OUTILS

(1) Les résultats biologiques

Une surveillance régulière de la prise de sang permet de revoir les objectifs recommandés avec le patient. L'évolution des objectifs dans le temps peut parfois constituer un frein à la déprescription. (« *Alors après ça, c'est quelqu'un à qui pendant des années on a prescrit des hémoglobines glyquées en disant attention le diabète voilà faut pas trop trop monter. Et là, on va lui dire bon allez le diabète 8,5 d'hémoglobine glyquée c'est bien.* »A13).

Parfois, les résultats peuvent être mis en avant pour justifier une déprescription. (« *Xarelto, les premiers mois, moi, je fais une créat tous les mois. Ça change mais on fait quand même une prise de sang. En général, quand ils ont ça, ils ont quand même des comorbidités, ils ont souvent une fonction rénale qui est aux alentours de 60 déjà. Ça donne une excuse pour l'arrêter* »A2).

De plus, la prise en charge est facilitée si le patient se fait des autocontrôles, notamment dans le diabète. (« *Oui c'est une bonne remarque : est-ce qu'on met en route une surveillance des glycémies capillaires ? – moi j pense que oui ça va la motiver* »A1+A15))

(2) Le dossier médical

Un dossier médical bien tenu et à jour facilite la déprescription. (*« A chaque fin de dossier, c'est retranscrit. C'est une question d'habitude »B2*).

Il permet de connaître son patient et de savoir quels sont les résultats des examens complémentaires, que ce soit un dossier papier (*« Tous les examens je les passe au fluo, Comme ça, tous les examens bio ont été faits, je les passe toujours en couleur. En couleur, comme ça, c'est visuel »B3*) ou un dossier informatique. (*« Et là, tu défiles et là tu fais très très rapidement d'un seul coup d'œil, tu vois, t'as l'historique. Nous, on a un logiciel comme ça, y z'appellent ça Plurivision, c'est-à-dire que sur un côté de l'écran, tu défiles tous les derniers examens complémentaires, tu dis tiens la mammographie, c'était là. »B6*)

Parfois, il faut un temps supplémentaire hors consultation pour revoir un dossier en entier. (*« On nous en demande beaucoup de renouvellements, c'est chiant. Et sur des gros dossiers papier qui sont comme ça, il m'arrive donc de les faire quand je suis de garde par exemple, de regrouper un petit peu. Prendre le temps de réécouter le dossier. Je m'aperçois tiens, ce patient là, ça fait deux ans et là tiens j'ai pas fait ci, j'ai pas fait ça, on prend le temps au-delà de l'ordonnance hein, sur la vision globale de refaire un point. »B3*)

(3) L'informatique

Dans un premier temps, les participants ont trouvé des avantages à avoir un logiciel informatique pour le dossier du patient. (*« J'ai été opéré de l'estomac y a dix ans, heu, heu, clac, clac. Non, c'était pas l'estomac, c'était la vésicule, tu vois heu, là, l'informatique c'est génial pour ça, t'as une mémoire vive, enfin une mémoire, heu, tu sors le dossier en deux clics »B6*)

De plus, le recours à internet peut aussi rendre service. (*« Et pi, l'informatique, c'est très bien, parce que quand tu sais pas, tu vas sur Google et pi tu mets tes mots clés gling, gling gling... et ça, c'est très bien. Tu deviens un grand médecin en deux clics »B6*)

Cependant, les logiciels d'aide à la prescription sont clairement décriés. Les alertes pour les interactions médicamenteuses ne sont pas regardées. (« *Trop d'alertes tuent l'alerte* »A14 « *C'est l'horreur, t'as des trucs rouges qui s'allument partout tu peux plus rien faire.* »D2).

En outre, certains logiciels ne permettent pas de revoir l'ordre de prescription (« *Parce que il me met plus dans l'ordre. Alors les personnes âgées ont un ordre comme ça ils sont habitués, quand je change quelque chose je faisais attention à mettre, à laisser dans l'ordre les choses. Il met le médicament en dessous, il le vire du 100% le logiciel.*»D1), ni de rajouter des informations complémentaires, (« *Mais quand je marque, donc je marque « arrêter tel médicament » et prendre un autre ...enfin voilà. Et donc je retrouve le « arrêter » n'importe où dans l'ordonnance, je retrouve le prendre ...c'est un bazar complet quoi !* »D1) et ils contiennent en plus des informations inutiles au patient. (« *Enfin y'a du baratin, tant par boîte, boîte machin, tout y'a long comme ça de trucs qui servent strictement à rien et donc qui foutent la merde dans l'ordonnance quoi.* »D1)

(4) L'arbre décisionnel

L'intérêt d'un arbre décisionnel ou d'un algorithme est mitigé. Certains ont pensé que ça pouvait être une aide pour une démarche systématique. (« *Alors qu'avec un algorithme, on pourrait être peut-être plus systématique d'emblée.* »D4)

D'autres ont estimé qu'au contraire, être systématique peut nuire au patient. C'est l'être humain que l'on doit gérer, ce qui n'est pas pris en compte dans les arbres décisionnels. (« *Donc après vraiment les arbres décisionnels c'est ...c'est ...c'est des trucs qui essaient de donner une façon de penser et un mode, je dirais de prise en charge mais en sachant qu'on gère de l'humain, que les situations elles sont complètement différentes d'un patient à l'autre. Alors effectivement, il y a des choses qu'on peut un petit peu automatiser, mais je pense que c'est extrêmement dangereux finalement d'automatiser les choses parce qu'on perd cette notion d'individualité en terme de patient* »D2)

h) LE TEMPS

Prendre son temps dans la déprescription est primordial. La disponibilité du médecin est un atout. (« *Et on dit de toute façon, si y'a un souci on se revoit, euh ! ça devrait bien passer.* » D3)

Néanmoins, le temps manque souvent en médecine générale et apparaît comme un élément défavorable à la suppression des traitements.

Il faut en effet plusieurs consultations afin de faire une réévaluation après l'arrêt d'un médicament. Et une consultation a une durée limitée. (« *De toute façon, on ne peut pas tout faire dans la même consultation ! Un monsieur de c't âge-là qui prend ces médicaments-là depuis des années....c'est pas en ¼ d'heure qu'on lui vire 3 antidiabétiques* » A13)

De plus, si l'avis d'un spécialiste est demandé, le délai pour avoir un rendez-vous joue contre la déprescription. (« *La consultation chez le néphrologue c'est entre 6 et 9 mois, donc euh ! c'est euh, on a arrêté de demander des visites chez le néphrologue* »B6).

DISCUSSION

Nous allons maintenant analyser nos principaux résultats et les confronter à ceux retrouvés dans la littérature.

Puis nous détaillerons les forces et les limites de cette étude.

Enfin, nous proposerons un algorithme d'aide à la déprescription, utilisable en pratique courante.

A. ANALYSE

Comme nous l'avons dit précédemment, il n'y a pas de définition précise de la polymédication. Les médecins que nous avons interrogés ne faisaient pas correspondre le terme à un nombre précis de médicaments.

Plusieurs d'entre eux ont cité des notions apprises pendant leurs études : à partir de 3 médicaments, on ne sait plus précisément ce qui se passe, notamment en termes d'interactions médicamenteuses.

L'absence de définition explicite se retrouve également dans une étude menée en 2008 en Suède. (4) Les médecins suédois estiment que la polymédication commence lorsqu'il y a plus de médicaments prescrits que d'indications cliniquement justifiées. Ils ne mettent pas de seuil précis.

La polymédication chez les personnes âgées est incontestable et reconnue par les praticiens. Toujours en Suède, les participants estiment que 50% de leurs patients âgés ont plus de 5 médicaments. (4)

1. Le patient au centre de la prise en charge

Dans notre étude, la majorité des médecins généralistes interrogés étaient d'accord pour essayer de faire des modifications de traitements chez les personnes âgées polypathologiques. Cette volonté ressort également dans la thèse d'E. Boisdin en 2010. (42)

Il apparaît que les médecins généralistes interrogés souhaitent déprescrire de manière significative (en moyenne 6.7 médicaments par médecin sur 3 jours).

La déprescription doit être préparée, tant pour le médecin que pour le patient. Le but premier est de ne pas nuire au patient. C'est grâce à la connaissance de son patient que le médecin généraliste est le plus à même d'évaluer la balance bénéfice/risque.

Cette évaluation doit être faite pour chaque patient en fonction de ses propres caractéristiques médicales, sociales et familiales.

Dans un travail universitaire de 2008, le Dr Lazarovici précise que la bonne connaissance du patient est une aide pour une meilleure optimisation des prescriptions. Il faut prendre en compte les comorbidités et les comédications ainsi que l'aptitude du patient et son risque éventuel de mauvaise observance. (32)

Dans un article publié en 2007, le Dr Queneau indique que les médicaments à arrêter sont tous ceux qui sont inappropriés, en particulier ceux qui sont potentiellement dangereux pour un patient précis dans un contexte précis. La déprescription ne doit pas être tant un arrêt systématique de tel ou tel médicament qu'un arrêt en fonction du contexte particulier de chaque patient. (48)

Du même auteur, dans un article de 2005, il est souligné que le prescripteur a un rôle important pour éviter les effets indésirables médicamenteux. Pour cela il doit évaluer la balance bénéfice/risque de chaque médicament en fonction de chaque malade. (49)

La connaissance des médicaments par le médecin est aussi importante dans l'optimisation des prescriptions des personnes âgées.

Certains participants ont précisé qu'ils se référaient à des sources jugées fiables pour évaluer leurs prescriptions chez les sujets âgés. (Vidal, revues, Doroz).

Cependant, les études menées pour obtenir l'AMM sont souvent réalisées chez des sujets de moins de 70 ans et avec une seule pathologie comme le fait remarquer le Dr Piette dans un article de 2002 (50). L'application des résultats de ces études aux personnes âgées se fait par extrapolation à partir de patients plus jeunes.

La déprescription doit donc s'organiser, se prévoir. De préférence, elle doit être faite par les médecins généralistes qui connaissent souvent le mieux leurs patients. En effet, comme le souligne la HAS, c'est le médecin généraliste qui est au centre de la prise en charge et qui est le premier prescripteur chez les personnes âgées (3).

Cependant la plupart des études réalisées sur la déprescription sont faites soit en milieu hospitalier soit par un comité d'experts.

Dans son travail de thèse, en 2008, A.Tanguy-Gouraud abordait le sujet de la déprescription chez les personnes âgées. L'objectif était de mettre en évidence les médicaments déprescrits chez des personnes de plus de 75 ans en cours d'hospitalisation dans un service aigu de médecine gériatrique. Parmi les déprescriptions, 21,1% ont été faites à l'entrée et 9,8% au cours du séjour. Elle a précisé que l'hospitalisation semblait un moment privilégié pour déprescrire du fait d'un regard nouveau sur le patient et sur ses traitements. Il faut tout de même noter que sur l'ordonnance de sortie, on retrouvait moins de médicaments prescrits pour les patients en soins de longue durée mais plus de médicaments pour les personnes âgées vivant à domicile ou dans une maison de retraite par rapport à l'ordonnance d'entrée. (34)

Une étude a été menée en Finlande, en 2001, auprès de patients bénéficiant de soins à domicile. L'âge moyen des patients était de 77 ans. Les patients ont été randomisés en deux groupes : le premier groupe bénéficiait d'une revue de son ordonnance avec un suivi en hôpital de jour pendant 2 mois ; l'autre était pris en charge par le médecin traitant habituel mis au courant de l'étude. Il ressort que le nombre de doses de médicaments a baissé de manière significative dans le groupe avec intervention hospitalière. En revanche on retrouve dans ce même groupe une augmentation significative de la prise de médicaments en vente libre. Au bout de 3 mois de suivi, le nombre de doses prises est revenu au niveau de départ. (51)

L'étude POLYCHROME réalisée en 2009 avait pour objectif de déterminer si un programme d'intervention d'une équipe pluridisciplinaire pouvait améliorer la qualité des prescriptions sur des ordonnances de polyprescription. Une sélection de 16 patients de médecine générale polypathologiques et polymédiqués a été faite. L'âge moyen des patients était de 78 ans.

Une équipe multidisciplinaire, composée d'un cardiologue, d'un médecin généraliste, d'un psychiatre, d'un endocrinologue, de deux gériatres et d'un pharmacologue, a effectué deux analyses successives des ordonnances : d'abord une analyse individuelle par chaque participant des 16 ordonnances puis une mise en commun des modifications à apporter. Cela a permis une diminution du nombre de médicaments prescrits de 29,5% soit 29% de molécules actives. Néanmoins, cette technique n'est pas applicable en médecine générale. Une des limites soulignée par l'auteur est le caractère chronophage de la réunion de travail avec plusieurs experts. (22)

Or, le médecin généraliste se retrouve seul face au patient en consultation. Il ne peut pas, pour chaque personne âgée, soumettre l'ordonnance à plusieurs médecins avant de faire des changements.

La connexion entre le médecin et son patient permet d'arriver à améliorer les prescriptions chez les sujets âgés. Selon le Dr Ankri, la prescription, et donc la déprescription, s'inscrivent dans un procédé d'interaction, voire de négociation, entre patient et médecin. Cette relation influence donc l'issue de la déprescription. (52)

La négociation est le maître-mot dans notre étude afin d'aboutir au retrait d'un médicament de l'ordonnance.

Dans l'ensemble, les participants souhaitent placer le patient au cœur de la prise en charge. Une étude menée par Schuling et al. , en 2012 aux Pays-Bas décrivait également cette volonté des médecins généralistes. Selon ces derniers, cela permet d'améliorer leur pratique.(8)

On retrouve aussi cette importance de la relation médecin/malade dans une publication de l'IRDES qui s'appuyait sur les résultats de l'étude Polychrome. (53) Il ressort que la motivation du médecin pour résister à la facilité de prescription dépend de sa relation avec le patient et de l'implication de ce dernier dans sa prise en charge médicale.

Dans les entretiens de Bichat en 2012, les auteurs précisaient que la prévention du risque iatrogène médicamenteux passe par l'optimisation des prescriptions, c'est-à-dire l'évaluation de la balance bénéfique/risque de chaque molécule pour chaque patient. (54)

L'avis du patient est donc très important.

Selon le Dr Spinewine (55), il y a trois composantes pour arriver à des prescriptions appropriées : le souhait du patient, les données scientifiques et la prise en charge globale (questionnement sur les conséquences des prescriptions, tant sociales que familiales).

D'après le Dr Gnjidic, la préférence des patients doit être prise en compte en premier. (56)

Les médecins de notre étude sont d'accord pour dire que le souhait du patient est primordial.

Il peut être un obstacle à la déprescription comme le souligne E. Boisdin dans sa thèse. Selon elle, une des causes d'insuccès de la déprescription est due au refus du patient. Ce motif a été mentionné pour 68,5% des échecs de déprescription. (42)

En revanche, le désir du patient peut aussi aller dans le sens de la déprescription. En effet, une thèse de 2012 réalisée dans la région parisienne a permis d'avoir l'opinion des patients sur la déprescription. Sur 28 patients interrogés, 50 % étaient à la fois ceux qui se disaient prêts à accepter une déprescription et qui avaient le plus de médicaments. (57)

Un troisième intervenant peut être pris en compte dans l'aboutissement d'une déprescription : l'entourage du patient.

Parfois, il peut bien sûr être un frein comme le montre la thèse d'E. Boisdin. (42) Dans ce cas l'entourage est plutôt une cause d'échec à la déprescription (5.3% des causes).

Cependant, les participants de notre étude ont estimé globalement qu'ils pouvaient s'appuyer sur les proches pour faciliter la déprescription.

Le Dr Pennbrant (58) a décrit cette relation entre les proches et le médecin comme ambivalente. Bien que les médecins semblent moins à l'aise en présence d'un membre de la famille, ce dernier est une ressource tant pour le patient que pour le médecin. Une relation de confiance doit également s'établir entre le médecin et l'entourage pour faciliter la prise en charge des personnes âgées.

2. Les avantages de la déprescription

Les principales raisons qui poussent les médecins à déprescrire sont multiples.

Le premier désir des praticiens est de ne pas nuire au patient.

Ainsi, les traitements contre-indiqués ou avec un risque d'interaction médicamenteuse, ceux potentiellement responsables d'effets indésirables graves, ceux prescrits en l'absence d'indication et ceux avec un SMR insuffisant, sont remis en question.

Dans une thèse menée par D. Assel (59), lors d'une réunion d'un groupe de pairs, composé de 8 médecins généralistes exerçant dans les Ardennes, une revue de 120 dossiers de patients âgés polypathologiques et polymédiqués a été réalisée. Il ressort que les deux principales raisons qui ont motivé le médecin à arrêter ou à réduire des doses thérapeutiques sont l'absence d'indication (dans 25% des cas) ainsi que les médicaments dont l'efficacité est jugée imparfaite ou à SMR insuffisant (dans 22 % des cas). On retrouve ensuite la redondance des traitements (dans 11% des cas) et la survenue d'un effet indésirable (dans 8% des cas).

Dans la thèse d'E. Boisdin, les principales raisons d'une déprescription sont l'absence d'indication (16,2% des cas), l'excès de médicaments (15,7% des cas) et un effet secondaire constaté (13,4%). (42)

Enfin, dans un article de 2012, le Dr Gnjidic a précisé que les effets indésirables médicamenteux constituent une cause d'arrêt d'un traitement.

Il s'agit d'un aperçu des différentes études réalisées pour réduire la polymédication chez les personnes âgées. Les méthodes utilisées sont variables et concernent des pharmaciens, des médecins (plutôt des spécialistes) ou une équipe pluridisciplinaire. Les résultats montrent qu'une réduction de la polymédication est possible. Cependant le critère de jugement principal est le nombre de médicaments et non l'impact de la réduction des molécules (effets indésirables, chutes, hospitalisations...). (56)

Dans de nombreux articles sur la polymédication des personnes âgées, l'avantage en matière de coût de la santé est particulièrement mis en avant.

En effet, dans une enquête de la DREES sur les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants, il est noté que la prescription de médicaments suscite des préoccupations de santé publique et est à l'origine d'une part importante des dépenses de santé en France. (60)

Selon le Dr Auvray, dans une étude menée en 2000, chaque personne âgée de plus de 65 ans dépense en moyenne 850 euros par an en produits pharmaceutiques. Et cette dépense annuelle augmente de manière significative avec l'âge (776 euros pour la tranche 65-74 ans et 971 euros pour les plus de 75 ans). (21)

Une étude a été menée au Danemark pour évaluer la prévalence des prescriptions médicamenteuses inappropriées en fonction de l'index des médicaments appropriés (Medication Appropriate Index : MAI). Un des critères de bonne utilisation est le fait qu'il n'y ait pas d'alternative moins coûteuse. Dans l'article, les auteurs ont trouvé 27,1% des médicaments jugés inappropriés correspondant à cet item. (61)

Dans son article publié en 2005 sur les accidents médicamenteux, le Dr Queneau a précisé qu'un des objectifs de la diminution des effets indésirables médicamenteux était la réduction du surcoût, qu'il soit direct (hospitalisations, chirurgie, traitements, séquelles) ou indirect (handicaps, convalescence, conséquences socio-professionnelles). (49)

Cependant, les participants à notre étude n'ont pas abordé ce sujet. Pour eux, la déprescription est bénéfique pour la santé du patient puisqu'elle permet de réduire le risque d'effets indésirables et leurs conséquences. Son utilité économique n'a pas été évoquée.

3. Le temps : un facteur clé dans la déprescription

Le temps se retrouve comme un fil rouge tout au long de notre étude. L'ensemble des participants était d'accord pour affirmer qu'il fallait prendre le temps lors d'une déprescription.

La hiérarchisation des médicaments à retirer est importante avec comme objectif prioritaire l'arrêt des médicaments les plus dangereux pour le patient. Le but est de ne pas faire trop de changement en une seule fois pour ne pas perturber le patient. Celui-ci est souvent attaché à son traitement, ce qui peut constituer un obstacle à l'arrêt d'une molécule. (56) Il faut donc en priorité essayer de stopper les traitements dangereux.

Une déprescription se prépare car elle nécessite une bonne connaissance du patient, de ses pathologies et du contexte socio-économique. Cela permet une meilleure évaluation de la balance bénéfique/risque. Selon le Dr Ankri, une des raisons de la polymédication chez les personnes âgées tient dans le fait que l'analyse des problèmes de santé est souvent insuffisante par manque de temps. (52) Une relation de confiance doit s'instaurer, ce qui ne peut se faire d'un jour à l'autre.

Lors de la consultation où une déprescription est effectuée, il faut prendre du temps pour expliquer les modifications et leurs raisons au patient. Cela permet une meilleure adhésion de celui-ci mais le temps imparti à une consultation sans déprescription peut être dépassé.

Dans une étude menée au Danemark, en 2009, le Dr Bregnhøj a évalué l'effet d'une intervention combinée ou d'une intervention seule sur la polymédication chez les personnes âgées. L'auteur a estimé que les médecins généralistes avaient besoin d'environ 1 heure par patient : le temps avant l'intervention, pour collecter les informations propres au patient, et celui après l'intervention, pour les explications. (7)

Il faut également prévoir plusieurs consultations surtout si plusieurs médicaments sont jugés inutiles ou dangereux. La répartition des déprescriptions sur plusieurs consultations successives présentent divers avantages.

D'abord, les modifications s'étalent dans le temps pour permettre au patient de les assimiler et de les comprendre. Ainsi le patient peut mieux accepter les changements.

Ensuite, si une question n'a pas été posée initialement, le patient sait qu'il pourra la poser à la consultation suivante. Et même venir avec des proches s'il le souhaite.

Enfin, on peut évaluer les conséquences de l'arrêt d'un traitement et faire un suivi rapproché, afin, par exemple, d'éviter une décompensation d'une pathologie. Dans la prise en charge de la douleur notamment, une réévaluation régulière est nécessaire pour adapter le traitement afin que le patient ne souffre pas, même après l'arrêt de certaines molécules.

4. L'outil informatique

Dans l'arrêté du 22 septembre 2011 (62), signé entre la sécurité sociale et les médecins libéraux, il est précisé que pour mettre en valeur la qualité et l'efficacité des pratiques médicales, les médecins s'engagent à informatiser leurs cabinets médicaux.

Le Dr Queneau estime également qu'une aide informatique est utile au quotidien pour évaluer la balance bénéfice/risque pour chaque patient. (49)

Cependant, il ressort de notre étude que l'informatique, bien qu'utile pour la tenue du dossier patient, est plus un frein à la déprescription qu'autre chose. Les alertes multiples sont trop nombreuses et ne sont pas regardées par les médecins.

Le Dr Clyne propose une vue d'ensemble des expériences des « e-prescriptions » pour la réduction des prescriptions inappropriées chez les personnes âgées. Douze études sur 14, menées en soins primaires, à l'hôpital et en maisons de retraite, montrent un effet positif pour réduire le nombre de médicaments inappropriés et donc diminuer la polymédication. Néanmoins, l'impact clinique n'est pas précisé. On se heurte à une limitation de l'interprétation de ces études car peu d'entre elles se penchent sur l'intérêt en termes d'hospitalisation, de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées. Les principaux obstacles retrouvés à l'informatisation sont le coût des logiciels, le manque de preuve d'efficacité et une réticence des professionnels de santé. Ces derniers reconnaissent l'effet positif possible mais reprochent l'absence de prise en compte de la clinique et du patient. On estime que 49 à 96% des alertes sont ignorées. (63) C'est également ce qui ressort de notre étude.

Un autre outil utilisable serait les scores de risques. Dans l'article du Dr Müller-Riemenschneider, les Sociétés Européennes de Cardiologie, l'Institut National du Cancer ... préconisent l'utilisation régulière de ces scores. Mais ceux-ci sont peu utilisés par les médecins généralistes qui, interrogés dans cette étude, ont trouvé deux défauts principaux à ces scores. D'une part, l'élaboration est faite pour le plus grand nombre sans prise en compte de la spécificité de chaque patient. D'autre part, l'implication du patient est occultée. (64)

Une solution serait peut-être de créer des logiciels qui ciblent mieux les problèmes à haut risque d'effet indésirable pour la population âgée en particulier.

5. Les autres professionnels de santé

Les participants de notre étude ont estimé qu'une infirmière à domicile pouvait être une aide à la déprescription, notamment pour la surveillance après l'arrêt d'un traitement.

Son influence passe par les conseils qu'elle peut donner, surtout s'ils vont dans le même sens que ceux du médecin. Elle peut également favoriser l'adhésion du patient grâce à des chiffres objectifs de tension ou de glycémie capillaire lors de sa surveillance quotidienne.

En revanche, les médecins généralistes interrogés pensent que le pharmacien n'est pas un facteur favorisant dans la déprescription. La collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien ne paraît pas évidente.

Une étude a été menée au Canada pour évaluer l'influence de conseils donnés par un pharmacien et une infirmière sur l'usage inapproprié des médicaments. (65) Chacun de ses professionnels de santé a rendu visite à chaque patient à son domicile pour faire une revue des médicaments prescrits. En concertation avec le médecin traitant, un plan sur mesure a été élaboré pour optimiser l'utilisation des médicaments. Au début de l'étude, 27,2% des médicaments étaient jugés inappropriés selon le score de MAI dans une population avec un âge moyen à 69,6ans. Il a été observé une amélioration des prescriptions avec une diminution de 8,9% du nombre de médicaments inappropriés ($p < 0,0001$).

On peut donc constater une amélioration de la prise en charge grâce à la collaboration entre le médecin généraliste, le pharmacien et l'infirmière.

Une amélioration des prescriptions a également été décrite lors de la prise en charge multidisciplinaire des personnes âgées dans l'étude du Dr Mallet, en 2007. (66)

Cette collaboration serait sûrement à renforcer en France.

6. Qu'en est-il des psychotropes ?

Certains participants ont souligné l'absence de psychotropes dans le cas clinique étudié. Nous avons cependant volontairement exclu les benzodiazépines de notre étude. En effet, on retrouve déjà plusieurs études sur l'arrêt progressif que nécessitent ces molécules et les difficultés rencontrées par les médecins pour les déprescrire.

Les benzodiazépines sont très prescrites, notamment chez les sujets âgés. Selon le Dr Rosman, 19,5% des personnes âgées de plus de 65 ans ont eu au moins une fois des benzodiazépines en 2006. (37)

En 2012, le Dr Jorgensen a mené une étude auprès de deux médecins généralistes danois. Ceux-ci avaient mis en place des règles simples pour la prescription des benzodiazépines, appelées « Thyboron-Model » (du nom du village où exercent les médecins). Ils avaient constaté que ces règles simples permettaient de diminuer la consommation de benzodiazépines de 75% dans la population générale après 2 ans et demi d'étude. Cette réduction était aussi possible chez les personnes âgées mais semblait plus difficile. En effet, la prescription était réduite de 59% chez les personnes de 30 à 60 ans et de 54% chez les plus de 60 ans. Leur conclusion était qu'un message simple convenait pour diminuer la prescription des benzodiazépines. (70)

L'effet positif d'une intervention minimale a été également reconnu par le Dr Oude Voshaar dans son étude de 2003 aux Pays-Bas. Il a cherché à voir quels étaient les résultats sur le long terme et a suivi une cohorte de patients ayant arrêté de prendre des benzodiazépines. Après deux ans de suivi, près de la moitié des patients a réussi à ne pas reprendre de traitement hypnotique. (71)

Dans la thèse de E. Boisdin, (42) les médicaments psychotropes constituent la classe médicamenteuse que les médecins souhaitent le plus déprescrire (27%) mais celle qui connaît le plus d'échecs (32,9%).

Beaucoup d'études ont donc déjà abordé la problématique des benzodiazépines et nous avons donc choisi de nous concentrer sur les autres classes thérapeutiques.

B. LES FORCES DE L'ETUDE

1. Liées à la méthode.

La méthode qualitative est apparue la plus pertinente vis-à-vis de la question de recherche. Cette méthode permet d'appréhender les expériences de chacun afin d'essayer de comprendre un processus, une manière de faire, dans le contexte de la pratique courante.

De plus, l'obtention des données s'est faite par focus group et par entretiens individuels. Ces derniers ont été réalisés car l'organisation d'un quatrième focus group était difficile. Cela permet de faire une triangulation et de comparer les données avec plusieurs techniques de recueil.

Les entretiens individuels ont également permis d'arriver à une saturation des données, critère pour faire une analyse correcte.

2. Liées à l'échantillon

Dans la recherche qualitative, les enquêteurs ne cherchent pas à avoir un échantillon représentatif de la population d'origine. Pour avoir des points de vue variés d'un phénomène, l'échantillon doit être le plus large possible. (46)

Les médecins interrogés dans notre étude présentent des caractéristiques diversifiées. Ce sont des médecins des deux sexes, de tout âge (de 28 à 68 ans), exerçant tant en milieu urbain qu'en milieu rural, certains ayant des formations gériatriques, d'autres non, maîtres de stages ou pas.

3. Liées à l'enquêteur.

L'enquêteur a mené les débats lors du dernier focus group et lors des entretiens individuels. Il a veillé à avoir un discours le moins directif possible pour ne pas influencer la discussion.

4. Liées à l'analyse des données.

L'analyse des données est un travail complexe à effectuer. Elle a nécessité un va-et-vient entre les entrevues et la transcription pour faire ressortir les idées des discours recueillis. Il faut essayer de maintenir une approche la plus neutre possible, en écartant les interprétations.

Le codage du verbatim a été réalisé en commun par l'enquêteur et par le directeur de thèse.

5. Liées aux retours positifs

On a fait part à l'enquêteur de retombées concrètes suite à la réalisation des focus group. En effet, certains médecins, sensibilisés à cette action lors des réunions, ont essayé de déprescrire chez leurs patients.

Les conclusions ne pourront être tirées qu'ultérieurement.

C. LES LIMITES DE L'ETUDE

1. Inhérentes à la méthode :

Le recueil des expériences personnelles des participants ne constitue qu'une ébauche, un point de départ basé sur un échantillon de praticiens restreint.

La recherche qualitative ne permet pas la généralisation et la transposition à la population générale.

Pour confirmer les processus décrits, une étude quantitative randomisée sur un groupe de médecins plus large semble nécessaire.

Selon des enseignants en médecine générale, les principales difficultés de la recherche qualitative sont l'appropriation de la méthode (méconnaissance de la recherche qualitative, pas d'enseignement à la fac), le recueil des données et le codage. (67)

Le guide d'entretien réalisé est un cadre pour la discussion. Mais il doit aussi permettre une liberté suffisante afin que les participants puissent enrichir les thèmes abordés. (68) On ne peut exclure le fait que certains thèmes aient été oubliés.

De plus, le guide d'entretien devrait être mis à l'épreuve afin de juger de la longueur et de la formulation des questions. Il a été testé par une co-interne de l'enquêteur afin de contrôler le déroulement. Quelques modifications de formulation ont été faites après les focus group afin de mieux s'adapter aux entretiens individuels.

2. Inhérentes à l'échantillon :

Les médecins ont été recrutés sur le principe du volontariat, ce qui implique le biais d'auto-sélection. Les médecins attirés par la gériatrie ont pu être plus favorables à accepter de participer.

3. Inhérentes à l'enquêteur:

L'enquêteur n'était pas expert dans l'art du management. Certains commentaires ou intonations lors des questions ont pu influencer les énoncés des médecins.

4. Inhérentes à l'analyse des entretiens

Les convictions et les points de vue propres à la personne qui fait l'analyse conditionnent l'approche analytique et peuvent avoir interagi avec une objectivité recherchée mais impossible. Un aiguillage inconscient des résultats constitue un biais d'interprétation, difficilement quantifiable.

5. Inhérentes au choix des personnes âgées

Dans le cas clinique proposé, le patient venait au cabinet et vivait à domicile. Les résultats obtenus sont donc applicables pour les personnes âgées suffisamment indépendantes pour vivre chez elles.

Or, selon l'INSEE, parmi les personnes de plus de 75 ans, 9 % vivent dans des EHPAD.
(69)

De plus, selon le Dr Queneau, les sujets âgés vivant en institution consomment deux fois plus de médicaments que ceux qui vivent à domicile (48).

Il s'agit donc d'une partie de la population âgée, qui doit être concernée par la déprescription, davantage peut-être que les personnes à domicile, mais qui n'a pas été abordée dans notre étude.

D. PERSPECTIVES

Les retombées positives évoquées précédemment laissent apparaître le fait que la formation médicale continue permettrait de sensibiliser à la déprescription.

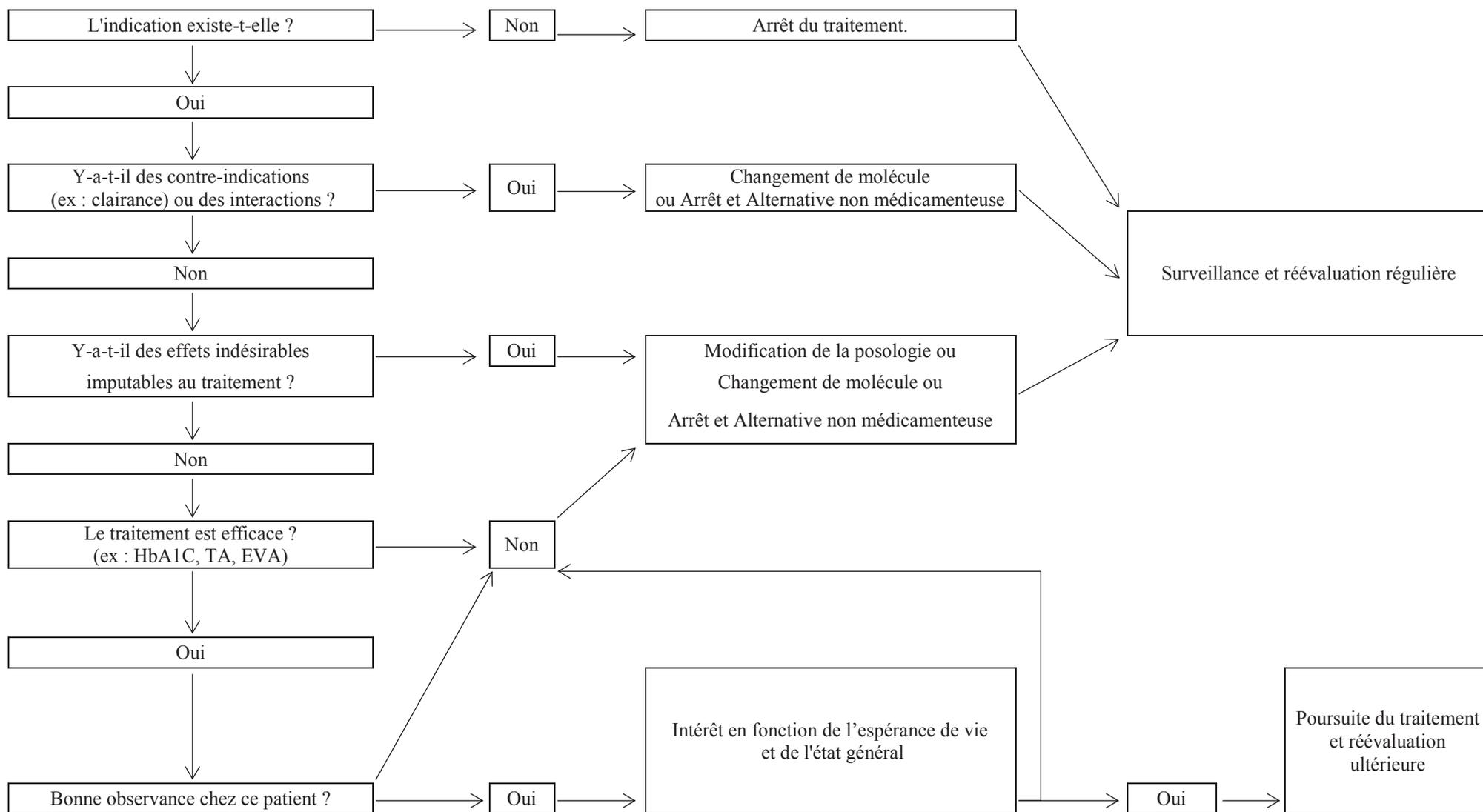
Cette idée est développée dans plusieurs articles.

Le Dr Queneau estime que la formation insuffisante des médecins est une des raisons qui les font hésiter à déprescrire. Cela concerne autant la formation initiale lors des études que la formation continue des professionnels installés. (48) L'auteur pense également qu'un renforcement de la formation théorique des professionnels paramédicaux peut être un atout. (49)

Pour aller plus loin, nous avons élaboré un algorithme pouvant faciliter la déprescription d'un médicament. Il est librement inspiré des propositions faites par la HAS dans son plan pour l'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées et de différentes propositions des articles parcourus. (3,11,31,48).

Cet algorithme n'est bien sûr pas une référence éprouvée et une étude sur l'utilité d'un tel outil en pratique quotidienne paraît nécessaire.

Algorithme de réévaluation des traitements : à appliquer pour un médicament donné **pour chaque patient**



CONCLUSION

La prise en charge médicamenteuse des personnes âgées est complexe du fait de la polyopathie fréquente et de la fragilité liée à l'âge. On observe donc une polymédication responsable de nombreux effets indésirables.

Le bon usage du médicament repose sur une attention particulière lors de la prescription d'une molécule. Mais il passe également par la déprescription des traitements qui ne sont plus justifiés ou dangereux.

Le médecin généraliste est le principal prescripteur chez les sujets âgés. De plus, son rôle de médecin référent le place au centre de la prise en charge des patients.

Il est donc le plus à-même de réévaluer les prescriptions et de faire des modifications du traitement médicamenteux. Notre étude montre que les médecins généralistes souhaitent mieux prescrire - et donc déprescrire - afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. Cela permet une diminution des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, une amélioration de l'observance et de la qualité de vie. La déprescription apporte aussi un intérêt économique qui est cité dans de nombreuses études. Les médecins interrogés n'ont cependant pas abordé le sujet.

La connaissance du patient est une part très importante pour décider l'arrêt d'une molécule. L'évaluation de la balance bénéfice/risque doit être faite pour chaque molécule en fonction de chaque patient, dans un contexte précis.

L'avis du patient et son adhésion aux changements semble primordial pour les médecins interrogés. Cela facilite la déprescription et son acceptation. L'avis de l'entourage paraît aussi important. Pour les participants, les proches peuvent avoir une influence positive sur la déprescription. Les médecins peuvent s'appuyer sur eux lors des modifications de traitement.

Le temps apparaît aussi comme un élément clé pour réussir une déprescription. Il est important de prendre le temps avant de déprescrire pour être certain des modifications et pour préparer le patient. Pendant une déprescription, les explications à apporter au patient demandent aussi du temps. Enfin, il faut du temps, après la déprescription, pour faire une réévaluation, surveiller le patient et répondre à ses éventuelles questions.

Selon les études, l'informatisation est un atout pour améliorer les prescriptions chez les personnes âgées. Néanmoins, cela n'est pas évident dans notre étude. Un dossier informatique semble utile. Mais un logiciel d'aide à la prescription n'apparaît pas pratique car les alertes sont trop nombreuses et sont souvent ignorées.

Une amélioration des logiciels de prescription, plus proche des attentes des médecins, avec des alertes plus ciblées, est une des perspectives possibles.

Une meilleure formation initiale des professionnels de santé et une formation continue sur le bon usage des médicaments et sur la déprescription sont aussi des pistes intéressantes pour améliorer les prescriptions chez les sujets âgés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sirven N. Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE - DT52bis [Internet]. 2013 [cité 25 août 2013]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT52bisDeterminantsFragilite.pdf>
2. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2013 INSEE [Internet]. [cité 9 juin 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo
3. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé [Internet]. 2005 [cité 16 avr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
4. Moen J, Norrgård S, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. GPs' perceptions of multiple-medicine use in older patients. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(1):69-75.
5. Kuijpers MAJ, Van Marum RJ, Egberts ACG, Jansen PAF, Group TO (OLd people D&dYsregulations) study. Relationship between polypharmacy and underprescribing. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;65(1):130-3.
6. Queneau P. Des spécialistes invitent à « déprescrire » les personnes âgées qui prennent des médicaments inutiles ou à risque d'effets secondaires. 2007 février; Paris.
7. Bregnhøj, Thirstrup, Kristensen. Combined intervention programme reduces inappropriate prescribing in elderly patients exposed to polypharmacy in primary care. *Eur J Clin Pharmacol*. 2009;65(2):199-207.
8. Schuling J, Gebben H, Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 14 juin 2012;13(1):56.
9. Hermelin I. Livret-geriatrique_OMeDIT-Région Centre [Internet]. 2012 [cité 13 avr 2013]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Livret-geriatrique_OMeDIT-Centre_04-octobre-2012.pdf
10. Bouvenot G. Comment prévenir le risque thérapeutique médicamenteux. *Rev Médecine Interne*. déc 2001;22(12):1237-1243.
11. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire ». *Presse Médicale*. mai 2004;33(9, Part 1):583-585.
12. Fick Donna M., Cooper James W., Wade William E. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate Medication use in older adults. *Arch Int Med*. 2003;163(22):2716-24.
13. Paul Gallagher, Denis O'Mahony. STOPP (Screening Tool of OLder Persons' potentially inappropriate Prescriptions) : application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing*. oct 2008;37:673-679.

14. Insee - Population - Espérance de vie - Mortalité [Internet]. [cité 22 nov 2013]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3809
15. Insee - Population - Population par âge [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T13F032
16. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2012 INSEE [Internet]. 2013 [cité 1 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1429/ip1429.pdf>
17. Blanchet D, Le Gallo F. Insee - Population - Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ? [Internet]. 2013 [cité 22 nov 2013]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=iana12
18. Auvray L, Dumesnil S, Le Fur P. Bulletin d'information QES n° 46 Santé, soins et protection sociale en 2000 IRDES [Internet]. 2001 [cité 27 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/2001/questions-d-economie-de-la-sante.html#n46>
19. Salles-Montaudon N, Fourrier A, Dartigues JF, Rainfray M, Emeriau JP. Évolution des traitements médicamenteux des personnes âgées vivant à domicile. *Rev Médecine Interne*. août 2000;21(8):664-671.
20. Holbeach E, Yates P. Prescribing in the elderly. *Aust Fam Physician*. oct 2010;39(10):728-733.
21. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. *Gérontologie Société*. 1 déc 2002;n° 103(4):13-27.
22. Clerc P, Le Breton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pouvourville G. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. *Prat Organ Soins*. 1 sept 2009;Vol. 40(3):167-175.
23. Castot A. Hospitalisation due aux effets indésirables. 2008.
24. Le Garrec M-A. Comptes nationaux de la santé - 2012 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 22 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2012,11229.html>
25. Fattinger K, Roos M, Vergeres P, Holenstein C, Kind B, Masche U, et al. Epidemiology of drug exposure and adverse drug reactions in two Swiss departments of internal medicine. *Br J Clin Pharmacol*. févr 2000;49(2):158-167.
26. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. *Rev Médecine Interne*. août 2004;25(8):582-590.
27. Lazarou J PB. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: A meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 15 avr 1998;279(15):1200-1205.

28. Mangoni, Jackson. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol* 57 1 6–14 6 © 2003 Blackwell Publ Ltd *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2003 [cité 11 juin 2013]; Disponible sur:
<https://blu177.mail.live.com/mail/InboxLight.aspx?n=618105610&fid=f4605157e2e48f6a39bbeb305fa9b00&mid=1d097456-d1db-11e2-aa52-00215ad965a6&fv=1#!/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=1d097456-d1db-11e2-aa52-00215ad965a6&folderid=0f460515-7e2e-48f6-a39b-beb305fa9b00&attindex=4&cp=-1&attdepth=4&n=1915278612>
29. Begaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France [Internet]. [cité 23 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/remise-a-marisol-touraine-du,16145.html>
30. Begaud B, Martin K, Fourrier A, Haramburu F. Does age increase the risk of adverse drug reactions? *Br J Clin Pharmacol*. nov 2002;54(5):550-552.
31. HAS Prescrire chez le sujet âgé (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polyopathologique) [Internet]. 2006 [cité 16 avr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/traceur_has_fichesynt_h_sujetage.pdf
32. Lazarovici. La iatrogénie du sujet âgé [Internet]. Disponible sur: <http://www.longuevieetautonomie.com/ww/1204189189068211.pdf>
33. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie Société*. 1 déc 2002;n° 103(4):93-106.
34. Tanguy-Gouraud A. La déprescription du sujet âgé : « A propos des prescriptions de l'entrée à la sortie d'un service de médecine polyvalente gériatrique » [Internet]. Nantes; 2008 [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/theses/index.las>
35. Joël M-E. La consommation de médicaments des personnes âgées : éléments d'analyse économique. *Gérontologie Société*. 1 déc 2002;n° 103(4):29-38.
36. Heidelbaugh JJ, Goldberg KL, Inadomi JM. Magnitude and economic effect of overuse of antisecretory therapy in the ambulatory care setting. *Am J Manag Care*. sept 2010;16(9):e228-234.
37. Rosman S, Marc LV, Nathalie P-F. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France: a data-based study. *BMC Fam Pract*. 11 mai 2011;12:28.
38. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments [Internet]. Office parlementaire d'évaluation des politiques de Santé; 2006 juin. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp>
39. Denneboom W, Dautzenberg MG, Grol R, De Smet PA. Analysis of polypharmacy in older patients in primary care using a multidisciplinary expert panel. *Br J Gen Pract*. 1 juill 2006;56(528):504-510.

40. Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol*. 9 juill 2007;63(8):725-731.
41. Collin C. Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes DREES [Internet]. 2012 [cité 3 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.data.gouv.fr/var/download/6a83707f0962ddb4838553f1e1e403a2.pdf>
42. Goujon Boisdin E. Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. Rouen; 2011.
43. Aubin I, Mercier A. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2008;19(84):142 à 145.
44. Borges Da Silva. La recherche qualitative *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 2001 n°2. 2001;32(2):117-21.
45. Mukamurera J. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Rech Qual*. 2006;26(1):110-138.
46. Pope C, Royen P van, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care*. 6 janv 2002;11(2):148-152.
47. Touboul P. Focus Groupes : méthodologie - Guide méthodologique pour les thèse en médecine générale [Internet]. [cité 3 juill 2013]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
48. Queneau P, Doucet J, Paille F. Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? *Bull Acad Natle Med*. 2007;191(2):271-85.
49. Queneau P, Trombert B, Carpentier F, Trinh-Duc A, Bannwarth B, Bouget J. Accidents médicamenteux: (À propos d'une étude prospective de l'Apnet réalisée dans sept services d'accueil et d'urgences français). Propositions pour des mesures préventives. *Ann Pharm Fr*. mars 2005;63(2):131-142.
50. Piette F, Le Quintrec J-L. L'emploi d'un médicament nouveau chez les personnes âgées : terra incognita. *Gérontologie Société*. 1 déc 2002;n° 103(4):73-92.
51. Pitkala K h., Strandberg T e., Tilvis R s. Is It Possible to Reduce Polypharmacy in the Elderly?: A Randomised, Controlled Trial. *Drugs Aging*. févr 2001;18(2):143-149.
52. Ankri J. Consommation médicamenteuse chez les sujets âgés trop ou pas assez ? *Gérontologie Société*. 1 déc 2002;n° 103(4):59-72.
53. Clerc P, Le Breton J. Communiqués de presse QES n° 156 Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies - IRDES [Internet]. 2010 [cité 22 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseQes/ComPresseQes156.htm>

54. Jeandel. les entretiens de bichat 2012 prescription médicamenteuse et iatrogénie du sujet âgé [Internet]. 2012 [cité 16 juin 2013]. Disponible sur: http://www.lesentretiensdebichat.com/sites/default/files/publications/medecine_111-113_wmk.pdf
55. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *The Lancet*. 14;370(9582):173-184.
56. Gnjdjic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing Trials: Methods to Reduce Polypharmacy and the Impact on Prescribing and Clinical Outcomes. *Clin Geriatr Med*. mai 2012;28(2):237-253.
57. Guilluy M. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. [Internet]. Paris; 2012 [cité 13 avr 2013]. Disponible sur: <http://194.254.89.18/STOCK/theses/GUILLUY2012.pdf>
58. Pennbrant S. A trustful relationship--the importance for relatives to actively participate in the meeting with the physician. *Int J Qual Stud Health Well-Being* [Internet]. 20 mai 2013 [cité 10 mai 2014];8. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660621/>
59. Assel D. Polymédication chez la personne âgée : réflexion sur l'optimisation des prescriptions à propos de 120 dossiers au sein d'un groupe de médecins généralistes [Internet]. Reims; 2009 [cité 25 août 2013]. Disponible sur: http://www.urml-ca.org/SITES/urml-ca.org/IMG/pdf/prix_de_these_D-_Assel.pdf
60. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants - er440.pdf [Internet]. [cité 16 juin 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
61. Bregnhøj L, Thirstrup S, Kristensen MB, Bjerrum L, Sonne J. Prevalence of inappropriate prescribing in primary care. *Pharm World Sci*. 1 juin 2007;29(3):109-115.
62. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.
63. Clyne B, Bradley MC, Hughes C, Fahey T, Lapane KL. Electronic Prescribing and Other Forms of Technology to Reduce Inappropriate Medication Use and Polypharmacy in Older People: A Review of Current Evidence. *Clin Geriatr Med*. mai 2012;28(2):301-322.
64. Müller-Riemenschneider F HC. Barriers to routine risk-score use for healthy primary care patients: Survey and qualitative study. *Arch Intern Med*. 26 avr 2010;170(8):719-724.
65. Fletcher J, Hogg W, Farrell B, Woodend K, Dahrouge S, Lemelin J, et al. Effect of nurse practitioner and pharmacist counseling on inappropriate medication use in family practice. *Can Fam Physician*. août 2012;58(8):862-868.

66. Mallet L, Spinewine A, Huang A. The challenge of managing drug interactions in elderly people. *The Lancet*. 14;370(9582):185-191.
67. Aubin I, Stalnikiewicz B. Diriger une thèse qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2010;21(93):111 à 114.
68. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. CNGE; 2013.
69. Insee - Population - Personnes âgées dépendantes [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096
70. Jørgensen VRK. Benzodiazepine reduction in general practice. Are the elderly neglected? *J Affect Disord*. févr 2012;136(3):1216-1221.
71. Voshaar RO, Gorgels W, Mol A, Balkom A van, Breteler M, Lisdonk E van de, et al. Predictors of relapse after discontinuation of long-term benzodiazepine use by minimal intervention: a 2-year follow-up study. *Fam Pract*. 8 janv 2003;20(4):370-372.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonsoir à tous,

Je me présente : Caroline Morel, interne en médecine générale. Je vous remercie d'être là ce soir pour parler de la prescription chez les sujets âgés en médecine générale.

Présentation du cas clinique

- 1- Que pensez-vous de cette ordonnance ?
- 2- Quelle est votre expérience personnelle de la polymédication chez les personnes âgées ?
 - a. Qu'est-ce que vous entendez par polymédication ?
 - b. A partir de quel âge dites-vous qu'une personne est âgée ?
- 3- Quelle est votre attitude face à une ordonnance de ce type (que l'on peut qualifier de « à rallonge ») chez vos patients âgés ?
- 4- Que pensez-vous personnellement de la déprescription chez les sujets âgés ?
 - a. Dans quelles situations faites-vous une revue systématique des ordonnances ?
 - b. Quels sont, selon vous, les avantages de la déprescription ?
 - i. Iatrogénie
 - ii. Observance
 - iii. Coût économique
 - c. Quels sont les inconvénients de la déprescription ?
 - i. Chronophage
 - ii. Perturbation de la « routine » chez sujets très âgés
 - iii. Risque d'erreur lors de modification de l'ordonnance
- 5- Comment faites-vous/feriez-vous pour déprescrire un médicament ?
 - a. Comment choisir le médicament à retirer ?
 - i. Quelle(s) classe(s) thérapeutique(s) êtes-vous le plus à l'aise d'arrêter ? Pourquoi ?
 - ii. Que pensez-vous de proposer une prise en charge non médicamenteuse ?

- iii. Dans quelle mesure faites-vous intervenir les contre-indications, les non-indications, la survenue d'effets indésirables ?
 - b. Quelle est la place de la connaissance du patient ?
 - i. Age
 - ii. Etat général
 - iii. Comorbidités
 - iv. Biologie
 - c. Expliquez- vous votre choix au patient ?
 - i. Si oui, quelles informations lui donnez-vous ?
 - ii. Si non pourquoi ?
 - d. Expliquez- vous votre choix à l'entourage ?
 - i. Si oui, quelles informations lui donnez-vous ?
 - ii. Si non, pourquoi ?
 - e. Sur quelles données vous basez-vous pour choisir et/ou argumenter votre choix ?
 - i. Recommandations HAS
 - ii. Plan PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé) de la HAS
 - iii. Critère de Beers/Liste ATC Haute - Normandie en France
- 6- Quels sont les difficultés et obstacles pour déprescrire que vous avez rencontrés ?
ou Quels sont les principaux freins à la déprescription que vous avez rencontrés ?
- a. Quel est l'impact du temps de consultation ?
 - b. Quelles recommandations suivez-vous pour les personnes âgées poly-pathologiques ?
 - c. Quelle est l'influence de la relation médecin/malade ? Est-elle fragilisée par une déprescription ou au contraire la favorise-t-elle ?
 - d. Comment faire devant la prescription d'un spécialiste ?
 - e. Que faire si le patient refuse ?
 - f. Quel est le rôle de la famille ?
- 7- Quels seraient vos besoins pour pouvoir déprescrire plus facilement ?
- a. Que pensez-vous de la formation universitaire sur ce sujet ?
 - b. Quelle est la place de ce thème dans les FMC ?
 - c. Des outils d'aide à la déprescription vous sembleraient-ils utiles ? Si oui lesquels ?

2. Annexe 2 : Cas clinique

Mr D. 83 ans vient vous voir pour le renouvellement de son traitement, accompagné par sa fille aînée.

Il habite avec son épouse qui s'occupe des repas et l'aide pour sa toilette. Ils ont 3 enfants. (qui s'occupent des courses)

Il a une aide-ménagère qui passe 2 fois dans la semaine pour le ménage.

Il fait des hypoglycémies

Bio : créatinine : 250 $\mu\text{mol/L}$

Traitement :

- Triatec 5mg : 1 cp le matin
- Amlor 5mg : 1 cp le matin
- Furosemide 40mg : 1 cp le matin
- Tahor 10 : 1 cp le midi
- Glucor 100 : 1 cp matin et soir
- Metformine 850 : 1 cp matin midi et soir
- Amarel 4mg : 1 cp le matin
- Kardégic 75mg : 1 sachet le midi

- Mobic 7.5mg : 1 cp au repas du soir
- Xatral LP 10mg : 1 cp le matin
- Ketum doseur : 1 application matin et soir 1 boîte par mois
- Monocrixo LP 200mg : 1 cp le matin
- Efferalgan 500mg : 3 cp par jour
- Carbocisteine : 1 cuiller à soupe x3/j 1 boîte si besoin

PRESCRIPTIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE L'AFFECTION DE LONGUE DUREE RECONNUE (LISTE OU HORS-LISTE)
(AFFECTION EXONERANTE)

Le 23-02-2006

Triatec 5 mg	1 comprimé le matin
Amlor 5 mg	1 gélule le matin
Furosemide 40 mg	1 comprimé le matin
Tahor 10 mg	1 comprimé le midi
Glucor 100	1 comprimé matin et soir
Metformine 850	1 comprimé matin , midi et soir
Amarel 4 mg	1 comprimé le matin
Kardegic 75 mg	1 sachet le midi

Traitement pour 1 mois
à renouveler 1 fois

PRESCRIPTIONS SANS RAPPORT AVEC L'AFFECTION DE LONGUE DUREE
(MALADIES INTERCURRENTES)

Mobic 7,5	1 comprimé au repas du soir 2 mois
Xatral LP 10 mg	1 comprimé le matin 2 mois
Kétum doseur	1 application matin et soir 1 bte / mois 2 mois
Monocrixo LP 200 mg	1 comprimé le matin 2 mois
Efferalgan 500 mg	3 comprimés par jour 2 btes
Carbocisteine	1 cuillère à soupe 3 fois par jour sans sucre 1 bte GM

3. Lettre d'invitation aux médecins généralistes

Bonjour,

Je m'appelle Caroline MOREL et je suis en deuxième année d'internat de médecine générale.

Je prépare ma thèse pour la validation de mon DES sur le thème de la prescription en médecine générale : « Comment moins prescrire ? Faites partager votre expérience. »

Pour cela, j'organise des focus groups ou débats avec des médecins généralistes autour d'un cas clinique.

Ces débats permettent d'échanger sur les expériences de chacun. Ils permettent également de comprendre pourquoi certaines situations posent problème et quelles sont les solutions disponibles et utilisables au cabinet.

Je sollicite votre concours pour la réalisation de ce travail afin que votre expérience personnelle enrichisse la mienne et celle des autres médecins.

Si vous souhaitez participer à cet échange, je vous remercie de me contacter au 07 50 60 11 14 ou par mail à l'adresse suivante : caroline.morel@hotmail.fr

Si vous connaissez d'autres confrères intéressés, veuillez me communiquer leurs coordonnées.

Je vous remercie de votre compréhension et vous prie d'agréer mes sincères salutations.

RESUME

Contexte : La proportion de personnes âgées ne cesse d'augmenter en France et en Europe. Cette part de la population est souvent atteinte de plusieurs maladies chroniques d'où une polymédication fréquente, associée à une augmentation des effets indésirables. Le médecin généraliste, au cœur de la prise en charge, est donc le mieux placé pour arrêter les médicaments inutiles.

Objectif : Comment aborder et réussir une déprescription chez les sujets âgés, en médecine générale ?

Méthode : Etude qualitative réalisée par trois focus groups et quatre entretiens individuels auprès de 31 médecins généralistes de Haute-Normandie.

Résultats : Les médecins interrogés souhaitent globalement déprescrire. La connaissance du patient, de son contexte socio-économique, de son avis et de celui de son entourage apparaissent importants pour parvenir à une déprescription. La pluridisciplinarité présente une influence contrastée. Le temps est un facteur clé dans la réussite d'une déprescription. L'informatisation, pourtant jugée utile pour l'amélioration des prescriptions par les autorités, n'apparaît que peu utile pour les médecins généralistes.

Conclusion : L'amélioration des logiciels, la formation des professionnels de santé et des algorithmes de déprescription sont des pistes à explorer pour optimiser les prescriptions médicamenteuses.