



HAL
open science

La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription

Marine Guilluy Crest

► To cite this version:

Marine Guilluy Crest. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01474734

HAL Id: dumas-01474734

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01474734v1>

Submitted on 23 Feb 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2012

N° 141

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu
et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste
propose une déprescription

Présentée et soutenue publiquement
le 9 octobre 2012

Par

Marine GUILLUY CREST

Née le 12 mai 1985 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Jean-Claude Schwartz

Jury :

M. Le Professeur Christian Ghasarossian Président
M. Le Professeur Patrice Queneau
M. Le Professeur Jacques Blacher
M. Le Docteur François Bournerias
M. Le Docteur Monique Horwitz-Guerin



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Nom: GUILLUY épouse CREST

Prénom: MARINE

Date de soutenance: 09/10/2012

Titre de la thèse: La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription.

Cadre de classement: DES de médecine générale

Mots clés: Déprescription – Polypathologies – Optimisation des polyprescriptions – Avis des patients – Médecin Généraliste – Obstacles à la déprescription – Projet de déprescription personnalisé – Actions de santé publique.

Contexte: Plusieurs études ont montré qu'aux yeux des médecins les patients constituaient un obstacle à la déprescription. Nous avons cherché à recueillir leur avis, jamais abordé sur cet enjeu de santé publique, et à identifier des solutions pour en faciliter la mise en œuvre.

Méthode et Résultats: Cette étude qualitative par entretiens semi-directifs incluait 28 patients polymédiqués, catégorisés en fonction de leur réponse à la déprescription.

Les patients qui acceptaient la déprescription étaient majoritaires, en quête de responsabilité et d'autonomie. Les patients plus âgés, dépendants, isolés et anxieux, la refusaient, la jugeant risquée et sans avantage.

Les obstacles à l'acceptation et à la mise en œuvre de la déprescription étaient la peur : des médicaments et des pathologies, mal connus des patients ; de perdre un bénéfice thérapeutique ; du syndrome de sevrage et du retour des symptômes ; des efforts à fournir et du manque de soutien ; de rompre la confiance avec le médecin.

Les solutions proposées alors par les patients pour déprescrire, rejoignaient celles des médecins. Pour s'impliquer, le patient a besoin d'éducation et de responsabilisation. Il faut l'aider à se détacher de son traitement et lui offrir des alternatives non-médicamenteuses. Le médecin traitant, mieux formé, doit oser déprescrire. Il faut créer un « Projet de déprescription personnalisé » pour tout patient polymédiqué, coordonnant tous les professionnels de santé et les aidants.

Conclusion: La déprescription est difficile même si les patients l'acceptent. Les solutions proposées visent à surmonter les obstacles identifiés mais nécessitent la mise en place d'actions de santé publique concrètes.

Composition du jury: P.Queneau, J.Blacher, F.Bournerias, M.Horwitz-Guérin, J.C.Schwartz.

Président du jury: C.Ghasarossian

Directeur de thèse: J.C.Schwartz

Adresse de l'auteur : *Données personnelles retirées*

Courriel : *Données personnelles retirées*

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christian GHASAROSSIAN,

En plus de m'avoir accompagnée tout au long de mon internat, vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Claude SCHWARTZ,

Tu as dirigé cette thèse avec un style bien à toi. Plus de deux ans de travail, et enfin, nous y sommes !
Merci pour ton soutien et tes idées créatives.

A Monsieur le Professeur Patrice QUENEAU,

En plus de m'avoir fait découvrir « l'art de déprescrire », vous m'avez accueillie chaleureusement à l'Académie de Médecine, m'avez encouragée et aiguillée dans mon travail, avec humour et bienveillance. Vous me faites aujourd'hui le grand honneur de juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jacques BLACHER,

En plus de m'avoir soutenue au cours de ce dernier semestre d'internat et formée à « l'art de prescrire juste » en cardiologie, vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de ma considération.

A Monsieur le Docteur François BOURNERIAS,

Vous m'avez encouragée dès le début de ce travail. Merci d'avoir accepté aujourd'hui de le juger, et d'y apporter votre regard d'interniste. Recevez ici le témoignage de ma sincère amitié.

A Madame le Docteur Monique HORWITZ-GUERIN,

Tu es et resteras mon modèle à suivre, le médecin généraliste que j'aspire à devenir. Ta présence ce jour me touche énormément, il n'y a rien de tel que d'être jugé par ses Maîtres.

Aux médecins qui m'ont formée et accompagnée tout au long de mes études, d'Angers à Paris, en passant par Madagascar.

A Madame le Docteur Madeleine FAVRE, merci pour votre complicité et vos précieux conseils.

A Olivier Brunetière, ma source exotique d'inspiration. Ton style et ton humour sont aussi précieux à mes yeux que la tendresse et la cuisine de Martine. Vive la vie « Mora-Mora ».

A Manu et aux co-externes angevins, merci pour ces bons souvenirs carabins, bonne route à vous !

A mes co-internes parisiens : l'exilée de Melun, les clodoaldiens, les poulettes de Villeneuve, les rencontrés du jeudi matin, les signataires du groupe O, et tous les autres. Vive la nouvelle génération de MG !

A Alexandre et au SNJMG, merci de m'avoir permis de vivre cette belle aventure syndicale.

Aux patients qui ont participé à cette étude et à tous ceux que j'ai pu rencontrer depuis le début de mon parcours. C'est vous qui m'aidez à avancer et à améliorer ma pratique.

A mes deux belles-mères. Je vous revois : Mary à Giens et Florence à Biarritz, ces 150 pages entre les mains, avec vos crayons correcteurs et votre patience admirable. Un immense merci.

A Marcel, merci pour cette matinée passée à la BU de la Timone. Tout commence par une bonne recherche bibliographique non ?

A Thérèse, merci pour cette « traduction-express » à ton retour du Canada !

A mon bizuth, je suis tellement fière de toi. Bon voyage à Lyon !

A Héloïse et Vanessa, mes éternels piliers.

A Julien, mon co-auteur expatrié. Garde tes slogans « pro-déprescription » bien précieusement, on ne sait jamais...

A Vic. Tu vois mon Titou, finalement j'aurai fini mes études avant toi !

A Pierre et Lorraine. Mes complices infailibles. Maintenant on peut jouer au docteur, mais en vrai !

A Mamo et Nani, mes grands-mères chéries. Merci pour votre soutien depuis le début. J'ai bien compris votre devise : « Le bon travail, c'est : ni trop, ni trop peu, ni trop vite, ni trop lentement ! »

A Dad, Papé, Tonton Yves, Marc, Bernard et Christiane. Je sais que vous suivez mon parcours de là-haut. Merci pour vos clins d'œil et vos ondes bienveillantes.

A Baboun et Mamily, merci de m'avoir aidée à y croire jusqu'au bout.

A Jérôme. Tu as été plus que génial, cette thèse est à toi. Tia Ianao.

A notre fille, tu m'as aidée à terminer ce travail avant ton arrivée. Maintenant je suis toute à toi.

Abréviations

ADO : Antidiabétique Oral

ALD : Affection Longue Durée

AntiHTA : Antihypertenseur

ATD : Antidépresseur

BZD : Benzodiazépine

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMP : Dossier Médical Personnel

EBM : Evidence-Based Medicine

EIG: Effets Indésirables Graves

ENEIS : Enquête Nationale sur les Eléments Indésirables liés aux Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

MT : Médecin Traitant

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires

SMR : Service Médical Rendu

Sommaire

Chapitre 1: Introduction	12
Chapitre 2: Méthodologie.....	15
2.1. Objectifs de l'étude	15
2.2. Méthodes de sélection.....	15
2.3. Méthodes d'observation.....	17
2.4. Méthodes d'évaluation.....	18
Chapitre 3: Résultats	20
3.1. Caractéristiques des patients	20
3.1.1. Population globale.....	20
3.1.2. Sous-groupes.....	22
3.2. Réponses aux questions du thème n°1 : le traitement et les médicaments	25
3.2.1. Le nombre de médicaments : la perception de la quantité, l'avis sur la quantité.....	25
3.2.2. La connaissance du traitement et de la pathologie concernée	26
3.2.3. La gestion du traitement	26
3.2.4. L'avis et la place de l'entourage	26
3.2.5. La solitude	27
3.2.6. La durée du traitement	27
3.2.7. Le prescripteur	27
3.2.8. Le rapport personnel au médicament.....	28
3.3. Réponses aux questions du thème n°2 : prescriptions du médecin traitant.....	39
3.3.1. La relation au médecin traitant.....	39
3.3.2. La notion de l'ordonnance idéale.....	40
3.3.3. La possibilité de changer la prescription : possibilité de diminuer, impossibilité de diminuer et quoi changer.....	41
3.4. Réponses au thème n°3 : la déprescription	45
3.4.1. La définition de la déprescription par le patient.....	45
3.4.2. Accepter une déprescription.....	46
3.4.3. L'idée ou l'envie de diminuer seul : la démarche personnelle de déprescription	46
3.4.4. Le vécu de la déprescription.....	48
3.4.5. Les risques de la polyprescription	49
3.4.6. Le ou les acteurs de la déprescription.....	51

3.4.7.	Les avantages de la déprescription	52
3.4.8.	Les inconvénients de la déprescription	54
3.4.9.	Comment déprescrire.....	55
3.5.	Analyse croisée des profils	61
Chapitre 4: Discussion	66	
4.1.	Discussion du matériel et de la méthode de l'étude.....	66
4.2.	Les facteurs influençant la réponse des patients à la déprescription.....	67
4.2.1.	Thèmes identifiés par rapport au traitement et aux médicaments.....	67
4.2.2.	Thèmes identifiés par rapport aux prescriptions du médecin	75
4.2.3.	Thèmes identifiés par rapport à la déprescription.....	79
4.3.	Les solutions identifiées par les patients pour parvenir à déprescrire	88
4.3.1.	Le patient.....	89
4.3.2.	L'entourage, les aidants	92
4.3.3.	Le médecin traitant	93
4.3.4.	Le médicament	102
4.3.5.	Les autres professionnels de santé	104
4.4.	Les solutions pour arriver à déprescrire, suggérées par les patients, sont-elles comparables et compatibles à celles proposées par les médecins ?.....	107
4.4.1.	Que disent les médecins sur la déprescription ? - Point sur les réflexions des médecins et sur certaines études effectuées auprès d'eux.	107
4.4.2.	Mise en relation avec notre étude réalisée auprès des patients.....	114
4.5.	Exemple de protocole de déprescription	118
4.6.	Le Projet de Déprescription Personnalisé	123
Chapitre 5: Conclusion.....	126	
Bibliographie.....	130	
Annexes.....	134	
Annexe 1.....	134	
Annexe 2a.....	136	
Annexe 2b.....	138	
Annexe 2c.....	141	
Abstract.....	145	

Liste des Figures

Figure 1 : Nombre moyen de médicaments pris par jour en fonction de l'avis sur la quantité de médicaments.....	24
Figure 2 : Nombre moyen de médicaments pris par jour en fonction de la réponse des patients à la déprescription.....	24
Figure 3 : Estimation par le patient du nombre de médicaments qu'il prend par jour (population globale).....	31
Figure 4 : Estimation par le patient du nombre de médicaments qu'il prend par jour. En fonction du sexe (population globale).....	31
Figure 5 : Avis des patients sur le nombre de leurs médicaments pris par jour (population globale). ..	31
Figure 6 : Impression de prendre trop de médicaments au quotidien, en fonction du sexe (population globale).....	31
Figure 7 : Nombre réel de médicaments pris par jour en fonction de l'avis sur la quantité de médicaments (population globale). ..	31
Figure 8 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).....	31
Figure 9 : Estimation du nombre de médicament pris par jour en fonction du sexe (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).....	31
Figure 10 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui disaient n'avoir pas trop de médicaments). ..	31
Figure 11 : Age moyen des patients, en fonction de leur avis sur le nombre de leurs médicaments (population globale). ..	32
Figure 12 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de médicaments). ..	32
Figure 13 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux acceptaient une déprescription).....	32
Figure 14 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour en fonction du sexe (ceux qui acceptaient une déprescription).....	32
Figure 15 : Impression d'avoir trop de médicaments à prendre au quotidien (ceux qui acceptaient une déprescription).....	32
Figure 16 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	32
Figure 17 : Impression d'avoir trop de médicaments à prendre au quotidien (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	32
Figure 18 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui refusaient une déprescription).....	32
Figure 19 : Impression d'avoir trop de médicaments (ceux qui refusaient une déprescription).....	33
Figure 20 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription). ..	33
Figure 21 : Impression d'avoir trop de médicaments à prendre au quotidien (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription). ..	33
Figure 22 : Connaissance par les patients de leurs médicaments, en fonction du sexe (population globale).....	33

Figure 23 : Connaissance par les patients des pathologies pour lesquelles ils prennent des médicaments, en fonction du sexe (population globale).....	33
Figure 24 : Connaissance des médicaments en fonction du nombre de médicaments pris au quotidien (population globale).	33
Figure 25 : Connaissance par les patients des médicaments pris au quotidien (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).....	33
Figure 26 : Connaissance par les patients de leurs pathologies (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).....	33
Figure 27 : Connaissance par les patients de leurs médicaments, en fonction du sexe (ceux acceptaient une déprescription).....	34
Figure 28 : Connaissance par les patients des pathologies pour lesquelles ils prennent des médicaments, en fonction du sexe (ceux qui acceptaient une déprescription).....	34
Figure 29 : Connaissance par les patients de leurs médicaments (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	34
Figure 30 : Connaissance par les patients des pathologies pour lesquelles ils prennent des médicaments (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	34
Figure 31 : Mode de vie (ceux qui disaient n’avoir pas trop de médicaments).....	34
Figure 32 : Pourcentage de patients vivant seuls, en fonction de leur avis sur le nombre de leurs médicaments et de leur réponse à la déprescription.	34
Figure 33 : Mode de vie (ceux acceptaient une déprescription).....	34
Figure 34 : Mode de vie (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).....	34
Figure 35 : Mode de vie (ceux qui n’avaient pas d’avis sur le nombre de médicaments).....	35
Figure 36 : Mode de vie (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	35
Figure 37 : Réponse des patients à la déprescription en fonction du nombre de prescripteurs du traitement de fond (population globale).	35
Figure 38 : Les médicaments, ça rassure ? (population globale).	35
Figure 39 : Les médicaments, ça rassure ? En fonction du sexe du patient (population globale).	35
Figure 40 : Les médicaments, ça fait peur ? (population globale)	35
Figure 41 : Les médicaments, ça fait peur ? En fonction du sexe des patients (population globale). .	35
Figure 42 : Dépendance aux médicaments ? (population globale).....	35
Figure 43 : Dépendance aux médicaments, en fonction du sexe des patients (population globale). ..	36
Figure 44 : Les médicaments, ça rassure ? En fonction de la réponse des patients à la déprescription et en fonction de leur avis sur la quantité de leurs médicaments.....	36
Figure 45 : La peur des médicaments, en fonction de la réponse des patients à la déprescription et en fonction de leur avis sur la quantité de leurs médicaments.	36
Figure 46 : Dépendance aux médicaments, en fonction de la réponse des patients à la déprescription et en fonction de leur avis sur la quantité de leurs médicaments.....	36
Figure 47 : Les médicaments ça rassure ? (ceux qui acceptaient une déprescription).....	36
Figure 48 : Les médicaments ça rassure, en fonction du sexe (ceux qui acceptaient une déprescription).....	36
Figure 49 : Les médicaments, ça fait peur ? (ceux qui acceptaient une déprescription).....	36
Figure 50 : Les médicaments, ça fait peur ? En fonction du sexe (ceux qui acceptaient une déprescription).....	36
Figure 51 : Dépendance aux médicaments ? (ceux qui acceptaient déprescription).	37

Figure 52 : Dépendance aux médicaments ? En fonction du sexe (ceux qui acceptaient déprescription).....	37
Figure 53 : Les médicaments ça rassure ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	37
Figure 54 : Les médicaments ça rassure ? En fonction du sexe du patient (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	37
Figure 55 : Les médicaments, ça fait peur ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	37
Figure 56 : Les médicaments, ça fait peur ? En fonction du sexe du patient (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	37
Figure 57 : Dépendance aux médicaments ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).	37
Figure 58 : Dépendance aux médicaments ? En fonction du sexe du patient (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).	37
Figure 59 : Les médicaments, ça rassure ? (ceux qui refusaient une déprescription).	38
Figure 60 : Les médicaments, ça fait peur ? (ceux qui refusaient une déprescription).	38
Figure 61 : Dépendance aux médicaments ? (ceux qui refusaient une déprescription).....	38
Figure 62 : Les médicaments ça rassure ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).	38
Figure 63 : Les médicaments ça fait peur ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).	38
Figure 64 : Dépendance aux médicaments ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).....	38
Figure 65: Ce qui importe aux patients dans leur relation avec leur MT (population globale).	43
Figure 66: Ce qui importe au patient dans sa relation avec son MT (ceux qui disaient n’avoir pas trop de médicaments).....	43
Figure 67: Ce qui importe au patient dans sa relation avec son médecin traitant (ceux qui disaient n’avoir pas trop de médicaments).	43
Figure 68 : Ce qui importe aux patients dans leur relation avec leur MT, en fonction de leur réponse à la déprescription et en fonction de leur avis sur la quantité de leurs médicaments (ceux qui refusaient une déprescription).	43
Figure 69: Ce qui importe au patient dans sa relation avec son médecin traitant (ceux qui refusaient une déprescription).	43
Figure 70: Ce qui importe au patient dans sa relation avec son médecin traitant (ceux qui n’avaient pas d’avis sur le nombre de médicaments).....	43
Figure 71: Ce qui importe au patient dans sa relation avec son MT (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).....	43
Figure 72: Ce qui importe au patient dans sa relation avec son médecin traitant (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).	43
Figure 73: Est-il possible de diminuer le nombre des médicaments ? (population globale).	44
Figure 74: Est –il possible de diminuer les médicaments ? En fonction de la réponse des patients à la déprescription et de leur vécu (ceux qui refusaient une déprescription).	44
Figure 75 : Est-il possible de diminuer les médicaments ? En fonction de l’avis des patients sur la quantité de leurs médicaments (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).	44
Figure 76 : Définition de la déprescription par les patients, en fonction de leur réponse à la déprescription et de leur vécu.	57
Figure 77 : Réponse des patients à la déprescription (population globale).....	57
Figure 78 : Age moyen des patients en fonction de leur réponse à la déprescription (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).	57
Figure 79 : Nombre moyen de médicaments à prendre par jour, en fonction de la réponse des patients à la déprescription (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).	57

Figure 80 : Avis des patients sur la quantité de leurs médicaments, en fonction de leur réponse à la déprescription (ceux qui refusaient une déprescription).	57
Figure 81 : Réponse des patients à la déprescription en fonction de leur avis sur la quantité de leurs médicaments (ceux qui refusaient une déprescription).	57
Figure 82 : Avis de patients par rapport à la quantité de leurs médicaments chez ceux qui ont eu l'idée personnelle de les diminuer (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).	57
Figure 83 : Réponse des patients à la déprescription chez ceux qui ont eu l'idée personnelle de diminuer leurs médicaments (ceux qui refusaient une déprescription).....	57
Figure 84: Idée par soi-même de diminuer ses médicaments ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).	58
Figure 85 : Patients ayant déjà vécu une déprescription (population globale).	58
Figure 86 : Impression d'avoir trop de médicaments à prendre au quotidien chez les patients ayant déjà vécu une déprescription (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).	58
Figure 87 : Réponse à une proposition de déprescription (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).	58
Figure 88 : Qui doit initier la déprescription ? (population globale).	58
Figure 89 : Qui doit agir au cours de la déprescription ? (population globale).....	58
Figure 90 : Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui disaient avoir trop de médicaments)	58
Figure 91 : Qui doit déprescrire ? (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).....	58
Figure 92 : Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui disaient ne pas avoir trop de médicaments).....	58
Figure 93 : Qui doit déprescrire ? (ceux qui disaient ne pas avoir trop de médicaments).	58
Figure 94: Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de médicaments).....	59
Figure 95 : Qui doit déprescrire ? (ceux qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de médicaments).	59
Figure 96 : Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui acceptaient une déprescription). .	59
Figure 97 : Qui doit initier puis accompagner la déprescription, en fonction de la réponse des patients à la déprescription (ceux qui acceptaient une déprescription).	59
Figure 98 : Qui doit déprescrire ? (ceux qui acceptaient une déprescription).....	59
Figure 99 : Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).	59
Figure 100 : Qui doit déprescrire ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).....	59
Figure 101 : Qui doit agir au cours de la déprescription, en fonction de la réponse des patients à la déprescription (ceux qui refusaient une déprescription).	59
Figure 102 : Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui refusaient une déprescription)...	60
Figure 103 : Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).	60
Figure 104 : Qui doit déprescrire ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).	60

Chapitre 1: Introduction

La France est un des pays les plus prescripteurs de médicaments [1][2]. Le vieillissement de la population entraîne l'augmentation des patients polyopathologiques chroniques et donc des polyprescriptions [3][4].

Une polyprescription est une prescription de plus de quatre médicaments [5]. Il existe trois types de polymédication [6] :

- celle nécessaire et indispensable ; résultant des progrès thérapeutiques, justifiée pour traiter une ou plusieurs maladies chroniques ;
- celle favorisée par les demandes médicamenteuses croissantes des sociétés occidentales, supposée traiter certains facteurs de risque ou symptômes de mal-être, à l'origine des traitements « symptomatiques » ou de « confort » ;
- celle liée à la prévention du vieillissement, permettant de conserver l'intégrité des performances malgré l'avancement de l'âge, entretenue par une forte pression commerciale.

Dans tous les cas, la polyprescription peut avoir de nombreuses conséquences : individuelles, humaines, physiques et psychologiques, sociales, économiques. Elle engendre une augmentation du nombre de traitements inappropriés, une augmentation du risque d'interactions médicamenteuses et de la iatrogénie, une augmentation du risque de contre-indications médicamenteuses, une baisse des effets bénéfiques des médicaments justifiés, une diminution de l'observance des patients et une hausse du coût de leur prise en charge [7].

Le médicament représente près de 20% des Effets Indésirables Graves (EIG) selon l'ENEIS (Enquête Nationale sur les Eléments Indésirables liés aux Soins) qui montre également que la moitié de ces événements est évitable [8].

Les traitements les plus souvent prescrits et impliqués dans ces EIG sont les psychotropes, les somnifères, les inhibiteurs de la pompe à protons, les statines et les anti-vitamines K, avec un risque accru d'interactions médicamenteuses [9].

Un changement est nécessaire, dans l'intérêt du patient et de la société. Mieux prescrire est un véritable enjeu de santé publique tant en termes de qualité de soins que de réduction des coûts. Les objectifs de santé publique actuels consistent ainsi à combiner au mieux les aspects médicaux et économiques des traitements [10].

Plusieurs études ont permis d'apporter des solutions aux médecins pour améliorer les polyprescriptions [4][5]. Il semble essentiel à cet égard de repenser l'élaboration des ordonnances, de les réévaluer régulièrement, de revoir la formation et l'information des médecins, d'améliorer leurs relations et échanges avec les hospitaliers et autres spécialistes [11]. Il est aussi nécessaire de mener des actions d'éducation thérapeutique de l'ensemble de la population [10].

La déprescription fait également partie de ces solutions. Ce néologisme désigne « l'action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux » [12] ou le fait d'arrêter de façon volontariste une prescription [13].

80% des médecins répondent accorder une grande importance à la déprescription et sont conscients des problèmes cliniques, éthiques et économiques liés à la surmédication de leurs patients [4]. Ils ont conscience de la nécessité d'adaptation et d'évolution qui s'impose à leurs pratiques.

Pourtant, l'examen de leurs prescriptions révèle des pratiques en contradiction avec leur discours. En effet, les études montrent que la déprescription est une action complexe et risquée que les médecins ont du mal à mettre en œuvre [6]. Les principaux obstacles à la déprescription semblent être la chronophagie, la perte d'argent et de patientèle, le souci déontologique envers les autres prescripteurs, la connaissance insuffisamment approfondie du patient et de ses médicaments, les conséquences relationnelles entre praticiens et malades, et notamment la crainte des premiers de perdre leur crédibilité face aux seconds, sans oublier la pression exercée par les patients eux-mêmes en matière de prescription [5][14][15][16]. Ainsi, les médecins affirment que les patients, demandeurs de médicaments, ont une influence non négligeable sur les prescriptions et participent aux freins à la déprescription.

Le point de vue des patients sur la déprescription n'est jamais évoqué dans la littérature car la question ne leur a pas été posée [4][5][14]. Leur avis est pourtant essentiel car il peut orienter et aider les médecins à adapter leurs pratiques et à améliorer efficacement les polyprescriptions.

Notre étude a donc cherché à recueillir et à analyser cet avis. Nous voulions savoir si les patients étaient prêts ou non à accepter la déprescription et quelles pouvaient être leurs réactions face au médecin qui leur proposait une telle démarche.

Notre hypothèse était que les patients ne constituaient pas un réel obstacle à la déprescription, contrairement à ce que pouvaient ressentir les médecins.

Partant de ce principe, nous avons cherché à connaître et comprendre les éventuelles réticences des patients. Durant cette étude, nous avons ainsi été à l'affût des propositions des patients à ce sujet : l'idée directrice était de trouver des messages à faire passer aux médecins et aux patients pour lever ces potentielles réticences afin qu'elles n'empêchent pas les déprescriptions.

Chapitre 2: Méthodologie

Nous cherchions à déterminer l'aptitude des patients à accepter de la part de leur médecin une déprescription. Alors qu'ils sont désignés comme l'un des principaux freins à la diminution des médicaments, notre hypothèse était précisément d'affirmer le contraire à condition d'appliquer des méthodes d'enquête auprès des patients et non plus des médecins.

L'objectif de la recherche étant de comprendre et d'analyser un comportement de patients, nous avons estimé que la méthode qualitative était la plus appropriée.

Nous avons ainsi décidé d'interviewer des patients ayant une polyprescription, consultant chez leur médecin généraliste déclaré, pour tous motifs confondus.

2.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de savoir si les patients étaient un frein à la déprescription. Etaient-ils prêts ou non à la déprescription ? Quel était leur ressenti quand on leur parlait de déprescription, quels étaient les déterminants sociologiques, psychologiques et comportementaux qui pouvaient influencer sur la démarche de déprescription.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser les propositions et oppositions exprimées par les patients à propos de la modification de leurs prescriptions. Il fallait recueillir leurs idées pour arriver à déprescrire et savoir si ces idées étaient comparables et compatibles à celles émises par les médecins pour « améliorer les polyprescriptions » [4][5][10][14].

2.2. Méthodes de sélection

La population cible comprenait tout patient majeur, sans limite supérieure d'âge, ayant le critère d'inclusion et n'ayant pas le critère d'exclusion.

Le critère d'inclusion était de faire l'objet d'une polyprescription [5] par voie générale comme traitement de fond. Les patients devaient avoir strictement plus de quatre médicaments à prendre au quotidien, et au long cours, prescrits depuis au moins trois mois [5]. Etaient pris en compte tous les traitements prescrits, parfois présents sur plusieurs ordonnances de prescripteurs différents. Les traitements délivrés ponctuellement dans le cadre d'épisodes aigus n'ont pas été pris en compte.

Le critère d'exclusion ou de non-inclusion était l'incapacité par le patient de comprendre le questionnaire et d'y répondre, en raison par exemple, d'une altération de ses fonctions cognitives

(connue dans le dossier médical du médecin référent ou par un MMS < 24/30) ou d'une pathologie psychiatrique lourde.

L'étude était qualitative, par interviews sur entretiens semi-directifs.

La taille de l'échantillon n'était pas définie à l'avance. Théoriquement, pour les études qualitatives, l'objectif de cohorte est atteint quand il n'y a plus de nouvelles réponses données au questionnaire : le critère de constitution de notre cohorte était donc la saturation du sujet par les réponses des patients.

L'objectif était de constituer un échantillon permettant de comprendre les attitudes et sentiments des patients afin de trouver des idées nouvelles par rapport à la déprescription. La représentativité statistique n'était donc pas visée car nous ne cherchions pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population. Nous avons simplement pris soin d'inclure autant que possible des individus présentant une variété de critères pouvant affecter la variabilité des comportements.

Les patients ont été recrutés en cabinet médical de médecine générale ou en visite à domicile, à la suite des consultations que l'interne faisait pendant son stage de médecine générale ambulatoire, chez ses praticiens maîtres de stage. Les deux cabinets ayant fait l'objet de recrutements se trouvaient à Paris (75007) et à Vincennes (94300). Le recrutement de la population totale de patients a duré quatre mois, de début janvier à fin avril 2011.

L'interne évaluait le patient comme incluable, lui proposait de participer à l'étude en fin de consultation et, s'il avait l'accord du patient, poursuivait sa consultation par l'entretien et le questionnaire. N'étaient sélectionnés au maximum que deux patients par jour : le premier de la matinée et le premier de l'après-midi, si bien sûr ils étaient incluables et acceptaient de participer à l'étude, afin que le recrutement soit aléatoire.

Les règles d'éthiques ont été suivies. Les consentements des patients, écrits et oraux ont été demandés et obtenus. Une feuille d'information et de consentement (Annexe n°1) a été distribuée à tous les patients avant chaque entretien, avec signature d'accord pour l'inclusion dans l'étude. Une note écrite précisait aux patients que l'enregistrement des entretiens n'avait pas d'autre but que d'éviter les erreurs de compréhension des choses dites pendant l'entretien, avec engagement final de destruction après analyse des résultats de l'étude et garantie d'anonymat.

2.3. Méthodes d'observation

Les entretiens individuels, en face à face, étaient semi-guidés et approfondis par un questionnaire commun (Annexe n°2a). Ils duraient en moyenne vingt-cinq minutes. La conversation en face à face visait à obtenir des informations détaillées sur certains thèmes définis à l'avance sur un mode semi-directif, voire directif. L'interne intervenait quand le patient ne comprenait pas une question ou avait des difficultés pour y répondre ; il devait cependant rester le plus neutre possible et limiter au maximum les interactions avec le patient. Afin de comprendre le ressenti et les avis des patients, des questions plus délicates ou intimes pouvaient être posées en fonction des réponses données. Les réponses spontanées étaient favorisées.

Une phase test a permis d'évaluer la faisabilité de l'étude, de modifier et de compléter le questionnaire en fonction des réponses et de la réactivité des patients pour mieux l'adapter aux objectifs qualitatifs de l'étude. (Annexe n°2b, Annexe n°2c).

Les entretiens ont été initialement enregistrés. La machine utilisée était un enregistreur IC Recorder – ICD-BX800 de marque SONY.

La phase test a permis de montrer que l'enregistrement des entretiens, bien qu'ayant l'avantage de mieux contrôler l'observateur et l'interprétation des données, pouvait être un frein pour l'étude. En effet, plusieurs patients ont refusé de répondre à l'intégralité du questionnaire en raison de l'enregistrement. *« Non moi, l'enregistrement ça me gêne finalement, je préfère arrêter de répondre... » (Patient n° 1 bis)*

D'autres ont également dit avoir été inhibés dans leurs réponses pour les mêmes raisons. *« Je n'ose pas répondre à ça, elle (le médecin traitant) va écouter ensuite ce que je dis ? » (Patient n° 3 bis)*

Les entretiens suivants n'ont plus alors été enregistrés mais retranscrits directement par écrit, par l'interne observateur (*NB : Les entretiens retranscrits ont été placés en annexe sur CD-ROM*).

Les retranscriptions ont ensuite été lues puis codées individuellement. Le codage se basait sur le regroupement en thèmes détaillés ci-dessous, selon la hiérarchie du questionnaire. Afin de faciliter l'analyse des réponses des patients, il y a eu une uniformisation du codage. Ce travail de codage a été répété deux fois de suite, par l'interne et son directeur de thèse.

2.4. Méthodes d'évaluation

Dans l'hypothèse où la déprescription était acceptée par les patients, des thèmes selon lesquels les patients pouvaient être classés et analysés avaient été dès le départ identifiés. Ces thèmes structuraient le questionnaire communément soumis aux patients. Ils portaient sur :

- le traitement en général et les médicaments pris au quotidien ;
- les prescriptions du médecin traitant (MT);
- la déprescription proprement dite.

Chaque thème était détaillé par plusieurs questions.

Pour le thème n°1 relatif au traitement en général et aux médicaments pris au quotidien, les questions portaient sur :

- le nombre de médicaments ;
- la connaissance des médicaments pris au quotidien et la pathologie concernée par ce traitement ;
- la gestion du traitement ;
- l'avis et la place de l'entourage par rapport au traitement ;
- la situation personnelle et la solitude ;
- la durée du traitement ;
- le prescripteur du traitement ;
- le rapport personnel au médicament (rassurance, peur, dépendance).

Pour le thème n°2 relatif aux prescriptions du médecin traitant, les questions portaient sur :

- la relation au médecin traitant ;
- la notion de l'ordonnance idéale ;
- la possibilité de changer la prescription (quoi changer, possibilité de diminuer, impossibilité de diminuer).

Pour le thème n°3 relatif à la déprescription proprement dite, les questions portaient sur :

- la définition de la déprescription par le patient ;
- le vécu d'une déprescription ;
- le fait d'accepter ou non une déprescription proposée par un médecin ;
- la démarche personnelle de déprescription (l'idée ou l'envie de diminuer seul son traitement) ;

- la conscience des risques de la polyprescription ;
- le ou les acteurs de la déprescription ;
- les avantages et les inconvénients de la déprescription ;
- les clés pour déprescrire.

Après impression des entretiens retranscrits et surlignage de différentes couleurs, les différentes réponses des patients ont été mises en relation de façon à laisser les liens visibles, à identifier et à regrouper des modèles définitifs de réponse pour chaque sujet, toujours en rapport avec les thèmes détaillés dans le questionnaire. Les données ont été recueillies et travaillées dans des fichiers Excel®, permettant de faire des tableaux croisés dynamiques.

Le principal critère d'évaluation consistait à savoir si les patients qui acceptaient une déprescription avaient un profil identifiable, tout comme ceux qui la refusaient ou qui hésitaient à l'accepter. Si un profil type était identifié, il permettrait alors d'intervenir de façon plus spécifique auprès des patients pour déprescrire.

Les autres critères d'évaluation consistaient à savoir à quelles conditions les patients étaient prêts à une déprescription, ou au contraire pour quelles raisons ils ne l'étaient pas. Enfin, les avis et solutions évoqués communément par les patients par rapport à la déprescription ont été regroupés pour pouvoir être exploités.

L'analyse a d'abord été faite sur la population de façon globale puis par profils (sous-groupes). Un travail thématique, a permis de faire des liens entre ces profils et de les croiser dans un second temps pour pousser l'analyse.

Chapitre 3: Résultats

3.1. Caractéristiques des patients

3.1.1. Population globale

35 patients ont été initialement inclus. 7 n'ont finalement pas souhaité répondre à la totalité du questionnaire ou être enregistrés. L'analyse finale a donc porté sur 28 patients.

La population était composée de 16 femmes et 12 hommes. L'âge moyen de la population était de 72,4 (+/- 12,1) ans (Table 1).

21 patients sur 28 étaient retraités.

Le nombre moyen de médicaments à prendre par jour était de 7,7 (+/- 1,7) (Table 1). Le nombre de médicaments était celui des médicaments prescrits sur ordonnance, toutes prescriptions médicales confondues. Les médicaments consommés par automédication n'ont pas été pris en compte. Les hommes et les femmes avaient sensiblement le même nombre de médicaments à prendre par jour (7,7 médicaments par jour pour les hommes versus 7,6 pour les femmes).

Les principaux médicaments pris par les patients (et donc prescrits par les médecins) étaient par ordre décroissant de fréquence : les antihypertenseurs (AntiHTA), les statines, les antidiabétiques oraux (ADO), les antiagrégants plaquettaires, les benzodiazépines (BZD), les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), les antalgiques et les antidépresseurs (ATD) (Table 3).

Les médicaments en quantité pris par les patients de manière secondaire étaient : la vitamine D, les laxatifs, les thyroïdiens de synthèse, les antiarythmiques, le calcium, les anticoagulants, les bronchodilatateurs, les hypo-uricémiants et les antiparkinsoniens.

Enfin, étaient minoritairement prescrits aux patients : les neuroleptiques, les antiarthrosiques, les hypnotiques, les corticoïdes, les alpha-bloquants, les antispasmodiques et les antihistaminiques.

NB : Pour plus de clarté, les tables et les figures ont été placées en fin de chaque section. Elles ont été intégrées au travail d'analyse à titre indicatif et non à titre significatif.

Sexe	Nombre	Age moyen	Nombre estimé par le patient de médicaments pris par jour	Nombre réel de médicaments pris par jour
F	16	73,0 (+/- 12,6)	6,4	7,6 (+/- 1,8)
M	12	71,5 (+/- 11,8)	7,3	7,7 (+/- 1,7)
Total	28	72,4 (+/- 12,1)	6,8	7,7 (+/- 1,7)

Table 1 : Caractéristiques de la population globale : sexe, âge, nombre de médicaments.

Catégorie Socioprofessionnelle	Nombre
Artisan	5
Cadre	15
Employé	5
Ouvrier	2
Sans emploi	1
Total	28

Table 2 : Catégories socioprofessionnelles des patients.

Sexe	AntiHTA	Statine	ADO	Antiagrégants	BZD	IPP	Antalgiques	ATD
F	10	6	6	6	5	4	6	5
H	8	8	5	3	3	4	2	3
Total	18	14	11	9	8	8	8	8

Table 3 : Quels médicaments sont prescrits ? En fonction du sexe du patient.

3.1.2. Sous-groupes

Sept sous-groupes ou profils ont ensuite été individualisés et analysés.

Trois profils selon l'avis des patients sur le nombre de leurs médicaments :

- les patients qui estimaient avoir trop de médicaments au quotidien ;
- les patients qui estimaient ne pas avoir trop de médicaments au quotidien ;
- les patients qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments.

Trois profils selon la réponse des patients à la déprescription :

- les patients qui acceptaient une déprescription ;
- les patients qui hésitaient à accepter une déprescription ;
- les patients qui refusaient une déprescription.

Il semblait également intéressant d'observer et d'individualiser les réponses des patients qui avaient déjà vécu une déprescription. Un profil supplémentaire a donc été analysé :

- les patients qui avaient déjà vécu une déprescription.

Les différents sous-groupes sont détaillés dans les paragraphes suivants.

- Les patients qui estimaient avoir trop de médicaments au quotidien :

12 patients sur 28 (42.8%) estimaient avoir trop de médicaments à prendre au quotidien.

Parmi eux se trouvaient 8 femmes et 4 hommes.

L'âge moyen de ce groupe de patients était de 71,8 ans.

Leur nombre moyen de médicaments par jour était de 8,4 (Figure 1).

Les principaux médicaments pris étaient : les antiHTA, ATD, BZD et statines, puis les ADO et les IPP.

- Les patients qui estimaient ne pas avoir trop de médicaments au quotidien :

8 patients sur 28 (28.5%) estimaient ne pas avoir trop de médicaments à prendre au quotidien.

Parmi eux se trouvaient 5 femmes et 3 hommes.

L'âge moyen de ce groupe de patients était de 74,8 ans.

Leur nombre moyen de médicaments par jour était de 6,8 (Figure 1).

Les principaux médicaments pris étaient : les antiHTA et les statines, puis les antalgiques, et enfin les antiagrégants plaquettaires et les ADO.

- Les patients qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments :

8 patients sur 28 (28.5%) n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments à prendre au quotidien.

Parmi eux se trouvaient 3 femmes et 5 hommes.

L'âge moyen de ce groupe de patients était de 70,6 ans.

Leur nombre moyen de médicaments par jour était de 7,3.

Les principaux médicaments pris étaient : les antiHTA, les statines et les anticoagulants, puis les antiarythmiques, les ADO et la vitamine D.

- Les patients qui acceptaient une déprescription :

14 patients sur 28 (50%) étaient d'accord pour déprescrire si on leur proposait la démarche.

Parmi eux se trouvaient 7 femmes et 7 hommes.

L'âge moyen de ce groupe de patients était de 71,4 ans.

Leur nombre moyen de médicaments par jour était de 7,8 (Figure 2).

Les principaux médicaments pris étaient : les antiHTA, les statines puis, les ADO et les ATD et enfin ; les IPP, antiagrégants plaquettaires, puis les BZD.

- Les patients qui hésitaient à accepter une déprescription :

10 patients sur 28 (35.7%) hésitaient à accepter une déprescription si on leur proposait la démarche.

Parmi eux se trouvaient 6 femmes et 4 hommes.

L'âge moyen de ce groupe de patients était de 69,6 ans.

Leur nombre moyen de médicaments par jour était de 7,4 (Figure 2).

Les principaux médicaments pris étaient : les antiHTA et les BZD, puis les ATD et les statines et enfin, les antalgiques et les antiagrégants plaquettaires.

- Les patients qui refusaient une déprescription :

4 patients sur 28 (14%) refusaient une déprescrire si on leur proposait la démarche.

Parmi eux se trouvaient 3 femmes et 1 homme.

L'âge moyen de ce groupe de patients était de 82,5 ans.

Leur nombre moyen de médicaments par jour était de 7,7 (Figure 2).

Les principaux médicaments pris étaient les ATD, les antiHTA, puis les antalgiques, statines et laxatifs.

- Les patients qui avaient déjà vécu une déprescription :

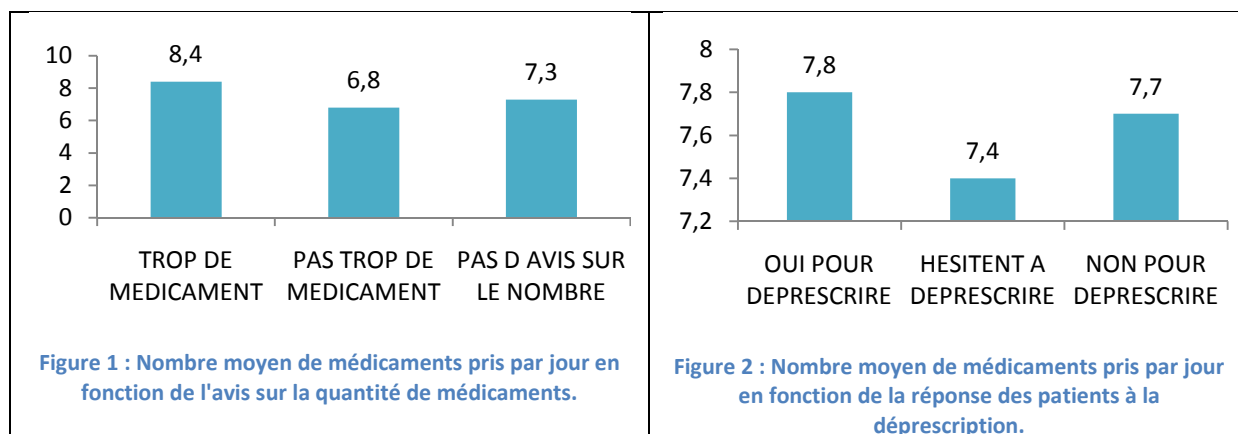
13 patients sur 28 (46.4%) avaient déjà vécu une déprescription au moment des entretiens.

Parmi eux se trouvaient 8 femmes et 5 hommes.

L'âge moyen de ce groupe de patients était de 73,1 ans.

Leur nombre moyen de médicaments par jour était de 8,4.

Les principaux médicaments pris étaient : les antiHTA et les ATD, puis les BZD, les IPP, statines et ADO, et enfin, les hypnotiques.



3.2. Réponses aux questions du thème n°1 : le traitement et les médicaments

3.2.1. Le nombre de médicaments : la perception de la quantité, l'avis sur la quantité

- **Population globale :**

Les patients étudiés sous-estimaient la quantité de médicaments qu'ils prenaient par jour (Figure 3), en particulier les femmes (Figure 4).

Les patients avaient le sentiment de prendre trop de médicaments au quotidien (Figure 5), surtout les femmes (Figure 6). Les hommes avaient moins d'avis sur la question que les femmes.

- **Sous-groupes :**

On constatait que les patients qui estimaient avoir trop de médicaments étaient effectivement ceux qui en avaient le plus ; corrélativement, ceux qui estimaient ne pas en avoir trop étaient ceux qui en avaient le moins (Figure 7).

Les patients qui disaient avoir trop de médicaments, sous-estimaient la quantité prise par jour, en particulier les femmes (Figure 8, Figure 9).

Les patients qui disaient ne pas avoir trop de médicaments étaient majoritairement plus âgés et estimaient plutôt bien la quantité de médicaments qu'ils avaient à prendre par jour (Figure 10).

Les patients qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments étaient les plus jeunes (Figure 11) et sous-estimaient la quantité des médicaments pris par jour (Figure 12).

Les patients qui acceptaient une déprescription, avaient majoritairement une bonne estimation de la quantité de leurs médicaments pris par jour, en particulier les hommes (Figure 13, Figure 14). Ils estimaient avoir trop de médicaments au quotidien (Figure 15).

Les patients qui hésitaient à accepter une déprescription, sous-estimaient majoritairement leur quantité de médicaments pris par jour (Figure 16). Ils avaient autant l'impression d'avoir trop de médicaments qu'ils n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments (Figure 17).

Les patients qui refusaient une déprescription, sous-estimaient majoritairement la quantité de médicaments pris par jour (Figure 18). Ils avaient cependant l'impression d'avoir trop de médicaments au quotidien (Figure 19).

Les patients qui avaient déjà vécu une déprescription sous-estimaient majoritairement la quantité de médicaments pris par jour (Figure 20). Ils avaient cependant encore l'impression d'avoir trop de médicaments au quotidien (Figure 21).

3.2.2. La connaissance du traitement et de la pathologie concernée

- **Population globale :**

Les patients étudiés avaient une mauvaise connaissance de leur traitement et de leurs pathologies (Figure 22, Figure 23). On constatait que plus le nombre de médicaments pris par jour était élevé, moins les patients savaient ce qu'ils prenaient comme traitement (Figure 24).

- **Sous-groupes :**

Les patients qui déclaraient avoir trop de médicaments ne savaient pas quels médicaments ils prenaient au quotidien ni pour quelle maladie (Figure 25, Figure 26), tout comme ceux qui déclaraient ne pas avoir trop de médicaments.

La moitié des patients qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments savaient quels médicaments ils avaient à prendre par jour mais majoritairement ils ne savaient pas pour quelle pathologie ils les prenaient.

Les patients qui acceptaient une déprescription ne savaient pas quels médicaments ils prenaient au quotidien ni pour quelle maladie (Figure 27, Figure 28), tout comme les patients qui hésitaient à accepter une déprescription (en particulier les femmes) (Figure 29, Figure 30), et comme ceux qui refusaient une déprescription.

Les patients qui avaient déjà vécu une déprescription ne savaient pas non plus quels médicaments ils prenaient au quotidien ni pour quelle maladie.

3.2.3. La gestion du traitement

A l'unanimité, les patients tenaient à préparer et à prendre eux-mêmes leurs médicaments.

3.2.4. L'avis et la place de l'entourage

Seule une minorité des patients interrogés disaient avoir des réflexions ou remarques de leur entourage sur la quantité de leurs médicaments ; la majorité des patients soit n'en parlaient pas autour d'eux, soit dissimulaient leur traitement, soit n'écoutaient pas ce que leur entourage leur disait. En ce qui concernait les traitements, les acteurs qui ressortaient comme pouvant avoir une

influence sur le patient étaient d'abord leur entourage proche (parents, enfants, conjoint, fratrie) et le MT, puis les amis, les pharmaciens et enfin, les autres malades.

3.2.5. La solitude

- **Population globale :**

15 patients sur 28 vivaient seuls. Les autres vivaient en couple ou en famille.

- **Sous-groupes :**

On a constaté que les patients qui déclaraient ne pas avoir trop de médicaments avaient tendance à vivre seuls (Figure 31), tout comme ceux qui refusaient une déprescription et ceux qui avaient déjà vécu une déprescription (Figure 32).

A l'inverse, ceux qui acceptaient une déprescription étaient ceux qui vivaient en couple ou en famille (Figure 32, Figure 33).

Les patients qui déclaraient avoir trop de médicaments, ceux qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments et ceux qui hésitaient à accepter une déprescription vivaient autant seuls qu'en couple ou en famille (Figure 34, Figure 35, Figure 36).

3.2.6. La durée du traitement

L'ensemble des patients étudiés avait une polyprescription en traitement de fond, c'est-à-dire qu'ils prenaient régulièrement plus de quatre médicaments par jour, depuis plusieurs années.

3.2.7. Le prescripteur

- **Population globale :**

13 patients sur 28 avaient une prescription de leur traitement de fond qui était faite uniquement par leur MT généraliste. 15 patients sur 28 avaient plusieurs prescripteurs pour leur traitement de fond. Les prescripteurs les plus fréquemment associés étaient : le médecin généraliste, le cardiologue et le psychiatre.

Les patients qui avaient plusieurs prescripteurs étaient plus favorables à la déprescription que ceux qui n'avaient que le MT comme unique prescripteur du traitement de fond (Figure 37).

- **Sous-groupes :**

Chez les patients qui estimaient avoir trop de médicaments, les prescriptions du traitement de fond venaient également du MT seul et du MT associé à un autre médecin spécialiste, tout comme chez les patients qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments.

Chez les patients qui estimaient ne pas avoir trop de médicaments, les prescriptions du traitement de fond venaient majoritairement du MT associé à un autre spécialiste plutôt que du MT seul.

Chez les patients qui acceptaient une déprescription, les prescriptions du traitement de fond venaient plus du MT associé à un autre spécialiste que du MT seul, tout comme chez ceux qui hésitaient à accepter une déprescription.

A l'inverse, chez les patients qui refusaient une déprescription, les prescriptions du traitement de fond venaient plus du MT seul que du MT associé à un autre spécialiste.

Chez les patients qui avaient déjà vécu une déprescription, les prescriptions du traitement de fond venaient plus du MT associé à un autre spécialiste que du MT seul.

3.2.8. Le rapport personnel au médicament

- **Population globale :**

Le fait d'être rassuré par son traitement

Les patients étaient rassurés par leurs médicaments, ou plutôt ils étaient rassurés par le fait de prendre leur traitement au quotidien (Figure 38) ; ce phénomène était particulièrement marqué chez les hommes (Figure 39).

Le fait d'avoir peur des médicaments

Les médicaments ne faisaient pas peur si :

- ils étaient prescrits par le MT en qui le patient avait une confiance absolue ;
- il n'y avait pas encore eu d'effets indésirables liés au traitement (*« Pour l'instant je n'ai pas peur » - Patient n°2*) ;
- il était fait attention à ce qui était pris (*« A ne pas prendre du Médiator » - Patient n°26*).

Même s'ils ne faisaient pas peur, les médicaments pouvaient néanmoins angoisser, surtout quand le patient n'était pas favorable à leur prise, se forçait à les prendre, était gêné par rapport à son entourage de les prendre. On constatait alors une attitude globale de méfiance des patients par rapport à leur traitement : pas de peur réelle mais pas de sérénité totale, et ce en particulier pour les femmes (Figure 40, Figure 41).

Le fait d'être dépendant de son traitement

Les patients affirmaient dans la majorité qu'ils avaient une dépendance physique et psychologique vis-à-vis de leur traitement, et en particulier les hommes (Figure 42, Figure 43). Une dépendance qui était tantôt bien vécue (« *C'est une dépendance qui est bonne pour ma santé, que j'assume, je veux guérir* » - Patient n°4), tantôt mal (« *C'est un échec de vie, une impression de manque de liberté, j'y suis obligée* » - Patient n°6).

Dans leur ensemble, les patients exprimaient une peur de l'arrêt du traitement, peur d'un sevrage avec réapparition des symptômes, un changement du pronostic vital à l'arrêt ou à la diminution des médicaments. Ils avaient conscience d'être dépendants à certains types de médicaments plus qu'à d'autres (antalgiques, hypnotiques, anxiolytiques, antihypertenseurs).

Sous-groupes :

On a constaté que les patients qui étaient les plus rassurés par le fait de prendre leur traitement étaient ceux qui estimaient ne pas avoir trop de médicaments et ceux qui refusaient une déprescription (Figure 44).

Les patients qui avaient le plus peur des médicaments étaient ceux qui disaient en avoir trop au quotidien et ceux qui refusaient une déprescription (Figure 45).

Les patients qui s'estimaient être le plus dépendants à leur traitement étaient à la fois ceux qui disaient en avoir trop au quotidien et ceux qui refusaient une déprescription (Figure 46).

Les patients qui acceptaient une déprescription affirmaient d'autre part que :

- les médicaments les rassuraient, majoritairement des hommes (Figure 47, Figure 48) ;
- leur traitement ne leur faisait pas peur (Figure 49). Les femmes plus que les hommes avouaient cependant avoir peur de leur traitement (Figure 50) ;
- ils ne ressentaient pas de dépendance à leur traitement (Figure 51). Cependant, les hommes plus que les femmes, admettaient une dépendance (Figure 52).

Les patients qui hésitaient à accepter une déprescription disaient plutôt que :

- les médicaments les rassuraient, en particulier les femmes (Figure 53, Figure 54) ;
- leur traitement ne leur faisait plutôt pas peur. Les femmes plus que les hommes avouaient avoir plus peur de leur traitement (Figure 55, Figure 56) ;
- ils avaient, et majoritairement les femmes, une dépendance à leur traitement (Figure 57, Figure 58).

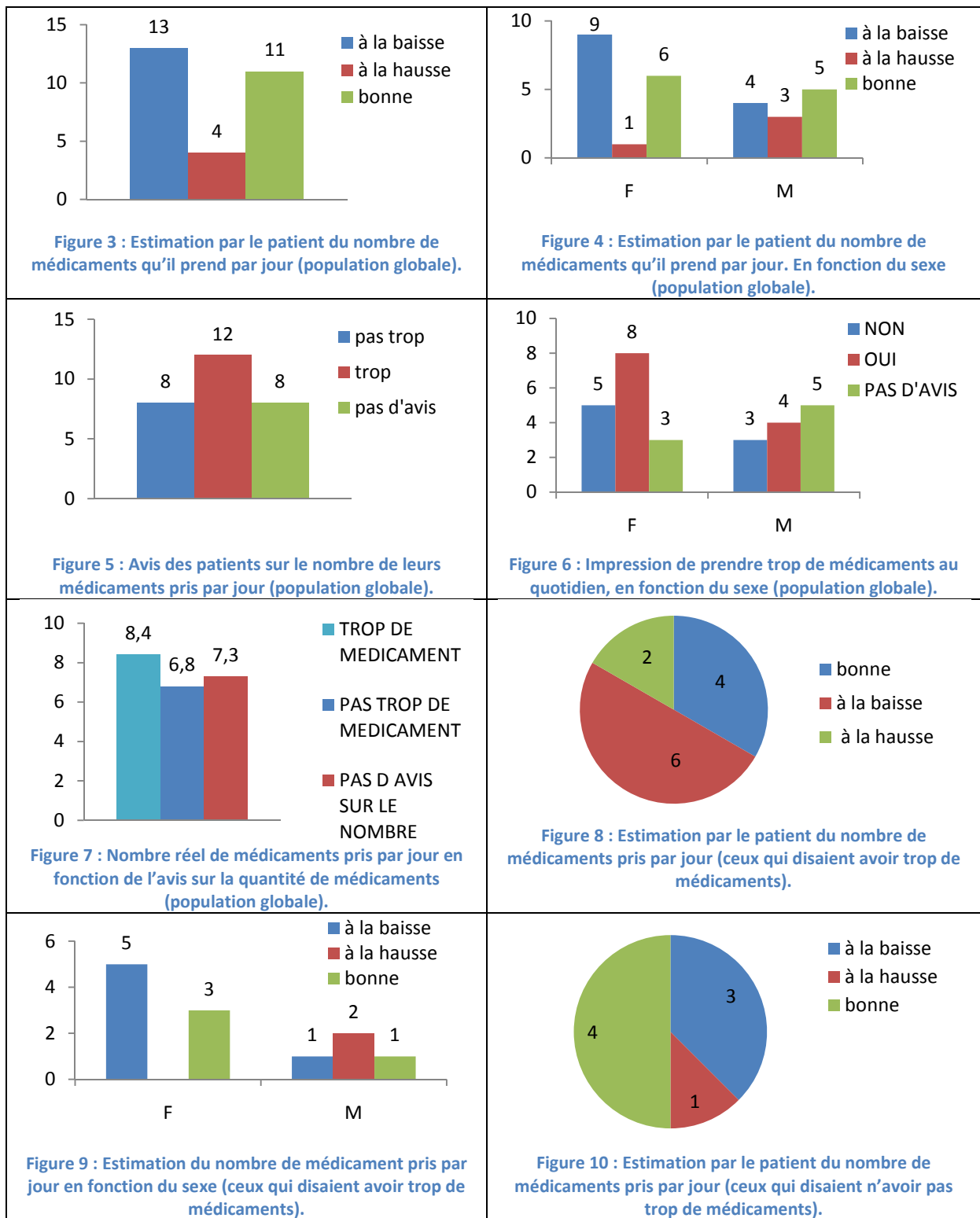
Les patients qui refusaient une déprescription ont affirmé que :

- les médicaments les rassuraient (Figure 59) ;
- leur traitement leur faisait peur (Figure 60) ;
- ils étaient dépendants de leur traitement (Figure 61).

Les patients qui avaient déjà vécu une déprescription ont affirmé que :

- les médicaments les rassuraient (Figure 62) ;
- leur traitement leur faisait peur (Figure 63) ;
- ils étaient dépendants de leur traitement (Figure 64).

Figures – Réponses aux questions du thème n°1 : traitement et médicaments



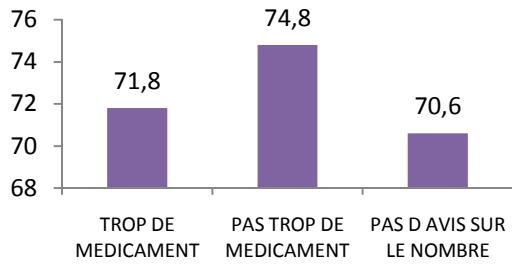


Figure 11 : Age moyen des patients, en fonction de leur avis sur le nombre de leurs médicaments (population globale).

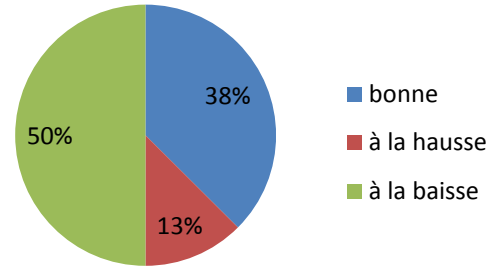


Figure 12 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de médicaments).

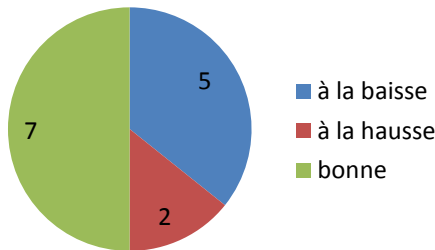


Figure 13 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui acceptaient une déprescription).

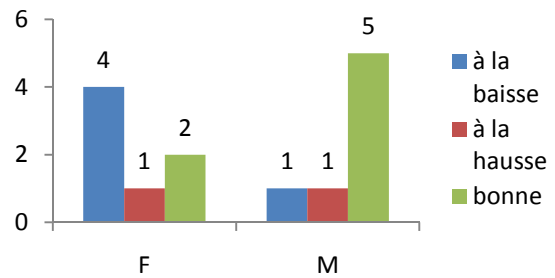


Figure 14 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour en fonction du sexe (ceux qui acceptaient une déprescription).

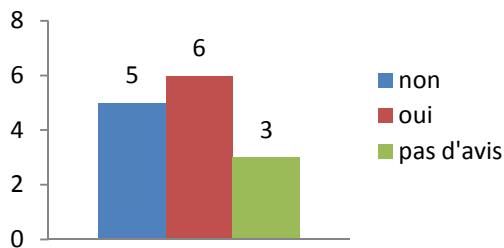


Figure 15 : Impression d'avoir trop de médicaments à prendre au quotidien (ceux qui acceptaient une déprescription).

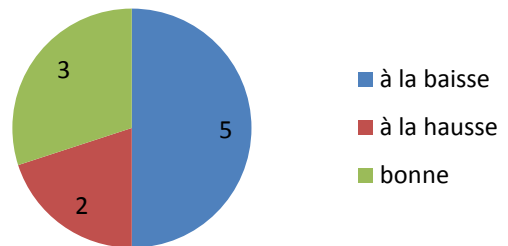


Figure 16 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

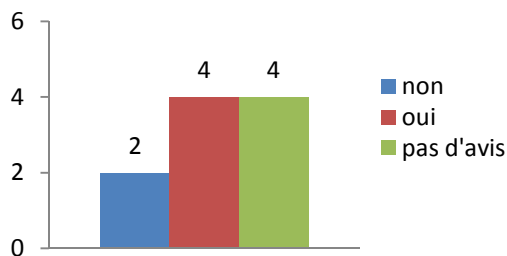


Figure 17 : Impression d'avoir trop de médicaments à prendre au quotidien (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

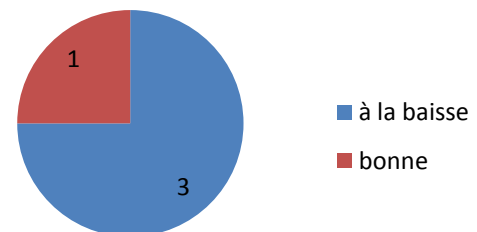


Figure 18 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui refusaient une déprescription).

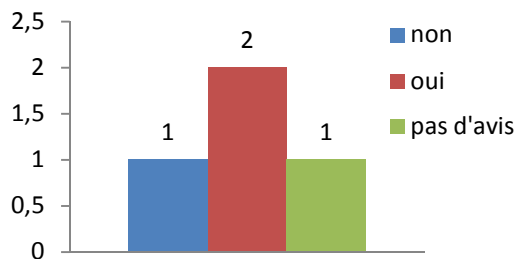


Figure 19 : Impression d'avoir trop de médicaments (ceux qui refusaient une déprescription).

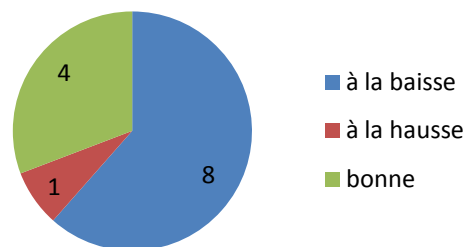


Figure 20 : Estimation par le patient du nombre de médicaments pris par jour (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).

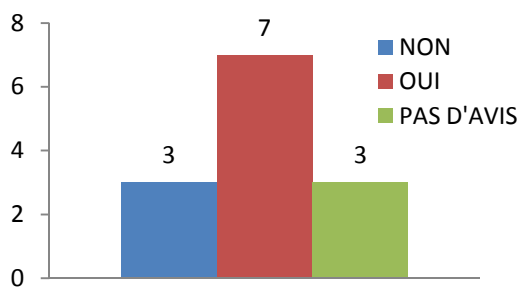


Figure 21 : Impression d'avoir trop de médicaments à prendre au quotidien (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).

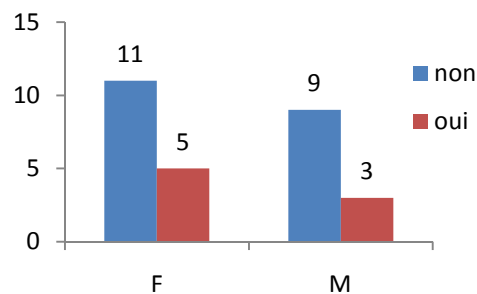


Figure 22 : Connaissance par les patients de leurs médicaments, en fonction du sexe (population globale).

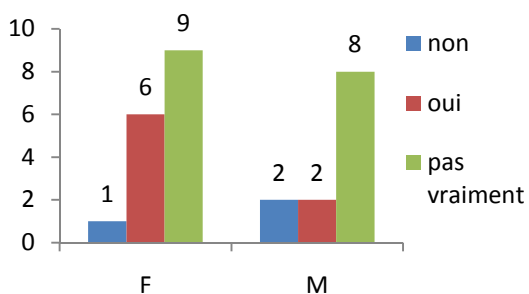


Figure 23 : Connaissance par les patients des pathologies pour lesquelles ils prennent des médicaments, en fonction du sexe (population globale).

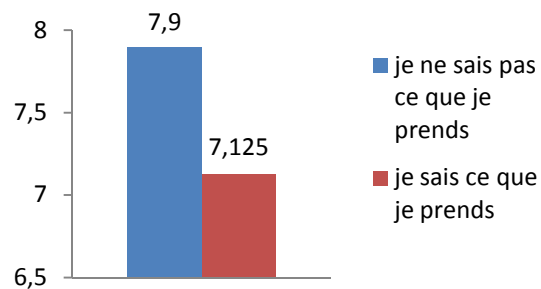


Figure 24 : Connaissance des médicaments en fonction du nombre de médicaments pris au quotidien (population globale).

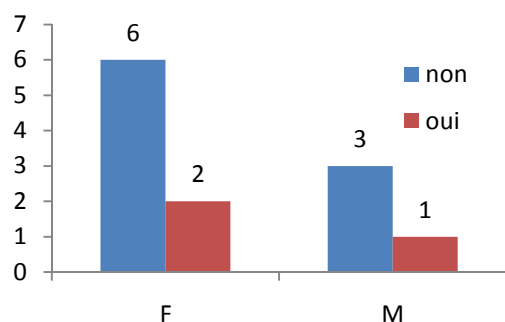


Figure 25 : Connaissance par les patients des médicaments pris au quotidien (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).

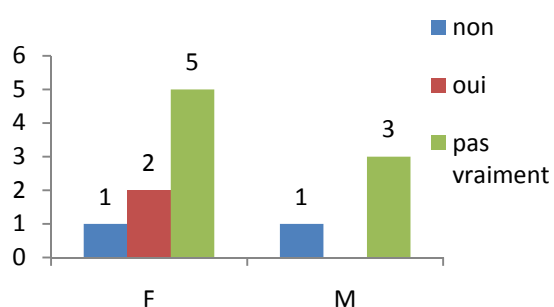
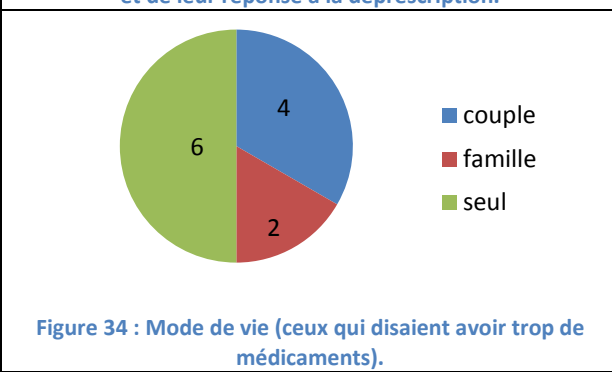
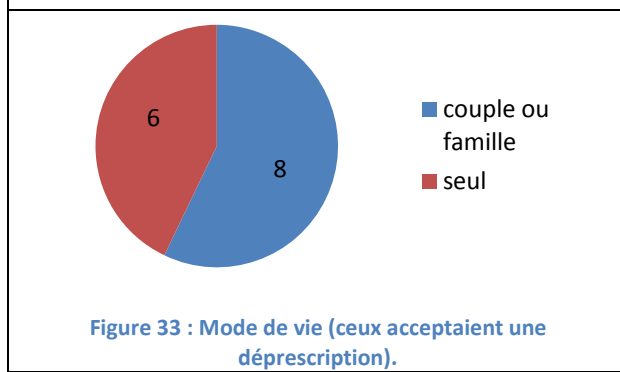
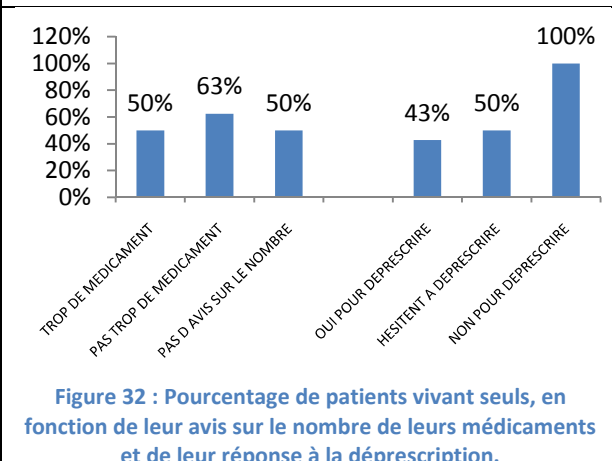
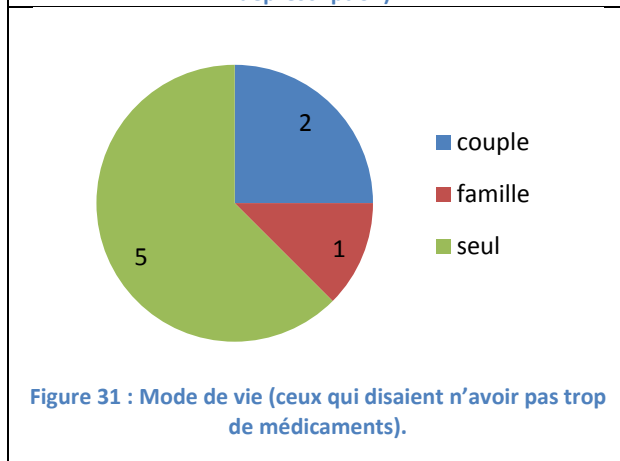
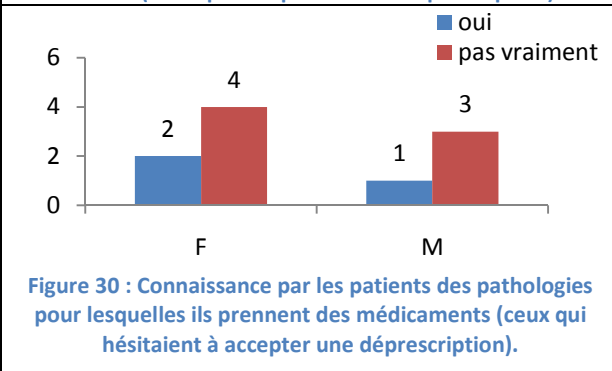
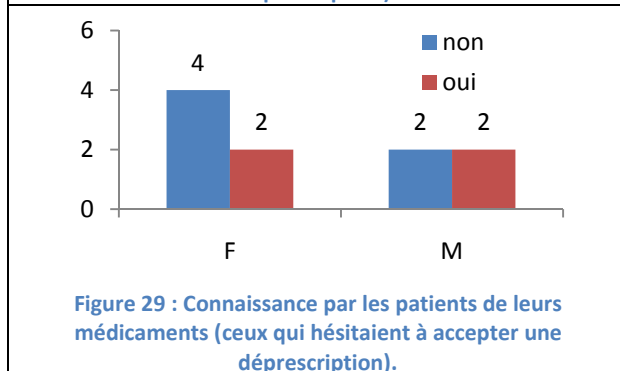
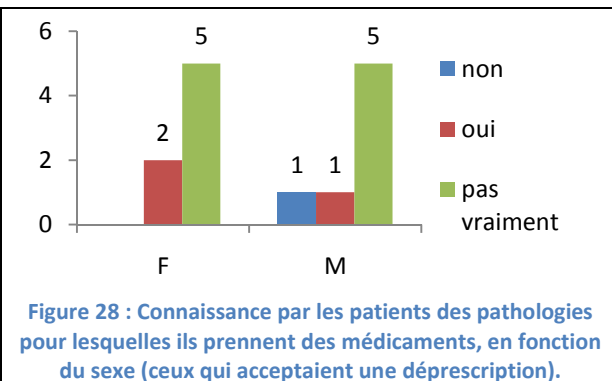
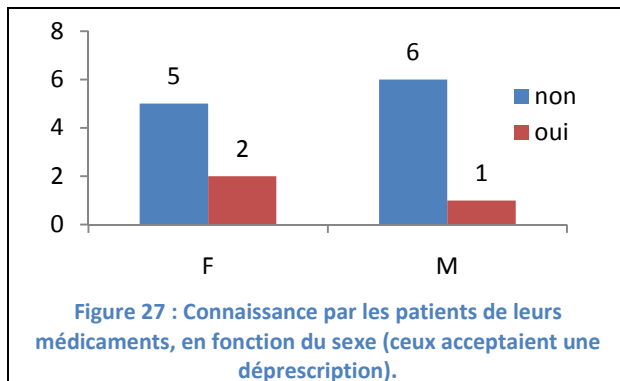


Figure 26 : Connaissance par les patients de leurs pathologies (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).



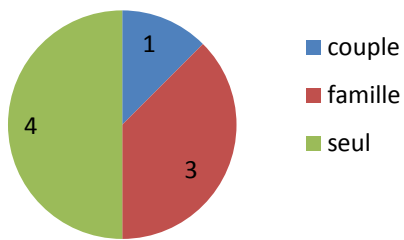


Figure 35 : Mode de vie (ceux qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de médicaments).

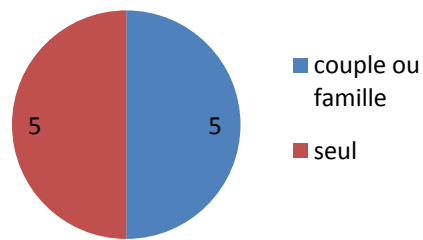


Figure 36 : Mode de vie (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

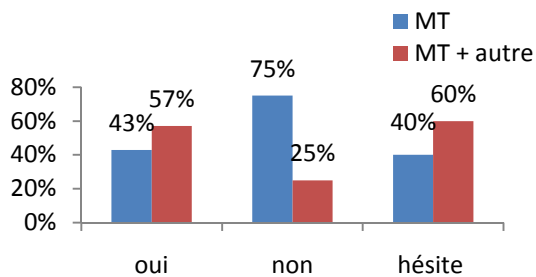


Figure 37 : Réponse des patients à la déprescription en fonction du nombre de prescripteurs du traitement de fond (population globale).

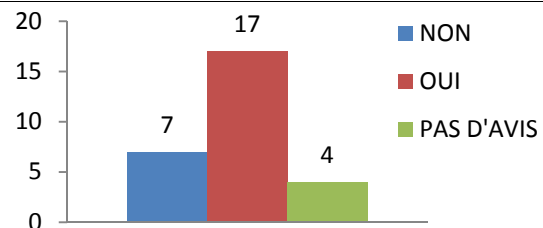


Figure 38 : Les médicaments, ça rassure ? (population globale).

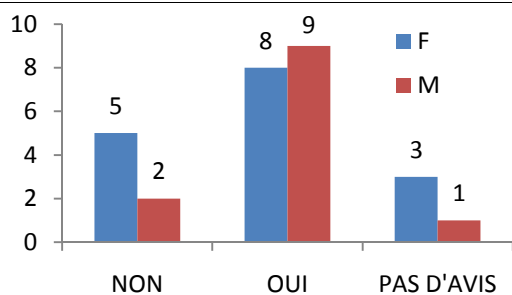


Figure 39 : Les médicaments, ça rassure ? En fonction du sexe du patient (population globale).

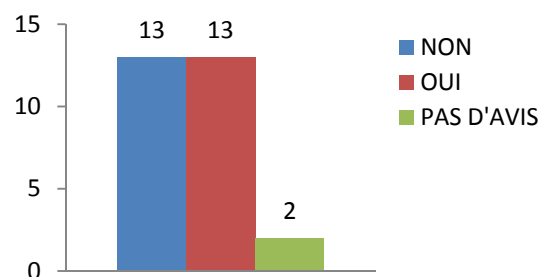


Figure 40 : Les médicaments, ça fait peur ? (population globale).

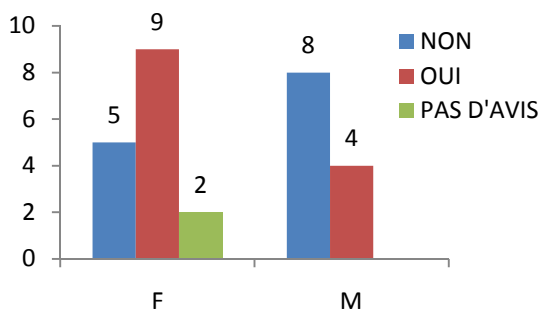


Figure 41 : Les médicaments, ça fait peur ? En fonction du sexe des patients (population globale).

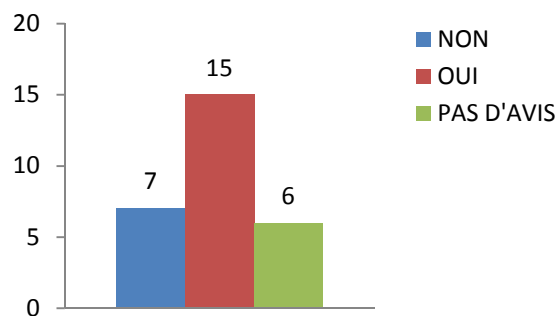


Figure 42 : Dépendance aux médicaments ? (population globale).

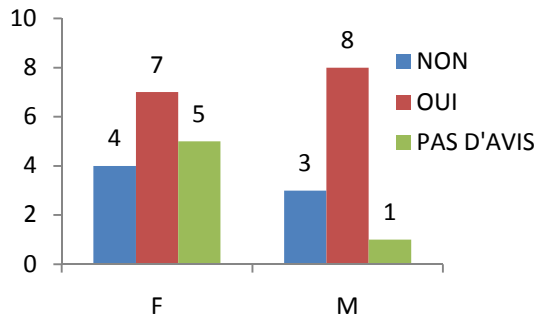


Figure 43 : Dépendance aux médicaments, en fonction du sexe des patients (population globale).

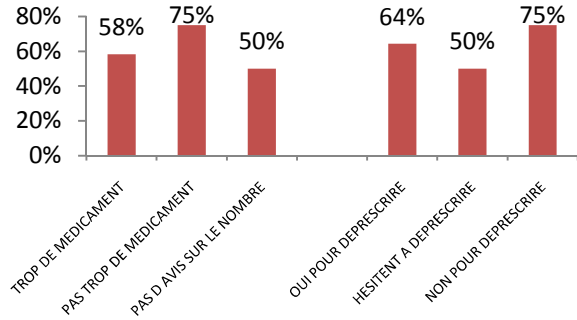


Figure 44 : Les médicaments, ça rassure ? En fonction de la réponse des patients à la déprescription et en fonction de leur avis sur la quantité de leurs médicaments.

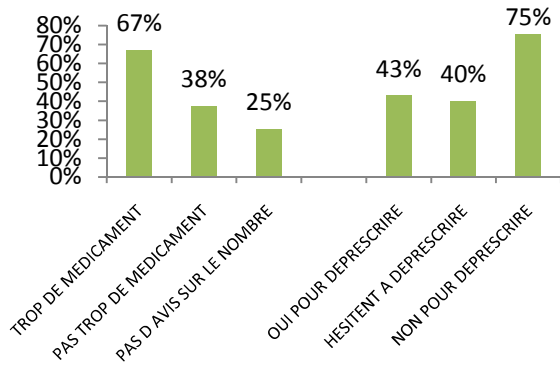


Figure 45 : La peur des médicaments, en fonction de la réponse des patients à la déprescription et en fonction de leur avis sur la quantité de leurs médicaments.

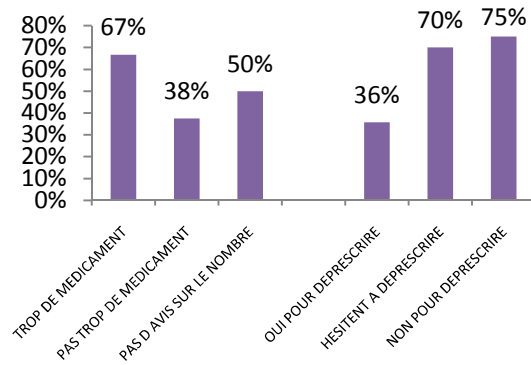


Figure 46 : Dépendance aux médicaments, en fonction de la réponse des patients à la déprescription et en fonction de leur avis sur la quantité de leurs médicaments.

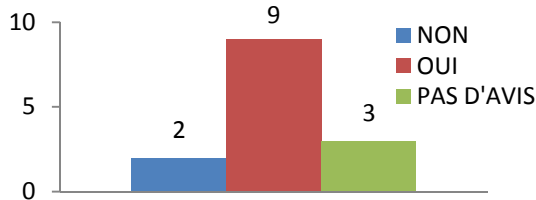


Figure 47 : Les médicaments ça rassure ? (ceux qui acceptaient une déprescription).

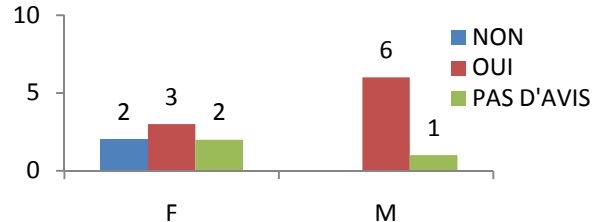


Figure 48 : Les médicaments ça rassure, en fonction du sexe (ceux qui acceptaient une déprescription).

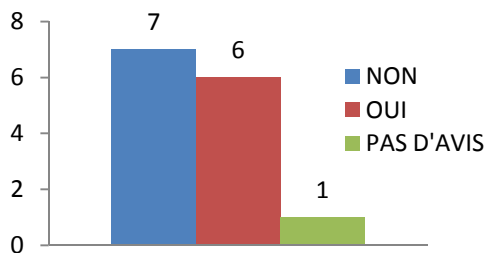


Figure 49 : Les médicaments, ça fait peur ? (ceux qui acceptaient une déprescription).

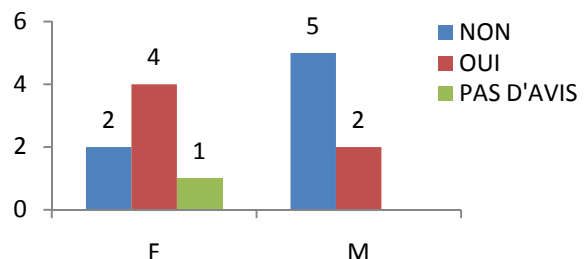


Figure 50 : Les médicaments, ça fait peur ? En fonction du sexe (ceux qui acceptaient une déprescription).

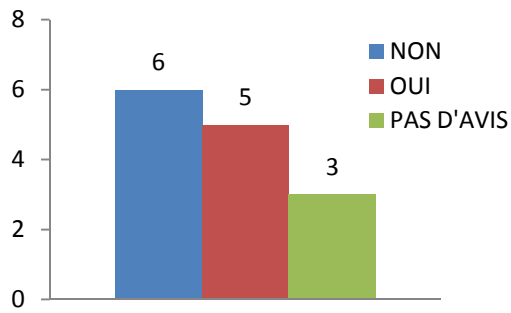


Figure 51 : Dépendance aux médicaments ? (ceux qui acceptaient déprescription).

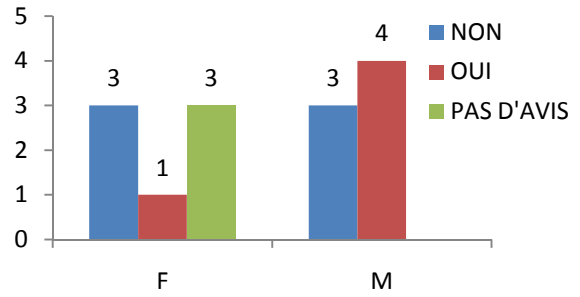


Figure 52 : Dépendance aux médicaments ? En fonction du sexe (ceux qui acceptaient déprescription).

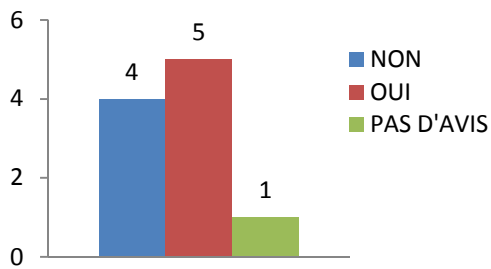


Figure 53 : Les médicaments ça rassure ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

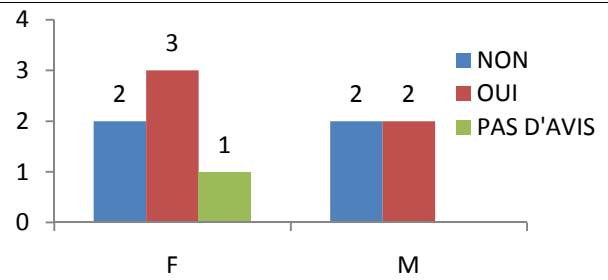


Figure 54 : Les médicaments ça rassure ? En fonction du sexe du patient (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

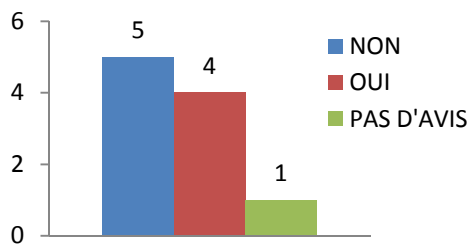


Figure 55 : Les médicaments, ça fait peur ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

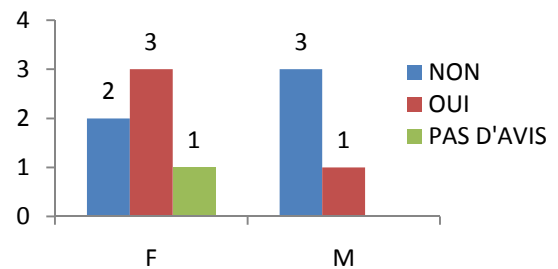


Figure 56 : Les médicaments, ça fait peur ? En fonction du sexe du patient (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

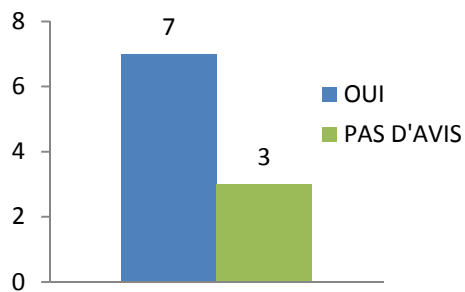


Figure 57 : Dépendance aux médicaments ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

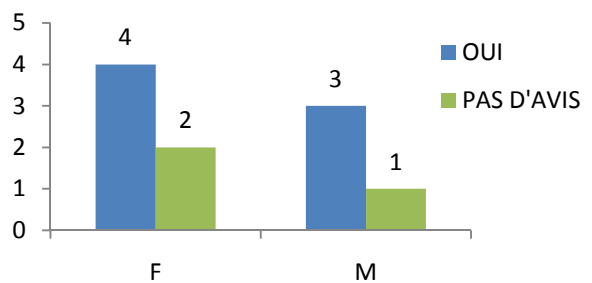


Figure 58 : Dépendance aux médicaments ? En fonction du sexe du patient (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

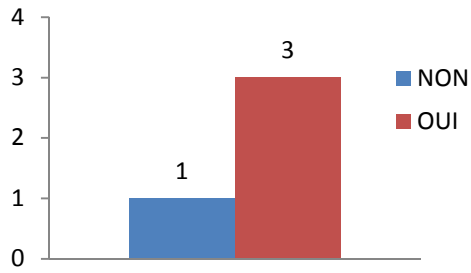


Figure 59 : Les médicaments, ça rassure ? (ceux qui refusaient une déprescription).

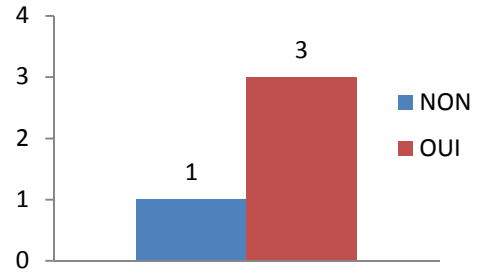


Figure 60 : Les médicaments, ça fait peur ? (ceux qui refusaient une déprescription).

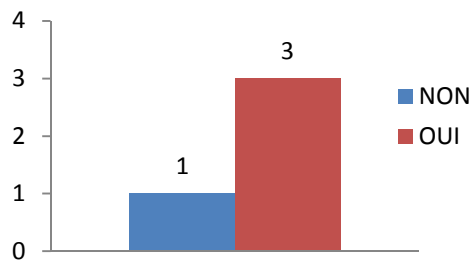


Figure 61 : Dépendance aux médicaments ? (ceux qui refusaient une déprescription).

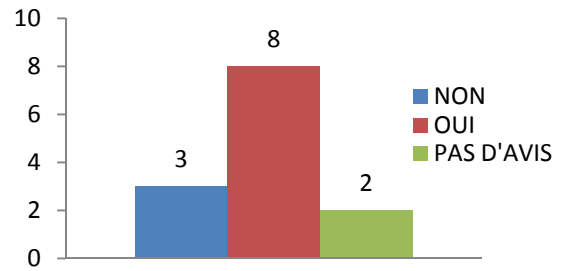


Figure 62 : Les médicaments ça rassure ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).

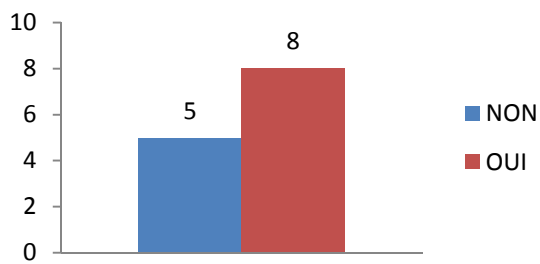


Figure 63 : Les médicaments ça fait peur ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).

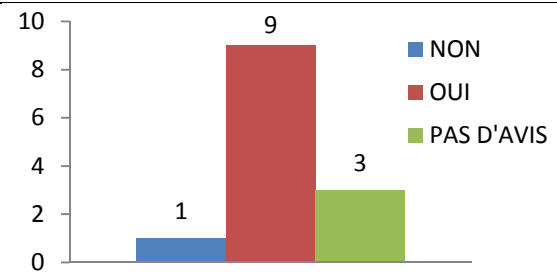


Figure 64 : Dépendance aux médicaments ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).

3.3. Réponses aux questions du thème n°2 : prescriptions du médecin traitant

3.3.1. La relation au médecin traitant

- **Population globale :**

Quand on demandait aux patients ce qui importait à leurs yeux dans leur relation au MT, ils répondaient d'eux-mêmes:

- la confiance ;
- la justesse et l'efficacité des prescriptions.

Ces deux piliers n'étaient pas exclusifs l'un de l'autre mais l'un primait par rapport à l'autre.

Le plus important aux yeux des patients était d'abord la manière de prescrire du médecin : rassurante, sans effets secondaires des médicaments prescrits, ne prescrivant pas trop (*« Il est juste dans ses prescriptions » - Patient n°8*), ne poussant pas à la consommation, cherchant le plus adéquat et le plus efficace pour le patient. La confiance dans leur relation à leur médecin arrivait dans un second temps (Figure 65).

- **Sous-groupes :**

On a constaté que les patients qui insistaient sur l'importance des prescriptions justes et efficaces étaient ceux qui estimaient ne pas avoir trop de médicaments (qui effectivement étaient ceux qui en avaient le moins à prendre au quotidien), ceux qui acceptaient une déprescription (Figure 66), et ceux qui avaient déjà vécu une déprescription (Figure 67).

A l'inverse, les patients qui insistaient sur l'importance de la confiance dans la relation avec leur MT étaient ceux qui refusaient une déprescription (Figure 68, Figure 69) et ceux qui n'avaient pas d'avis sur leur nombre de médicaments (Figure 70).

La confiance avait autant d'importance dans la relation avec leur MT que les prescriptions justes et efficaces pour les patients qui estimaient avoir trop de médicaments à prendre par jour (Figure 71) et ceux qui hésitaient à accepter une déprescription (Figure 72).

3.3.2. La notion de l'ordonnance idéale

- **Population globale :**

L'idéal, aux yeux des patients, était de ne pas avoir d'ordonnance, pas de médicaments. En d'autres termes, l'idéal était de ne pas être malade. Mais s'ils acceptaient le fait d'avoir une pathologie (chronique), l'idéal alors était d'avoir une seule ordonnance ou un seul médicament, voire un seul comprimé par jour : fiable, efficace pour tous les maux et sans effets secondaires (*« Un seul médicament qui permettrait de vivre selon sa volonté, sans contraintes liées au traitement » - Patient n°10*), et ce, prescrit par leur MT. Majoritairement les patients disaient que leur ordonnance au jour de l'entretien était idéale pour eux, même si par exemple ils estimaient avoir trop de médicaments ou acceptaient une déprescription.

- **Sous-groupes :**

Patients qui déclaraient avoir trop de médicaments: l'idéal pour ces patients était de ne pas avoir de médicament du tout. Même si paradoxalement, ils considéraient à l'unanimité que leur ordonnance était idéale au moment du questionnaire.

Patients qui déclaraient ne pas avoir trop de médicaments: majoritairement, ces patients disaient que l'idéal serait de ne pas avoir de médicaments du tout.

Patients qui n'avaient pas d'avis sur leur nombre de médicaments: l'idéal pour ces patients était d'avoir un seul comprimé, un seul médicament efficace pour toutes les pathologies plutôt que de ne pas avoir de médicament du tout.

Patients qui acceptaient une déprescription: l'idéal pour ces patients, était soit de n'avoir pas de médicaments, soit d'en avoir un seul à prendre par jour, qui soit efficace pour toutes les pathologies. Majoritairement ils affirmaient que leur ordonnance leur convenait parfaitement à ce jour.

Patients qui hésitaient à accepter une déprescription: l'idéal pour ces patients, était d'abord de n'avoir pas de médicaments, puis d'en avoir un seul à prendre par jour. Majoritairement ils affirmaient que leur ordonnance était idéale pour eux à ce jour.

Patients qui refusaient une déprescription: l'idéal pour ces patients, était soit de n'avoir pas de médicaments du tout, soit d'en avoir un seul à prendre par jour, qui soit efficace pour toutes les pathologies. Majoritairement ils affirmaient que leur ordonnance était idéale pour eux à ce jour.

Patients qui avaient déjà vécu une déprescription: l'idéal pour ces patients, était soit de n'avoir pas de médicaments, soit d'en avoir un seul à prendre par jour, qui soit efficace pour toutes les pathologies. Majoritairement ils affirmaient que leur ordonnance était idéale pour eux à ce jour.

3.3.3. La possibilité de changer la prescription : possibilité de diminuer, impossibilité de diminuer et quoi changer.

- **Population globale :**

La plupart des patients avaient un avis sur leur ordonnance et sur les modifications à y apporter :

- enlever les BZD ;
- changer les traitements peu efficaces (antalgiques surtout) ;
- diminuer la quantité pour diminuer les contraintes (nombre, taille, effets secondaires).

Certains patients se pensaient incompetents pour imaginer quoi changer, préférant ne pas se poser la question et faire confiance à leur MT.

Les patients disaient : « Oui on peut diminuer le nombre des médicaments » (Figure 73). Mais « à certaines conditions » :

- que cela soit possible par rapport à la pathologie concernée (conscience que certaines déprescriptions sont difficilement compatibles avec certaines maladies, sous-entendues plus graves) ;
- qu'on leur propose quelque chose à la place, pour remplacer le médicament déprescrit (chirurgie, régimes, sans adjuvant, médecines douces ou thérapeutiques naturelles, sport, kinésithérapie, ostéopathie, thérapies...), afin de conserver la qualité de vie obtenue sous traitement ;
- que cela soit fait par et avec le MT, de façon adaptée au patient ;
- s'ils allaient mieux ou au contraire si cela était vraiment nécessaire (quand la balance bénéfice/risque du médicament leur était défavorable).

Certains disaient : « c'est possible chez les autres mais pas chez moi » (*« Moi je ne veux pas faire d'effort, moi j'en ai pas beaucoup ...» - Patient n°4*).

Pendant, la majorité des patients affirmaient : « ce n'est pas possible de déprescrire dans certaines maladies ». Par « certaines maladies » ils entendaient celles où la déprescription pouvait induire un danger pour le malade (sous-entendu les maladies graves : diabète, cancer, maladies cardiaques ou psychiatriques). La prise des médicaments était alors obligatoire et nécessaire. Il n'était pas possible

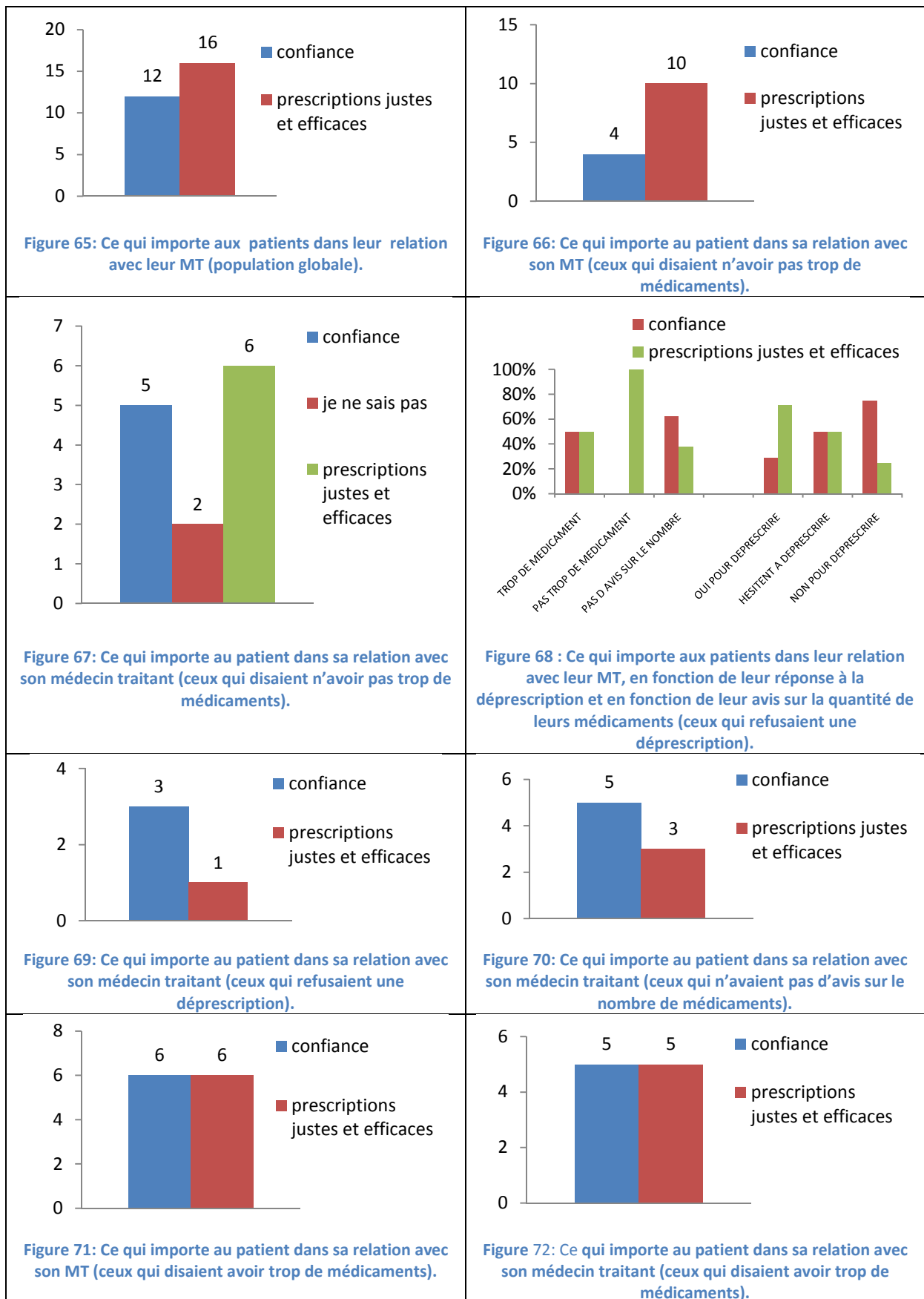
non plus de diminuer les médicaments car cette diminution, ce retrait, étaient source d'inquiétude et d'angoisse pour le patient, avec en particulier la crainte de réapparition des symptômes.

- **Sous-groupes :**

On constatait que les patients qui disaient de façon prédominante qu'il était possible de diminuer les médicaments, étaient ceux acceptaient une déprescription. Les patients qui avaient déjà vécu une déprescription répondaient également que cela était possible. A l'inverse, ceux qui disaient qu'il n'était pas possible de diminuer les médicaments étaient ceux qui refusaient une déprescription (Figure 74).

On a remarqué que les autres patients qui pensaient impossible la diminution des médicaments étaient ceux qui n'estimaient pas en prendre trop au quotidien. De manière symétrique, aucun des patients qui déclaraient consommer trop de médicaments pensait qu'il était impossible de les diminuer (Figure 75).

Figures – Réponses aux questions du thème n°2



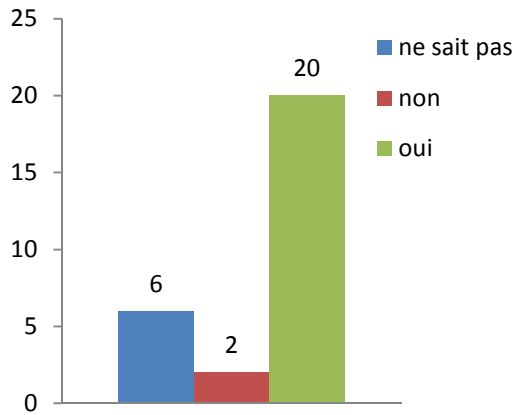


Figure 73: Est-il possible de diminuer le nombre des médicaments ? (population globale).

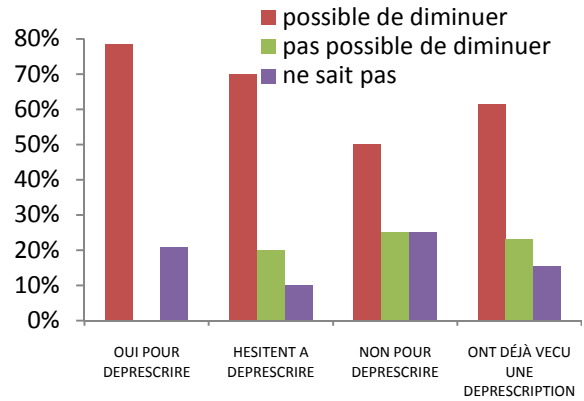


Figure 74: Est-il possible de diminuer les médicaments ? En fonction de la réponse des patients à la déprescription et de leur vécu (ceux qui refusaient une déprescription).

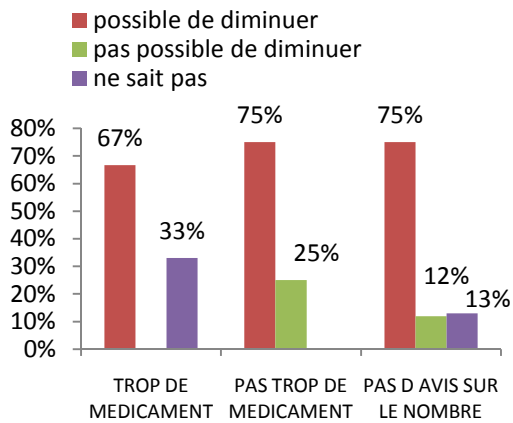


Figure 75 : Est-il possible de diminuer les médicaments ? En fonction de l'avis des patients sur la quantité de leurs médicaments (ceux qui disaient avoir trop de médicaments).

3.4. Réponses au thème n°3 : la déprescription

3.4.1. La définition de la déprescription par le patient

- **Population globale** :

Comme présenté en introduction, la définition originelle de la déprescription est « l'action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux » [12].

Les patients, quant à eux, définissaient principalement la déprescription comme une démarche qui émanait du médecin. Elle pouvait prendre plusieurs sens différents, incluant plusieurs notions pourtant bien distinctes :

- la notion de **quantité** : déprescrire c'est diminuer les médicaments, associée à celle de **suppression** : déprescrire c'est enlever, retirer, supprimer un médicament ;
- la notion **d'arrêt** : déprescrire c'est arrêter de prescrire ;
- la notion **d'abandon** : déprescrire c'est abandonner un traitement. Cet abandon se faisant plutôt à la guérison (« ... quand le mal est vaincu et donc que le traitement n'est plus utile. » - Patient n°19) que, quand le traitement est inapproprié ou dangereux ;
- la notion de **refus du médecin de prescrire**, qui se rapproche en fait de la notion de **non-prescription**. Peu de patients évoquaient cette notion.

- **Sous-groupes** :

On constatait que les patients qui assimilaient le terme de déprescription au fait d'enlever un médicament ou de diminuer le nombre de médicaments étaient ceux qui acceptaient une déprescription et ceux qui avaient déjà pu la vivre. Les patients qui refusaient une déprescription ou qui hésitaient à l'accepter, la définissaient comme le fait d'arrêter totalement de prescrire (Figure 76).

Les patients qui estimaient avoir trop de médicament définissaient la déprescription comme l'action d'enlever des médicaments (5/12). Puis, ils exprimaient qu'ils ne savaient pas comment définir le terme de déprescription (4/12). Enfin, venait la notion d'arrêt (2/12), et celle de refus du médecin de prescrire (1/12).

Les patients qui estimaient ne pas avoir trop de médicaments définissaient la déprescription comme l'action d'enlever des médicaments (5/8). Ensuite ils l'associaient au fait d'arrêter de prescrire (3/8).

Les patients qui n'avaient pas d'avis sur leur nombre de médicaments associaient à la déprescription la notion d'arrêt de prescription (3/8), ou ne savaient pas comment définir le terme de déprescription (3/8). Ensuite ils définissaient la déprescription comme l'action d'enlever des médicaments (2/8).

3.4.2. Accepter une déprescription

Trois profils de patients ont donc été identifiés par rapport au fait d'accepter une déprescription.

Ceux qui étaient d'accord d'emblée étaient majoritaires (50%). Ensuite intervenaient ceux qui hésitaient (35,7%), puis ceux qui refusaient la proposition d'une déprescription (14,3%) (Figure 77).

Les patients qui refusaient une déprescription étaient majoritairement plus âgés. Ceux qui hésitaient à accepter une déprescription étaient les plus jeunes (Figure 78).

Les patients qui acceptaient une déprescription étaient ceux qui avaient le plus de médicaments à prendre par jour. Ceux qui hésitaient à accepter une déprescription étaient ceux qui en avaient le moins (Figure 79).

On constatait que les patients qui acceptaient une déprescription étaient ceux qui estimaient n'avoir pas trop de médicaments à prendre par jour. De plus, ceux qui refusaient la déprescription estimaient de façon prépondérante qu'ils en avaient trop à prendre au quotidien (Figure 80, Figure 81).

3.4.3. L'idée ou l'envie de diminuer seul : la démarche personnelle de déprescription

- **Population globale :**

14 patients sur 28 avaient déjà pensé par eux-mêmes et pour eux-mêmes à une déprescription, face à plusieurs situations :

- quand les médicaments n'étaient plus remboursés par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ou leur mutuelle ;
- quand ils avaient vécu ou avaient peur des effets secondaires des traitements (lecture des notices, poids des médias...) ;
- quand ils en avaient assez de les prendre ;
- quand ils avaient peur de la dépendance ;
- quand l'efficacité et/ou l'utilité du médicament n'était pas ou plus remarquée (ou face à un médicament non concluant).

Parmi eux, on trouvait des patients qui :

- se sentaient bien et ne ressentait plus le besoin physique ou psychologique de prendre leurs médicaments ;
- avaient l'impression de prendre des choses non naturelles et avaient trouvé des alternatives non-médicamenteuses à leurs médicaments ;
- acceptaient qu'il n'y ait pas de remède pour tout, et pas de remède à la mort.

Les patients qui avaient l'idée ou l'envie de diminuer leur traitement, ne l'avaient pas tous fait. Ils ne l'avaient pas non plus demandé à leur médecin, par peur, principalement, de réapparition des symptômes.

En parallèle, 14 patients sur 28 n'y avaient donc jamais songé seuls. Ces patients justifiaient le fait de ne pas y avoir pensé par les raisons suivantes :

- ils ne pouvaient pas se permettre de le faire ou d'y penser sans leur MT ;
- ils se disaient obéissants et disciplinés envers leur MT ;
- ils expliquaient qu'ils n'avaient pas le droit d'en enlever seuls, qu'il était trop dangereux de faire cette démarche seul.

Ensuite, ils insistaient sur leur besoin du médicament (physique et psychologique), sur le fait qu'ils n'avaient pas l'impression d'en avoir trop et sur celui qu'ils n'avaient pas les moyens financiers d'avoir accès à une alternative au médicament (les patients donnaient l'exemple du coût des psychothérapies menées par les psychologues).

- **Sous-groupes :**

Les patients qui estimaient avoir trop de médicaments et ceux qui acceptaient une déprescription étaient ceux qui avaient eu le plus spontanément l'idée de diminuer d'eux-mêmes leurs médicaments (Figure 82).

Les patients qui refusaient une déprescription étaient ceux qui avaient eu le moins spontanément l'idée de diminuer d'eux-mêmes leurs médicaments (Figure 83).

69% des patients qui avaient déjà vécu une déprescription, avaient eu l'idée par eux-mêmes de diminuer le nombre de leurs médicaments (Figure 84).

3.4.4. Le vécu de la déprescription

13 patients sur 28 avaient déjà vécu une déprescription (Figure 85).

Les motifs qui étaient à l'origine de ces déprescriptions étaient les suivants :

- une amélioration de l'état somatique et/ou psychique ;
- une amélioration ou stabilisation des bilans biologiques ;
- l'apparition d'effets secondaires liés à un ou plusieurs médicaments ;
- l'inefficacité d'un ou plusieurs médicaments ;
- la mise en place d'un autre remède pour la pathologie concernée (chirurgie, régimes, médecines alternatives...);
- l'arrêt de remboursement d'un ou plusieurs médicaments par la CPAM ;
- la crainte liée à la médiatisation d'un ou plusieurs médicaments ;
- le retrait d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) d'un médicament.

Parmi les patients qui acceptaient la déprescription, 7 patients sur 14 l'avaient déjà vécue. Parmi les patients qui hésitaient à accepter la déprescription, 5 patients sur 10 l'avaient déjà vécue. Aucun des 4 patients qui refusaient la déprescription ne l'avait déjà vécue.

Les patients qui avaient déjà vécu une déprescription disaient qu'ils avaient encore trop de médicaments (Figure 86), et disaient de nouveau oui à une déprescription au moment de l'entretien (Figure 87).

Parmi ces patients qui avaient déjà vécu une déprescription on retrouvait:

7/13 qui étaient d'accord pour déprescrire à nouveau (4 femmes et 3 hommes) :

Ces patients vivaient en famille ou en couple, étaient rassurés par la prise de leur traitement mais en avaient dans le même temps peur (toxicité, dépendance, habitudes). Ils se sentaient plutôt dépendants de leurs médicaments. Selon eux, c'était au patient d'agir, en collaboration toutefois avec le MT. Soit ils ne voyaient pas d'inconvénients à la déprescription, soit ils évoquaient la possible réapparition des symptômes, source d'angoisse. Ils parlaient aussi du risque de faillite des laboratoires. L'essentiel était que le MT explique la démarche de déprescription et que cela se fasse sous contrôle et suivi médicaux.

5/13 qui hésitaient à déprescrire à nouveau (4 femmes et 1 homme) :

Ces patients vivaient seuls. Ils étaient à la fois rassurés par le fait de prendre le traitement et disaient aussi en avoir peur. Ils se disaient tous dépendants de leur traitement. Pour eux, le médecin et le

patient devaient agir à parts égales dans la démarche de déprescription. On pouvait déprescrire à condition de remplacer le médicament par autre chose, de moins rembourser les médicaments ou que le patient fasse des efforts. C'était le MT qui devait déprescrire et pour cela, il fallait mieux que le patient ait confiance en son médecin, qu'il soit suivi tout au long de la démarche. Les bénéficiaires de la déprescription étaient aussi bien le patient (diminution de la toxicité et de la dépendance) que l'ensemble de la société (diminution des coûts). Les inconvénients étaient la réapparition des symptômes, le syndrome de sevrage ; sources d'angoisse, et la perte du statut de malade à l'arrêt de ses médicaments. Il était important que le MT explique la pertinence de la déprescription, pour quelle(s) raison(s) le patient l'accepterait.

Les raisons de leur hésitation étaient :

- l'échec de la première déprescription, avec la réapparition des symptômes ;
- le besoin de garder le « peu » de médicaments qu'il leur restait ;
- le souvenir des difficultés rencontrées à l'arrêt des médicaments et la crainte de les revivre ;
- le mauvais moment pour déprescrire à nouveau (en raison, par exemple, d'une situation psychique difficile) ;
- la conviction que leur situation était définitive et qu'une nouvelle déprescription ne pourrait en rien être bénéfique.

1/13 refusaient une nouvelle déprescription (1 homme) :

Ce patient vivait seul. Il était à la fois rassuré par le fait de prendre le traitement et disait aussi en avoir peur. Il se disait dépendant psychologiquement de son traitement. Il estimait son ordonnance comme idéale pour lui et disait ne rien pouvoir ni vouloir y changer. Il ne savait pas qui devait agir dans la démarche de déprescription mais si c'était le cas, cela devait être le MT, car il avait confiance en lui. Il ne savait pas comment il était possible de déprescrire. Les intérêts de la déprescription étaient pour le patient (diminution des contraintes et amélioration de l'observance). Le seul inconvénient était la perte d'efficacité du traitement. Il refusait de connaître une autre expérience de déprescription, et affirmait que son traitement était nécessaire à sa survie ou du moins au fait de vivre le mieux possible. Pour lui, déprescrire, c'était devoir renoncer à son ordonnance.

3.4.5. Les risques de la polyprescription

- **Population globale :**

Globalement, les patients avaient tous conscience du risque ou des risques liés à la prise d'un et surtout de plusieurs médicaments. Voici les risques qu'ils énonçaient :

- **effets secondaires** ou indésirables **somatiques** (avec atteinte de l'estomac et/ou du foie, allergies, crampes, prise de poids) ;
- **effets secondaires psychologiques** (addiction, dépendance) ;
- **interactions médicamenteuses** (« *Les mélanges c'est dangereux* » - Patient n°13) ;
- **contraintes** du traitement : physique et psychologique (emmener son traitement partout avec soi, devoir y penser) ;
- **habitude** du corps, accoutumance et du coup, perte d'efficacité et nécessité d'augmenter les doses (cercle vicieux) ;
- **toxicité / intoxication / poison** chimique antinaturel (paradoxe du médicament qui rend malade) (« *Ça crée des conditions nouvelles dans le corps, détruit les capacités propres à l'humain, induisant des anomalies* » - Patient n°16) ;
- **coût** pour la société.

Les patients soulignaient la diminution de ces risques quand le traitement était prescrit et contrôlé par leur MT.

- **Sous-groupes :**

Patients qui déclaraient avoir trop de médicaments: ils disaient majoritairement que les risques de la polyprescription étaient les effets secondaires, la toxicité, les interactions médicamenteuses. Minoritairement ils évoquaient le risque de dépendance au traitement et la contrainte de devoir y penser au quotidien.

Patients qui déclaraient ne pas avoir trop de médicaments: ils disaient majoritairement que les risques de la polyprescription étaient les effets secondaires, la toxicité et les interactions médicamenteuses. Ensuite ils évoquaient le risque de dépendance au traitement.

Patients qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments: ils disaient majoritairement que les risques de la polyprescription étaient les effets secondaires, la toxicité et les contraintes pour le patient. Ensuite ils évoquaient le risque de dépendance au traitement et le coût pour la CPAM.

Patients qui acceptaient une déprescription: majoritairement ils évoquaient la toxicité et les effets secondaires comme principaux risques de la polyprescription. Ensuite ils évoquaient la dépendance, liée à l'habitude de prendre les médicaments au quotidien.

Patients qui hésitaient à accepter une déprescription: ils évoquaient la toxicité et les effets secondaires comme principaux risques de la polyprescription. Ensuite ils évoquaient la dépendance, liée à l'habitude de prendre les médicaments au quotidien.

Patients qui refusaient une déprescription: à l'unanimité, ils évoquaient la toxicité et les effets secondaires comme risques de la polyprescription. Ils n'évoquaient pas la dépendance.

Patients qui avaient déjà vécu une déprescription: ils évoquaient la toxicité et les effets secondaires parmi les risques de la polyprescription, ceux d'accoutumance du corps et par conséquent la perte d'efficacité du traitement, les contraintes pour le patient (devoir y penser), la dépendance et le syndrome de sevrage à l'arrêt des médicaments.

3.4.6. Le ou les acteurs de la déprescription

- **Population globale** :

Deux questions étaient posées aux patients.

- La première question était celle où on demandait aux patients qui devait initier la déprescription.

Majoritairement les patients répondaient que c'était à leur MT d'y penser, de la décider et d'influer dans ce sens sur le patient. Les patients se disaient démunis sur le plan des compétences pour pouvoir par eux-mêmes initier et mener à bien une démarche de déprescription (Figure 88).

- La seconde question concernait la nature des acteurs qui devaient intervenir et agir tout au long de la démarche, une fois la déprescription décidée et commencée.

A cette question, les patients répondaient plus largement que c'était le médecin qui devait agir. De manière secondaire ils évoquaient la nécessité d'une action commune du patient avec le médecin. Enfin, une minorité laissait la place au patient seul pour agir. On constatait cependant qu'à parts égales, le médecin et le patient (seul ou accompagné du médecin) devaient être acteurs de la déprescription (Figure 89).

- **Sous-groupes** :

Patients qui déclaraient avoir trop de médicaments: ils disaient que c'était autant au médecin qu'au patient d'agir dans la démarche de déprescription. Ils évoquaient également le rôle du pharmacien (Figure 90). A l'unanimité, ils affirmaient que c'était au MT d'initier la démarche de déprescription (Figure 91).

Patients qui déclaraient ne pas avoir trop de médicaments: majoritairement, ils répondaient qu'eux-mêmes devaient participer activement à la démarche de déprescription, surtout en association avec

le médecin (Figure 92). Ils affirmaient que c'était au MT de déprescrire mais évoquaient également la place du cardiologue dans la démarche (Figure 93).

Patients qui n'avaient pas d'avis sur leur nombre de médicaments: majoritairement, ils disaient que c'était au médecin d'agir dans la démarche de déprescription. Ensuite, le médecin agissait en association avec le patient (Figure 94). Très majoritairement, ils affirmaient que c'était au MT de déprescrire, mais ils évoquaient également la place du cardiologue dans la démarche (Figure 95).

Patients qui acceptaient une déprescription: ils disaient que le patient devait être autant intégré que le médecin dans la démarche de déprescription (Figure 96). Très majoritairement, ils affirmaient que c'était au MT de déprescrire, mais laissaient une place à un autre médecin que le MT dans la démarche de déprescription (en particulier le cardiologue), contrairement aux hésitants et à ceux qui refusaient une déprescription (Figure 97, Figure 98).

Patients qui hésitent à accepter une déprescription: les patients disaient que le médecin devait être l'acteur principal dans la démarche de déprescription. Ils évoquaient également le rôle du pharmacien (Figure 99). Majoritairement, ils affirmaient que c'était au MT de déprescrire (Figure 100).

Patients qui refusaient une déprescription: ils estimaient que c'était surtout au patient d'agir, en tant qu'acteur principal au cours de la démarche de déprescription (Figure 101, Figure 102). A l'unanimité, ils disaient que c'était au MT de déprescrire.

Patients qui avaient déjà vécu une déprescription: ils disaient que le patient devait être intégré dans la démarche de déprescription, en lien avec le médecin (Figure 103). Majoritairement, ils répondaient que c'était au MT de déprescrire. Un seul patient disait que c'était au cardiologue de déprescrire (Figure 104).

3.4.7. Les avantages de la déprescription

- **Population globale** :

Les patients répondaient : « oui, la déprescription a certains avantages ». Ces avantages étaient :

- les **économies** pour la santé publique ;
- pour le patient en lui-même : déprescrire signifiait aller mieux, était synonyme de **guérison** : « plus on est malade, plus on a de médicaments, plus la maladie est grave » et ainsi : « si on m'enlève un médicament c'est que je vais mieux ou que je n'en ai plus

besoin ». La déprescription pouvait aussi être perçue comme une récompense, preuve des progrès personnels réalisés par le patient ;

- la **diminution des contraintes** pour le patient, l'augmentation de la liberté ;
- les économies pour la santé de l'individu et son **bien-être global**, en diminuant les effets secondaires et les addictions ;
- une **meilleure observance** des traitements.

Des patients évoquaient le fait que certaines maladies se corrigeaient sans médicament. Ils exprimaient alors un besoin de redéfinir l'utilité et l'indispensabilité d'un médicament face à une pathologie.

- **Sous-groupes :**

Patients qui déclaraient avoir trop de médicaments: ils disaient que le principal avantage de la déprescription était des économies à la CPAM. Ensuite, ils évoquaient les avantages pour le patient avec la diminution des contraintes et des dépendances.

Patients qui déclaraient ne pas avoir trop de médicaments: ils disaient que les avantages de la déprescription étaient d'abord des économies pour la CPAM. Ensuite ils parlaient de la diminution des contraintes pour le patient, la diminution des dangers pour sa santé en particulier par la diminution des effets secondaires. Enfin, ils évoquaient la diminution de la dépendance.

Patients qui n'avaient pas d'avis sur leur nombre de médicaments: ils disaient que les avantages de la déprescription étaient une meilleure observance du traitement par le patient, avec diminution des contraintes, de la dépendance, des effets secondaires et augmentation de la liberté. Ils évoquaient également les avantages économiques pour la CPAM.

Patients qui acceptaient une déprescription: ils disaient que le principal avantage de la déprescription était des économies à la CPAM. Ensuite, ils parlaient des avantages pour le patient avec la diminution des contraintes, une meilleure observance, moins de danger pour la santé. Ils concluaient que cela signifiait que le patient allait mieux. Enfin, ils évoquaient la diminution de la dépendance.

Patients qui hésitaient à accepter une déprescription: ils disaient que le principal avantage de la déprescription était pour le patient, avec la diminution des effets secondaires et indésirables la diminution des contraintes et de la dépendance. Ensuite, ils parlaient des avantages pour la société via les économies pour la CPAM.

Patients qui refusaient une déprescription: ils disaient majoritairement qu'ils ne savaient pas s'il y avait des avantages à la déprescription. Un seul évoquait la diminution des contraintes pour le patient et une meilleure observance comme avantages de la déprescription.

Patients qui avaient déjà vécu une déprescription: ils évoquaient les économies de santé pour le patient (moins de contraintes, moins de lien avec la maladie, moins de dépendance, augmentation de l'observance) et les bénéfices pour la société (économies à la CPAM) comme avantages à la déprescription. Certains disaient qu'ils ne savaient pas s'il y avait des avantages à la déprescription.

3.4.8. Les inconvénients de la déprescription

- **Population globale :**

Les patients ont répondu que la déprescription avait aussi des inconvénients.

Parmi eux, on retrouvait en premier, le fait d'être à l'origine d'une **angoisse**, de mal-être. Cette angoisse était expliquée par le fait de voir réapparaître, voire empirer les symptômes préexistants ainsi que d'être moins (bien) soigné (par perte d'efficacité).

Les patients évoquaient également la notion de dangerosité de la déprescription, avec l'apparition d'un **syndrome de sevrage** à l'arrêt des médicaments et la mort possible.

Les autres inconvénients cités étaient que la déprescription demandait au patient des **efforts personnels** et en particulier sur son hygiène de vie (à la place du médicament qui le faisait tout seul : exemple des antiHTA, ADO, statines...).

Enfin, les patients ont émis l'idée que la déprescription pouvait participer à la **faillite des laboratoires pharmaceutiques**.

- **Sous-groupes :**

Les patients qui estimaient avoir trop de médicaments: ils évoquaient d'abord la réapparition des symptômes source d'angoisse, puis le syndrome de sevrage et enfin, le risque de faillite des laboratoires.

Les patients qui estimaient ne pas avoir trop de médicaments: ils évoquaient d'abord et majoritairement l'angoisse, liée en partie à la possible réapparition des symptômes. Ils parlaient ensuite de la nécessité pour le patient de faire des efforts, du risque de la baisse d'efficacité du traitement des maladies et enfin, du syndrome de sevrage.

Les patients qui n'avaient pas d'avis sur leur nombre de médicaments: ils évoquaient d'abord, la réapparition des symptômes source d'angoisse, et la nécessité pour le patient de devoir faire des efforts. Minoritairement, ils évoquaient le syndrome de sevrage en cas de dépendance.

Les patients qui acceptaient une déprescription: ils évoquaient d'abord la réapparition des symptômes, source d'angoisse, puis le syndrome de sevrage et enfin, le risque de faillite des laboratoires.

Les patients qui hésitaient à accepter une déprescription: ils évoquaient d'abord, la réapparition des symptômes, source d'angoisse, puis le syndrome de sevrage lié à la dépendance aux médicaments et enfin, la nécessité pour le patient de faire des efforts.

Les patients qui refusaient une déprescription: ils évoquaient surtout la réapparition des symptômes. 1 patient sur les 4 évoquait le syndrome de sevrage.

Les patients qui avaient déjà vécu une déprescription: ils évoquaient d'abord la réapparition des symptômes, source d'angoisse et la perte d'efficacité sur le traitement des pathologies. Un patient évoquait le risque de faillite des laboratoires et un autre la perte du statut du malade.

3.4.9. Comment déprescrire

A la question comment déprescrire, les patients qui estimaient avoir trop de médicaments au quotidien répondaient que le patient devait faire des efforts (régimes, moins de caprices), et qu'il fallait remplacer le médicament par autre chose (chirurgie, médicament sans adjuvant, psychothérapie). Ensuite, ils évoquaient les nécessités de diminuer les boîtes, de délivrer les médicaments au comprimé et de moins rembourser les traitements. Ils parlaient également de favoriser les effets placebo, de rassurer les patients, d'enlever le mythe du médicament qui guérit de tout et empêche de mourir, de former les médecins à ne pas céder et prescrire à chaque fois.

A la question comment déprescrire, les patients qui estimaient ne pas avoir trop de médicaments au quotidien répondaient que la confiance en leur MT était essentielle, que le MT pouvait remplacer le médicament déprescrit par autre chose, que le suivi et les explications du médecin étaient primordiaux. Ils évoquaient également la nécessité pour le patient de faire des efforts (régimes...), de ne pas trop s'écouter et d'être volontaire dans la démarche. Enfin, ils évoquaient la possibilité par la CPAM de moins rembourser les médicaments.

A la question comment déprescrire, les patients n'ayant pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments répondaient que le suivi par le MT était essentiel, qu'il devait expliquer la démarche au patient, dans une relation de confiance. Ils évoquaient également la nécessité pour le patient de faire

des efforts (régimes...) ainsi que la possibilité pour le médecin de proposer autre chose au patient pour remplacer ses médicaments (régimes, psychothérapies). Enfin, ils évoquaient la possibilité par la CPAM de moins rembourser les médicaments.

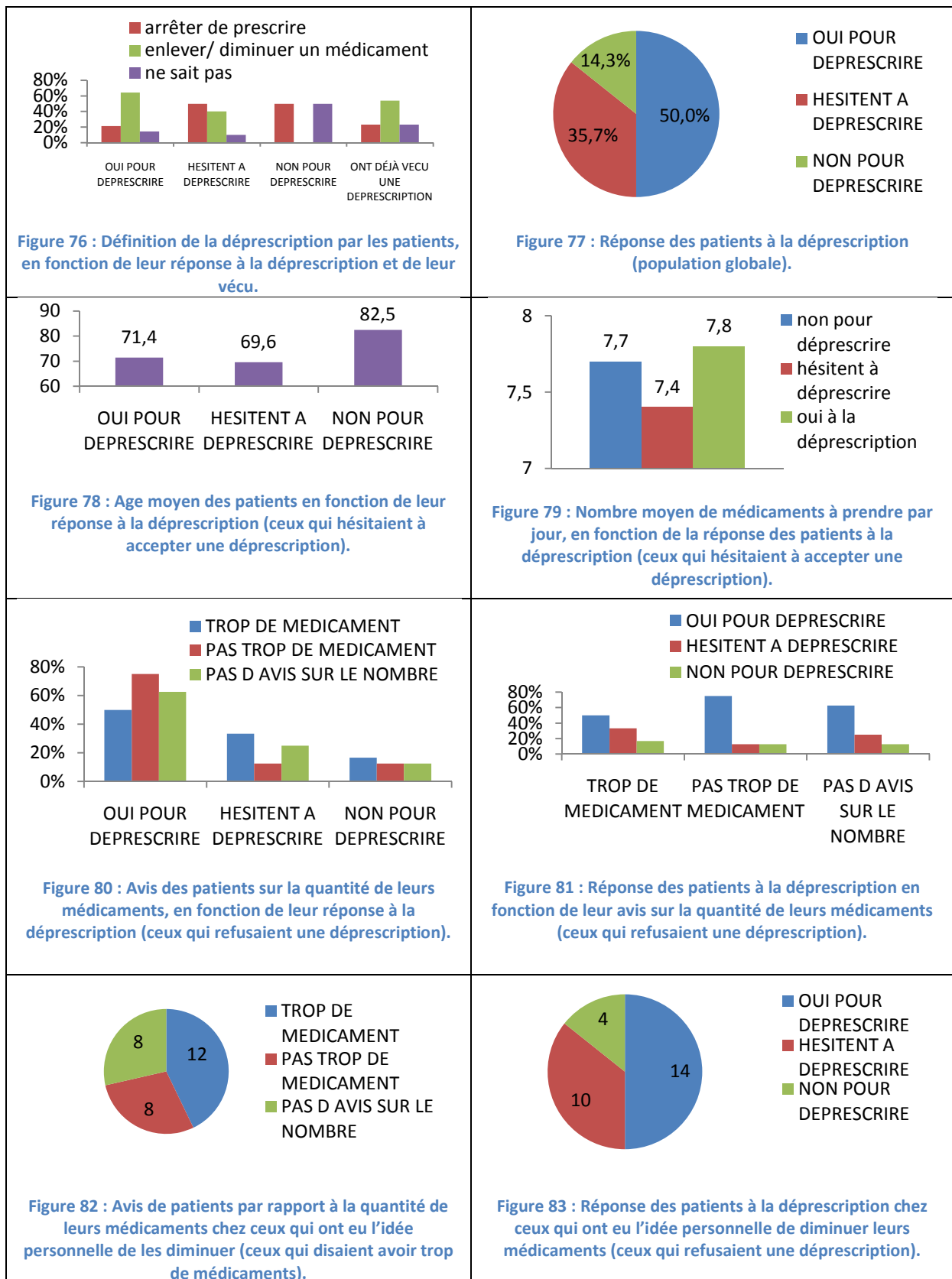
A la question comment déprescrire, les patients qui acceptaient une déprescription attribuaient au médecin et au patient des rôles importants et distincts dans la démarche. Le patient devait faire confiance au médecin, exprimer une volonté personnelle pour la déprescription et faire des efforts. Le médecin devait remplacer le médicament déprescrit par autre chose, suivre le patient tout au long de la démarche et le rassurer. Enfin les patients évoquaient le rôle de la CPAM dans la diminution des remboursements des médicaments.

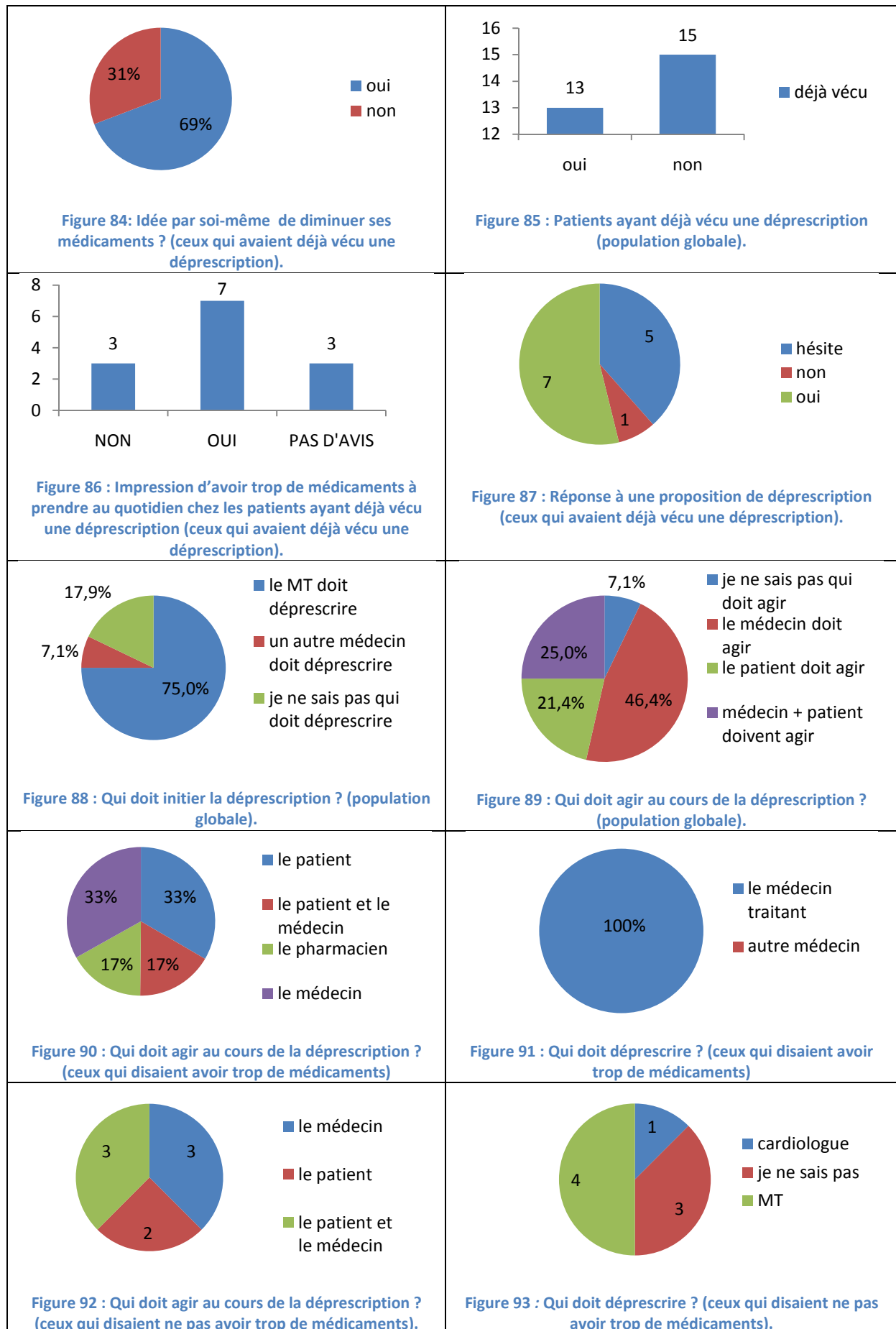
A la question comment déprescrire, les patients qui hésitaient à accepter une déprescription attribuaient au patient, au médecin et au pharmacien des rôles importants et distincts dans la démarche. Le patient devait faire des efforts personnels pour que la démarche réussisse (ne pas trop s'écouter, faire des régimes...). Le médecin lui, devait remplacer le médicament déprescrit par autre chose (psychothérapies, médecines douces, chirurgie...) et bien expliquer l'intérêt et la démarche de déprescription au patient. Le pharmacien devait diminuer les boîtes et délivrer les médicaments au comprimé. Enfin les patients évoquaient le rôle de la CPAM dans la diminution des remboursements des médicaments.

A la question comment déprescrire, les patients qui refusaient une déprescription ne savaient pas comment déprescrire. Ils évoquaient à la fois la confiance en le MT et la nécessité de remplacer par autre chose le médicament déprescrit.

A la question comment déprescrire, les patients qui avaient déjà vécu une déprescription disaient qu'il fallait remplacer le médicament déprescrit par autre chose, sous contrôle médical, dans le cadre d'un suivi du MT et d'un accompagnement pédagogique. Le patient devait se prendre en mains, faire des efforts. La CPAM devait moins rembourser les médicaments et rendre moins facile l'accès aux médicaments par les patients.

Figures – Réponses aux questions du thème n°3





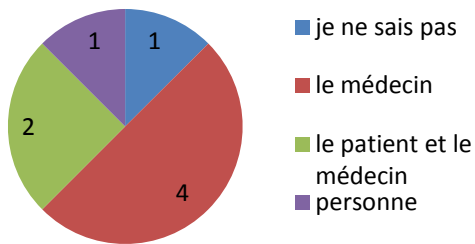


Figure 94: Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de médicaments).

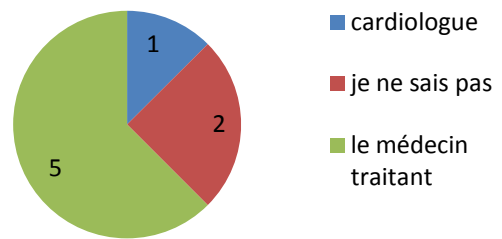


Figure 95: Qui doit déprescrire ? (ceux qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de médicaments).

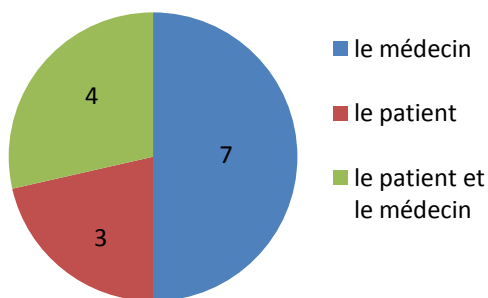


Figure 96: Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui acceptaient une déprescription).

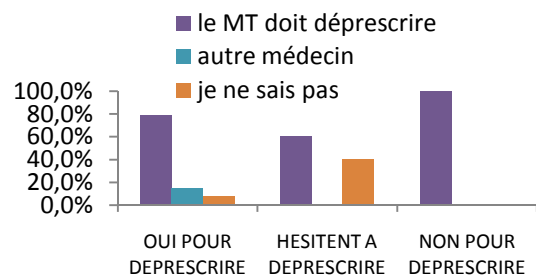


Figure 97: Qui doit initier puis accompagner la déprescription, en fonction de la réponse des patients à la déprescription (ceux qui acceptaient une déprescription).

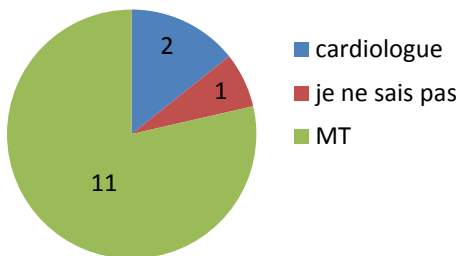


Figure 98: Qui doit déprescrire ? (ceux qui acceptaient une déprescription).

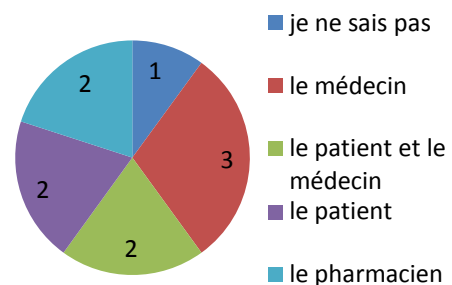


Figure 99: Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

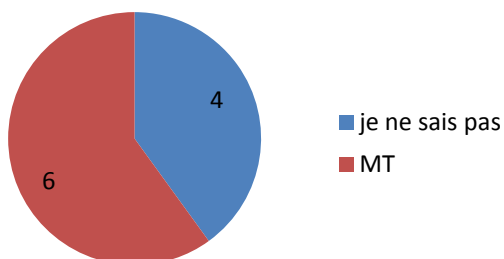


Figure 100: Qui doit déprescrire ? (ceux qui hésitaient à accepter une déprescription).

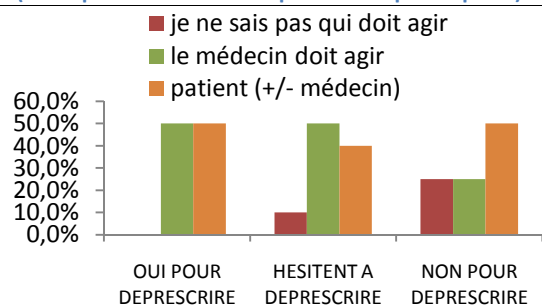


Figure 101: Qui doit agir au cours de la déprescription, en fonction de la réponse des patients à la déprescription (ceux qui refusaient une déprescription).

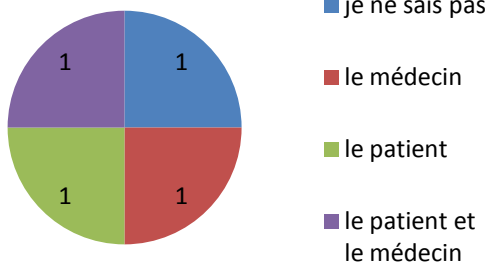


Figure 102 : Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui refusaient une déprescription).

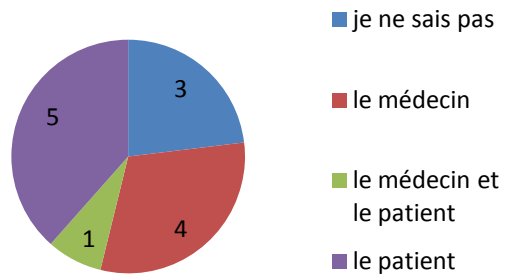


Figure 103 : Qui doit agir au cours de la déprescription ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).

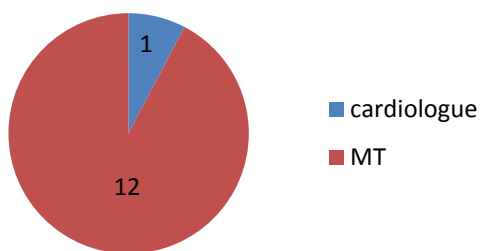


Figure 104 : Qui doit déprescrire ? (ceux qui avaient déjà vécu une déprescription).

3.5. Analyse croisée des profils

Ceux qui estimaient avoir trop de médicaments et qui acceptaient une déprescription (6/14) (4 femmes et 2 hommes)

Ces patients avouaient avoir peur des médicaments mais en même temps se disaient être rassurés en les prenant. Ils ne se sentaient pas dépendants. Ils vivaient en famille ou en couple. Le MT était apprécié pour ses prescriptions justes et efficaces autant que pour le lien de confiance qui était créé avec lui. L'idéal à leurs yeux était de ne pas avoir de médicament. Paradoxalement ces patients trouvaient globalement que leur ordonnance était quand même bien adaptée alors qu'ils disaient avoir le sentiment d'avoir trop de médicaments. Ils disaient que s'il était possible de changer quelque chose il faudrait changer le nombre de médicaments, puis l'efficacité et enfin les effets secondaires des traitements. Globalement ils affirmaient qu'il était possible de diminuer le nombre des médicaments. Ils disaient que pour y arriver il fallait faire participer activement le patient et faire confiance au MT. A 100% ils répondaient que c'était au MT de déprescrire. Les avantages de la déprescription étaient pour eux, d'abord les économies à la CPAM, puis la diminution des problèmes pour les patients. Enfin ils évoquaient le fait que la déprescription pouvait faire diminuer les profits des laboratoires. Le principal inconvénient de la déprescription était la réapparition des symptômes. L'angoisse liée à la déprescription était peu évoquée, et en tous cas, modérée par la confiance en le MT. Ils disaient que la déprescription était impossible en cas de maladies graves. Les patients l'avaient tous déjà vécue et avait également pensé par eux-mêmes à diminuer leur traitement. Pour eux, les risques de la polyprescription étaient d'abord la toxicité, les effets secondaires, les interactions médicamenteuses, puis ils évoquaient la dépendance.

Ceux qui n'avaient pas d'avis sur leur nombre de médicaments et qui acceptaient une déprescription (3/14) (2 hommes et 1 femme)

Ces patients disaient ne pas avoir peur des médicaments, et ne pas être plus ou moins rassurés en les prenant. Ils ne se sentaient pas dépendants. Ils vivaient plutôt seuls qu'en famille ou en couple. Ils avaient globalement plusieurs prescripteurs pour leur traitement de fond. Le MT était apprécié surtout pour ses prescriptions justes et efficaces. L'idéal à leurs yeux était de n'avoir qu'un seul médicament efficace. Ils ne savaient pas si leur ordonnance était pleinement pertinente, ne savaient pas quoi y changer, et se disaient incompetents quant à cette question. Les 3 patients répondaient qu'il était possible de diminuer le nombre des médicaments. Les clés de la déprescription étaient alors la confiance dans le MT et un suivi qui rassurait les patients. Ils parlaient aussi du fait de moins rembourser les médicaments. 2/3 disaient que c'était au MT de déprescrire. Le dernier parlait du rôle

du cardiologue en qui il avait plus confiance. Les avantages de la déprescription à leurs yeux étaient surtout les économies pour la CPAM et une meilleure observance du patient. 2/3 ne savaient pas quels en étaient les inconvénients. Le dernier évoquait la réapparition des symptômes comme aléas de la déprescription. Ils affirmaient que la déprescription était impossible en cas de maladie grave et de dépendance au traitement. 2/4 ne l'avaient pas vécue et un d'entre eux avait eu l'idée par lui-même ou l'envie de diminuer ses médicaments. Ils évoquaient comme risques des polyprescriptions la toxicité des traitements et la dépendance aux molécules.

Ceux qui avaient l'impression de ne pas prendre trop de médicaments et qui acceptaient une déprescription (5/14) (3 hommes et 2 femmes)

Ces patients étaient rassurés en prenant leurs médicaments et disaient ne pas en avoir peur ni se sentir dépendants. Ils vivaient plutôt en famille ou en couple, que seuls. Ils avaient globalement plusieurs prescripteurs de leur traitement de fond mais affirmaient que c'était à leur MT de déprescrire. Le MT était apprécié surtout pour ses prescriptions justes et efficaces. L'idéal à leurs yeux était de ne pas avoir de médicament mais ils estimaient que leur ordonnance leur était adaptée. Les 5 patients disaient qu'il était possible de diminuer les médicaments en faisant confiance en leur MT, qui pouvait remplacer le médicament déprescrit par autre chose (conseils de vie saine par exemple). Ils évoquaient également la nécessité pour les patients de faire preuve de volonté et pour la CPAM de moins rembourser les médicaments. Ils disaient que c'était au médecin d'initier et de gérer la déprescription, pas au patient. Les avantages de la déprescription étaient d'abord les économies à la CPAM, la diminution des problèmes pour les patients (un meilleur confort avec moins de contraintes, moins de dangers pour la santé, moins d'effets secondaires, moins de dépendance). Les inconvénients étaient surtout l'angoisse liée au fait d'enlever un ou plusieurs médicaments. La déprescription à leurs yeux était impossible en cas de maladie grave autant qu'en cas de dépendance au traitement. Ces patients n'avaient pas vécu de déprescription et n'avaient pas eu l'idée par eux-mêmes de diminuer leurs médicaments. Les risques des polyprescriptions étaient essentiellement la toxicité des traitements et leurs effets secondaires plutôt que la dépendance.

Ceux qui disaient avoir trop de médicaments et qui hésitaient à accepter une déprescription (4/10) (2 femmes et 2 hommes)

Ces patients vivaient autant en couple que seuls. Le traitement n'était pas quelque chose de vraiment rassurant, mais ne leur faisait pas peur. A l'unanimité par contre, ils évoquaient avoir une réelle dépendance à leur traitement. Le MT était apprécié pour ses prescriptions justes et efficaces autant que pour le lien de confiance créé avec lui. L'idéal pour eux était de ne pas avoir de médicament, mais ils disaient que leur ordonnance au moment de l'entretien était idéale pour eux.

Ils affirmaient tous qu'il était possible de diminuer le nombre des médicaments, mais disaient qu'ils n'étaient pas compétents pour savoir quoi changer. Ils disaient que pour y arriver il fallait faire participer aussi activement le pharmacien (diminution des boîtes, délivrance au comprimé). A 100% ils répondaient que c'était au MT de déprescrire. Pour eux, les avantages de la déprescription étaient surtout les économies à la CPAM, puis la diminution des problèmes pour les patients (tous problèmes confondus : moins de contrainte, signifie qu'on va mieux). Les principaux inconvénients de la déprescription étaient la réapparition des symptômes et le syndrome de sevrage à l'arrêt des traitements. Ils disaient que la déprescription était impossible en cas de maladies graves ou de dépendance. La moitié d'entre eux avaient déjà vécu une déprescription et avait également pensé par eux-mêmes à diminuer leur traitement. Les risques de la polyprescription étaient d'abord la toxicité, les effets secondaires, les interactions médicamenteuses, puis ils évoquaient la dépendance.

Ceux qui n'avaient pas d'avis sur le nombre de leurs médicaments et qui hésitaient à accepter une déprescription (4/10) (2 hommes et 2 femmes)

Ces patients disaient ne pas avoir peur des médicaments, et être plutôt rassurés en prenant leur traitement. Ils ne se sentaient pas forcément dépendants. Ils vivaient plutôt en famille ou en couple. Le MT était apprécié pour le lien de confiance instauré avec lui. L'idéal à leurs yeux était de ne pas avoir de médicaments à prendre. Ils disaient que leur ordonnance était idéale mais si cela était possible, voulaient y diminuer la quantité. 3 patients sur 4 répondaient qu'il était possible de diminuer le nombre des médicaments. Les clés pour diminuer étaient alors la confiance et le suivi par le MT, qui devait remplacer le médicament déprescrit par autre chose. Ils parlaient aussi du fait de moins rembourser les médicaments et de la nécessité des efforts à fournir par le patient lui-même. La moitié disait que c'était au MT de déprescrire. L'autre moitié ne savait pas. Les avantages de la déprescription à leurs yeux étaient une amélioration de la santé du patient liée à la diminution des contraintes et des effets secondaires des médicaments. Les inconvénients qu'ils évoquaient étaient surtout la réapparition des symptômes, source d'angoisse ainsi que le syndrome de sevrage à l'arrêt des traitements et les efforts à fournir par le patient dans la démarche de déprescription. Ils affirmaient que la déprescription était impossible en cas de maladie grave mais pas en cas de dépendance au traitement. 3/4 ne l'avaient pas vécue et 2/4 avaient eu l'idée d'eux-mêmes ou l'envie de diminuer leurs médicaments. Ils évoquaient comme risques des polyprescriptions la toxicité des traitements, la dépendance aux molécules et le coût pour la CPAM.

Ceux qui avaient l'impression de ne pas prendre trop de médicaments et qui hésitaient à accepter une déprescription (2/10) (2 femmes)

Ces patientes disaient avoir peur des médicaments, et n'être pas plus ou moins rassurées en prenant leur traitement. Elles se sentaient plutôt dépendantes. Elles vivaient seules. Elles avaient plusieurs prescripteurs pour leur traitement de fond. Le MT était apprécié surtout pour ses prescriptions justes et efficaces. L'idéal à leurs yeux était de n'avoir pas de médicament ou de n'en avoir qu'un seul efficace à prendre par jour. Elles disaient que leur ordonnance était idéale mais que si cela était possible elles changeraient quand même le nombre des médicaments. Paradoxalement, les deux patientes répondaient qu'il était possible de diminuer le nombre des médicaments chez les autres mais pas chez elles. Les clés pour diminuer étaient alors la participation active du patient qui devait faire des efforts et ne devait pas trop s'écouter. Elles ne savaient pas qui devait initier et suivre la démarche de déprescription. Les avantages de la déprescription à leurs yeux étaient surtout les économies pour la CPAM. Les inconvénients évoqués étaient la réapparition des symptômes, source d'angoisse et la baisse d'efficacité sur la guérison des maladies. Elles affirmaient que la déprescription était impossible en cas de maladie grave. Elles l'avaient toutes les deux déjà vécue et une d'entre elles avait eu l'idée par elle-même ou l'envie de diminuer ses médicaments. Elles évoquaient comme risques des polyprescriptions : la toxicité des traitements et la dépendance aux molécules.

Ceux qui refusaient une déprescription et qui disaient avoir quand même trop de médicaments (2/4)(2 femmes)

Ces patientes avouaient avoir peur des médicaments et en même temps y être dépendantes. L'une disait être rassurée par son traitement, l'autre non. Elles vivaient seules. Le MT était apprécié pour le lien de confiance qui était créé avec lui. L'idéal à leurs yeux était soit de ne pas avoir de médicament, soit de n'avoir qu'un seul comprimé à prendre par jour. L'une disait que son ordonnance était idéale, l'autre ne savait pas. L'une disait qu'il était possible de diminuer le nombre des médicaments, l'autre ne savait pas. Elles ne savaient pas comment il était possible de déprescrire mais elles répondaient que c'était au MT de le faire. Pour celle qui disait qu'il n'était pas possible de déprescrire, c'était en raison de la dépendance au traitement. Elle disait que c'était au patient de participer activement à la démarche pour que la déprescription réussisse. Aucune des deux patientes ne voyait d'avantages à la déprescription. Pour elles, les inconvénients de la déprescription étaient la réapparition des symptômes et le syndrome de sevrage. Elles disaient que la déprescription était impossible en cas de maladies graves. Aucune des deux ne l'avait déjà vécue mais l'une d'entre elles avait pensé par elle-même à diminuer son traitement. Pour elles, les risques de la polyprescription étaient d'abord la

toxicité et les effets secondaires des médicaments. Enfin, elles ne savaient pas comment définir le terme déprescription.

Celui qui n'avait pas d'avis sur sa quantité de médicaments et qui refusait quand même une déprescription (1/4)(1 homme)

Ce patient disait avoir peur des médicaments, mais en même temps se sentait rassuré et dépendant en prenant son traitement. Il vivait seul. Son traitement était prescrit uniquement par son MT. Le MT était apprécié pour la relation de confiance qu'il avait instaurée. L'idéal aux yeux du patient était de n'avoir qu'un seul médicament efficace, mais dans un même temps son ordonnance lui semblait idéale. Il disait qu'il n'était pas possible de diminuer le nombre des médicaments mais ne savait pas préciser pourquoi cela était impossible de le faire. Il ne voulait rien changer à son traitement. Il disait qu'en cas de déprescription c'était uniquement au médecin d'agir, d'initier et de suivre la démarche. Les avantages de la déprescription étaient surtout pour le patient, diminuant les contraintes et permettant une meilleure observance. Les inconvénients étaient une perte d'efficacité des traitements et la réapparition des symptômes. Il ne l'avait pas vécue et n'avait pas eu l'idée par lui-même ou l'envie de diminuer ses médicaments. Il évoquait uniquement comme risque des polyprescriptions la toxicité des traitements. Il définissait le terme de déprescription par le fait d'arrêter de prescrire.

Celle qui n'avait pas le sentiment d'avoir trop de médicaments et qui refusait une déprescription (1/4)(1 femme)

Cette patiente était rassurée en prenant ses médicaments, disait ne pas en avoir peur ni se sentir dépendante. Elle vivait seule. Elle avait seulement son MT comme prescripteur de son traitement de fond et affirmait que c'était à lui de déprescrire. Le MT était apprécié surtout pour ses prescriptions justes et efficaces. L'idéal à ses yeux était de ne pas avoir de médicament mais elle estimait que son ordonnance était idéale pour elle. Elle disait qu'il était possible de diminuer les médicaments en faisant confiance en son MT, qui pouvait remplacer le médicament déprescrit par autre chose et en faisant participer le patient activement à la démarche de déprescription. Elle ne savait pas quels pouvaient être les avantages de la déprescription. Les inconvénients étaient surtout la réapparition des symptômes. La déprescription, pour elle, était impossible en cas de dépendance au traitement. Elle n'avait pas vécu de déprescription et n'avait pas eu l'idée par elle-même de diminuer ses médicaments. Le risque des polyprescriptions était essentiellement la toxicité des traitements. Elle définissait le terme de déprescription par le fait d'arrêter de prescrire.

Chapitre 4: Discussion

4.1. Discussion du matériel et de la méthode de l'étude

Si la bibliographie fait état de nombreuses études sur la déprescription effectuées auprès des médecins [4][5][8][10][14], aucune étude auprès des patients n'a pu être identifiée. C'est pourquoi cette étude qualitative s'est faite sur des patients, ayant toutes maladies chroniques confondues. Il serait sans doute intéressant d'étudier la difficulté ou la facilité de la déprescription en fonction de telle ou telle maladie chronique et bien sûr de telle ou telle médication.

Par rapport au critère d'inclusion et à propos de la polyprescription (plus de quatre médicaments), conformément à la bibliographie [4][5], nous avons inclus tous les médicaments prescrits sur ordonnance.

Le recrutement des patients, bien que peu important et peu représentatif, a été arrêté dans la mesure où, au fil des entretiens, les réponses des patients au questionnaire ne semblaient pas apporter de nouvelles idées.

En parallèle, le questionnaire en lui-même a évolué au cours du recueil de données afin de pousser l'analyse (Annexes n°2a, 2b, 2c).

Nous avons été surpris de devoir interrompre les enregistrements des interviews, car malgré le fait d'avoir prévenu et expliqué aux patients leur déroulement, ils ont eux-mêmes demandé à ne plus être enregistrés. Est-ce la peur des patients que les enregistrements soient confiés à leur médecin traitant ? La crainte du non-respect de la confidentialité ?

« Vous allez lui répéter ce que je vous dis ? » (Patient n° 5 bis).

La difficulté à accepter l'intrusion d'un tiers dans leur relation d'intimité avec leur médecin ?

« Non, ça je ne peux pas vous dire, on ne peut pas l'enregistrer. » (Patient n° 1 ter).

« Ah ça, cela ne vous regarde pas vraiment vous ! » (Patient n° 3 ter).

Il est évident que le travail a été mené sur la base des déclarations des patients, qui décrivaient leur propre comportement et ce qu'ils considéraient comme leur vérité au moment de l'interview.

Nous pensons qu'un biais a pu être également induit par l'observateur lui-même, à la fois l'unique personne présente durant les entretiens, et interne en médecine générale chez le praticien

prescripteur dont parlaient les patients interrogés ; les informations étaient ainsi recueillies chez des patients qui connaissaient les relations que l'observateur pouvait avoir avec leur médecin traitant.

L'étude des données a été soumise à une bi-angulation par un travail d'analyse effectué par deux chercheurs différents (l'interne et son directeur de thèse). Pour des questions de temps et de moyens il n'y a pas eu de triangulation. De plus, les deux chercheurs étaient novices en recherche qualitative.

Un sous-groupe supplémentaire de patients aurait pu être ajouté à l'analyse, celui des « patients qui n'avaient pas déjà vécu une déprescription ». Ce groupe aurait pu être mis en parallèle avec celui des « patients qui avaient déjà vécu une déprescription ». Cependant, un premier travail d'analyse a montré que les résultats de ce profil n'apportaient pas de données supplémentaires intéressantes. Les informations apportées par ce sous-groupe étaient en fait retrouvées au sein des autres profils de patients.

Enfin, le travail a été complété par des données issues de la recherche bibliographique, sélectionnées afin d'homogénéiser les résultats d'analyse.

4.2. Les facteurs influençant la réponse des patients à la déprescription

Les différents facteurs influençant la réponse des patients à la déprescription sont exposés ci-dessous. Ils sont organisés selon les thèmes du guide d'entretien. Chaque thème abordé avec les patients a permis l'élaboration d'une réflexion sur la déprescription.

4.2.1. Thèmes identifiés par rapport au traitement et aux médicaments

➤ La quantité de médicaments : son estimation et la notion de trop

Percevoir la quantité de médicaments que l'on prend

Sous-estimer la quantité des médicaments pris chaque jour pourrait refléter une mauvaise observance. Par exemple, un patient pourrait dire : « Je sous-estime le nombre que je prends par jour car, effectivement, je ne prends pas tous ceux que mon médecin me prescrit ». Le fait qu'un patient sous-estime la quantité de ses médicaments pourrait également signifier qu'il a l'impression de ne pas en prendre beaucoup et qu'il minimise, sous-estime sa (ses) pathologie(s). Le fait qu'il prenne ses traitements depuis longtemps et qu'il y soit habitué peut renforcer cette tendance. Enfin,

la sous-estimation de la quantité pourrait aussi être signe d'un refus d'admettre la pathologie et son traitement, comme une sorte de déni.

Avoir un avis sur la quantité de médicaments à prendre par jour

Parallèlement à la sous-estimation quasi-unanime du nombre de médicaments, les patients disent majoritairement avoir l'impression d'en prendre trop. Avoir l'impression de prendre trop de médicaments au quotidien signifie-t-il vouloir en prendre moins ?

« J'essaie d'en prendre le minimum. On en prend toujours trop, ça a toujours des effets secondaires, moins on en prend mieux on se porte. » (Patient n°26)

Une minorité de patients, tout en estimant qu'ils en prennent trop, refuse une déprescription. Ils se disent dépendants de leurs traitements et fait notable ; vivent seuls. En revanche, une majorité de patients qui estime prendre trop de médicaments est favorable à la déprescription, une disposition somme toute plus logique.

On pourrait penser que les quelques patients qui estiment ne pas prendre trop de médicaments au quotidien sont en fait, satisfaits et tiennent à leur traitement. Pourtant ils sont majoritaires à dire oui à la déprescription.

En réalité, si l'idéal est de pouvoir se passer de médicaments, l'essentiel aux yeux des patients reste d'avoir des prescriptions justes et efficaces de la part de leur médecin traitant.

La vision que les patients ont de la déprescription est juste et lucide. Ils la disent nécessaire face aux risques des polyprescriptions. Les patients ont conscience que les avantages de la démarche sont supérieurs à ses inconvénients (inconvénients eux-mêmes gérables par le MT). Ces nombreux avantages jouent en la faveur de la déprescription, particulièrement quand les patients ne se disent pas dépendants de leur traitement.

Par ailleurs, les patients âgés qui estiment ne pas avoir trop de médicaments à prendre, affichent un certain fatalisme vis-à-vis de leur traitement, comme si l'âge avancé et la polymédication étaient indissociables.

« Je me dis que j'ai trop de médicaments oui, mais je n'ai pas le choix » (Patient n°1)

« Je sais que c'est pas possible, que ma situation est définitive, je ne peux pas m'en passer, je ne sais pas en quoi cela pourrait m'être bénéfique, une fantaisie peut être... » (Patient n°9)

« Il faut être logique, si je les ai pris pendant des années pour me faire du bien y a pas de raison que cela change, comme on vieillit ça va plutôt changer dans le mauvais sens et augmenter le nombre des médicaments, pas le diminuer. » (Patient n°18)

« Si je pouvais je prendrais rien mais apparemment vu mon âge... » (Patient n°22)

« Ben peut-être mais c'est difficile de changer à 80 ans, où il n'y a plus grand-chose à espérer. » (Patient n°28)

Les médicaments seraient les témoins des dysfonctionnements organiques liés à l'âge mais aussi les facteurs protecteurs des pathologies chroniques et d'une mort pourtant certaine.

Les patients plus jeunes n'ont pas d'avis quant à la quantité de médicaments pris par jour. Est-ce le fait de les prendre depuis moins longtemps, et surtout de ne pouvoir imaginer avoir à les prendre sur la durée, voire à vie ?

➤ *Connaitre son traitement et les pathologies concernées*

Ne pas connaître son traitement

Les patients ne connaissent pas leur traitement, ne savent pas quels médicaments ils prennent. Ils les avalent tous les jours sans savoir ce qu'ils ingurgitent. Pourquoi ne connaissent-ils pas leur traitement ?

Il y a d'abord le problème de la quantité : ils sont dépassés, ils en ont trop (plus ils en ont et moins ils les connaissent), ils ne peuvent pas tout retenir. En outre, les médicaments de l'automédication se rajoutent.

« A mon âge, j'en prépare 20 pour mon mari et 20 pour moi comment je peux me rappeler ? » (Patient n°23)

Ensuite, il y a le problème des prescriptions qui peuvent évoluer et être modifiées par le MT mais aussi par l'hôpital ou même le pharmacien. Le changement est générateur de confusion s'il n'est pas expliqué par le prescripteur ni compris par le patient.

N'oublions pas non plus le problème des prescriptions et des délivrances des médicaments en DCI ainsi que des génériques.

« Les génériques ? Ça j'aime pas ! J'y comprends rien et c'est pas pareil. C'est comme tous les noms des médicaments qui changent à chaque fois, c'est pas possible de retenir tout. » (Patient n°28)

Enfin, si les patients ne connaissent pas leurs traitements, on peut penser que c'est par désintérêt, déresponsabilisation ou passivité. Ces derniers temps, avec la médiatisation des affaires liées à certaines molécules, les patients ont fait plus attention à ce qui leur était prescrit.

« Suite au Médiator j'ai cru comprendre qu'apparemment des médicaments ne servaient pas à grand-chose, mais lesquels je ne sais pas... » (Patient n°21)

Ne pas connaître sa ou ses maladies

Les patients ne savent pas vraiment pour quelle(s) pathologie(s) ils sont traités. Leurs idées sont assez floues et ils restent évasifs quant aux motivations de leurs prescriptions. Peut-être que leurs maladies ne leur sont pas assez expliquées par le médecin. Peut-être aussi qu'ils ne veulent pas savoir de quoi ils sont atteints et ne retiennent que les pathologies qu'il leur est possible d'accepter psychologiquement.

➤ *Gérer son traitement : le préparer et le prendre soi même*

Vouloir préparer et prendre soi-même ses médicaments pourrait signifier désirer avoir un contrôle sur son traitement. Le fait de pouvoir gérer soi-même son traitement serait preuve d'une santé encore correcte, d'une autonomie, d'une indépendance ou du moins d'une non-dépendance à un tiers. En quelque sorte, le patient accepte d'être dépendant de son traitement mais pas d'une tierce personne.

➤ *L'avis de l'entourage sur le traitement, sa place et son rôle par rapport au traitement, l'impact de la solitude*

L'entourage, les aidants

Ne pas avoir de réflexions ou remarques de l'entourage sur leurs médicaments peut signifier que les patients n'en parlent pas ou même, les dissimulent. Si tel est le cas, cela voudrait dire que leur traitement est un tabou, une honte, il suscite une culpabilité qu'ils n'assument pas (ils n'assument pas de prendre autant de médicaments ou d'être malades, fragiles, défaillants). Ils redoutent les critiques et d'être déstabilisés, voire amenés à remettre en cause leur traitement.

Est-ce que quelqu'un vous a déjà dit que vous preniez trop de médicaments ? « Oui mes amis mais ils ne sont pas du corps médical, je ne les écoute plus, et ne parle plus de mes problèmes de santé pour ne pas avoir de commentaires. » (Patient n°4)

« En fait, ça me gêne surtout vis-à-vis de mes enfants, j'ai peur d'être addictive, ça veut dire que c'est un échec de ma vie privée, que ma vie est non satisfaisante. » (Patient n°6)

« Ça stresse les gens parfois que leurs proches prennent beaucoup de médicaments. Je sais pas pourquoi. » (Patient n°7)

« Non, j'en parle pas, mon fils peut-être il voit que j'en prends beaucoup, ça l'effraie car lui n'en prend jamais, je lui explique c'est le médecin qui le donne et pas moi qui choisis. » (Patient n°24)

Effectivement, que faire si le médecin prescrit quelque chose et que la famille exprime des critiques quant à ce traitement ? Qui choisir ? Qui écouter : le médecin ou les proches ? Ainsi, les patients disent qu'ils ne préfèrent pas écouter ce que dit leur entourage si cela remet en cause les compétences de leur médecin.

« Mes amis me disent « tu prends trop de médicaments », mais j'ai l'obligation de les prendre donc je les prends. » (Patient n°1)

Par ailleurs, s'ils n'en parlent pas c'est qu'ils pensent que cela n'intéresse pas leur entourage, comme si leur santé n'était pas sujet d'intérêt ou d'inquiétude pour leurs proches. Les proches considérés comme les plus influents sur les patients, quant à leurs traitements, seraient leurs parents, leurs enfants et leurs conjoints, donc la famille proche.

« Non, tout le monde s'en fout d'ailleurs ! C'est privé mais ma mère elle doit le savoir ... mais elle en a 15 par jour à prendre, et ça, ça me fait réfléchir aussi... » (Patient n°6)

La solitude

Les médicaments semblent venir compenser une certaine solitude. Les patients qui n'ont pas l'impression d'avoir trop de médicaments vivent seuls, tout comme ceux qui refusent la déprescription. Ceux qui disent oui à la déprescription vivent en famille ou en couple.

Le médicament, remède qui comble l'absence d'autrui, le déficit d'attention, d'accompagnement et de soutien est dans ce cas certes difficile à retirer.

« Je ne vis pas seul, je vis avec mon traitement. » (Patient n°7)

« Mon médecin est le seul à s'occuper de moi : il me donne des médicaments. » (Patient n°27)

« Aller chez le médecin, gérer, acheter, prendre mes médicaments, ça m'occupe. » (Patient n°28)

Mais alors, comment combler la solitude des patients, et en particulier des patients âgés, autrement que par les médicaments ?

➤ *La durée du traitement et les conséquences du traitement de fond*

Dépendance, habitudes, difficultés du syndrome de sevrage

Prendre des médicaments tous les jours depuis plusieurs mois, plusieurs années et en particulier le même traitement, a forcément des conséquences. L'habitude fait que le patient s'y désintéresse, y fait moins attention, le banalise. Il le prend de façon machinale, sans plus y réfléchir. Il a du mal à le critiquer, en devient dépendant, physiquement et surtout psychologiquement.

« Le Lexomil® je fais attention de ne pas m'y habituer pour qu'on puisse l'enlever après... » (Patient n°4)

« J'en ai toujours pris, donc je ne me rends pas compte mais c'est sûr, dans l'absolu c'est toujours trop ! » (Patient n°6)

« Oui, à force de les prendre, je suis dépendant par l'idée. » (Patient n°10)

« Les gens, si ils n'ont pas leurs médicaments ils sont fous, les vieux surtout, ils sont dépendants, ça les rassure ces médicaments, c'est pour ne pas mourir, par habitude aussi qu'ils en prennent autant ! » (Patient n°12)

➤ *Le rapport personnel au médicament : les médicaments c'est rassurant ?*

Il semble que le médicament rassure car, quand il est efficace et adapté, il fait disparaître le symptôme qui renvoie à la maladie et donc au statut de malade. Le médicament rassure, il est comme une assurance voire une assurance-vie tant il est devenu habituel. Le médicament protège en quelque sorte de la mort, en faisant disparaître la maladie. Rassurés par le fait d'avoir et de prendre leurs médicaments, les patients n'ont jamais l'impression d'en prendre trop et refusent alors la déprescription.

Les patients qui ne font pas de lien entre la rassurance et leurs médicaments vivent leur traitement quotidien comme un devoir qui, justement, les angoisse quand ils l'oublient ou quand ils ne voient pas d'amélioration à leurs symptômes malgré sa prise.

➤ *Le rapport personnel au médicament : les médicaments font peur ?*

Les médicaments ne font pas peur s'ils sont prescrits par le MT en qui le patient a une confiance absolue. Encore faut-il qu'il n'y ait pas encore eu d'effet indésirable lié au traitement, que le patient fasse attention à ce qu'il prend et le médecin à ce qu'il prescrit.

Faire attention aux prescriptions, pour le MT, ne signifie pas uniquement contrôler et surveiller la tolérance et l'efficacité des traitements. Cela signifie également évaluer à chaque prescription la balance bénéfique/risque du médicament, sa nécessité et le fait qu'il soit adapté au patient et à sa pathologie.

Les médicaments ne font pas peur aux patients mais peuvent les angoisser. Surtout quand le patient n'est pas favorable à leur prise, se force à les prendre, est gêné de les prendre par rapport à son entourage. Globalement, les patients manifestent une certaine méfiance par rapport à leur traitement, en particulier les femmes.

Avez-vous peur des médicaments ? « Non pas du tout sauf depuis les nouvelles aux informations, je regarde tous les jours au journal si un de mes médicaments n'est pas mentionné. » (Patient n°2)

Plus les médicaments sont nombreux à prendre au quotidien, plus logiquement ils sont source de peur. Le patient a conscience des dangers inhérents aux médicaments. Toutefois, le fait d'avoir peur des médicaments ne pousse pas nécessairement à accepter une déprescription. En effet, les patients qui ont peur des médicaments appréhendent encore davantage leur suppression. Ils s'effraient d'en avoir autant mais le fait de les prendre les rassure. La peur de la maladie, de la mort ou de l'absence de solution face à elles domine celle des dangers liés aux médicaments. Ils préfèrent prendre quelque chose pour remédier à leurs symptômes ou à leurs maladies, même si cela présente des risques, plutôt que de ne rien prendre.

➤ *Le rapport personnel au médicament : la dépendance au traitement*

Le patient est conscient d'être dépendant physiquement et psychologiquement de son traitement, et en particulier les hommes.

La dépendance est un problème pour le patient comme pour le médecin.

« Les médecins ne font pas vraiment attention et les gens sont paniqués s'ils n'ont pas de médicaments, du coup les médecins sont obligés de leur en donner pour être tranquilles, le problème c'est les gens ! Ils sont obsédés par les médicaments et on ne peut pas discuter avec eux, ça les rassure d'en prendre autant ! » (Patient n°12)

« Oui c'est un besoin, c'est une habitude, comme une drogue, je suis droguée, si j'oublie je ne dors pas, j'ai l'impression que ça me fait rien mais je suis trop habituée, c'est terrible. » (Patient n°23)

Cette dépendance est plus ou moins bien vécue et assumée. Elle peut être le signe d'une bonne observance de la part du patient, mais les difficultés suscitées par l'arrêt du traitement peuvent compromettre le processus de déprescription.

La déprescription est plus ou moins facile en fonction des molécules concernées : par exemple, la déprescription des benzodiazépines et hypnotiques, molécules fortement inductrices de dépendances, s'avère délicate. L'anxiété, le sommeil et la douleur sont des priorités à prendre en compte dans une action de déprescription, car ce sont les symptômes les plus difficiles à gérer par les médecins et les plus redoutés par les patients.

« Oui, c'est possible de diminuer, mais de par leur propre volonté. Comme pour tous les trucs non indispensables pour dormir surtout... les français sont accros... » (Patient n°22)

« Je demande pas mieux de me débarrasser du Temesta® si on me fait dormir autrement... » (Patient n°26)

Plus le patient a de médicaments à prendre au quotidien, plus il est dépendant et moins il accepte la déprescription. Mais la dépendance est-elle un réel obstacle à la déprescription ? Nous observerons plus loin les différents profils qui acceptent ou refusent la déprescription et leur degré de dépendance aux traitements.

Certains patients se disent dépendants alors qu'ils n'ont pas dans leur traitement de molécules à fort potentiel de dépendance. Peut-on être autant, voire plus dépendant, de son antihypertenseur que de sa benzodiazépine ?

La dépendance à la benzodiazépine est d'abord neuro-physique. Celle à l'antihypertenseur tient davantage peut-être de l'ordre psychologique compte tenu de la portée symbolique de ce médicament dans l'esprit des patients. Ceci est le cas pour les médicaments de la sphère cardiovasculaire.

Dans les deux cas, la dépendance est présente. Le problème est donc identique car le patient est convaincu que le médicament lui fait du bien (sinon pourquoi lui aurait-il été prescrit ?). Ensuite, une fois qu'effectivement le médicament semble lui avoir fait du bien, il ne peut alors plus s'en passer.

4.2.2. Thèmes identifiés par rapport aux prescriptions du médecin

➤ *Le prescripteur et la prescription du traitement de fond*

Accepter une déprescription alors qu'il a plusieurs prescripteurs pourrait signifier que le patient, dont l'un des prescripteurs propose une déprescription, peut avoir recours à son autre prescripteur pour se procurer d'une manière ou d'une autre ses médicaments. Ainsi son « oui » à la déprescription ne serait pas franc, et sans doute non suivi d'effet.

Refuser une déprescription alors que le patient n'a que son MT comme prescripteur, montrerait la crainte de changer la relation du patient à son médecin, ou une angoisse face à la déprescription traduisant la crainte du patient de se voir abandonner par son médecin.

Les patients qui prenaient leur traitement depuis plusieurs années, étaient tous persuadés qu'ils devaient le prendre à vie. Comment arriver à déprescrire si au moment de prescrire, le médecin grave dans l'esprit de ses patients que le traitement est voué à perdurer? En prescrivant, le médecin insiste sur l'importance et la nécessité des médicaments comme réponses à la maladie. Cette insistance est l'une des clés de l'observance mais peut se retourner contre le médecin, le jour où il souhaite déprescrire. La notion du traitement « ad vitam aeternam » sonne comme une condamnation que le patient a d'abord du mal à admettre, puis qu'il apprivoise et enfin sans laquelle il ne peut vivre.

« Je crois oui c'était une évidence de le prendre à vie, quand on a un problème cardiaque ça ne s'élimine pas, le diabète non plus. » (Patient n°19)

« Mon cardiologue m'a dit, c'est pour toute ma vie. Ça m'a déplu quelle horreur, mais je m'y suis habituée. » (Patient n°22)

➤ *L'importance de la relation avec le médecin traitant*

Que le médecin prescrive juste et efficacement donne le sentiment au patient de ne pas avoir trop de médicaments à prendre au quotidien. Dans la mesure où c'est cette justesse de prescription qui est importante dans la relation médecin-malade, les patients sont favorables à la déprescription. La notion de prescription juste et adéquate allant bien sûr dans le sens d'un traitement minimal efficace et non dans celui d'une surprescription.

Les patients en revanche qui parlent de confiance envers leur MT, disent plutôt non à la déprescription, comme si déprescrire était en quelque sorte faire défaut à ce contrat de confiance instauré entre le médecin et son patient.

Le médecin qui sait que son patient a investi de façon prédominante la relation de confiance, aura plus de difficultés à déprescrire qu'auprès du patient dont il sait qu'il est apprécié pour la justesse de ses prescriptions.

Cependant, les notions de « confiance » et de « prescriptions justes et efficaces » sont probablement liées. Ainsi, le patient a confiance en son médecin car ses prescriptions sont justes et efficaces, et le patient estime que les prescriptions de son médecin sont justes et efficaces car il a confiance en lui.

➤ *L'ordonnance idéale*

L'idéal pour l'être humain en général est de ne pas être malade. Si l'on part du principe que la maladie est inhérente à la vie, alors, l'idéal serait d'être le moins malade possible, et donc, d'avoir le moins de médicaments possible. « Peu de médicaments » rime avec « petite maladie » (sous-entendue pas grave), et « beaucoup de médicaments » avec « grande maladie » (sous-entendue grave). Plus les médicaments seraient nombreux, plus ils seraient efficaces et indispensables : la qualité d'un traitement se mesurerait-elle à la quantité des médicaments prescrits ou consommés ? Mais n'est-ce pas une sorte de cercle vicieux ? Plus on est malade, plus on en a besoin ; plus on prend de médicaments, plus on est malade.

Par conséquent, un médecin qui propose d'enlever des médicaments peut laisser croire que le patient est moins malade, qu'il va mieux. Le patient pourrait alors penser :

« Si je suis malade on me met des médicaments, si on m'en enlève, c'est que je suis moins malade. Mais comment ma maladie s'est-elle guérie ? Grâce au médicament bien sûr, par une relation de cause à effet. Au retrait des médicaments ne va-t-elle pas revenir et s'aggraver ? Alors non, je ne veux pas déprescrire, même si finalement je suis content d'aller mieux. »

D'où la crainte des patients face à la déprescription.

Le fait d'aller mieux est à lire à double sens : « le patient va mieux, on peut diminuer ses médicaments » ou « on diminue ses médicaments pour qu'il aille mieux ». Il faut que ce double sens soit compris par tous, patients comme médecins. En outre, il faut garder à l'esprit que les médicaments déprescriptibles sont ceux dont le retrait n'entraînerait pas chez le patient une perte du bénéfice thérapeutique.

Les patients qui ont accepté la nécessité de suivre un traitement, parfois lourd et au long cours, gardent néanmoins à l'esprit la possibilité de diminuer la quantité de leurs médicaments. L'idéal du « tout-en-un » est très présent chez certains patients. Avoir un seul comprimé à prendre par jour, efficace pour tous les maux, serait préférable en termes d'observance et d'acceptation de la

chronicité ; d'où le travail des laboratoires pour les médicaments à double, voire triple effet en prise unique. Cependant, il faut rester vigilant face à ces associations de médicaments et leur prescription, qui peuvent également avoir des conséquences néfastes pour le patient.

Aux yeux des patients, l'ordonnance idéale est celle rédigée par leur MT. Le fait de trouver leur ordonnance idéale ne les empêche pas d'avoir un regard critique sur celle-ci, quant au nombre ou à l'efficacité de leurs médicaments, ainsi que d'avoir l'envie de la modifier.

*« Pensez-vous que vous en prenez trop ? Ben oui ou non... c'est vrai ça je ne me suis pas demandé ! »
(Patient n°11)*

C'est le médecin qui, en la personnalisant, rend l'ordonnance idéale. Chaque patient possède son ordonnance, unique, que le médecin a pris le temps de rédiger, comme un cadeau. La prescription est acceptée, pourquoi la déprescription ne le serait-elle pas ? Comment faire en sorte que la déprescription soit perçue par les patients comme un « cadeau » idéal de la part du médecin, au même titre que la prescription ?

Prescrire, c'est répondre à un besoin, à une demande par un objet, matérialisé et concrétisé dans le médicament. Déprescrire c'est répondre à un besoin par le retrait de cette matérialisation. Le patient a l'impression de se voir dépouillé, du moins de se retrouver sans rien de concret à « se mettre sous la dent », pour combler ses besoins. Aux médecins de trouver et d'aider le patient à trouver une ou plusieurs compensations à ce vide matériel. Il faut bien faire comprendre aux patients que « déprescrire n'est pas priver les malades d'un quelconque bénéfice thérapeutique même modeste » [13].

➤ *La possibilité de changer la prescription : possibilité de diminuer, impossibilité de diminuer, quoi changer si cela est possible ou proposé ? Possibilité de déprescrire ?*

Répondre « oui il est possible de diminuer le nombre des médicaments mais à certaines conditions », sous-entend une compréhension de la part des patients des différents types de polymédications et des risques de la déprescription. Ils pensent justement la déprescription comme possible si elle ne les prive pas d'un bénéfice thérapeutique.

En revanche, savoir quoi déprescrire n'est pas de leur ressort. Ils s'en remettent à leur MT, ce qui confirme qu'ils n'ont ni les connaissances ni l'éducation nécessaires pour pouvoir appréhender les risques liés aux médicaments. Il leur est difficile de dire s'il est possible de diminuer leurs propres médicaments, ne sachant pas s'ils leurs sont tous indispensables.

Ceux qui refusent une déprescription pour eux (mais oui, pourquoi pas chez les autres ?), renvoient soit à une déprescription entraînant une perte de bénéfice thérapeutique, soit à l'absence de volonté de leur part de diminuer leurs médicaments, et ce, pour plusieurs raisons que nous reverrons plus tard, dans le profil de « patients qui refusent une déprescription ».

L'impossibilité de déprescrire peut alors venir, aux yeux des patients : soit de leur maladie (déprescrire diminue le bénéfice thérapeutique des médicaments), soit de leurs médicaments (dépendance aux molécules), soit d'eux-mêmes (angoisse liée à la déprescription, à l'effet rebond des symptômes, au sevrage mais aussi à la diminution des médications symptomatiques ou de confort, et à la nécessité de faire des efforts), soit de leur médecin (par crainte de rupture du lien de confiance).

« Déprescrire ? Ah non... Pour avoir mal de nouveau ? Je ne veux même pas essayer. » (Patient n°27)

Pour répondre à cette impossibilité de déprescrire, les patients apportent eux-mêmes des solutions, décrites dans la prochaine partie.

Le fait d'avoir beaucoup de médicaments et de le vivre comme « un trop » pousse les patients à penser qu'il est possible de les diminuer et donc de déprescrire. Le fait d'être convaincu qu'il est possible, de quelque façon que ce soit, de diminuer les médicaments joue en faveur de la démarche de déprescription.

« Oui, ben j'ai eu des angoisses au coucher au moment où normalement je devais le prendre, je me disais : vais-je y arriver ? Et puis j'y suis arrivée un temps à m'en passer, je suis contente de ça. » (Patient n°6)

« Oh oui, je voudrais bien en prendre moins mais paraît que c'est pas possible... Mais en fait c'est possible ? » (Patient n°8)

En outre, les patients doivent connaître et comprendre la définition de la déprescription en elle-même pour pouvoir se la représenter et décider ou non de l'accepter.

4.2.3. Thèmes identifiés par rapport à la déprescription

➤ *La définition de la déprescription par le patient*

La déprescription concerne les médicaments inutiles, inappropriés ou dangereux. Dans les trois cas, l'action consiste à les supprimer. Mais tout comme pour la prescription, elle ne veut pas dire que cela est définitif.

Ne pas savoir définir ou mal expliquer le sens d'une action peut entraîner une réaction négative de la part de celui qui ne sait pas ou comprend mal.

« Alors oui, si c'est ça la bonne définition, c'est normal ! Moi je suis d'accord. » (Patient n°28)

Dans la suppression du médicament déprescrit, il faut surtout comprendre que celui-ci était inutile, inapproprié ou dangereux ; les patients qui pensent que déprescrire consiste simplement à diminuer les médicaments n'ont pas forcément intégré ce fait. Diminuer pour diminuer n'a effectivement pas de sens.

Voir la déprescription comme un synonyme d'arrêt de prescription engendre un sentiment d'abandon de la part du médecin, source d'une angoisse évidente pour le malade. Ainsi, ces patients ne peuvent en avoir un avis positif et l'accepter sereinement.

« C'est un mot qui a plusieurs sens, on pense à ne plus prendre de médicaments et le médecin mettrait alors un terme à notre maladie. Or, on ne sait pas si on va être guéri à l'avance, c'est dangereux... » (Patient n°9)

Pour les patients, il est plus facile d'admettre qu'enlever un médicament puisse se faire en cas d'inutilité, au moment où le mal est vaincu, la maladie guérie, plutôt qu'en cas d'inadaptation ou de dangerosité. L'image du médicament à leurs yeux reste positive au sens où celle d'être un produit risqué, passe bien après celle d'être un produit bénéfique.

En parallèle, déprescription et non-prescription peuvent être confondues, mêmes si généralement elles ont comme but commun l'intérêt du patient. Pourtant, elles sont bien différentes.

➤ *Le vécu ou l'expérience d'une déprescription*

Il est intéressant de constater que les patients qui ont déjà expérimenté une déprescription, l'avaient pour certains, vécue suite à une demande de leur part. Malgré cette déprescription, les médicaments restaient encore trop nombreux et les patients étaient d'accord pour recommencer la démarche.

Les patients qui ont déjà vécu une déprescription et qui sont prêts à recommencer se disent dépendants de leur traitement tout en ayant peur, ce qui peut être une motivation contrebalançant la donne. En outre, ces patients vivent en couple ou en famille, et peuvent donc trouver autour d'eux aide et soutien dans leur démarche. Le succès de la déprescription est chez eux en partie liée au fait qu'ils ont été investis dans la démarche, qu'ils l'ont pensée et en quelque sorte souhaitée. A leurs yeux, les avantages de la déprescription sont supérieurs aux inconvénients, facilement résolus par la présence du MT.

Les patients qui hésitent à accepter à nouveau une déprescription alors qu'ils en ont déjà fait l'expérience l'expliquent surtout par l'expérience difficile du syndrome de sevrage et l'angoisse de la réapparition des symptômes à l'arrêt du médicament. En effet, ce sont des patients qui avaient comme principaux médicaments, en plus des antihypertenseurs, des antidépresseurs et des benzodiazépines.

Est-ce que c'est quelque chose de facile à vivre ? « Non : j'ai quand même l'angoisse qu'il y ait moins d'efficacité, j'ai peur d'aller moins bien sans mes médicaments... » (Patient n°3)

« Le problème quand on arrête de le prendre, pendant quelque temps c'est l'adaptation physique et psychologique et s'il y a des manifestations on se demande toujours si c'est pas dû à l'arrêt du traitement et on doute du bienfait de l'avoir enlevé. » (Patient n°16)

➤ *Accepter ou non une déprescription*

Le groupe des patients acceptant une déprescription est majoritaire, suivi par celui de ceux qui hésitent, le dernier groupe étant ceux qui sont réfractaires à la démarche.

Ceux qui acceptent d'emblée une déprescription sont majoritaires. (Patients 2, 3, 8, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25)

Les patients qui acceptent une déprescription révèlent une personnalité forte avec un besoin de responsabilité et d'autonomie.

Dire oui à une déprescription sous-tend que l'on soit plutôt jeune et qu'on ne vive pas seul. Le fait d'être jeune mais pas immature assure une dynamique dans la démarche, une confiance en soi du patient et la conviction qu'il est possible de changer grâce à son action et à son investissement.

« Oui, c'était facile, mais du coup je croyais qu'on allait les enlever tous ! » (Patient n°2)

La grande quantité de médicaments à prendre par jour est un des arguments qui pousse à dire oui à la déprescription. Le fait d'être un homme ou une femme ne change pas cette décision.

Le fait d'avoir peur des médicaments n'est pas un motif de déprescription pour les patients. En revanche, les patients qui acceptent d'emblée une déprescription ne se disent pas dépendants de leurs traitements. On constate ainsi, que cette population qui dit oui à la déprescription ne consomme pas en majorité des molécules à forte dépendance comme les benzodiazépines. Les principaux médicaments pris étaient : les antiHTA, les statines puis, les ADO et les ATD et enfin, les IPP, antiagrégants plaquettaires et les BZD. Quand bien même à leurs yeux, la dépendance ne serait pas un obstacle majeur à la déprescription.

Enfin, il est plus facile de dire oui quand on sait que le médecin peut ou va proposer une alternative au médicament déprescrit, qu'il va suivre et accompagner le patient dans la démarche.

« Ah oui je vous dis oui tout de suite, et elle (son médecin) m'a encore réduit, et finira par me réduire encore. Celui pour le cholestérol c'est d'ailleurs à titre préventif seulement, je suis sûre qu'on pourra l'enlever. » (Patient n°12)

Qui sont ceux qui hésitent à accepter une déprescription ? (Patients 1, 4, 5, 6, 7, 9, 15, 23, 26, 28)

Le groupe des hésitants a un profil particulier. Ce sont les plus jeunes de la population étudiée et ceux qui ont le moins de médicaments à prendre par jour. Ce sous-groupe a fait preuve parfois d'immatérité et d'inconscience. Le fait d'être jeune et d'avoir moins ou peu de médicaments à prendre peut expliquer qu'on ne réalise pas le réel impact des polyprescriptions, impact qui croît également avec le temps.

Ces patients n'ont pas ou peu d'avis d'une façon globale, et sont dans la modération constante. Ils n'ont pas vraiment de regard critique sur leurs médicaments, sur leur quantité et leur fonction. Ils ne font pas de distinction entre la confiance en leur MT et la nécessité d'une prescription juste et efficace. Ils n'ont pas de facteur propre de distinction par rapport aux autres profils. Cependant, on ne peut nier, chez eux, la place de la dépendance dans l'hésitation à la déprescription compte tenu qu'ils consomment régulièrement des BZD ainsi que des ATD.

Les patients hésitent car ils ont également conscience que la démarche demande des efforts. Ils n'y disent pas non mais, par manque d'expérience ou de maturité, ne sont pas persuadés que les avantages apportés par la déprescription contrebalancent les efforts à fournir pour y parvenir.

« J'ai un doute léger par rapport à la déprescription... J'estime que ça me fait tellement de bien ces médicaments que ça m'ennuie de les supprimer, surtout celui pour dormir, car l'autre qu'elle m'a donné à la place me fera sûrement rien... » (Patient n°5)

Pourquoi ceux qui refusent, refusent-ils vraiment ? (Patients 10, 14, 18, 27)

Les patients qui disent non à la déprescription manifestent une certaine faiblesse. Ils sont craintifs, anxieux, peu volontaires. Ils ont peu besoin de responsabilités et ont perdu de l'autonomie.

Ils sont minoritaires, seuls, âgés et de sexe féminin. Ils disent avoir trop de médicaments mais, paradoxalement, refusent qu'on les leur déprescrive.

Le fait d'être plus âgé, seul, isolé et réticent à la déprescription, confirme la difficulté de la démarche qui demande un investissement intense et qui pourrait potentiellement engendrer un risque pour soi-même (en particulier par rapport à la mort), ou du moins la perte d'un minimum de confort quotidien. Ces patients n'y voient pas d'avantages.

Les principaux médicaments pris étaient les ATD, les antiHTA, puis les antalgiques, statines et laxatifs. Ici aussi, on ne peut écarter la place de la dépendance comme obstacle à la déprescription.

Le fait que l'important à leurs yeux soit la relation de confiance avec leur MT et non la justesse et l'efficacité de ses prescriptions peut avoir du sens. Cette confiance peut signer une compréhension de la part du MT : le MT comprend le besoin de ces patients d'avoir des médicaments et donc l'impossibilité, à leurs yeux qu'il les leur déprescrive. En affirmant en parallèle que c'est au MT de déprescrire, ces patients sont persuadés qu'il ne déprescrira pas. D'ailleurs, ils n'ont jamais vécu de déprescription et ne savent pas bien la définir, ce qui confirme cette hypothèse.

Ces patients n'avaient qu'un seul prescripteur : leur MT. Toute la confiance, tout l'investissement dans leur traitement passent par ce seul médecin. Ils considèrent la déprescription comme un accroc dans le contrat de confiance, l'unique médecin leur ferait dans ce cas défaut et ils se retrouveraient sans ressource médicale. Ainsi, on peut se demander si le fait d'avoir plusieurs prescripteurs, qui effectivement augmente la polyprescription, constitue un réel frein à la déprescription.

La peur des médicaments peut indiquer des patients dominés par leur traitement. Ils refusent la déprescription en raison même de leur crainte des médicaments, qui ont un grand pouvoir sur eux. Ainsi, ils sont persuadés qu'il vaut mieux les prendre (et en quelque sorte leur obéir) que de les supprimer.

➤ *La démarche personnelle d'une déprescription*

Que le patient pense par lui-même à la déprescription est une démarche intéressante qu'il faut approfondir car c'est aussi par elle que la déprescription peut fonctionner et se développer. Le fait d'y avoir pensé par soi-même favorise la déprescription et son acceptation quand le médecin la

propose. Encore faut-il que les médecins qui se trouvent face à une idée de déprescription émanant de leurs patients, l'acceptent, sachent et puissent y répondre de façon adaptée.

« J'ai fait le test d'en prendre aucun une fois et j'allais très bien, et ma tension même était bien, du coup je vais lui en parler mais c'est elle qui décidera. » (Patient n°12)

Le patient y pense quand il estime avoir trop de médicaments à prendre par jour. La quantité n'est pas le seul facteur à l'origine de l'autocritique du patient sur son traitement. Les effets secondaires sont aussi des arguments de poids en faveur de la déprescription, qu'ils soient vécus directement ou véhiculés par voie médiatique auprès des patients. Encore faut-il bien sûr que ces effets indésirables soient importants pour inquiéter patients.

« Non pourquoi j'aurais peur ? Évidemment si c'était Médiator mais c'est pas le cas... » (Patient n°21)

Le patient y pense également quand il se sent bien, ou mieux. Il ne faut pas qu'il confonde alors le fait de se sentir mieux, en raison de sa prise médicamenteuse, et celui de se sentir mieux sans avoir de médicaments.

« Oui, pour le diabète et la tension. Maintenant je n'en n'ai plus, je vais lui demander si on peut les arrêter ces médicaments, j'aimerais bien... » (Patient n°12)

L'aspect financier est un autre facteur important à prendre en compte, qui peut jouer en faveur comme en défaveur de la déprescription. En effet, les médicaments dont le remboursement par la CPAM ou les mutuelles diminue ou disparaît, deviennent de façon assez magique plus faciles à déprescrire qu'avant. A l'inverse, l'accès difficile aux médecines parallèles ou aux thérapeutiques autres que médicamenteuses, plus onéreuses, ne pousse pas les patients à diminuer leurs médicaments remboursés, même s'ils savent qu'ils pourraient trouver là des alternatives.

Ce qui empêche le patient de penser à la déprescription ou le restreint dans sa réflexion est surtout la peur de la réapparition des symptômes. On reste ainsi dans la logique actuelle qui consiste à traiter de nombreux patients au symptôme : un symptôme signifie alors nécessairement un médicament pour y répondre. Dans ce cas, tous les médicaments sont effectivement bénéfiques pour le patient et on ne peut penser déprescrire.

Il se peut également que le patient n'envisage même pas une possible déprescription. Un regard critique sur son traitement ne nécessite pas forcément de connaissances médicales à ce sujet, mais demande une capacité à mettre en cause son médecin traitant ou à le contrer, ce qu'il n'ose pas se permettre.

« Non, le médecin l'inscrit alors j'ai pas le droit de diminuer ! » (Patient n°11)

« Je suis incapable de répondre, dire oui serait déplaisant pour mon MT, même si j'aurais envie de dire oui, j'en ai trop à prendre... » (Patient n°15)

« Je ne suis pas étudiant en médecine mais peut-être oui, qu'il y a une consommation de médicaments inutiles. Dans mon enfance le médecin de famille remplissait trois pages, par complicité avec le pharmacien. » (Patient n°21)

La dépendance aux médicaments est un facteur de poids dans l'incapacité du patient à penser par lui-même ou à désirer pour lui-même une déprescription. Physique et psychologique, la dépendance, inévitable pour les traitements chroniques, est un des défis à considérer dans la déprescription.

Malheureusement, nous n'avons pas été en mesure d'éclaircir ce point. Nous ne savons pas précisément combien de patients qui avaient pensé par eux-mêmes à diminuer leurs médicaments, l'ont réellement fait. Autrement dit, nous ne connaissons pas l'ampleur réelle de l'auto-déprescription.

« J'ai appris qu'il faut pas y toucher seul, ça ne peut que jouer des tours... » (Patient n°9)

« Le médecin l'inscrit alors j'ai pas le droit de diminuer, c'est dangereux si je fais ça seul ! » (Patient n°11)

« J'ai arrêté tout mon traitement de moi-même avant une opération à l'hôpital, et ça n'a pas été pire ! » (Patient n°12)

« Une fois je l'ai fait pour le Previscan® en me disant : « je suis en forme » et ben les analyses suivantes ça a été à l'hôpital... » (Patient n°15)

➤ *La conscience du risque lié aux médicaments, du risque des polyprescriptions*

« Il existe un lien entre le nombre total de médicaments prescrits et la survenue d'effets indésirables médicamenteux. » [6]

Le fait d'avoir conscience du risque lié aux médicaments devrait ainsi pousser le patient à avoir et à garder, même au long cours, un regard critique sur son traitement et à se poser la question de la possibilité d'une déprescription.

Par rapport aux risques liés aux polyprescriptions les patients font des commentaires assez justes et précis, quand ils évoquent :

- l'augmentation du risque des interactions médicamenteuses et de la iatrogénie ;
- la diminution de l'observance par augmentation des contraintes ;
- le surcoût pour la société.

« Le corps s'habitue, il y a peut-être alors une perte d'efficacité, s'il y en a trop, le corps ne supporte pas, c'est toxique et ça rend malade : et oui les médicaments rendent malade ! En plus il peut y avoir des contre-indications entre eux, des interactions... » (Patient n°2)

« Des fois ça fatigue tous ces médicaments, car c'est beaucoup de chimique. C'est fatiguant de penser à les prendre, et ça fait mal à l'estomac. » (Patient n°8)

« Les risques d'avoir trop de médicaments ? Outre la dépendance, l'empoisonnement, le gaspillage d'argent au niveau social ? Le français en consomme trop de médicaments, j'aimerais faire partie de ces gens à qui on déprescrit. » (Patient n°15)

En revanche, les patients n'évoquent pas le risque de l'augmentation du nombre de traitements inappropriés, ne pensant pas qu'un traitement puisse, par définition, être inapproprié. Est-ce dû à la confiance absolue en leur médecin traitant ou au fait que ce traitement, si c'est eux qui l'ont demandé, ne peut être qu'approprié ?

Ils n'évoquent pas non plus l'augmentation du risque de contre-indications médicamenteuses. Ils ne pensent pas que le fait d'en avoir beaucoup puisse empêcher d'en consommer davantage et alors constituer un risque. Ils pensent que le fait d'en prendre beaucoup peut entraîner une accoutumance physiologique et par voie de conséquence une perte d'efficacité. Ainsi cela obligerait le patient à une plus grande consommation liée à la prise chronique du médicament.

En parallèle, ils évoquent l'augmentation du risque d'effets secondaires psychologiques liés à l'addiction dans les polyprescriptions. Prendre beaucoup de médicaments rendrait dépendant. Ce serait plutôt le fait de les prendre au long cours qui entraînerait une dépendance que la quantité prise. Bien sûr, cette dépendance est aussi molécule dépendante.

« Il peut y avoir une accoutumance mais on est aussi dépendant de la nourriture... alors oui, pour les médicaments mais ce n'est pas insurmontable. » (Patient n°9)

➤ *Les acteurs de la déprescription*

Qui doit agir tout au long de la démarche de déprescription ?

Les patients sont conscients que la déprescription ne peut marcher s'ils ne sont pas autant investis que le médecin tout au long de la démarche. La nécessité d'être actif sera citée plus loin par certains patients comme étant un inconvénient de la déprescription et les pousse à la refuser. C'est une démarche qui demande effectivement au patient de participer et de faire des efforts, et il n'est pas nécessairement prêt à s'investir dans ce sens.

Qui doit initier la déprescription ?

Les patients disent que si la déprescription est possible et/ou nécessaire, c'est au MT de l'initier. Le médecin généraliste et en particulier le MT, est au cœur du système de soins et joue un rôle d'acteur principal aux yeux des patients. Ce rôle est aussi celui du déprescripteur.

« Le médecin c'est mieux que la télévision qui annonce tout et son contraire. Il va le dire doucement. Si il dit stop il m'explique la raison et à moi de voir si j'accepte cette raison ou non. » (Patient n°9)

« Mais on ne peut pas décider à la place du médecin qui doit faire le tri. Ordonner c'est donner un ordre mais aussi faire le tri, répartir, placer, organiser... » (Patient n°9)

« Maintenant je vais attendre qu'elle m'en supprime. » (Patient n°15)

Le fait d'avoir plusieurs prescripteurs n'est pas en soi un obstacle à la déprescription alors que cela peut être un des facteurs des polyprescriptions. La participation de plusieurs médecins interagissant entre eux et avec qui le patient peut aussi échanger, doit rester une possibilité, voire une nécessité.

➤ *Les avantages et les inconvénients de la déprescription*

Etre conscient des avantages d'un acte ou d'une démarche ne veut pas forcément dire y adhérer. La déprescription passe d'abord aux yeux des patients, et avec raison, pour un acte économique au sein d'une société de surconsommation. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'ils évoquent les avantages pour eux-mêmes. Dans quelle mesure joue l'altruisme pour adhérer et participer à une démarche que l'on considère en premier lieu bénéfique pour la société et pas seulement pour soi ?

« La déprescription c'est bien pour la société mais pas bien pour le malade car on se demande comment on va être sans les médicaments, il faut avoir vraiment confiance pour pouvoir le faire ... » (Patient n°4)

Aux yeux des patients, les avantages de la déprescription constituent une sorte de récompense et ses inconvénients, une sorte de punition. On retrouve ici le rapport et le lien très particulier aux médicaments que les patients entretiennent.

« Si on fait du sport, on arrête de boire, on perd du poids, on pourrait en enlever, ça serait une récompense pour moi. Mon médecin n'est pas coupable ni responsable de ça ! » (Patient n°15)

La réelle question est de savoir s'ils y voient plus d'avantages que d'inconvénients ? Sont-ils prêts à supporter les inconvénients pour bénéficier des avantages ?

Le problème du médicament

Actuellement le médecin doit justifier sa décision de « non prescription » au patient, mais pas celle de prescrire. Accéder aux médicaments est un droit social pour les patients entraînant alors le devoir pour les médecins de prescrire. Le patient ne comprend pas pourquoi on veut lui retirer un objet ancré dans sa culture et qui, en outre, lui est distribué gratuitement.

Le médicament est un objet symbolique, sacralisé. Dans la relation au médicament, on peut retrouver « beaucoup d'attrance, un fond de méfiance et surtout, une forte dépendance telle un amour physique » [1].

Il est un moyen de transition par lequel on résout une pathologie sans trop d'effort, via une sorte de médiation mystique et magique. Ainsi, la déprescription, et sa nécessité de participation active du patient, vont à l'encontre d'une culture, où les efforts sont exclus.

Par ailleurs, le médicament transforme la relation entre le médecin et le malade : « dans la relation médecin-malade, le rôle de l'ordonnance est de conforter le patient dans le fait qu'il avait raison de consulter. Métaphoriquement, l'« objet-médicament » objective un état de maladie et concrétise le soulagement du patient » [17].

Devoir aller voir un médecin, c'est quelque part un aveu d'échec : c'est se déclarer ouvertement incompetent pour se soigner, et recourir à une tierce personne plus jeune (dans le cas des patients âgés) et plus "sachante". Même quand le patient va chez son MT, « la fleur au fusil », il y a certainement quelque chose de blessant d'un point de vue narcissique ; c'est une sorte d'abandon conscient de libre arbitre. Le médicament est justement une rétribution face à ça, et représente la récupération matérielle et concrète du libre arbitre abandonné.

L'angoisse des patients face à la déprescription est alors compréhensible. Même si le fait de leur enlever des médicaments, dans leur intérêt, peut les rassurer (en leur faisant imaginer que la

déprescription signifie qu'ils vont mieux ou, qu'ils n'ont plus besoin de traitement), la réapparition des symptômes et de la maladie les angoisse mais aussi la peur de ne plus être perçus comme des malades valables aux yeux de leur médecin.

La relation médecin-malade qui relevait d'une forme de paternalisme évolue actuellement vers une relation fondée sur l'autonomie du patient. Le patient aujourd'hui peut trouver l'information et avoir des connaissances sur sa maladie, mais le médecin garde l'expérience, et la capacité à mettre en perspective un cas singulier par rapport à tous les autres cas rencontrés. Le médicament est perçu comme témoin de l'expertise du médecin et sa capacité de soigner. C'est, pour le malade, une assurance concrète du savoir médical et pour le médecin, la confirmation de son pouvoir réparateur.

Ainsi, la prescription médicale gardée avec soi et ramenée à domicile, est le résidu du savoir médical qui rassure. On pourrait penser que plus la prescription est longue, plus les capacités du médecin sont importantes. La déprescription serait alors un signe d'incapacité du médecin, de non performance ?

La déprescription est également angoissante car elle remet en cause la notion du tout se soigne et se guérit (y compris la mort), et en particulier par les médicaments. Elle demande de s'intéresser et de redéfinir l'utilité et l'indispensabilité d'un médicament face à un symptôme ou une maladie. Ces questions doivent faire partie de l'éducation des médecins comme celle des patients.

En revanche, la déprescription n'a pas la même signification symbolique que la non-prescription. Si déprescrire consiste à retirer des médicaments inutiles, inappropriés ou dangereux, ce n'est pas refuser une prescription à un malade qui en ressent le besoin. Cela ne doit pas affecter chez les patients leur représentation inconsciente du rôle du médecin, comme médiateur entre le malade, sa maladie et ses possibilités thérapeutiques.

Il faut prendre en compte le fait que la déprescription est aussi liée à une certaine notion de liberté. Certes, le médicament permet d'y accéder en soulageant les symptômes mais il la restreint et la contraint par la nécessité de sa prise quotidienne et chronique.

4.3. Les solutions identifiées par les patients pour parvenir à déprescrire

La première analyse des résultats a produit les réflexions et constats qui viennent d'être exposés. Nous avons ensuite regroupé les idées des patients par rapport à la déprescription, afin qu'elles

soient la source de solutions pour déprescrire efficacement et durablement. Cinq points ressortent de cette analyse, sur lesquels et avec lesquels agir, en synergie, pour parvenir à déprescrire. Ils sont indissociables, à l'image des cinq doigts de la main :

- le patient ;
- l'entourage, les aidants ;
- le médicament ;
- le médecin traitant ;
- les autres professionnels de santé.

Chacun de ces piliers est décrit dans les paragraphes suivants.

4.3.1. Le patient

Impliquer le patient dans la déprescription, le responsabiliser

Un patient qui connaît mal son traitement et sa finalité, peut difficilement imaginer par lui-même ou comprendre comment le médecin pourrait diminuer ses médicaments. Il faut l'aider à s'intégrer et à s'investir dans sa prise en charge thérapeutique, dont médicamenteuse. L'éducation thérapeutique, qui permet au patient d'acquérir une bonne connaissance et une bonne compréhension de sa maladie, améliore sa compliance, favorise son autonomie et son bien-être.

Un patient doit savoir combien de médicaments il prend au quotidien, quels médicaments et pourquoi il les prend. Cela lui permet de garder un regard critique sur son traitement et sur sa (ses) pathologie(s). Il faut lui dire et lui répéter quels médicaments il prend et pourquoi. Le médecin peut par exemple, écrire sur l'ordonnance, en face de chaque médicament, la raison de la prescription. Ainsi, le patient sait à quelle maladie correspond chaque médicament.

L'information du patient est certes le rôle du MT mais aussi celui du pharmacien et de tous les professionnels de santé (infirmières, spécialistes, hospitaliers...).

Il faut sensibiliser les jeunes et les personnes âgées. L'important est de faire comprendre à tous que la prescription chronique est évitable ou du moins modifiable. Toute modification d'ordonnance doit être expliquée au patient et comprise par lui. Le médecin doit s'en assurer.

Il faut mettre les patients à contribution physique, psychologique et financière. Il faut intégrer le patient dans la démarche de déprescription, dans une relation de confiance réciproque, en le responsabilisant, en le faisant participer activement tout en l'accompagnant dans son effort de volonté et dans sa volonté d'efforts.

« Oui, il faut que les patients soient responsables d'eux-mêmes. » (Patient n°2)

« Il faudrait que le patient soit sage. Moi par exemple je devrais faire un régime et je suis sûre alors que je n'aurai plus de médicaments, du moins pour le diabète. » (Patient n°12)

« La déprescription c'est une très bonne chose, si ça accompagne un effort que peut et veut faire le patient pour atténuer ou combattre ses problèmes, ça montre les progrès personnels qu'on fait. Le médecin fait son travail, mais le patient est aussi responsable de sa santé. » (Patient n°15)

Le regard critique du patient sur son traitement, qui peut jouer en faveur d'une déprescription, doit être développé. Le patient n'a pas nécessairement besoin de connaissances médicales pour cela. Il doit avoir des informations sur les bénéfices et les risques de chaque médicament et on doit surtout lui faire comprendre qu'il est aussi maître de sa prise en charge, qu'il en est le premier évaluateur clinique, qu'il peut et doit se permettre des critiques sur son traitement mais également sur son médecin prescripteur.

« Il faut résister à la tentation d'être pétrifié par les paroles de son médecin qui seraient en or. » (Patient n°25)

Les patients âgés ont du mal à faire la distinction entre les symptômes liés au vieillissement et ceux liés aux effets secondaires des médicaments. Il faut leur donner la capacité de pouvoir faire cette différenciation.

Le patient doit être actif dans la démarche de déprescription et y participer pour qu'elle réussisse. Les efforts qui lui sont demandés doivent être adaptés à ses capacités, accompagnés et soutenus par le ou les médecins qui le suivent. Avant de commencer toute démarche, il doit lui-même être convaincu que la déprescription lui sera bénéfique et non l'inverse. La relation médecin-malade permet d'élaborer une négociation, un contrat de prise en charge des pathologies et des objectifs thérapeutiques, dont le patient est partie prenante. La déprescription passe aussi par cette négociation.

Education et prévention des patients

L'éducation des patients et la prévention ont toute leur place dans la limitation de la prescription chronique. Dans ce sens, elles retardent son instauration. Il ne faut pas oublier que c'est avant tout un médicament qui est prescrit et non une durée, voire une chronicité. Il faut toujours laisser au patient, une porte ouverte sur la possibilité que son traitement pourra être modifié, retiré, déprescrit.

L'essentiel est d'éduquer les patients sur leurs médicaments et les risques des polyprescriptions, sur leurs maladies et leurs prescriptions. Ainsi ils pourront mieux comprendre et s'investir dans leur traitement. Il faut qu'ils apprennent à critiquer leurs prescriptions afin d'initier eux-mêmes l'idée de déprescrire. Il faut leur faire comprendre que la déprescription est possible même dans les maladies graves, qui peuvent guérir, évoluer et que déprescrire est également possible, même quand on est dépendant à un traitement.

« Evidemment, les patients n'ont aucune compétence ils peuvent s'étonner d'en avoir beaucoup et se poser la question mais le médecin est responsable de tout ça. » (Patient n°26)

«Le médicament, si j'en n'ai pas besoin je ne le prends pas, je veux savoir pourquoi j'en ai besoin et qu'est-ce que je crains si je ne le prends pas.» (Patient n°5)

« Déprescrire oui mais en accord avec le patient, et le justifier. Il ne faut pas seulement arrêter pour arrêter. » (Patient n°6)

Il faut leur expliquer les tenants et aboutissants de la prescription, tout comme ceux de la déprescription, bien définir le terme déprescrire pour ne pas les effrayer, et leur faire comprendre que les médecins continueront à prescrire !

Il faut leur expliquer les avantages de la déprescription et les moyens d'y arriver tout en restant franc sur les risques et les inconvénients de la démarche, mais sans les inquiéter. Rassurer les patients exige du temps, surtout lorsqu'il s'agit de les rassurer autrement que par des médicaments. Prescrire et renouveler les ordonnances est plus rapide que de parler et d'expliquer.

« Au début ça n'a rien changé, mais à un moment, mes pieds ont regonflé et j'étais sûre que c'était parce que j'avais arrêté le médicament mais en fait non et mon médecin m'a expliqué que ça n'avait rien à voir et c'est passé tout seul... Heureusement qu'il a pris le temps de m'expliquer et de me convaincre. » (Patient n°12)

La déprescription est une démarche pédagogique. On constate que la population de cette étude, qui est constituée de plus de 50% de cadres (Table 2), montre néanmoins des ambivalences du type : "Mon ordonnance est idéale mais j'aimerais bien diminuer mes médicaments", ainsi qu'un "mysticisme" important dans la relation au MT et au médicament. Si la nécessité de pédagogie semble évidente pour cette population (de cadres indéniablement éduqués), qu'en sera-t-il alors pour la population globale, où la catégorie socio-professionnelle la plus représentée n'est pas celle des cadres ?

Les patients sont rassurés de prendre leurs médicaments. Ils les protègent de la maladie et de la mort. Il faut parvenir à rassurer les patients avec d'autres moyens que le traitement médicamenteux. Il ne faut pas leur laisser croire que le médicament est le remède miracle, vainqueur ultime de tous les maux, ni leur imposer un traitement comme un devoir, une obligation ou une punition.

« Les gens d'aujourd'hui demandent beaucoup de médicaments ! Ils pensent que ça va leur éviter de mourir !!! » (Patient n°5)

Rassurer c'est diminuer l'angoisse. Cela demande du temps. La formation du médecin en psychologie est alors indispensable.

En outre, il faut laisser au patient la possibilité d'envisager lui-même, d'autres alternatives à son traitement médicamenteux.

Les commentaires de patients font apparaître la notion de fixité, d'immuabilité de l'ordonnance. La déprescription semble être pour eux synonyme de retrait définitif d'un produit qui leur permet de vivre, de vivre plus longtemps, de vivre plus confortablement.

L'arrêt éventuel de prise génère chez certains, l'angoisse du retour de souffrances physiques ou psychologiques anciennes.

Tout ce qui est définitif fait peur. Il faut faire comprendre aux patients que ni la prescription, ni la déprescription ne sont définitives. Le médecin prescrit un médicament, il peut le déprescrire, il peut le re-prescrire, et le médicament gardera la même efficacité. Tout dépend de la balance bénéfique/risque et du véritable intérêt du patient.

« On a essayé d'arrêter le Prozac® car j'allais mieux, j'étais toute contente au début, c'était à ma demande, mon MT était d'accord, alors on a essayé. C'était pas terrible après l'arrêt, j'étais de nouveau mal, alors on l'a repris. Je n'ai pas peur d'essayer d'arrêter si c'est sous contrôle médical uniquement. Quand il y a un échange vrai et de la confiance réciproque il n'y a pas de problème. » (Patient n°13)

4.3.2. L'entourage, les aidants

Investir les aidants dans les traitements et les démarches

Il faut inciter les patients à partager leur vécu et la gestion de leur traitement avec leur entourage, qui peut les aider à accepter leur traitement et le faire évoluer.

« Esberiven® ça ne sert à rien, et moi j'insistais pour le garder, c'était dans ma tête. Mon MT voulait l'enlever. On l'a fait au moment où quelqu'un d'autre (ma sœur pharmacienne) m'a dit que ça ne servait à rien. Il fallait que quelqu'un d'autre en plus de mon médecin me le dise pour que je sois convaincue que j'en avais besoin que dans ma tête et que ça servait vraiment à rien. » (Patient n°12)

Il faut les encourager à ne pas cacher leur traitement à leur entourage, les pousser à en parler, sans se sentir pour autant agressés dans leur vie privée, dans leur intimité. Le but est que leur traitement soit moins lourd à porter et, si changement il y a, qu'ils puissent être mieux aidés par leur entourage, au courant de la situation. Le médecin peut être une aide médiatrice entre le patient et sa famille proche, pour faciliter la communication par rapport aux traitements. Cependant, il ne faut pas négliger les difficultés de cet entourage, de ces aidants, et les prendre également en charge en cas de besoin. Il faut, par des aides multiples, prévenir leurs difficultés, en faisant attention à leur épuisement et ce que Zarit a appelé le « fardeau » des aidants [18]. Ce fardeau, difficile à vivre, peut avoir comme réponse le médicament et dans ce cas, l'aidant ne constitue plus une aide quant à la déprescription.

4.3.3. Le médecin traitant

Le pouvoir du médecin traitant

Le médecin reste un acteur principal dans la société. Il a un rôle et une place très importante aux yeux des patients. Même si on ne peut plus, à notre époque, parler de paternalisme, la relation médecin-malade demeure marquée par une hiérarchie indiscutable. Cependant, le patient gagne chaque jour en droits et en pouvoir via les divers accès aux connaissances médico-scientifiques. Il doit aussi gagner en devoirs et la déprescription en fait partie, comme pour le médecin. C'est au médecin de penser à la déprescription même si le patient doit y être actif.

« Ça fait partie de l'éducation par le généraliste avec une certaine autorité : on peut toujours en enlever. » (Patient n°16)

« Il faut que les patients soient d'accord pour déprescrire mais surtout que les médecins influent les patients car ils sont démunis, et sont persuadés que les médicaments ça sauve de tout. Les médecins doivent être didactiques. » (Patient n°22)

Le patient qui a plusieurs prescripteurs peut être aussi mal à l'aise par rapport à la déprescription : à qui le demander, avec qui le faire, à qui faire confiance ?

C'est au MT d'initier et de suivre la déprescription, même si la collaboration dans la démarche des autres prescripteurs est une bonne chose. L'idéal reste la prescription d'une seule ordonnance,

centralisée par le médecin référent, qui regroupe tous les traitements et les réévalue. Avoir plusieurs prescripteurs augmente les polyprescriptions. Pourtant, si ces prescripteurs se mettent d'accord sur une déprescription chez un de leurs patients, ils peuvent avoir un plus grand impact auprès de lui et mieux l'accompagner dans la démarche. L'essentiel réside dans le fait d'être totalement d'accord sur le médicament à déprescrire et la façon de le faire, afin que le patient ne se sente pas en insécurité. La collaboration entre les différents médecins d'un même malade est indispensable pour ne pas que la déprescription de l'un pose des soucis déontologiques vis-à-vis des autres.

Est-ce que quelqu'un vous a déjà dit que vous preniez trop de médicaments ? « Aucun médecin en tout cas ! » - (Patient n°13)

Le médecin qui déprescrit ne doit pas avoir peur. Beaucoup de médecins ne proposent pas de déprescription à leurs patients, car ils sont persuadés d'avance qu'ils vont dire non : chez des patients trop anxieux, trop dépendants et demandeurs de leur traitement, ils pensent que la déprescription serait immanquablement un échec. Pour être persuasifs, il faut d'abord qu'ils soient eux-mêmes persuadés que cela est possible et que cela n'entravera en rien le lien de confiance avec leurs malades. La confiance est primordiale dans la relation médecin-malade, mais le médecin ne doit pas penser que déprescrire va rompre cette confiance. Il faut qu'il soit persuadé que le patient aura confiance en lui, si ses prescriptions sont justes et efficaces. Le patient voit la prescription de l'ordonnance comme un cadeau, un don du médecin. Il faut qu'il intègre que la déprescription en est également un. C'est une démarche de confiance réciproque.

« Je préfère mon MT, car j'ai surtout confiance en lui. » (Patient n°11)

« C'est lui le médecin, je me fie à l'homme de l'art. » (Patient n°19)

« Mon médecin est parfait, j'ai une confiance absolue, elle fait ce que je lui demande exactement. » (Patient n°23)

En outre, le médecin peut avoir peur de déprescrire, ne sachant pas quoi proposer au patient, en alternative au médicament. Cet aspect doit entrer dans sa formation à la déprescription.

Déprescrire est une démarche qui demande beaucoup de temps et d'énergie aux praticiens. Ils doivent connaître suffisamment leurs malades et leurs traitements pour pouvoir envisager de déprescrire.

« Il faut que le docteur connaisse son malade, j'avoue que mon MT me connaît tellement bien, alors qu'à l'hôpital par exemple... » (Patient n°10)

Pour surmonter ces obstacles, il est primordial d'aider le médecin à sortir du « parapluie médicament qui le protège de tout ».

Le médecin s'y cache facilement, car il n'est pas persuadé de son pouvoir réparateur propre, personnel, en tant que soignant limitant ses prescriptions. Il est nécessaire de proposer d'autres alternatives thérapeutiques au médicament afin de transmettre ce pouvoir réparateur. Il ne faut pas négliger l'impact de l'effet placebo de la simple présence du médecin, ce qu'on pourrait appeler « l'effet médecin ».

« Il y a un effet placebo aussi, scientifiquement un médicament sans effet peut en avoir un sur le psychologique. » (Patient n°21)

L'effet placebo, scientifiquement défini comme l'écart positif constaté entre le résultat thérapeutique observé lors de l'administration d'un médicament et l'effet thérapeutique prévisible en fonction des données strictes de la pharmacologie, ne s'applique pas uniquement aux substances médicamenteuses mais aussi aux examens complémentaires et comportements de soins divers qui ont pour but de satisfaire le patient.

Toutes les maladies sont sensibles à l'effet placebo, c'est son intensité qui est variable. L'effet placebo ne repose pas sur l'efficacité d'une substance mais sur l'attente du patient, sur le rôle du médecin ainsi que sur l'intention thérapeutique. Il illustre l'influence du mental sur l'organisme, la psychosomatique.

Le médecin a un effet placebo-induction par sa dimension « chamanique ». Sa personnalité, son charisme, l'attention portée au patient, sa compassion, ses propres croyances et sa façon d'argumenter ou non ses prescriptions, sa présentation des médicaments, son rituel médical jouent un rôle dans l'efficacité du placebo ; mais aussi, sa notoriété, ses titres, compétences, la durée et le prix de ses consultations, la durée d'attente pour être consulté... La qualité de la relation médecin-malade majore également cet effet. Il n'existe pas de profil type de médecin placebo-inducteur. Ces caractéristiques propres au médecin sont à utiliser pour tout acte de soin : prescription comme déprescription.

Il n'a pas non plus été mis en évidence de profil type de patient répondeur au placebo, que ce soient des critères intellectuels, culturels, ethniques ou psychopathologiques. Trois dimensions entrent en compte pour la placebo-réponse : le conformisme, la souffrance et l'attente. En revanche, les pathologies répondant au placebo sont celles dont la charge émotionnelle et la part psychosomatique sont les plus grandes. Plus la charge psychosomatique des symptômes est grande,

plus l'attente générée par la souffrance est forte et plus grandes seront les chances de placebo-réponse.

L'effet placebo est très intéressant car il est omniprésent dans le métier de médecin généraliste. Le comprendre, le repérer et savoir l'utiliser peut apporter beaucoup au sein de la relation médecin-malade et donc de la thérapeutique.

Former les médecins à la déprescription

Il faut former les médecins à mieux prescrire et à déprescrire. La formation continue, la formation au bon usage des médicaments, et la formation à l'évaluation de la balance bénéfique/risque pour chaque malade selon les exigences de l'Evidence-Based Medicine (EBM) sont des aides importantes pour que les médecins parviennent à déprescrire. Il faut éviter de trop déprescrire sur des arguments pharmacologiques [13].

« Déprescrire n'importe comment ce n'est pas possible. » (Patient n°18)

« Non à la déprescription sauvage ! Réduire pour réduire sans penser aux conséquences, ça non ! Déprescrire oui, que si on est sûr que la prescription est inutile. » (Patient n°21)

« Déprescrire pour déprescrire ça n'a aucun sens. » (Patient n°25)

« Les médecins sont moins bien formés qu'avant, ils ont un moins bon diagnostic qu'avant cliniquement et donc ils se cachent derrière le parapluie médicament qui protège de tout. » (Patient n°26)

Par ailleurs, il faut donner aux médecins la possibilité financière de déprescrire. Le paiement à l'acte va à l'encontre de la déprescription. Il pousse le médecin à multiplier ses actes, à diminuer la durée de ses consultations.

« Le médecin c'est son rôle d'être du côté des patients, et pas de la sécu malgré la pression de la sécu et des laboratoires de l'autre côté... C'est pas logique tout ça ! » (Patient n°6)

« Les médecins sont compétents. Toute prescription est utile dans la mesure où le médecin est compétent. Le visiteur médical qui fait le forcing...ça existe aussi ! » (Patient n°21)

Oser déprescrire

« Je suis d'accord de diminuer si mon médecin traitant me le propose et je verrais ce que ça donne comme résultat mais si mon état clinique régresse alors je reprendrai le traitement initial. » (Patient n°1)

« Des gens croient qu'en avalant tous ces médicaments ils ne vont jamais mourir ou être malade. C'est pas vrai ! C'est au médecin de faire une balance, de proposer, de diminuer, le patient n'a pas grand-chose à dire, c'est pas difficile si c'est pour leur bien ? » (Patient n°28)

Il faut oser déprescrire, commencer par faire un essai sans le médicament puis réévaluer avec le patient la situation. La déprescription n'est pas définitive ou irréversible en cas d'échec. Le médecin doit être présent avant, pendant et après la démarche. Le suivi et l'accompagnement du patient sont indispensables.

« Quand on préconise un traitement c'est qu'il y a une manifestation, un symptôme. Mais supprimer c'est quelque chose qu'on peut faire temporairement et se rendre compte si la manifestation revient. » (Patient n°16)

« Je suis d'accord pour essayer si on se revoit après la semaine d'arrêt et on continue à voire ensuite si ça va et qu'on peut vraiment changer et arrêter. » (Patient n°27)

Encore une fois, l'explication des avantages de la déprescription doit être faite et répétée par le médecin mais aussi les autres professionnels de santé rencontrés (pharmaciens, infirmières, hospitaliers...). Les patients doivent être accompagnés et soutenus tout au long de la démarche. Les proches, s'ils sont absents, doivent être remplacés par des auxiliaires de vie, des aides à domicile afin de diminuer la solitude de ces patients, qu'ils combent en partie par leurs médicaments et leurs soins médicaux.

Prescrire juste (et ne pas uniquement prescrire)

L'important aux yeux des patients est que le médecin prescrive juste et efficacement. En un sens, la justesse d'une prescription est très proche de la balance bénéfice/risque. Les patients comprennent cette notion. C'est au médecin de l'évaluer à chaque prescription, à chaque renouvellement d'ordonnance. Le médecin doit intégrer le patient à l'évaluation de cet équilibre. Même si, bien sûr le patient n'a pas nécessairement les connaissances théoriques des médicaments et de leurs indications, il peut, par les effets secondaires ressentis ou appréhendés, la notion de toxicité d'une molécule qu'il peut avoir acquise ou l'expérience de son entourage, faire prévaloir un avis de poids

dans cette évaluation. Nous l'avons dit, c'est aussi au médecin d'éduquer son patient par rapport aux dangers des médicaments.

Il est certes plus difficile pour le médecin de faire marche arrière dans ses prescriptions en justifiant qu'elles ne sont plus nécessaires ou qu'elles sont même devenues négatives pour le patient, que de les justifier comme indispensables au moment de leur première prescription. C'est pourquoi il faut bien réfléchir avant de prescrire et poser les conditions d'une prescription quand elle s'annonce être sur le long terme.

L'habitude est l'ornière de la prescription. Le renouvellement automatique est un frein à la déprescription. Le premier réflexe du médecin est la prescription. Il faut s'habituer à dire non aux patients pour ne pas prescrire des médicaments inutiles, inappropriés ou dangereux qui seront difficiles à déprescrire [2]. C'est une question de conscience des médecins vis-à-vis de leurs patients, des laboratoires et finalement d'eux-mêmes.

« Si le patient exige absolument, peut-être que le médecin cède oui, et qu'il lui prescrit ce que le patient veut ! C'est peut être aussi une question de conscience des médecins qui ont eu tendance à prescrire largement, de peur de ne pas faire aussi bien avec moins de médicaments. » (Patient n°21)

« Qu'un médecin se laisse influencer par le patient c'est pas à son honneur. » (Patient n°26)

Les prescriptions liées aux pathologies chroniques doivent être optimisées pour que les patients n'intègrent pas la notion de fatalité : les traitements pourront changer, évoluer, être retirés. La notion du traitement prescrit un jour et pour toujours est à bannir.

« Il y aurait quand même un intérêt pour le patient à déprescrire, plus que pour la société, je regrette un peu aujourd'hui d'avoir accepté un traitement à vie. » (Patient n°9)

« Je pense qu'on peut diminuer dans une certaine proportion. On essaie d'avoir l'optimum et l'optimum c'est 100% de guérison, 100% d'amélioration. Pourquoi ne pas diminuer si en diminuant les médicaments de moitié par exemple, on obtient 80% de rapport qualité médicament/amélioration. Le médecin lui vise toujours 100% d'amélioration mais on accepterait de passer à 80%. » (Patient n°19)

« Quand on est jeune on a intérêt à s'en passer, mais le faire le plus tôt possible, les jeunes on leur donne confiance en eux même, ils doivent faire du sport, lire, être entourés, sortir mais pas prendre des médocs. Il ne faut pas commencer à leur en prescrire. » (Patient n°23)

« J'aime pas les médecins qui vous donne une liste longue comme ça, il y en a quand même qui exagèrent beaucoup. » (Patient n°26)

« Des médecins pensent avoir une mauvaise prescription si la liste n'est pas exhaustive. » (Patient n°26)

La maladie porte atteinte à la composante narcissique de l'être humain. Etre malade porte atteinte à l'image idéale de soi, insinue un sentiment de faiblesse et crée une situation de dépendance. Il faut être particulièrement attentif au moment de la prescription d'un médicament dont on sait que la prise va être chronique. La chronicité est source de nombreux aléas. La dépendance en fait partie. Elle est l'un des principaux freins à la déprescription.

Gérer la dépendance et le syndrome de sevrage

Les patients qui ont une polyprescription finissent par prendre leur traitement par habitude, par automatisme et atteignent le plus souvent un équilibre physique et psychologique sous traitement. La déprescription perturbe cet équilibre. Psychologiquement, le patient modifie alors sa perception de sa maladie et de son état de santé.

Même s'il peut se réjouir à l'idée d'une déprescription, le patient craint que les symptômes physiques qui s'étaient stabilisés ou effacés sous traitement ne réapparaissent. Ce qu'il craint, c'est la réapparition du symptôme présent avant l'instauration du traitement. Il se peut qu'il ne se souvienne pas réellement de la nature exacte de ce symptôme mais il craint surtout l'idée qu'il s'en fait et ce qui s'y associe (la maladie, la souffrance, l'angoisse). Le médecin doit instaurer ici la notion du temps. Le patient doit comprendre qu'au « temps zéro » il avait ce symptôme, cette souffrance, effacés par le médicament mais qu'au « temps t », ils seront différents et pourront même être absents. Le temps les a fait évoluer, tout comme le patient a lui-même évolué depuis l'instauration du traitement.

La déprescription peut rassurer et réjouir un patient optimiste, mais elle peut aussi angoisser et déprimer un patient plutôt anxieux et en proie à un besoin d'attention en raison d'un état de santé défectueux. C'est pourquoi il est important pour le médecin qui la propose, de soigner son approche auprès du patient afin de perturber le moins possible son équilibre et de poursuivre une démarche thérapeutique efficace et adaptée.

« J'ai demandé à ce qu'elle me justifie pourquoi elle voulait me l'enlever. J'ai peur de ne pas dormir et du coup je mange un truc sucré, je vis dans l'angoisse. Mon organisme est habitué au Tranxène® et à être constipé donc je ne peux pas enlever le Forlax® du coup et pourtant je fais un régime crétois parfait. » (Patient n°23)

Le syndrome de sevrage à l'arrêt des traitements est une des conséquences les plus redoutées de la dépendance. Il est redouté par le patient comme par le médecin. Face à cela, le déprescripteur doit avoir des outils solides pour arriver à ses fins.

L'entretien motivationnel fait partie de ces outils [19][20][21][22].

« Développé au cours des années 80 aux Etats-Unis et au Royaume-Uni avant de se diffuser plus largement dans le monde, ses applications se font généralement dans le champ de l'éducation sanitaire, et en particulier dans le traitement des dépendances aux substances psycho-actives.

C'est une méthode de communication directive, centrée sur le patient, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Il s'agit d'un style d'intervention, d'une modalité particulière d'interaction avec le patient, orienté vers un objectif déterminé, par exemple l'abandon ou la diminution du comportement à risque. Il se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante favorisant le changement de comportement et de style de vie du patient. Il s'appuie sur des principes qui mettent en avant la responsabilité du patient dans son cheminement.

L'ambivalence est naturelle devant toute perspective de changement. En la respectant, en l'explorant, en élucidant les valeurs propres et les perceptions du sujet, la relation vise à augmenter la motivation au changement. C'est au patient de formuler les arguments en faveur du changement. Ses préoccupations prennent le pas sur celles de l'intervenant.

L'entretien motivationnel s'avère ainsi particulièrement utile dans les situations où les patients sont en difficulté pour reconnaître la gravité d'un problème. L'instauration d'une relation de collaboration permet alors de faire face à une faible motivation initiale, difficile à aborder par les méthodes thérapeutiques habituelles. Ces situations se rencontrent fréquemment dans le traitement des dépendances aux substances, où la dénégation du problème et l'ambivalence vis-à-vis du changement sont caractéristiques.

Dans les situations où le comportement d'un sujet est un élément déterminant du pronostic, comme dans le traitement des maladies chroniques ou la gestion individuelle des facteurs de risque (diabète, obésité, sédentarité, hypercholestérolémie), l'approche motivationnelle augmente l'efficacité du conseil thérapeutique.

Les principes fondamentaux de l'entretien motivationnel sont :

- manifester de l'empathie : acceptation non jugeante, considérer l'ambivalence comme normale ;
- faire émerger les contradictions entre le comportement actuel du patient et ses valeurs ;
- éviter l'affrontement: accepter et normaliser la résistance du patient ;
- soutenir et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle: changer, "ça ne va pas de soi", seul le patient peut prendre la décision.

Il faut garder en mémoire les trois conditions nécessaires au changement:

- que ce soit important pour le patient ;
- qu'il ait confiance dans sa capacité ;
- que ce soit le bon moment.

L'apprentissage des principes fondamentaux de l'entretien motivationnel est tout à fait compatible avec des modèles théoriques de références classiques et sa mise en pratique s'intègre à une expérience professionnelle déjà rodée. Son style original privilégie la collaboration entre l'intervenant et le patient en direction d'un objectif réaliste. On renonce ainsi à la prescription du changement qui induit chez le patient des réactions de résistance fortement prédictives du maintien du comportement problématique» [23].

Le médecin doit également savoir repérer les médications à plus forte dépendance en fonction des patients, pour mieux les encadrer, les substituer le moment venu et mieux accompagner les patients. La gestion de la dépendance et du syndrome de sevrage dans la déprescription passe aussi par la formation des médecins (initiale et continue), en particulier à cette technique d'entretien motivationnel. En outre, les thérapeutiques non-médicamenteuses, comme les psychothérapies cognitivo-comprtementales, sont des aides face à la dépendance et au sevrage ; le médecin doit savoir les proposer au patient [2]. Il faut évaluer et mesurer la dépendance de chaque patient. Il faut la diminuer, la contrôler et essayer de l'éviter.

Bien sûr, la déprescription est plus ou moins facile en fonction du type de médicament. Pour ce qui est des antiHTA, on peut se demander si la déprescription est possible. Par exemple, il a été montré qu'une bonne représentation de la maladie hypertensive par les médecins motivés entraînait un meilleur contrôle tensionnel chez leurs patients [15]. Le contrôle de l'hypertension artérielle n'est donc pas uniquement lié au médicament ; serait-il alors possible d'en prescrire moins en augmentant la motivation et la bonne représentation des médecins et des malades face à la maladie ?

4.3.4. Le médicament

Changer le rapport au médicament

Tant que les patients mais aussi les médecins resteront persuadés culturellement, que les médicaments sont les meilleures armes face à la maladie et à la mort, et même s'ils ont conscience de leurs dangers, il sera difficile d'envisager une déprescription. Pourtant, la tendance actuelle de détournement vers les médecines parallèles et alternatives, dans un contexte de méfiance croissante pour les thérapeutiques chimiques industrielles, tourne peut-être en sa faveur.

Il faut cesser de faire croire aux patients que les médicaments empêchent de mourir et sont la solution à tout. Les patients doivent pouvoir mettre en parallèle la notion de danger et celle de besoin du médicament. La prescription d'un médicament n'est ni une punition, ni une récompense ; il en va de même pour la déprescription.

Il est nécessaire de diminuer la facilité d'accès à certains médicaments, ce qui passe aussi par la diminution du remboursement des médicaments inutiles, inappropriés ou dangereux. Les patients le disent eux-mêmes.

« La déprescription c'est indispensable car on a trop de médicaments. En France, c'est le régime financier social qui a autorisé et lancé la dynamique de consommation. » (Patient n°16)

« Au début c'était nouveau que les gens puissent se soigner il y a 60 ans, donc on a été attiré et maintenant on peut plus s'en passer. Mais les patients, ils consomment d'abord parce que c'est gratuit. » (Patient n°22)

« Tout le monde en avale trop. Que faire pour que les gens soient rassurés, plus calmes, comment faire ? Des campagnes en leur disant qu'ils en prennent trop, dérembourser un certain nombre aussi... » (Patient n°25)

« Il faudrait moins rembourser, si ils le payaient vraiment ils consommeraient moins, faut les mettre à contribution ! Il y a des médicaments dont on n'a pas besoin : pour le cholestérol...on en prend pour ne pas en avoir c'est ridicule ! » (Patient n°28)

L'idéal serait d'investir l'argent ainsi économisé dans le remboursement des soins alternatifs et l'accès aux soins paramédicaux, sans toutefois prescrire des soins alternatifs ou traitements n'ayant pas fait leurs preuves d'efficacité selon l'EBM.

« Pour le traitement psy, je ne peux pas lui demander si on peut arrêter, je n'ai pas les moyens de payer une thérapie à la place... » (Patient n°6)

La relation de l'être humain au médicament est devenue réellement problématique. Symbole, besoin et dépendance s'y entremêlent. Le problème vient essentiellement du fait que les patients aiment prendre des médicaments. Leur consommation est indéniablement liée à la notion de plaisir. Il est presque choquant de voir que le patient attend du médecin qu'il explique et justifie la déprescription et non la prescription. Le médicament est devenu la monnaie d'échange entre le médecin et le malade.

Il faut que le patient, avec l'aide du médecin, redéfinisse la place et le rôle du médicament dans sa vie. Il faut redéfinir les notions de « besoin » et d'« utilité » du médicament. Mais qui doit le redéfinir ? Le médecin pour le patient ? Le patient pour le médecin ?

Il y a les patients qui aiment et demandent à prendre des médicaments car cela leur rappelle et valide leur statut de malade, dont ils ont besoin pour exister aux yeux des autres et au sein de la société. Ici, c'est le rapport à la maladie qui est problématique.

« Beaucoup de gens ne sont pas si malades que ça. Ils croient être très malades mais ils prennent des médicaments juste pour en prendre. » (Patient n°8)

« L'Uvedose® c'est un truc de confort, c'est pas vraiment un médicament. » (Patient n°22)

Mais il y a aussi les autres, qui ne supportent plus le statut de patient, et leur dépendance médicamenteuse qui est justement perçue comme politiquement incorrecte aux yeux des autres.

« C'est désagréable psychologiquement d'en prendre autant, on se dit qu'on vieillit, la ramette de couleur c'est sinistre, le médicament est une preuve du déclin de la personne. » (Patient n°15)

L'idéal pour tout le monde devrait être de ne pas avoir de médicament, donc de ne pas être malade en quelque sorte. Pour cela, il faut favoriser la prévention des maladies selon le dicton « mieux vaut prévenir que guérir ».

Les patients âgés et isolés qui refusent la déprescription, alors qu'ils font partie de ceux qui en auraient le plus besoin, n'arrivent pas à faire pencher la balance de la déprescription à leur avantage. La démarche demande un investissement personnel qu'ils ne sont plus prêts à faire. Le fait de prendre son traitement depuis tant d'années, entraîne une dépendance physique et psychologique non négligeable. Ils voient leur médecin comme un ange-gardien qui les soutient surtout par la prescription médicamenteuse, qui sonne comme une promesse, une garantie contre tous les maux.

Il y a peut-être aussi une explication générationnelle au refus des actuels patients âgés de déprescrire. En effet, ils sont marqués par une sorte de "superstition" et une très grande rigidité à revenir sur des croyances déjà établies, même si la voix qui leur parle a force de vérité. Les médecins et la société leur ont toujours dit que les médicaments étaient bons pour eux, il est donc très difficile de revenir dessus. C'est un trait de caractère qui va probablement aller en s'atténuant, avec les nouvelles générations post-baby-boom plus habituées (de par leur éducation) à remettre en cause leurs savoirs.

Elargir l'offre de soins : proposer autre chose à la place du médicament déprescrit

Les patients disent davantage oui à la déprescription quand leur médecin leur propose une alternative non-médicamenteuse à leur médicament déprescrit. Les patients en proposent des exemples d'eux-mêmes : de simples conseils de vie saine, des règles hygiéno-diététiques avec un accompagnement par un nutritionniste, des séances de kinésithérapie, d'ostéopathie, l'homéopathie, l'acupuncture, la relaxation, la psychothérapie...

Il faut pouvoir proposer une alternative au patient s'il ressent le besoin de combler le vide laissé par le médicament déprescrit. Il faut que l'apport du médecin lui soit aussi bénéfique, réponde aussi bien à ses besoins, conserve la qualité de vie obtenue sous traitement, sans passer nécessairement par les médicaments. Il faut « *trouver quelque chose d'autre qui me fera autant d'effet que le médicament.* » (Patient n°18)

« *Oui, c'est toujours possible de déprescrire, mais bon, il faut proposer autre chose à la place pour préserver la qualité de vie des gens. Moi, je veux bien qu'on essaie, mais faut pas me laisser sans rien.* » (Patient n°6)

« *Je fais confiance au médecin qui me soigne et si à la place de l'Uvedose® ou Cacit® il suffit de manger trois oranges je le fais et c'est mieux pour tous ! Ou si on dort mal, on peut nous dire qu'on ne prescrit pas de médicaments mais une tisane par exemple.* » (Patient n°22)

« *Je crois que j'attends ça, trouver quelque chose d'autre qui va me faire autant d'effet que le médicament.* » (Patient n°25)

4.3.5. Les autres professionnels de santé

Quant aux autres professionnels de santé, les patients parlent essentiellement des pharmaciens. Ils constituent la deuxième étape d'accès aux médicaments, après la consultation médicale. Avec l'automédication et la vente sur conseil pharmaceutique, ils deviennent souvent le premier et unique

recours. Le pharmacien joue un rôle essentiel dans notre société, voire croissant. Non seulement il est habilité à délivrer les traitements, à conseiller les patients, mais aussi à respecter ou à faire évoluer les prescriptions des médecins.

Actuellement, la distribution des médicaments n'est pas optimale. La délivrance par boîtes dont les quantités sont calculées globalement au(x) mois a pour conséquences non seulement l'impossibilité pour les patients de tout consommer mais encore la tendance chez les mêmes patients d'accumuler chez eux des stocks « au cas où ». Ces phénomènes vont à l'encontre de la déprescription.

« J'en sais rien, mais les pharmacies font quand même des affaires... » (Patient n°7)

« Mais il y a aussi le problème des pharmaciens, qui délivrent trop pour un mois, moi je ne veux pas avoir une pharmacie chez moi, bien sûr que ça pousse à consommer, ils vous poussent à prendre plein de trucs car il paraît que c'est pas facile pour eux non plus en ce moment... » (Patient n°12)

« Non, je ne pense pas que je prends trop de médicaments. La preuve, même le pharmacien a dit : vous avez une bonne santé pour supporter tout ça ! » (Patient n°19)

Il serait alors judicieux de ne pas délivrer à la boîte mais au nombre exact de comprimés, et d'améliorer les préparations des médicaments (pilulier, participation de l'entourage et participation active du patient tant qu'elle est possible...).

« Il y a un gâchis quand même, en Hollande si on donne pour 10 jours on compte 10 jours alors ici on donne une boîte de 30 jours. » (Patient n°23)

Le problème du pharmacien réside dans son besoin de rentabilité. Bien sûr, cet impératif est aussi présent chez les médecins, mais nous l'espérons moindre. Les serments de Galien (pour les pharmaciens) et d'Hippocrate (pour les médecins) se rejoignent sur le sujet :

« Je jure...d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement. » - Serment de Galien.

« Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. » - Serment d'Hippocrate.

Il est donc évident que la société de consommation, telle qu'elle est organisée autour de lui, privilégie la place du pharmacien comme distributeur de médicaments et non comme régulateur de leur distribution.

Les patients évoquent ensuite le rôle des laboratoires pharmaceutiques dans la surenchère des prescriptions. Ils font aisément les liens entre laboratoires et médecins prescripteurs, laboratoires et pharmaciens distributeurs.

*« Les inconvénients de la déprescription ? C'est pour les laboratoires ! C'est la faillite pour eux ! »
(Patient n°2)*

« Le médecin c'est son rôle d'être du côté des patients...malgré la pression des laboratoires. » (Patient n°6)

« La question est complexe, on crie sur les laboratoires mais ils ont besoin de vendre, ils financent la recherche. » (Patient n°21)

Les patients parlent peu des autres professionnels de santé dans la démarche de déprescription. Les kinésithérapeutes, nutritionnistes, diététiciens, ostéopathes, acupuncteurs sont évoqués comme alternatives aux médicaments déprescrits ; infirmiers et infirmières, au contraire, ne sont pas évoqués pour aider à déprescrire.

Les patients excluent spontanément les hospitaliers en disant que la démarche de déprescription ne peut être ni initiée ni gérée par un praticien rencontré ponctuellement en situation de crise aiguë, et qui ne les connaît pas dans leur globalité.

« Je préfère mon MT car j'ai confiance en elle. Je suis d'accord pour que le médecin hospitalier déprescrive mais je fais confirmer ensuite par mon MT et c'est elle qui m'expliquera pourquoi on le fait et si on le fait vraiment. » (Patient n°11)

« Plutôt le MT car à l'hôpital, le médecin n'a pas de vue globale du patient sauf s'il prouve que de façon clinique les traitements sont contradictoires. Mais ça le MT peut le faire lui aussi. » (Patient n°16)

Il semble pourtant logique qu'un médecin hospitalier participe aussi à la déprescription. Il a, comme tout autre professionnel de santé, le devoir de repérer et d'alerter une polyprescription inappropriée, inefficace ou dangereuse pour le patient. Même s'il ne peut pas forcément accompagner la démarche, il peut la déclencher et réorienter le patient vers son MT.

4.4. Les solutions pour arriver à déprescrire, suggérées par les patients, sont-elles comparables et compatibles à celles proposées par les médecins ?

De nombreuses études ont proposé des solutions à la problématique de la déprescription telles que des plans de déprescription, des algorithmes, des stratégies, des outils d'aide aux médecins... Cependant, les résultats sont redondants et guère probants.

D'autres études ont alors essayé de comprendre pourquoi les médecins ne parvenaient pas à déprescrire, malgré ces outils et stratagèmes de déprescription. Plusieurs hypothèses ont été évoquées mais aucune étude n'avait été jusqu'alors menée auprès des patients pour identifier leurs points de vue sur la question.

4.4.1. Que disent les médecins sur la déprescription ? - Point sur les réflexions des médecins et sur certaines études effectuées auprès d'eux.

D'après P. Queneau et J. Doucet [6], dans les principes essentiels de l'acte de déprescrire, sont exposés les points suivants, selon une sorte de plan de déprescription :

- il faut établir la liste complète des médicaments avec le patient (et son entourage), ceux prescrits par l'ensemble des médecins, spécialistes, ceux pris en automédication ainsi que les traitements non pharmacologiques ;
- il faut réévaluer régulièrement : les indications de chaque médicament, leur rapport bénéfice/risque (tous les 6-12 mois) et l'observance thérapeutique ;
- il est indispensable d'identifier les prescriptions inappropriées pouvant être arrêtées, substituées ou dont la posologie peut être réduite et de simplifier le schéma des prises médicamenteuses ;
- il faut rechercher d'éventuelles interactions médicamenteuses et avoir le réflexe iatrogène. L'estimation de la fonction rénale et l'ajustement de la posologie pour que le dosage ne soit pas toxique sont primordiaux.

Plusieurs méthodes d'évaluation et d'intervention ont été étudiées, dont l'élaboration des critères de Beers en 1991 [24] (révisés en 1997, puis en 2003 [25]), des critères STOPP et START [26], et celle des questions d'Hamdy [26]. Ils s'associent à divers moyens mnémotechniques, comme les méthodes «SAIL» ou «TIDE» aidant le clinicien à évaluer la polypharmacie [28].

Il reste alors à établir un planning de déprescription en partenariat avec le patient, en justifiant la démarche, dans un contexte d'éducation thérapeutique de qualité et à le surveiller de façon attentive après déprescription.

P. Queneau, J. Doucet et F. Paille soulignent le fait que déprescrire doit être réalisé "avec précaution", en raison du risque de rebond des symptômes ou d'effets secondaires liés à l'arrêt brutal de certains médicaments. Il faut "rester pragmatique", et ne pas négliger le versant psychologique et relationnel. Ils reconnaissent qu'il peut y avoir des hésitations à la déprescription pour les médecins, qu'il s'agisse d'un frein relationnel, psychologique, ou d'une connaissance insuffisante du patient. Ils estiment également que la formation universitaire et post-universitaire sur ce sujet est insuffisante. Ils affirment que les Académies nationales de médecine et de pharmacie ont un rôle déterminant à jouer et que la Haute Autorité de Santé (HAS) elle-même pourrait rédiger des recommandations pour la déprescription, comme pour certains sevrages médicamenteux, établir une "charte de la déprescription" et intégrer la déprescription dans le code du bon usage du médicament.

En 2005, la HAS fait une revue bibliographique sur la consommation médicamenteuse chez le sujet âgé [29]. Cette revue permet de montrer que de nombreux auteurs ont déjà abordé les pièges à éviter dans les polyprescriptions, et les principes à respecter par le médecin pour une meilleure prescription, qu'il exerce en ville, en institution ou à l'hôpital [30][31][29][32][33][34][35][36]. Une liste « positive » de médicaments en gériatrie est établie, limitant aux médicaments à SMR (Service Médical Rendu) important, ceux que le prescripteur pourrait ainsi mieux maîtriser afin de limiter la iatrogénie [37][38].

La HAS s'est alors aperçue que depuis plusieurs années, de nombreux pays, notamment anglo-saxons, avaient développé des audits de prescription et des essais d'intervention pour améliorer la prescription médicale chez le sujet âgé, en définissant des indicateurs de qualité [39][40][41][42][43][44][45].

En France, la loi de santé publique du 9 août 2004 retient dans ses objectifs prioritaires l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Différents organismes mettent en place des campagnes « grand public » d'éducation des malades âgés, pour optimiser la gestion de leurs médicaments [46][47].

Cependant, la conclusion de ces travaux est qu'il y a une réelle urgence à entreprendre des actions concrètes au niveau des prescripteurs.

S. Legrain résume et répète en 2010 [48] ce que beaucoup ont déjà écrit, à savoir, que l'insuffisance de prescription, le risque iatrogénique et le défaut d'observance ne sont pas inéluctables. Elle affirme que:

- il ne faut pas prescrire sans analyse diagnostique précise ;
- il est primordial d'établir des priorités thérapeutiques, en partenariat avec le malade ;
- il faut évaluer le rapport bénéfice/risque du médicament ;
- il faut prendre en compte les comorbidités et les comédications ;
- il faut apprécier l'aptitude du patient et son observance ;
- il faut choisir une classe médicamenteuse et une galénique adaptées, penser la posologie et définir une durée ;
- il faut éduquer le sujet et/ou son entourage.

A cela, il faut associer un suivi médical adapté et vigilant, avec des indicateurs d'efficacité et de tolérance des traitements. Le traitement doit être revu dans sa globalité chaque année, lors de l'introduction d'un nouveau médicament ou de la survenue d'une nouvelle pathologie. Le généraliste est et reste le coordonnateur de la prescription, qui doit faire également attention à la sortie de l'hôpital du patient. Elle a évoqué mais brièvement, le rôle d'éducation du pharmacien.

Les difficultés pour déprescrire : l'influence du patient ?

Dans les difficultés pour déprescrire, l'influence du patient sur le médecin est plusieurs fois évoquée. Comment le patient peut-il avoir une influence sur son médecin ? Il y a l'impact direct de la relation médecin-malade, le symbole même de la prescription, la perception que le médecin se fait lui-même de son patient et les notions de temps et d'argent [49].

S.Loué affirme que l'influence médiatique et celle du patient existent [50]. Elle dit également que les personnes âgées conservent l'image du médicament miracle. Pour ce qui est de l'influence du patient sur la prescription elle fait référence au travail de L.Auvray et C.Sermet [8] qui ont souligné dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes que 70% des sujets âgés intervenaient au moment où le médecin rédigeait l'ordonnance pour en faire modifier le contenu. Elle ajoute alors que selon J.Doucet, il faut savoir « résister à la tentation de tout traiter chez la personne âgée ». Tout ce qui peut resocialiser une personne âgée malade, maintenir son autonomie et sa qualité de vie est important, mais ne passe pas obligatoirement par la prescription de médicaments. Les médecins ne doivent pas céder au « pseudo chantage » des patients. Ils doivent prendre le temps de leur expliquer, ou à l'entourage, le bénéfice de tel médicament ou tel générique, et d'expliquer une décision thérapeutique.

Pour ce qui est du rapport à l'argent, le médecin ferait peut-être davantage attention à la quantité de ce qu'il prescrit s'il sait que son patient n'est pas pris en charge par une assurance maladie et doit lui-même payer ses médicaments [51].

D. Assel [10] parle dans son étude sur la polymédication chez la personne âgée et la réflexion sur l'optimisation des prescriptions, de méthodes d'aide aux médecins pour optimiser les thérapeutiques. Elle conclut que : l'état de santé des patients chroniques peut être source de multiples plaintes dont la réponse est souvent médicamenteuse alors qu'elles nécessiteraient le plus souvent une prise en charge médicosociale et surtout une relation médecin-malade d'écoute, de confiance, et d'information permettant une analyse sensée des problèmes de santé de la personne à traiter, afin d'éviter une surmédicalisation.

Améliorer les polyprescriptions passe par une action sur chacun des différents facteurs les favorisant :

- ceux liés aux polyopathologies ;
- ceux liés au médicament et aux progrès pharmaceutiques ;
- ceux liés au prescripteur.

Sont évoqués comme essentiels pour cette optimisation : une démarche diagnostique précise, une hiérarchisation des pathologies à traiter ou à prévenir ainsi qu'une relecture régulière de l'ordonnance et des indications de prescription. Elle parle également de déprescription, du réflexe iatrogène, et des nombreux outils d'optimisation thérapeutique aidant les médecins à améliorer leur pratique de soins. Parmi eux, il y a les listes de prescriptions inappropriées à éviter (critères de Beers [17][25]), l'évaluation de la prescription inappropriée par l'index de médicament approprié (MAI) de Hanlon qui comprend 10 critères pour chaque médicament [52][53], le score du MAI générant un résultat par médicament évalué, les critères ACOVE, indicateurs établis aux USA pour les sujets âgés, pour une meilleure PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé) [54][55][56][57]. Cependant, elle insiste sur le fait qu'il n'a pas été prouvé que ces outils limitaient réellement les polyprescriptions.

Pour ce qui est de l'acte de déprescrire, il est écrit qu'il doit être réalisé avec précaution, impliquer tous les soignants et notamment le pharmacien. Il impose une information des malades et des citoyens dans le cadre d'une éducation sanitaire sur le médicament. Il est nécessaire de surveiller les malades après l'arrêt du médicament et de les impliquer dans la démarche, sans rompre le lien de confiance instauré dans la relation médecin-malade et définir ensemble les objectifs du traitement et sa surveillance.

Finalement, cette étude remet surtout en cause dans l'amélioration des polyprescriptions, les diagnostics posés par les médecins, les objectifs et priorités thérapeutiques, le défaut de réflexe de déprescription, et celui de coordination entre les différents prescripteurs.

C.Guillemaud [5] propose dans son travail de thèse de 2010, une analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale.

Est évoqué tout d'abord le rôle de la CPAM, surtout à travers la baisse du remboursement de certains médicaments dont le SMR était insuffisant. Les médecins ont en effet remarqué une diminution de demande des molécules déremboursées de la part des patients, même si certaines diminutions de prescription ont été reportées sur l'augmentation d'autres molécules.

Vient ensuite le rôle des paramédicaux et des aidants dans la prise médicamenteuse et l'information en cas de situation aiguë, qui limitent de nombreux problèmes d'observance et de iatrogénie. Cependant le problème de leur propre souffrance qui peut avoir comme réponse le médicament, est aussi évoqué.

Les patients eux-mêmes ont un rôle à jouer. La masse d'information dont ils disposent les pousse à consulter avec une idée bien précise de ce qu'ils ont et de ce dont ils ont besoin ; les demandes et « pressions » qui en découlent rendent la limitation de prescription difficile pour le médecin. L'abondance d'information est ainsi remise en question. Cependant il est écrit qu'il faut les informer, ainsi que leurs aidants, des traitements les plus indispensables, en les ayant hiérarchisés.

La dimension thérapeutique de l'ordonnance est aussi à prendre en compte, tout comme sa représentation sociale qui indique et fait reconnaître le statut de malade au patient. Les médecins disent que les patients refusent d'adhérer au projet thérapeutique en cas de modification de l'ordonnance, en raison de cette trop forte symbolique du médicament et de la prescription. En outre, ils disent que les patients s'investissent plus dans un traitement médicamenteux que non médicamenteux.

Est détaillé le rôle du médecin, de la relation médecin-malade et en son sein, la dimension matérielle et la dimension humaine qui sont toutes les deux impliquées dans le risque de la iatrogénie. Elle insiste sur l'importance d'un dialogue répété de prescription pour favoriser la compréhension du traitement par le patient.

Le rôle du médecin passe aussi par la relation médecin-médecin, impliquant la fluidité des échanges confraternels, interprofessionnels (exemple du DMP : dossier médical personnel). Elle insiste sur la

centralisation des informations, la rédaction d'une ordonnance unique et le rôle du MT comme pivot et médiateur du projet thérapeutique. Cependant, elle évoque la notion de pression exercée par les autres spécialistes, autres soignants et par l'industrie pharmaceutique.

Tenant en compte le manque de temps des médecins, elle préconise qu'il faut les aider à gérer les ordonnances complexes des patients chroniques et à réorganiser leur temps de travail pour favoriser les échanges et l'écoute. Favoriser cette communication durable nécessite une revalorisation de leur rémunération pour ce type de consultation.

C.Guillemaud s'inspire de **L'Etude Polychrome** [4], où plusieurs axes ont été retenus comme prioritaires pour optimiser les polyprescriptions en médecine générale. Les voici :

L'organisation du système de santé, avec une définition claire du positionnement de chaque acteur (référence à la loi HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires). Dans ce cadre l'amélioration des échanges entre médecins est un axe prioritaire (référence au DMP), ainsi que l'organisation professionnelle des soins par les médecins généralistes (référence aux Maisons ou Pôles de santé).

Les dispositifs d'information (médias et professionnels de santé) **et d'éducation des patients** sont majeurs ; le patient est un acteur de santé. Le travail sur des recommandations est essentiel, pour faire des groupes homogènes de patients polypathologiques afin d'aider les médecins généralistes à repérer les situations à risque qu'elles soient médicales et iatrogènes.

L'enseignement universitaire initial de médecine générale et la formation continue devront prendre en compte la gestion de ces malades polypathologiques. Les sociétés savantes de médecine générale devront travailler sur la notion de projet de soin pour un patient polypathologique et les prescriptions (médicamenteuses ou non) pour ces groupes homogènes de patients, en fonction de son âge et du contexte de vie. Ce projet devra être réévalué régulièrement. Dans cet enseignement, doivent être abordées les stratégies de choix des médicaments et les techniques de négociations avec les patients.

Des Australiens décrivent dans un article publié en 2011, la nécessité de déprescrire, les moments propices pour agir, ainsi que les conséquences potentielles de la déprescription. Ils évoquent également de la façon de déprescrire pour en limiter les conséquences [58].

Ils insistent sur plusieurs points nécessaires :

- préparer le patient et écouter ses attentes lors du démarrage d'un médicament ;
- expliquer au patient que le résultat du médicament sera surveillé ;

- expliquer la possibilité d'arrêt du médicament s'il n'y a pas d'effet bénéfique ou s'il y a un effet défavorable significatif lié au produit ;
- surveiller l'état physique et psychologique du patient à l'arrêt du médicament.

D'après leur étude, si un syndrome de sevrage ou de rebond significatif se produit, alors le médicament peut être repris. Un tel retrait pourrait alors être tenté plus tard, à un rythme plus lent. Evaluer les patients afin de savoir si les résultats sont positifs suite à la déprescription est nécessaire. Les avantages repérés et approuvés par le patient sont importants pour la poursuite de la démarche.

Ils concluent qu'une approche prudente pour déprescrire consiste à arrêter ou à réduire la dose d'un seul médicament à la fois, progressivement. Ceci permet de contrôler, de limiter le syndrome de sevrage et/ou le rebond des symptômes, tout en restant attentif aux réponses physiologiques et psychologiques des patients.

Aux Pays-Bas, une étude en focus groupes de Juin 2012 explore comment les généralistes expérimentés pensent déprescrire les médicaments chez les patients âgés polypathologiques et dans quelle mesure ils veulent les impliquer dans ces décisions [59] .

Les médecins généralistes distinguent la déprescription des médicaments symptomatiques et celle des traitements préventifs. Ces derniers sont considérés comme plus difficiles à déprescrire car les médecins ne savent pas comment expliquer aux patients leur rapport bénéfice/risque.

Les médecins généralistes ont des « croyances » par rapport aux patients. Ces croyances influent sur la déprescription. Les médecins pensent que :

- les patients n'ont pas de problème avec la polymédication ;
- les patients peuvent interpréter une proposition visant à arrêter un traitement préventif comme un signe d'avoir été abandonné ;
- les patients vont débattre avec le médecin, au moment d'une proposition de déprescription, sur la qualité de vie versus l'espérance de vie.

Ces croyances poussent les médecins à prescrire et à manifester des réticences à déprescrire, ou du moins à aborder le sujet auprès des patients. L'étude indique que ces réticences peuvent être surmontées en adaptant la formation des prestataires de soins à des compétences de communication. En effet, le fait de fournir des informations aux patients sur les risques de leurs médicaments et les avantages possibles de la déprescription semble réduire leur conflit décisionnel, tout comme celui de savoir recueillir les préférences et souhaits des patients quant à leur prise en charge.

Par ailleurs, les médecins soulignent la nécessité de l'implication du patient dans la démarche, tel que décrit dans le modèle de Holmes et le concept de prise de décision partagée du médecin et du patient [60]. La formation à la prise de décision partagée peut aider les médecins généralistes à connaître les préférences des patients.

Enfin, est évoqué la nécessité du suivi des effets de la déprescription chez les patients.

4.4.2. Mise en relation avec notre étude réalisée auprès des patients

Il est intéressant de confronter ces idées et constats apportés par les médecins à ceux apportés par les patients, pour répondre en partie au même problème : améliorer les polyprescriptions.

Patients et médecins semblent d'accord sur de nombreux points, développant les mêmes idées sur les polyprescriptions, leurs risques, les solutions possibles pour les améliorer et parvenir alors à déprescrire. Ce constat est important. Il montre que les idées sur la question sont justes, posées, analysées et qu'elles poussent à avancer dans le même sens, en faveur de la déprescription.

Les idées communément évoquées par les deux parties portent surtout sur la nécessité d'information, de formation, d'éducation et de prévention des malades comme des médecins. L'accompagnement, le suivi et la surveillance au cours de la démarche sont aussi des points de convergence, tout comme la gestion du syndrome de sevrage à l'arrêt du médicament et des phénomènes de rebond. Tout ceci nécessite l'investissement des patients comme celui de tous les professionnels de santé confondus.

Cependant il faut noter quelques différences et points peu ou pas abordés par les médecins mais que les patients, eux, évoquent, ou inversement des points évoqués par les médecins que les patients contredisent.

Le patient ne dit pas non à la déprescription

Tout d'abord, notre étude montre, contrairement à ce que peuvent dire les médecins, que les patients n'adoptent pas une posture de refus de la déprescription.

La notion de pression dont parlent les médecins, que les patients exercent sur eux pour, en quelque sorte, arriver à leurs fins et obtenir du prescripteur ce dont ils pensent avoir besoin, n'est pas perçue de la même façon par les deux parties.

Le patient pense qu'il doit être encore plus informé pour pouvoir développer son esprit critique sur ses traitements. Le médecin pense que cet excès d'information peut être source de difficultés dans la prise en charge ; or cette information peut effectivement être une difficulté pour la non-prescription

mais elle ne l'est pas forcément pour la déprescription. L'enjeu est alors de « retourner » cette tendance à l'excès d'information (inéluçtable) contre la systématization de la prescription, pour plus de vigilance et de déprescription.

« Déprescrire est une décision plus difficile que de ne pas prescrire, elle-même plus difficile que prescrire. » [6]

Il faut interpréter cette forme de pression des patients sur les médecins non pas comme un excès d'exigence de prescription mais comme une provocation, traduisant l'exigence d'une prescription juste et efficace. Face à cette exigence, le médecin ne doit pas avoir peur de répondre en connaissance de cause, en priorité dans l'intérêt du patient et non du sien. Le médecin ne doit pas, en déprescrivant, redouter la rupture du lien avec le patient. Une réelle connaissance du patient est la clé du succès passant par une relation de confiance et d'exigence mutuelles.

Par ailleurs, si pression il y a des patients face à une déprescription, elle semble davantage liée à l'angoisse décrite dans les chapitres précédents, et pour laquelle les patients eux-mêmes ont émis des solutions (explications, informations, réassurance, accompagnement...).

Enfin, il est possible de modifier, du moins d'inviter les patients à réfléchir sur leur rapport au médicament et à sa symbolique. Ils sont conscients de l'impact du médicament en lui-même, de son impact sur leur propre consommation et donc sur les prescriptions des médecins. Modifier des perceptions symboliques qui sont de l'ordre culturel est quelque chose de très difficile, mais les patients en sont conscients ; cette prise de conscience peut être vue comme le préalable à un travail psychologique permettant d'avancer.

Les alternatives non médicamenteuses

Les patients sont également demandeurs de participation active à leur prise en charge thérapeutique, de responsabilisation, d'autonomisation. Ils sont conscients que la déprescription demande de leur part volonté et efforts mais encore une fois, ils y sont prêts dans la mesure où leur médecin leur propose des alternatives non-médicamenteuses (psychothérapies, ostéopathie, diététiciens, nutritionnistes, acupuncture, sophrologie...). Le problème majeur est dans le fait que le médecin ne les connaît pas forcément ou n'y est pas formé, et que leur accès pose un problème financier. Le fait que les patients évoquent d'eux-mêmes des solutions non-médicamenteuses à leurs pathologies montre qu'ils y ont réfléchi, qu'ils sont prêts à s'y investir tout autant si, encore une fois le médecin les leur propose, les accepte et les accompagne.

Le problème financier

Les patients posent le problème, peu évoqué par les médecins, de l'accès aux médicaments et de leur remboursement qui pousse à la consommation. Serait-ce vraiment un scandale de dérembourser les médicaments inappropriés comme ceux qui traitent des symptômes de mal-être (fatigue, peur de vieillir et de mourir, angoisse de solitude...), les traitements symptomatiques ou de confort, et les traitements parfois excessifs de certains facteurs de risque ou préventifs ? Cet argent pourrait alors être utilisé, comme l'évoquent les patients, pour favoriser l'accès aux thérapeutiques non-médicamenteuses, plus pérennes que les médicaments.

Ceci est à envisager avec précaution si on considère que la plupart de ces soins alternatifs n'ont pas prouvé leur efficacité selon l'EBM et qu'ils pourraient s'avérer être « inutiles, inappropriés ou dangereux » pour les patients. On en arriverait alors à devoir les déprescrire.

L'argent est un des principaux outils d'échange entre le médecin et le patient. A la fin de la consultation, le médecin tend l'ordonnance et le patient les honoraires. Les soins sont perçus par le malade comme un dû. Le médecin est le médiateur d'un droit social à la santé. La participation financière personnelle du patient aux frais de sa santé augmente le caractère singulier de sa relation thérapeutique. Cependant, il ne faut pas omettre la possibilité que les patients recrutés dans notre étude aient un statut socio-économique supérieur à d'autres, dont la participation financière à leur traitement serait alors plus difficile, voire impossible.

En outre, tant que les médecins seront rémunérés à l'acte, et étant donné la demande croissante de soins, il semble difficile qu'ils favorisent d'abord la qualité des soins par rapport à la quantité. La déprescription demande du temps au praticien. Il n'en a pas ou peu, car dans le système actuel, le temps c'est de l'argent.

Les médecins n'osent pas déprescrire : ont-ils peur de leurs patients ?

Les patients insistent sur le fait que les médecins ne parlent pas, n'osent pas ou du moins pas assez aborder la question de la déprescription. Ils jugent que c'est pourtant leur rôle et cela fait partie de leur conscience professionnelle, vis-à-vis de leur patient, et d'eux-mêmes. Ils craignent l'influence des médias et des laboratoires sur les prescriptions des médecins.

D'une part, les patients n'osent pas demander la déprescription à leur MT, et d'autre part, les médecins n'osent pas la proposer à leurs malades. On constate ainsi que les patients et les médecins ont chacun une vision de l'autre quelque peu brouillée. Ils sont sans le savoir d'accord sur les principes, mais n'arrivent pas à communiquer. Ce défaut de communication et de compréhension

réciproque est un obstacle à la déprescription. Prescrire c'est écrire ; déprescrire c'est parler. Il est certes, pour le médecin, beaucoup plus facile et rapide d'écrire que de parler.

Le soignant est l'objet d'un transfert. Il est l'image maternelle protectrice et l'image paternelle autoritaire, images idéalisées par le patient. La prescription s'inscrit dans ces transferts. La déprescription doit en faire tout autant.

Le médecin, « trop gentil », n'ose pas déprescrire de peur de heurter et surtout de décevoir son patient [2]. Prescrire c'est approuver la pathologie du malade et lui trouver, lui apporter une solution concrétisée dans le médicament [1]. Le médicament est l'un des piliers de la relation médecin-malade, la pierre angulaire, le médiateur entre les deux acteurs. C'est le nœud du problème.

Le médicament transforme un lien binaire et étroit en une relation triangulaire. De part et d'autre de l'objet intermédiaire, chacun des acteurs a une représentation de l'autre faussée par une interprétation indirecte. Si l'on exclut le médicament de cette relation, médecin et malade se retrouvent en face à face direct, une communication non biaisée peut alors avoir lieu.

Dans le fait d'oser déprescrire, il faut évoquer le changement de génération de médecins. La relation médecin-malade a évolué en même temps que la démographie médicale. Il y a plusieurs années, la pénurie de médecins n'existait pas. Le nomadisme médical était alors fréquent et le chantage des patients largement utilisé en cas de mécontentement. Les médecins pouvaient effectivement avoir crainte et difficultés à déprescrire étant donné le poids de la concurrence. Aujourd'hui les médecins, de plus en plus rares, n'ont plus ces soucis liés à la démographie médicale. La nouvelle génération devrait, par rapport à ça, avoir moins de difficultés à déprescrire.

La place des aidants

Le médicament vient combler quelque chose ; un manque, une solitude. Il est un rappel quotidien de ce qui se passe pendant la consultation avec le médecin. C'est un vecteur essentiel entre les différents acteurs du soin (médecins, patients, société) [61].

Enlever le médicament signifierait-il suppression du médecin ? Suppression de la maladie ? Suppression de l'espoir ?

Déprescrire demande alors l'investissement des aidants dans la démarche. La négociation ne se fait pas uniquement avec le patient, mais aussi avec les aidants qui l'entourent, les pharmaciens, les autres spécialistes, les hospitaliers, les paramédicaux, les laboratoires et avec le MT lui-même.

En conclusion, le patient est curieux de découvrir la déprescription, qui lui semble être une bonne chose dans la mesure du possible ou du réalisable. Les craintes et angoisses sont la réapparition des symptômes et de la maladie, et par conséquent le risque qu'ils échappent à tout contrôle. Le médicament serait un moyen de les contrôler. Si le médecin le retire, le patient craint de perdre cette barrière de sécurité.

Dans cette logique, les patients attendent une explication claire, et les raisons d'une déprescription, à laquelle ils acceptent de participer à condition de ne pas se retrouver seuls. L'accompagnement par leur MT est au cœur de la réussite d'une démarche menée nécessairement à deux. Les malades demandent également à ce qu'ils soient suivis médicalement tout au long de ce qu'ils considèrent comme un sevrage, à l'arrêt de leurs médicaments. Ils demandent ainsi un accès possible à des solutions de secours ou de recours en cas de mauvaise tolérance de ce sevrage. Ils sont prêts à une déprescription, si elle est proposée et débutée avec leur MT, qui s'engage à les accompagner tout au long de la démarche et à être présent pour apporter des solutions annexes et de remplacement en cas de difficultés après l'arrêt d'un traitement.

4.5. Exemple de protocole de déprescription

La HAS a mis à jour en novembre 2011 sa recommandation sur l'amélioration de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA). Elle se base sur le fait que « mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique. Si le médicament est avant tout une chance, la polymédication, souvent légitime, augmente le risque iatrogénique et peut diminuer l'observance. La prescription, complexe, peut être optimisée, en repérant les excès de traitements «overuse», la prescription inappropriée «misuse» et l'insuffisance de traitement «underuse» » [62].

Ses objectifs sont d'améliorer la prescription dans toutes ses dimensions, de repérer et de maîtriser le risque iatrogénique. La HAS propose une approche par situations cliniques pour améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, des outils développés sur la base de l'expertise clinique et des preuves scientifiques ainsi qu'une plate-forme nationale d'échanges par groupes de coopération pluriprofessionnels et pluridisciplinaires sur le sujet.

Cette démarche doit couvrir tous les temps de la prescription. En amont, par les étapes et bonnes pratiques de la prescription, ainsi que par la prévention de la iatrogénie. En aval, par la révision des traitements, le repérage et la maîtrise de la iatrogénie.

Nous proposons ici, et suite au travail mené auprès des patients, un exemple de démarche, charte ou protocole de déprescription, plus précis, afin d'essayer de concrétiser ces objectifs.

1. En amont de la prescription : il faut former les médecins et éduquer les patients.

Il faut favoriser la prévention afin de retarder la solution thérapeutique par prescription.

Avant toute prescription médicamenteuse chronique, le patient doit être informé sur les conséquences des thérapeutiques et de la prise médicamenteuse au long cours.

Le médecin doit être formé pour dépister les profils de patients susceptibles de refuser une déprescription dans un contexte de prescription chronique.

Il faut proposer des protocoles d'accompagnement (des médecins et des patients) permettant la gestion médicamenteuse des personnes à risque, afin d'éviter de prescrire des médicaments à fort risque de dépendance.

Le médecin doit apprendre à écouter les représentations et le ressenti des patients : mieux connaître le patient et mieux le cibler dans son rapport au médicament pour mieux gérer ensuite les prescriptions et leur modification.

Il semble nécessaire de mettre en place une campagne d'éducation sanitaire et sociale pour sensibiliser la population dans son ensemble. Il faut en effet se donner les moyens d'atteindre les personnes qui ne sont pas encore malades et n'ont pas encore eu affaire à une polyprescription. Il faut anticiper. Les moyens de diffusion de l'information doivent être variés, maximaux et omniprésents, afin de toucher toutes les strates de la population (médias, presse, fiches distribuées par les médecins, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, paramédicaux, hospitaliers...).

- *Des slogans de ce type peuvent être mis en avant :*

« Prescrire un jour n'est pas prescrire pour toujours. »

« Le médicament d'aujourd'hui n'est pas forcément celui de demain. »

Il faut le dire, l'expliquer, le faire comprendre et convaincre le patient. Le médecin doit en amont, en être lui-même convaincu. Il faut résister à l'argument de la prescription à vie, dont le médecin pense qu'il favorise l'observance du patient. Le médecin doit savoir que quand il prescrit il doit expliquer l'éventuelle nécessité d'arrêter le médicament prescrit [13].

2. En amont de la déprescription : il faut former les médecins et éduquer les patients.

Le médecin doit rester attentif et informer le patient sur la polyprescription. Il est indispensable qu'il connaisse son patient et puisse anticiper ses réactions. Il doit aussi être réceptif aux demandes et interrogations du patient sur ses prescriptions.

A lui de repérer, dépister la polyprescription et le médicament ou les médicaments à déprescrire. Les nombreux outils à disposition des médecins ont été évoqués dans la précédente partie de la discussion (critères de Beers, plans de déprescription, formation continue, logiciels informatiques, systèmes d'alertes, enseignement en ambulatoire via la formation des internes et jeunes médecins...)

Le médecin doit être formé à la déprescription, dès sa formation initiale en médecine générale et tout au long de sa formation continue. Il doit également être formé aux médecines et aux soins alternatifs.

C'est au médecin d'en parler au patient, d'évoquer ce qu'est la déprescription, de lui remettre une fiche d'information, de prendre le temps d'aborder et d'initier la démarche.

Il faut activer le réseau de soin, faire participer les autres prescripteurs et acteurs du soin, dont les pharmaciens.

Une campagne d'éducation sanitaire et sociale semble aussi nécessaire à ce temps précis de la démarche afin d'aider les patients, les médecins mais aussi les autres professionnels de santé dans leur cheminement.

- *Des slogans de ce type peuvent être mis en avant:*

« Trop de médicaments ? Parlez-en à votre médecin. »

« Le médicament n'est pas le seul traitement. Parlez-en à votre médecin. »

« Vouloir l'arrêter c'est maîtriser sa santé. »

« Le docteur n'est pas le seul acteur. Vous aussi, réagissez ! »

3. Amorcer la déprescription

Une fois que le sujet a été abordé avec le patient, soit par le médecin, soit par le patient lui-même, il faut fixer la date (2 semaines plus tard environ), d'une consultation spéciale dédiée à la déprescription (biannuelle et rémunérée dans le cadre du forfait déprescription : le médecin ne doit plus être payé à l'acte mais au type et à la qualité de sa consultation). Le médecin explique au patient que cette consultation et les suivantes entrent dans un « **Forfait spécial déprescription** », pris en charge par la CPAM. Nous nous inspirons ici du « forfait ALD 30 » comportant la consultation annuelle pour bilan de santé pour les patients atteints d'une ALD (Affection Longue Durée).

Il est préférable d'insister sur la nécessité de la présence d'un aidant, de la famille, d'un proche à cette consultation spéciale, dans la mesure du possible.

4. Commencer la déprescription

Elle commence pendant cette consultation spéciale dédiée à la déprescription, qu'il faudrait nommer, par exemple : « consultation de réévaluation thérapeutique » ou « consultation spéciale déprescription ». Cette consultation sert à faire le point sur ce que le patient sait de la déprescription et sur ce qu'il pense être possible. Elle aide le patient à évaluer le rapport bénéfice/risque du ou de ses médicaments, et à lui faire comprendre le rapport avantages/inconvénients de la déprescription, dans son cas personnel. Des explications complètes et compréhensibles de la part médecin sont indispensables.

L'utilisation de l'entretien motivationnel est un bon recours et permet de cibler ce que refuse le patient, ce qu'il est prêt à faire, afin de passer d'une motivation extrinsèque du patient à une motivation intrinsèque. Il permet au départ, d'aider le patient à percevoir le problème, à faire naître en lui le doute, par intervention brève. Le médecin crée une balance décisionnelle chez le patient, explore son ambivalence, promeut le changement et y donne des raisons, tout en mettant en avant le potentiel et les ressources propres au patient. Nous rappelons ici les principes de base de cette méthode, qui définissent les attitudes de l'intervenant dans la conduite de l'entretien :

- exprimer l'empathie ;
- développer les divergences ;
- ne pas contrarier la résistance ;
- développer le sentiment d'efficacité personnelle ;

et les stratégies permettant l'application de ces principes :

- poser des questions ouvertes ;
- valoriser le patient ;
- pratiquer l'écoute réflexive ;
- résumer la situation avec le patient.

La psychoéducation est un autre recours pour commencer la déprescription. Mise en place dès les années 1980, elle permet d'enseigner au malade sa pathologie et son traitement pour qu'il gère de façon plus autonome sa maladie [63]. Elle comprend une dimension pédagogique (donner des informations aux patients sur sa maladie et son traitement), psychologique (soutien émotionnel du patient pour accepter sa maladie) et comportementale (lui donner des outils pour mieux gérer sa maladie). Elle permet un entraînement à l'autoévaluation.

Le médecin propose alors des alternatives au médicament à déprescrire (via la création d'un réseau de soins alternatifs).

Le médecin et le patient instaurent en binôme, un « **Contrat de déprescription** », où ils n'oublient pas de mettre à contribution l'entourage du patient.

Le médecin prescrit la déprescription.

Il est important de réaliser un agenda préétabli avec le patient, pour fixer le rythme des consultations de suivi, le rythme de la déprescription. C'est le planning du programme d'action.

En fonction de l'état du patient, le médicament peut être arrêté durant cette consultation ou plus tard. Cela dépend si le patient est prêt ou non et si les alternatives prévues pour remplacer le médicament sont mises en place et prêtes à être utilisées.

Plusieurs situations sont alors possibles au moment de la première consultation spéciale déprescription:

a) Le patient est prêt :

Cela semble alors signifier qu'il veut être acteur de sa santé. Le médecin arrête le médicament et il revoit le patient à la 1^{ère} consultation de suivi en fonction de la date prévue avec lui. Il faut arrêter un seul médicament à la fois et progressivement.

Le médecin reste joignable bien sûr en cas de problème aigu chez le patient. Il ne faut pas oublier qu'il est également nécessaire de remplacer le médicament par la présence du médecin.

b) Le patient n'est pas prêt :

Il faut l'informer de nouveau, comprendre les véritables obstacles à la déprescription, utiliser l'entretien motivationnel, impliquer les aidants... prendre le temps. Le médecin peut quand même proposer des soins alternatifs qui, dans cette situation, deviennent d'abord des soins complémentaires avant d'être alternatifs. L'objectif reste que le patient devienne acteur de sa santé.

c) Le patient fait un blocage :

Il faut alors recommencer à zéro, par l'entretien motivationnel, les interventions brèves, il est nécessaire de fédérer le réseau, solliciter l'entourage et les autres prescripteurs. Le médecin peut également favoriser l'insertion du patient dans des associations de patients, afin qu'il partage son ressenti et ses craintes avec d'autres.

5. Une fois la déprescription commencée, et tout au long de la démarche

A la 1^{ère} consultation de suivi : Le médecin réalise une évaluation du patient par auto et hétéro-évaluation sur son état physique et psychologique depuis l'arrêt du médicament déprescrit. Le médecin analyse le ressenti du patient, ses doutes, ses angoisses, ses souffrances, ses symptômes, son changement de comportement... L'entretien motivationnel est poursuivi tout comme la valorisation positive du patient, en identifiant les succès et en réaffirmant alors la décision de la déprescription. Il faut continuer à favoriser la présence de l'entourage pendant la démarche.

L'arrêt du médicament peut alors être poursuivi, en renforçant les alternatives ou le suivi si le patient ne va pas bien. Il faut toujours penser à le rassurer, l'accompagner, le valoriser.

A la 2^{ème} consultation de suivi après l'arrêt pour réévaluation :

- Si le patient ne va toujours pas bien :

Il faut analyser son mal-être : est-ce un syndrome de sevrage, un rebond des symptômes, est-ce vraiment lié à l'arrêt du médicament ? Il faut encore intensifier et diversifier les soins alternatifs. On peut envisager éventuellement une re-prescription, mais il faut laisser du temps au temps. Il faut aider le patient à se motiver à nouveau, le déculpabiliser, ne pas dramatiser ni banaliser.

- Si le patient va bien :

Il faut le valoriser, le féliciter, poursuivre l'accompagnement et le suivi au long cours et envisager la déprescription d'un autre médicament si nécessaire. Il faut cependant toujours être à l'affût du risque de rechute et l'anticiper par des stratégies de prévention.

4.6. Le Projet de Déprescription Personnalisé

Nous avons parlé de « Consultations Spéciales Déprescription » et d'un « Forfait de Déprescription ». Gérés par la CPAM, ils permettraient d'indemniser le médecin à la mesure de son travail et de prendre en charge le patient financièrement.

Nous avons également parlé d'un « Contrat de déprescription » établi entre le médecin et le malade.

De façon plus globale, il serait souhaitable de mettre en place des « **Projets de Déprescription Personnalisés** ».

Ces Projets de Déprescription Personnalisés seraient proposés aux différents acteurs de la déprescription : médecins, patients, professionnels de santé (dont les pharmaciens). Le rôle de ces projets serait d'inciter à déprescrire et surtout d'aider les acteurs au cours de l'entreprise de déprescription.

Les médecins traitants :

La création d'un « Projet de Déprescription Personnalisé » et le « médicament déprescrit » pourraient entrer dans la liste des indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale, dans le dispositif de paiement sur objectifs de santé publique. Ils s'intégreraient dans la rubrique « Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse » de la nouvelle convention médicale de la CPAM pour les professionnels de santé.

Les pharmaciens :

Ils pourraient devenir de réels acteurs de déprescription. La fonction de « pharmacien référent » pourrait être proposée, à l'image de celle du « médecin traitant ». Le patient aurait d'une part son médecin traitant et de l'autre son pharmacien référent. Ceux-ci recevraient ainsi des honoraires à chaque action réalisée auprès d'un patient inclus dans un projet de déprescription par exemple.

La mise en place d'une rétribution spécifique des pharmaciens en fonction de la qualité de prise en charge du patient et de collaboration avec son réseau de soignants, serait plus salubre qu'une rétribution au médicament délivré.

Les autres professionnels de santé, infirmières, sages-femmes, psychothérapeutes, dentistes kinésithérapeutes etc.:

Il serait important de développer le réseau. C'est la clé pour coordonner les actions de déprescription. Cette organisation favoriserait l'implication du patient dans son Projet de Déprescription Personnalisé. Il serait nécessaire de travailler ensemble, favoriser l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP) et la coordination des soins dans les Maisons de Santé.

Les médecins, trop peu nombreux, n'ont et n'auront malheureusement plus le temps d'éduquer pleinement et efficacement leurs patients. Prenons alors l'exemple des infirmières.

Le MT pourrait organiser pour les patients dont la prescription chronique dépasserait 4 médicaments, un entretien biannuel avec une infirmière qualifiée. Cet entretien permettrait d'évaluer la gestion du traitement, l'autonomie de prise, l'évaluation du patient par rapport à la possibilité d'une déprescription et de le sensibiliser à la déprescription. L'infirmière pourrait être qualifiée en éducation du patient, cela favoriserait le travail du médecin pour commencer une

démarche de déprescription. Partager ce travail avec les paramédicaux serait une solution pour faire face au problème de démographie médicale. La mise en place des Pôles de Santé peut également favoriser la déprescription et aider les médecins isolés qui peinent à déprescrire. Au cours de réunions de professionnels, les médecins seraient accompagnés de façon dynamique et synergique par tous les acteurs médicaux et paramédicaux. Une rencontre annuelle, voire pluriannuelle, à l'instar des RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires), pourrait accompagner les médecins en difficulté dans leurs projets de déprescription.

Les Projets de Déprescription Personnalisés peuvent être mis en place par tous les acteurs de soins : généralistes, spécialistes, hospitaliers, infirmières, pharmaciens, auxiliaires de vie... Ces acteurs doivent être sensibilisés au dépistage des polyprescriptions et faire le lien avec la possibilité d'un Projet de Déprescription pour les patients polymédiqués.

Les laboratoires :

Il semble difficile de faire participer les laboratoires pharmaceutiques à ces Projets de Déprescription Personnalisée. Cependant, les autorités de santé pourraient, par exemple, les contraindre à inscrire sur les notices médicamenteuses, une information pour le patient, à l'instar de la prévention faite sur les paquets de cigarettes. Des mentions de ce type pourraient y être notées:

- « *La prescription de ce médicament doit être réévaluée régulièrement par votre médecin.* »
- « *Votre médicament n'est pas obligatoirement à consommer durant toute votre vie.* »

Chapitre 5: Conclusion

Cette étude qualitative a permis d'identifier des profils de patients catégorisés en fonction de leurs réponses à la déprescription. L'analyse de leur vécu et de leur ressenti contribue à améliorer la compréhension de leurs besoins et attentes, afin d'élaborer des protocoles et aides à proposer aux professionnels de santé pouvant être impliqués dans une action de déprescription.

On constate en premier lieu que l'avis des patients sur la déprescription est conditionné par la définition qu'ils en donnent : « enlever ou diminuer un médicament » – vision relativement juste – pour les patients qui l'acceptent d'emblée, « arrêter de prescrire » – définition plus négative – pour ceux qui la refusent.

D'autres critères permettent ensuite de classer les patients. Ceux qui acceptent la déprescription sont majoritaires. Plutôt jeunes et dynamiques, ils sont demandeurs de responsabilité et d'autonomie ; entourés et non-dépendants de leurs médicaments, ils ont confiance et sont convaincus qu'il est possible de déprescrire, grâce à une action commune avec le médecin.

Les patients qui hésitent à accepter une déprescription constituent un ensemble plus hétéroclite dont le dénominateur commun semble être le rapport aux médicaments : dépendants de leur traitement, ils ne parviennent pas à le critiquer et hésitent à accepter une déprescription dont ils sont conscients qu'elle leur demandera des efforts.

Les patients qui refusent la déprescription sont minoritaires. Agés, ayant perdu de l'autonomie, ils sont peu volontaires et peu demandeurs de responsabilisation. Vivant seuls et isolés, ils sont faibles et anxieux. Dominés par leurs médicaments, ils en ont peur, mais craignent davantage que leur médecin, en qui ils ont pourtant confiance, les leur retire. Ils jugent l'investissement nécessaire dans la démarche de déprescription potentiellement risqué et inconfortable pour eux ; ils n'y voient pas d'avantages.

Cette première analyse permet d'identifier des obstacles à l'**acceptation** de la déprescription par les patients :

- une mauvaise compréhension du concept qu'ils pensent irréversible, et dont ils craignent qu'il aboutisse à la perte d'un bénéfice ou confort thérapeutique ;
- une angoisse vis-à-vis de l'effet rebond des symptômes et du syndrome de sevrage, aggravée par une dépendance physique et/ou psychologique à leur traitement ;
- une inquiétude quant aux efforts à fournir et la crainte d'un manque de soutien ;

- la peur de perdre leur statut de malade qui les fait exister aux yeux de leur médecin traitant, ce qui entraînerait la rupture du lien de confiance établi avec ce dernier.

Dans un second temps, on constate que l'acceptation du bien-fondé de la déprescription par le patient n'en garantit pas forcément une mise en œuvre facile. En effet les patients qui acceptent la déprescription savent en évaluer les avantages et inconvénients, ayant conscience des risques des polyprescriptions ; cependant, avoir conscience des avantages d'une démarche ne veut pas dire que ceux-ci sont suffisants pour contrebalancer les inconvénients.

Une seconde série d'obstacles à la **mise en œuvre** de la déprescription, y compris chez les patients qui l'acceptent, a ainsi pu être identifiée :

- le manque de connaissance généralisé des médicaments et des pathologies demeure un obstacle pour envisager la déprescription par et pour soi-même ;
- la déprescription est souvent vue, par les patients, comme avantageuse (financièrement) pour la société avant de l'être pour eux-mêmes, d'où un problème d'altruisme dans l'acceptation de la démarche ;
- persiste la peur de la réapparition des symptômes, du syndrome de sevrage et de la perte de repères qui accompagnent la suppression des médicaments. L'avis très mitigé des patients ayant déjà vécu une déprescription (seulement 50% d'opinions favorables) montre que ces craintes sont fondées et qu'une première déprescription mal réussie ou mal vécue peut avoir des effets néfastes.

Ainsi, même si les patients accueillent **favorablement, et en très grande majorité, l'idée de déprescription – contrairement au ressenti des médecins, ils peuvent néanmoins y constituer un obstacle**. Leurs réticences persistent, car les conditions nécessaires à une déprescription soutenue et gérée ne sont pas actuellement en place.

Les solutions proposées par les patients pour réussir à déprescrire rejoignent globalement celles des médecins, et peuvent permettre de franchir ces obstacles ou de lever ces réticences. Nous les avons analysées et classées en cinq catégories, allant du patient lui-même au système de santé dans son ensemble en passant par le médecin traitant.

En premier lieu, il existe un problème de communication entre le médecin et son malade qu'il convient de résoudre: en effet les patients qui acceptent la déprescription estiment que c'est au médecin traitant de la leur proposer mais les médecins hésitent à le faire, pensant que les patients vont la refuser.

Au cours des entretiens, les patients ont exprimé que, pour réussir la déprescription, il fallait élaborer un projet commun au médecin et à son patient. S'il faut continuer à privilégier la place du médecin traitant au cœur du système de santé, il ne faut pas oublier que le patient a un rôle à jouer : la prévention, son éducation et sa responsabilisation sont essentiels pour qu'il s'investisse et s'implique dans la démarche.

En outre l'entourage des patients (les aidants) a un rôle primordial à jouer, en coordination avec les médecins.

Il faut ensuite aider les patients, attachés à leurs prescriptions et à la notion du « tout se soigne et se guérit par les médicaments », à changer leur relation au médicament. Leur offrir des alternatives non-médicamenteuses, et diminuer leur accès aux médicaments par le déremboursement ou la délivrance au comprimé sont des solutions qu'ils envisagent eux-mêmes. Il est également vital de leur faire comprendre que ni la prescription, ni la déprescription ne sont immuables.

Les médecins, mieux formés, doivent commencer par prescrire juste et efficacement. Ils doivent ensuite oser et tenter de déprescrire, en suivant, en soutenant et en accompagnant les patients, tout en gérant la dépendance et le syndrome de sevrage en partie grâce à l'entretien motivationnel. Il faut les aider à déprescrire et leur donner les moyens de le faire.

En coordination avec le médecin traitant, il est indispensable de consacrer le rôle des autres professionnels de santé (notamment les pharmaciens) investis dans les traitements des patients, via l'importance du réseau de soins, à la démarche de déprescription.

La déprescription est un véritable choix de Société. Les conditions nécessaires à sa mise en œuvre ne peuvent provenir que d'une politique volontariste de santé publique. A l'instar d'actions de communication ayant diffusé par exemple, le message interpellant sur une antibiothérapie non obligatoire en cas d'infection par une formule aussi percutante que « les antibiotiques, c'est pas automatique », la mise en place d'une campagne « pro-déprescription », aussi vaste et efficace, nécessiterait l'implication de l'INPES, de la HAS et du ministère de la santé.

La déprescription est une démarche pédagogique qui consiste à informer, à expliquer et à rassurer le patient. Chronophage, elle nécessite un temps de consultation dédié, distinct de l'ensemble des actions de premier recours, suivi, prévention. Comment demander aux praticiens débordés, du fait de la carence qui est appelée à s'aggraver, de s'impliquer de façon systématique dans la déprescription ? La mise en place, pour tout patient polymédiqué, d'un « **Projet de Déprescription Personnalisé** » comme celui proposé dans la thèse, est une des clés de la réussite.

La déprescription est une démarche face à laquelle il faut prendre en considération l'indépendance, à l'égard de pressions de toutes natures. Il faut déprescrire quand le patient et le médecin sont prêts, se sont mutuellement compris, et sont enclins à respecter les capacités de chacun. « Devoir du médecin, droit du patient ; droit du médecin, devoir du patient » : déprescrire n'est facile pour personne. La communication, la motivation et la volonté sont facteurs du succès, au sein d'une relation de qualité en laquelle médecin et malade doivent avoir et garder confiance.

Bibliographie

- [1] Blanchard, S. (2011). "Accro aux médocs - la France se soigne." Le Monde Magazine n°83.
- [2] Lemoine, P. (2012). "La terrible gentillesse des médecins français." Cahier du « Monde » N°21031.
- [3] Vionnet-Fuasset, J. (2005). "Fréquence et nature de la polymédication chez les personnes âgées en médecine générale." Université Pierre et Marie CURIE: p. 3-24.
- [4] Clerc, P., J. Le Breton, et al. (2009). "Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. " Pratiques et Organisation des Soins
- [5] Guillemaud, C. (2010). Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale Paris, Paris Sud 11. Thèse de doctorat en médecine.
- [6] Queneau, Patrice, et al. (2007). Quand déprescrire les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? Paris, FRANCE, Académie nationale de médecine.
- [7] Queneau, P. (2007). "Des spécialistes invitent à "déprescrire" les personnes âgées qui prennent des médicaments inutiles ou à risque d'effets secondaires." Paris - APM.
- [8] Amar, E. and C. Pereira (2005). "Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants." DREES, Etudes et Résultats 440 : 12.
- [9] Auvray, L. and C. Sermet (2002). "Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées." Gérontologie et société(103): 13-26.
- [10] Assel, D. (2009). Polymédication chez la personne âgée – Réflexion sur l'optimisation des prescriptions à propos de 12° dossiers au sein d'un groupe de médecines généralistes. Reims. Thèse de doctorat en médecine.
- [11] Queneau, P. (1998). "Rapport de mission sur la iatrogénie médicamenteuse et sa prévention." INSERM.
- [12] Commission XIX-Langue française, Académie Nationale de médecine (2008).
- [13] Queneau, P. (2004). La thérapeutique est aussi la science et l'art de déprescrire. Paris, FRANCE, Masson.
- [14] Boisdin, E. and J. Doucet (2011). Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. Rouen. Thèse de doctorat en médecine.
- [15] Consoli, S. M., C. Lemogne, et al. (2010). "Physicians' degree of motivation regarding their perception of hypertension, and blood pressure control." Journal of Hypertension 28(6): 1130-1139
- [16] Lussier, M. T. and C. Richard (2008). "Le dialogue de prescription un incontournable dans l'usage optimal du médicament !" Le médecin du Québec 43 (12): 45-52.
- [17] Collin, J. (2002). "Observance et fonctions symboliques du médicament." Gérontologie et société(103): 19.

- [18] Zarit, S. H., K. E. Reever, et al. (1980). "Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden." The Gerontologist 20(6): 649-655.
- [19] Rollnick, S., W. R. Miller, et al. (2008). Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. New York, NY, US, Guilford Press.
- [20] Languerand, E. (2008). L'entretien motivationnel : accompagner les personnes vers le changement de comportement. Paris, Psylink.
- [21] (2010). L'entretien motivationnel : pour une relation soignant-patient de qualité. Prescrire. 325: 841.
- [22] Baker, A. (2009). "Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems." Drug and Alcohol Review 28(6): 696-696.
- [23] AFDEM. "<http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel/>."
- [24] Beers, M., J. G. Ouslander, et al. (1991). "Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents." Archives of Internal Medicine 151(9): 1825-1832.
- [25] Fick, D., J. W. Cooper, et al. (2003). "Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: Results of a US consensus panel of experts." Archives of Internal Medicine 163(22): 2716-2724.
- [26] Gallagher, P. and D. Mahony (2008). "STOPP (Screening Tool of Older Persons™ potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers™ criteria." Age and Ageing 37(6): 673-679.
- [27] Hamdy, R. C., S. W. Moore, et al. (1995). "Reducing Polypharmacy in Extended Care." Southern Medical Journal 88(5): 534-538.
- [28] Fulton, M. M. and E. Riley Allen (2005). "Polypharmacy in the elderly: A literature review." Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 17(4): 123-132.
- [29] Legrain, S. and S. Lacaille (2005). "Prescription médicamenteuse du sujet âgé." EMC - Médecine 2(2): 127-136.
- [30] Jackson, S. H. D., A. A. Mangoni, et al. (2004). "Optimization of drug prescribing." British Journal of Clinical Pharmacology 57(3): 231-236.
- [31] Legrain, S. (1998). La prescription médicamenteuse, MMI.
- [32] Gonthier, R. and C. P. (1999). "Drug use in the elderly. Multiple diseases in the aged and therapeutic management: avoidable pitfalls." Presse Méd 28(32): 1780-8.
- [33] Wynne, H. (2001). "Prescribing for the elderly: a GP guide." Practitioner 245(1626): 722-4, 726, 728.
- [34] Direction Générale de la Santé (2004). Recommandations de bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Paris, DGS - DGAS.
- [35] Direction Générale de la Santé (1996). Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée. Paris, DGS.
- [36] Tessa, L. (2004). "Using the NO TEARS tool for medication review." BMJ 329(7463): 434.
- [37] Ferchichi, S. and V. Antoine (2004). "Le bon usage des médicaments chez la personne âgée." La Revue de Médecine Interne 25(8): 582-590.

- [38] Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (1994). Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans. Polyprescription: risques et règles qui en découlent, ANDEM.
- [39] Naugler, C. T., C. Brymer, et al. (2000). "Development and validation of an improving prescribing in the elderly tool." The Canadian journal of clinical pharmacology = Journal canadien de pharmacologie clinique 7(2): 103-107.
- [40] Beers, M., R. Baran, et al. (2001). "Drugs and the elderly, Part 2: Strategies for improving prescribing in a managed care environment." Am J Manag Care (1088-0224): 69-72.
- [41] Woodward, M. C., R. A. Elliott, et al. (2001). "Indicators of prescribing quality for elderly hospital inpatients." Australian Journal of Hospital Pharmacy 31(1): 19-25.
- [42] Grant, R. L., G. M. Batty, et al. (2002). "National sentinel clinical audit of evidence-based prescribing for older people: methodology and development." Journal of Evaluation in Clinical Practice 8(2): 189-198.
- [43] Osborne, C. A., G. M. Batty, et al. (1997). "Development of prescribing indicators for elderly medical inpatients." British Journal of Clinical Pharmacology 43(1): 91-97.
- [44] Batty, G. M., R. L. Grant, et al. (2003). "Using prescribing indicators to measure the quality of prescribing to elderly medical inpatients." Age and Ageing 32(3): 292-298.
- [45] Garfinkel, D. and D. Mangin (2010). "Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy." Arch Intern Med. (1538-3679).
- [46] <http://www.sante-en-action.com>. (2004). "Comment agir ensemble contre la iatrogénèse médicamenteuse évitable?"
- [47] Tessier, S. (2004). La personne âgée, son entourage et son traitement. De l'observance à l'adhésion thérapeutique. Paris.
- [48] Legrain, S. (2010). Pour une meilleure prescription des médicaments au cours du vieillissement – Quelques règles de prescription.
- [49] Stevenson, F. A., S. M. Greenfield, et al. (1999). "GPs' perceptions of patient influence on prescribing." Family Practice 16(3): 255-261.
- [50] Loué, S. (2008). Réflexion éthique et polymédication chez le sujet de plus de 85 ans, Nancy. MEMOIRE de D.I.U ETHIQUE MEDICALE.
- [51] Bradley, F., R. Elvey, et al. (2007). "Influence of prescription charges on repeat prescribing in primary care." Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 32(3): 269-275.
- [52] Bregnhøj, L., S. Thirstrup, et al. (2009). "Combined intervention programme reduces inappropriate prescribing in elderly patients exposed to polypharmacy in primary care." European Journal of Clinical Pharmacology 65(2): 199-207.
- [53] Hanlon, J. T., K. E. Schmader, et al. (1992). "A method for assessing drug therapy appropriateness." Journal of Clinical Epidemiology 45(10): 1045-1051.
- [54] Knight, E. and J. Avorn (2001). "Quality indicators for appropriate medication use in vulnerable elders." Ann Intern Med (0003-4819).

- [55] Higashi, T., P. Shekelle, et al. (2004). "The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients." Ann Intern Med 140: 714-720.
- [56] Higashi, T., P. G. Shekelle, et al. (2005). "Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients." Annals of internal medicine 143(4): 274-281.
- [57] Wenger, N. S., D. H. Solomon, et al. (2003). "The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients." Annals of internal medicine 139(9): 740-747.
- [58] Le Couteur, D., E. Banks, et al. (2011). "Deprescribing." Australian Prescriber 34(182-185).
- [59] Schuling, J., H. Gebben, et al. (2012). "Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study." BMC Family Practice 13(1): 56.
- [60] Elwyn, G., A. Edwards, et al. (2000). "Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices." Br J Gen Pract. 50: 892-9.
- [61] Collin, J. (2005). Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser. Rapport de recherche, Université de Montréal.
- [62] www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa.
- [63] Puskas, D., M. Caouette, et al. (2012). L'accompagnement psychoéducatif - Vécu partagé et partage du vécu, Béliveau.

Annexes

Annexe 1

FEUILLE D'INFORMATION AU PATIENT / PARTICIPANT

Nom de l'étude : La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription.

Personne à contacter pour toute demande d'information : Marine Guilluy

Vous êtes invité(e) à prendre part à une étude de recherche en médecine générale au sein de la faculté de médecine Paris Descartes. Ce document est destiné à mieux vous informer, de telle manière à ce que vous puissiez donner votre consentement ou refuser de participer à cette étude. Votre participation est entièrement volontaire. Si vous décidez de participer à cette étude, vous pourrez vous retirer à tout moment. Cette étude a reçu un avis positif du Comité National d'Éthique de Recherche.

Objectif et description de l'étude : analyser les déterminants sociologiques, psychologiques et comportementaux qui joueraient un rôle important dans la place de la déprescription dans la relation médecin-malade et par extension dans la société. Mieux comprendre le vécu et la complexité pour les patients de la prise en charge des pathologies chroniques nécessitant une polyprescription. Trouver les obstacles et/ou les propositions venant des patients face à une amélioration des polyprescriptions.

Étude réalisée par entretiens individuels entre le médecin et le patient d'une durée de 15 à 20 minutes, basé sur un questionnaire préétabli. On demande au patient s'il accepte que l'entretien soit enregistré pour une meilleure analyse des réponses avec garantie d'anonymat et destruction des bandes-son à la fin de l'étude.

Protection de la vie privée : les résultats font l'objet d'une thèse pour le doctorat en médecine d'une interne en médecine générale. L'anonymat des patients est complet. Les enregistrements sont détruits après l'analyse des résultats. Le patient qui a accepté de rentrer dans l'étude peut se retirer à tout moment. On certifie la protection des données des patients selon la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Nom de l'étude : La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription.

Personne à contacter pour toute demande d'information : Marine Guilluy

Je soussigné(e), confirme par la présente que j'ai reçu suffisamment d'informations concernant cette étude de la part de mon médecin, que j'ai lu la feuille d'information attachée et en ai compris le sens.

Je suis conscient(e) que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux mettre fin à tout moment à ma participation sans que cela me pose préjudice.

Mes données personnelles seront traitées de manière strictement confidentielle, comme prévu dans la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données personnelles. Je comprends les raisons pour lesquelles ces données sont collectées, traitées et utilisées dans le cadre de cette étude.

J'accepte librement de participer à cette étude et de satisfaire aux conditions telles qu'elles sont décrites dans la feuille d'information attachée.

Nom du patient ou de la patiente : Date :

Signature patient(e) :

Partie réservée à l'investigateur :

Je soussignée, M.Guilluy confirme avoir informé le patient/la personne ci-dessus, des buts, de la nature, la durée ainsi que les risques et procédures de cette étude, et qu'il (elle) a accepté de participer à cette étude.

Date :

Signature

Annexe 2a

Guide d'entretien – Numéro 1

Bonjour, je m'appelle Marine Guilluy, je suis interne en médecine générale et je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse. Celui-ci porte sur l'analyse du vécu et du ressenti des patients à qui leur médecin généraliste propose d'enlever de l'ordonnance un ou plusieurs de vos médicaments courants. Vous venez d'avoir une consultation avec votre médecin. Nous allons maintenant prendre 20 à 30 minutes pour parler des prescriptions et des ordonnances que vous avez pu avoir pour les médicaments que vous prenez tous les jours, régulièrement. Vous avez une liberté totale de réponse, vous pouvez répondre que vous ne savez pas. Je vous donne une fiche d'information et de consentement éclairé que vous devez lire et signer si vous êtes d'accord.

1/ Profil du patient : Nous allons d'abord parler de vous:

Nom - Prénom - Âge - Sexe - Activité professionnelle actuelle ou passée - Code postal du lieu de résidence - Mode de vie: seul / en famille / en couple - Prise en charge sociale: mutuelle / CMU ?

2/ Point sur les médicaments : Nous allons maintenant faire le point sur vos médicaments, et en particulier votre traitement de fond.

=> Combien de médicaments prenez-vous par jour ? (préciser le nombre de molécules et le nombre de comprimés)

=> Lesquels ?

=> Où sont-ils rangés? Est-ce que c'est vous qui les préparez?

=> Savez-vous pour quels problèmes de santé vous les prenez?

=> Depuis combien de temps vous les prenez?

=> Sont-ils tous prescrits par votre médecin traitant ou par d'autres médecins ?

=> Pensez-vous que vous en prenez trop ?

=> Est ce que quelqu'un vous a déjà dit que vous preniez trop de médicaments ?

=> Est ce que prendre des médicaments vous rassure ? Pourquoi ?

=> Avez-vous peur des médicaments ?

=> Avez-vous l'impression d'être dépendant de votre traitement ?

3/ Point sur les ordonnances: Nous allons faire le point sur votre conception des ordonnances.

=> Comment décririez-vous votre médecin d'une façon générale? Et par rapport à ses prescriptions ?

=> Quelle serait pour vous, dans le meilleur des monde, l'ordonnance idéale ?

=> *Quels seraient les critères d'un traitement idéal ?*

=> *Pensez-vous que l'ordonnance que vous donne votre médecin est idéale pour vous?*

=> *Que changeriez-vous dans votre ordonnance si vous aviez le choix ?*

=> *En général, pensez-vous qu'il est possible de diminuer le nombre de médicaments ? (chez les patients qui en prennent plus de 4 en traitement de fond) Comment ?*

=> *Pensez-vous qu'on ne peut pas réduire le nombre de médicaments ? Pour quelles raisons ?*

4/ Point sur la déprescription : Maintenant nous allons parler de déprescription.

(Poser les questions aux patients puis leur définir le terme déprescription) - Terme de médecine : Action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux. (Commission XIX-Langue française, Académie Nationale de médecine, 2008)

=> *Avez-vous déjà entendu parler de « déprescription »?*

=> *Qu'est-ce que serait la « déprescription » pour vous?*

5/ Point sur l'expérience d'une déprescription : Nous allons parler de votre expérience personnelle. On parle des médicaments que vous prenez en traitement de fond uniquement.

=> *Avez-vous déjà vécu une déprescription? (Cibler le lien qu'a, ou a pu avoir le patient avec la déprescription. Comment l'individu réagit face à la diminution de son traitement.)*

=> *Votre médecin vous a déjà proposé de vous enlever un médicament? OUI / NON*

=> *Avez-vous eu l'idée tout seul ou l'envie de diminuer le nombre de vos médicaments ?*

6/ Avis global sur la déprescription : Trouver quels sont les critères et propositions des patients qui pourraient faire mieux entrer la déprescription au sein de la relation médecin-malade.

=> *Quels sont à votre avis les risques de prendre trop de médicaments ?*

=> *Quels sont ou seraient alors à votre avis les avantages d'une déprescription? (noter si on a besoin de suggérer des réponses au patient)*

=> *Quels sont ou seraient à votre avis les inconvénients d'une déprescription?*

=> *Si on vous enlève un médicament préféreriez-vous que cela soit par votre médecin traitant en ville ou par un médecin hospitalier ? Pourquoi ?*

=> *Pensez-vous globalement que la déprescription est une bonne chose ?*

Annexe 2b

Guide d'entretien – Numéro 2

Bonjour, je m'appelle Marine Guilluy, je suis interne en médecine générale et je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse. Celui-ci porte sur l'analyse du vécu et du ressenti des patients à qui leur médecin généraliste propose d'enlever de l'ordonnance un ou plusieurs de vos médicaments courants. Vous venez d'avoir une consultation avec votre médecin. Nous allons maintenant prendre 20 à 30 minutes pour parler des prescriptions et des ordonnances que vous avez pu avoir pour les médicaments que vous prenez tous les jours, régulièrement. Vous avez une liberté totale de réponse, vous pouvez répondre que vous ne savez pas. Je vous donne une fiche d'information et de consentement éclairé que vous devez lire et signer si vous êtes d'accord.

1/ Profil du patient : Nous allons d'abord parler de vous:

Nom - Prénom – Âge - Sexe - Activité professionnelle actuelle ou passée - Code postal du lieu de résidence - Mode de vie: seul / en famille / en couple - Prise en charge sociale: mutuelle ou CMU ?

2/ Point sur les médicaments : Nous allons maintenant faire le point sur vos médicaments, et en particulier votre traitement de fond.

=> Combien de médicaments prenez-vous par jour ? (préciser le nombre de molécules et le nombre de comprimés)

=> Lesquels ?

=> Où sont-ils rangés? Est-ce que c'est vous qui les préparez ?

=> Savez-vous pour quels problèmes de santé vous les prenez ?

=> Depuis combien de temps vous les prenez ?

=> Sont-ils tous prescrits par votre médecin traitant ou par d'autres médecins ?

=> Pensez-vous que vous en prenez trop ?

- Oui : pourquoi ? qu'est-ce que cela vous implique dans votre vie (contrainte ?)*
- Non : donc ce n'est pas une contrainte ni un problème ni une difficulté de les prendre tous les jours ?*

=> Est ce que quelqu'un vous a déjà dit que vous preniez trop de médicaments ?

=> Est ce que prendre des médicaments vous rassure ? Pourquoi ?

=> Avez-vous peur des médicaments ?

=> Avez-vous l'impression d'être dépendant de votre traitement ?

3/ Point sur les ordonnances: Nous allons faire le point sur votre conception des ordonnances.

=> Comment décririez-vous votre médecin d'une façon générale? Et par rapport à ses prescriptions ?

=> *Quelle serait pour vous, dans le meilleur des mondes, l'ordonnance idéale? Dans la forme ou dans le fond? Pour quel type de pathologie? Pour quelle demande?*

=> *Quels seraient les critères d'un traitement idéal? Le nombre de médicaments? Le type de médicament? La durée du traitement? Un ou plusieurs prescripteurs? Une ou plusieurs ordonnances? L'identité du prescripteur? L'efficacité du traitement? La facilité à comprendre? Autres...*

=> *Pensez-vous que l'ordonnance que vous donne votre médecin est idéale pour vous?*

- *Oui : pourquoi?*
- *Non: pourquoi n'est-elle pas idéale? nombre de médicaments : trop (ou pas assez) de médicaments - interactions médicamenteuses, dangerosité/toxicité de certaines molécules (= conscience du risque de la polyprescription) - pas adaptée à la pathologie ...*

=> *Que changeriez-vous dans votre ordonnance si vous aviez le choix?*

=> *En général, pensez-vous qu'il est possible de diminuer le nombre de médicaments? (chez les patients qui en prennent plus de 4 en traitement de fond) Comment?*

=> *Pensez-vous qu'on ne peut pas réduire le nombre de médicaments? Pour quelles raisons?*

4/ Point sur la déprescription : Maintenant nous allons parler de déprescription.

(Poser les questions aux patients puis leur définir le terme déprescription) - Terme de médecine : Action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux. (Commission XIX-Langue française, Académie Nationale de médecine, 2008)

=> *Avez-vous déjà entendu parler de « déprescription »?*

=> *Qu'est-ce que serait la « déprescription » pour vous?*

Expliquer au patient qu'il arrive que pour les traitements chroniques de patients (traitements de fond), le médecin propose de diminuer le nombre de médicaments.

5/ Point sur l'expérience d'une déprescription : Nous allons parler de votre expérience personnelle. On parle des médicaments que vous prenez en traitement de fond uniquement.

=> *Avez-vous déjà vécu une déprescription? (Cibler le lien qu'a, ou a pu avoir le patient avec la déprescription. Comment l'individu réagit face à la diminution de son traitement.)*

Votre médecin vous a déjà proposé de vous enlever un médicament?

1. OUI :

=> *Pourquoi vous a-t-il proposé d'enlever un médicament?*

=> *Qu'avez-vous ressenti quand il vous en a parlé?*

- **Si vous avez accepté :** Quel effet cela a eu sur vous? Êtes-vous content d'avoir accepté? Avez-vous noté des bénéfices / bienfaits suite à cette diminution du nombre de vos médicaments? Est-ce que cela a été facile à vivre? Est-ce que cela vous a posé des problèmes

d'avoir arrêté ce ou ces médicaments? Attendez-vous que le médecin justifie pourquoi il enlève un médicament ?

- **Si vous avez refusé** : Pourquoi ?

2. NON :

=> *Seriez-vous d'accord si votre médecin vous proposait de diminuer le nombre de vos médicaments ?*

- Oui: pourquoi pensez-vous qu'il vous le propose? En quoi cela pourrait vous être bénéfique?
- Non: pourquoi? Que craignez-vous?

=> *Avez-vous eu l'idée tout seul ou l'envie de diminuer le nombre de vos médicaments ?*

- Oui: pour quelles raisons ?
- Non : pourquoi ?

6/ Avis global sur la déprescription :

(Trouver quels sont les critères et propositions des patients qui pourraient faire mieux entrer la déprescription au sein de la relation médecin-malade)

=> *Quand on vous prescrit un médicament est ce que vous savez d'emblée que vous ne le prendrez pas ? (pour quel type de médicament, prescrit par quel médecin?)*

=> *Quels sont à votre avis les risques de prendre trop de médicaments ?*

=> *Quels sont ou seraient alors à votre avis les avantages d'une déprescription? Economique, diminution de la iatrogénie, risque d'erreur chez les personnes âgées, meilleure observance des traitements, suppression de médicaments inutiles ou devenus inutiles, autres... / Les avantages pour vous, pour votre famille, pour la société...*

=> *Quels sont ou seraient à votre avis les inconvénients d'une déprescription? Perte de crédibilité des médecins, baisse d'efficacité thérapeutique, altération de la relation médecin-malade, autres... / Les inconvénients pour vous, pour votre famille, pour la société...*

=> *Comment réagissez-vous quand on vous ajoute un médicament (nombre ou posologie)?*

=> *Qu'attendez-vous à chaque renouvellement d'ordonnance ? Maintien des médicaments, arrêt d'un ou plusieurs médicaments ? Ajout d'un ou plusieurs médicaments ?*

=> *Si on vous enlève un médicament préféreriez-vous que cela soit par votre médecin traitant en ville ou par un médecin hospitalier ? Pourquoi ?*

=> *Pensez-vous globalement que la déprescription est une bonne chose ?*

- Oui : pourquoi ?
- Non : pourquoi ?

=> *Est ce que vous pensez que les médecins devraient plus le proposer à leurs patients ?*

Annexe 2c

Guide d'entretien – Numéro 3

Bonjour, je m'appelle Marine Guilluy, je suis interne en médecine générale et je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse. Celui-ci porte sur l'analyse du vécu et du ressenti des patients à qui leur médecin généraliste propose d'enlever de l'ordonnance un ou plusieurs de vos médicaments courants. Vous venez d'avoir une consultation avec votre médecin. Nous allons maintenant prendre 20 à 30 minutes pour parler des prescriptions et des ordonnances que vous avez pu avoir pour les médicaments que vous prenez tous les jours, régulièrement. Vous avez une liberté totale de réponse, vous pouvez répondre que vous ne savez pas. Je vous donne une fiche d'information et de consentement éclairé que vous devez lire et signer si vous êtes d'accord.

1/ Profil du patient : Nous allons d'abord parler de vous:

Nom - Prénom – Âge - Sexe - Activité professionnelle actuelle ou passée - Code postal du lieu de résidence - Mode de vie: seul / en famille / en couple - Prise en charge sociale: mutuelle ou CMU ?

2/ Point sur les médicaments : Nous allons maintenant faire le point sur vos médicaments, et en particulier votre traitement de fond.

=> Combien de médicaments prenez-vous par jour ? (préciser le nombre de molécules et le nombre de comprimés)

=> Lesquels ?

=> Où sont-ils rangés? Est-ce que c'est vous qui les préparez ?

=> Savez-vous pour quels problèmes de santé vous les prenez ?

=> Depuis combien de temps vous les prenez? Pensez-vous les arrêter un jour ?

=> Sont-ils tous prescrits par votre médecin traitant ou par d'autres médecins ? Quand on vous l'a prescrit vous a-t-on dit que vous alliez devoir le prendre toute votre vie ?

=> Pensez-vous que vous en prenez trop ?

- Oui : pourquoi ? qu'est-ce que cela vous implique dans votre vie (contrainte ?)*
- Non : donc ce n'est pas une contrainte ni un problème ni une difficulté de les prendre tous les jours ?*

=> Est ce que quelqu'un vous a déjà dit que vous preniez trop de médicaments ?

=> Est ce que prendre des médicaments vous rassure ? Pourquoi ?

=> Avez-vous peur des médicaments ?

=> Avez-vous l'impression d'être dépendant de votre traitement ?

=> Que ressentez-vous si une consultation de termine sans prescription médicamenteuse ?

3/ Point sur les ordonnances: Nous allons faire le point sur votre conception des ordonnances.

=> *Comment décririez-vous votre médecin d'une façon générale ? Et par rapport à ses prescriptions ?*

=> *Quelle serait pour vous, dans le meilleur des mondes, l'ordonnance idéale ? Dans la forme ou dans le fond ? Pour quel type de pathologie ? Pour quelle demande ?*

=> *Quels seraient les critères d'un traitement idéal ? Le nombre de médicaments ? Le type de médicament ? La durée du traitement ? Un ou plusieurs prescripteurs ? Une ou plusieurs ordonnances ? L'identité du prescripteur ? L'efficacité du traitement ? La facilité à comprendre ? Autres...*

=> *Pensez-vous que l'ordonnance que vous donne votre médecin est idéale pour vous ?*

- *Oui : pourquoi ?*
- *Non : pourquoi n'est-elle pas idéale ? nombre de médicaments : trop (ou pas assez) de médicaments - interactions médicamenteuses, dangerosité/toxicité de certaines molécules (= conscience du risque de la polyprescription) - pas adaptée à la pathologie ...*

=> *Que changeriez-vous dans votre ordonnance si vous aviez le choix ?*

=> *En général, pensez-vous qu'il est possible de diminuer le nombre de médicaments ? (chez les patients qui en prennent plus de 4 en traitement de fond) Comment ?*

=> *Et à propos des médicaments accessoires ou inutiles, les médicaments de confort ? Comment faire pour les diminuer ou les enlever ?*

=> *Pensez-vous qu'on ne peut pas réduire le nombre de médicaments ? Pour quelles raisons ?*

4/ Point sur la déprescription : Maintenant nous allons parler de déprescription.

(Poser les questions aux patients puis leur définir le terme déprescription) - Terme de médecine : Action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux. (Commission XIX-Langue française, Académie Nationale de médecine, 2008)

=> *Avez-vous déjà entendu parler de « déprescription » ?*

=> *Qu'est-ce que serait la « déprescription » pour vous ?*

Expliquer au patient qu'il arrive que pour les traitements chroniques de patients (traitements de fond), le médecin propose de diminuer le nombre de médicaments.

5/ Point sur l'expérience d'une déprescription : Nous allons parler de votre expérience personnelle. On parle des médicaments que vous prenez en traitement de fond uniquement. Avez-vous déjà vécu une déprescription ? (Cibler le lien qu'a, ou a pu avoir le patient avec la déprescription. Comment l'individu réagit face à la diminution de son traitement.)

Votre médecin vous a déjà proposé de vous enlever un médicament ?

1. OUI :

=> *Pourquoi vous a-t-il proposé d'enlever un médicament ?*

=> *Qu'avez-vous ressenti quand il vous en parlé ?*

- **Si vous avez accepté :** Quel effet cela a eu sur vous ? Êtes-vous content d'avoir accepté? Avez-vous noté des bénéfices / bienfaits suite à cette diminution du nombre de vos médicaments ? Est-ce que cela été facile à vivre? Est-ce que cela vous a posé des problèmes d'avoir arrêté ce ou ces médicaments? Attendez-vous que le médecin justifie pourquoi il enlève un médicament ?
- **Si vous avez refusé :** Pourquoi ?

2. NON :

=> *Seriez-vous d'accord si votre médecin vous proposait de diminuer le nombre de vos médicaments ?*

- Oui: pourquoi pensez-vous qu'il vous le propose? En quoi cela pourrait vous être bénéfique?
- Non: pourquoi? Que craignez-vous?

=> *Avez-vous eu l'idée tout seul ou l'envie de diminuer le nombre de vos médicaments ?*

- Oui: pour quelles raisons ?
- Non : pourquoi ?

=> *L'avez-vous déjà demandé à votre médecin ?*

- Oui : qu'a-t-il répondu ?
- Non: pourquoi alors ne pas lui demander?

=> *Est ce que quelqu'un d'autre vous a parlé de diminuer le nombre de vos médicaments? Un autre médecin que votre médecin traitant vous l'a proposé? Un de vos proches vous en a parlé? Les réformes actuelles politiques? (exemple du dextropropoxyphène...)*

6/ Avis global sur la déprescription :

(Trouver quels sont les critères et propositions des patients qui pourraient faire mieux entrer la déprescription au sein de la relation médecin-malade)

=> *Quand on vous prescrit un médicament est ce que vous savez d'emblée que vous ne le prendrez pas ? (pour quel type de médicament, prescrit par quel médecin?)*

=> *Quels sont à votre avis les risques de prendre trop de médicaments ?*

=> *Quels sont ou seraient alors à votre avis les avantages d'une déprescription ? Economique, diminution de la iatrogénie, risque d'erreur chez les personnes âgées, meilleure observance des traitements, suppression de médicaments inutiles ou devenus inutiles, autres... / Les avantages pour vous, pour votre famille, pour la société...*

=> *Quels sont ou seraient à votre avis les inconvénients d'une déprescription ? Perte de crédibilité des médecins, baisse d'efficacité thérapeutique, altération de la relation médecin-malade, autres... / Les inconvénients pour vous, pour votre famille, pour la société...*

=> *Comment réagissez-vous quand on vous ajoute un médicament (nombre ou posologie)?*

=> *Qu'attendez-vous à chaque renouvellement d'ordonnance ? Maintien des médicaments, arrêt d'un ou plusieurs médicaments ? Ajout d'un ou plusieurs médicaments ?*

=> *Que ressentez-vous au moment du renouvellement d'ordonnance quand on vous arrête un médoc, quand on donne le même traitement, quand on ajoute un traitement ?*

=> *Avez-vous le sentiment que le renouvellement d'ordonnance par votre médecin est trop systématique ?*

=> *Que pensez-vous alors du médecin qui pendant plusieurs années vous incite à prendre un traitement et qui un jour vous incite à ne plus le prendre ? Perd-il un peu sa crédibilité à vos yeux ?*

=> *Si on vous enlève un médicament préféreriez-vous que cela soit par votre médecin traitant en ville ou par un médecin hospitalier ? Pourquoi ?*

=> *Pensez-vous globalement que la déprescription est une bonne chose ?*

- Oui : pourquoi?
- Non : pourquoi

=> *Est-ce que c'est quelque chose de facile à vivre ?*

=> *Est-ce que vous pensez que les médecins devraient plus le proposer à leurs patients?*

A la fin de chaque questionnaire :

« Merci d'avoir répondu à ces questions. Les résultats de l'étude vous seront communiqués si vous le souhaitez, une fois qu'elle sera terminée. »

Abstract

Deprescribing: are the patients ready? Analysis of the experience and feelings of patients to which the general practitioner proposes deprescribing drugs.

Context: Several studies have shown that doctors consider their patients to be a hindrance to deprescribing. We gathered the patients perspective, never before addressed in this issue of public health, to identify solutions to facilitate its implementation.

Method and Results: A qualitative study, consisting of semi-directive interviews of 28 polymedicated patients who were grouped according to their reaction to deprescribing.

The majority of patients agreed to deprescribing, seeking autonomy and responsibility. Older patients, dependent, isolated and anxious, refused deprescribing, considering it too risky and without benefit.

The barriers to the acceptance and implementation of deprescribing were fear of: drugs and pathologies, poorly understood by the patients; losing a possible therapeutic benefit; withdrawal syndrome and the recurrence of symptoms; the required effort and the lack of support; breach of trust with their physician.

The solutions proposed by both patients and doctors to deprescribe drugs were similar. To become involved, the patient needs to be educated and made aware of his responsibilities. He must be helped to free himself of his medication and non-pharmacological alternatives must be proposed.

The general practitioner, better trained, must dare to remove drugs. A “customized deprescribing plan” for all polymedicated patients needs to be created, coordinating all healthcare providers and relatives.

Conclusion: Deprescribing is a difficult process even when it is agreed to by the patient. The solutions proposed aim at overcoming the barriers identified, but they necessitate the implementation of concrete public health measures.

KEYWORDS: Deprescribing – Polypathologies – Polypharmacy Optimization – Patients’ experience – General Practitioner – Deprescribing barriers – Customized deprescribing plan – Public health measures.