



**HAL**  
open science

# La déprescription en médecine générale qu'en pensent les patients ?

Delphine Chauvin

► **To cite this version:**

Delphine Chauvin. La déprescription en médecine générale qu'en pensent les patients ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01799006

**HAL Id: dumas-01799006**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01799006v1>**

Submitted on 24 May 2018

**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.

**LA DEPRESCRIPTION EN MEDECINE GENERALE :  
QU'EN PENSENT LES PATIENTS ?**

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE GENERALE  
- DIPLÔME D'ÉTAT -**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**LE 30 JUIN 2017**

**PAR**

**Delphine CHAUVIN**

---

**PRÉSIDENT DU JURY :** Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

**JUGES :** Monsieur le Professeur Henri COPIN  
Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ  
Monsieur le Professeur Alain DERVEAUX

**DIRECTEUR DE THÈSE :** Monsieur le Docteur Stephan VAN AUDENHAEGE

**Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse.*

*Veillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon plus profond respect.*

**Monsieur le Professeur Henri COPIN**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de Cytogénétique et CECOS de Picardie

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous m'honorez en évaluant ce travail.*

*Veillez recevoir mes remerciements respectueux.*

**Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me comblez en examinant cette thèse.*

*Veillez agréer l'expression de ma respectueuse considération.*

**Monsieur le Professeur Alain DERVAUX**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

*Vous avez accepté de juger ce travail,*

*Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.*

**Monsieur le Docteur Stéphan VAN AUDENHAEGE**

Médecin généraliste.

Maitre de stage universitaire

*Merci pour votre soutien et vos conseils lors de ce travail.*

*Merci de m'avoir fait confiance lors de mon premier  
remplacement.*

*Et surtout merci de de m'avoir donné la passion de ce  
métier.*

**A mes collègues,**

*Sylvain, merci de ton soutien et de ce coup de pouce pour le sujet ! Je déclare ouverte la mission ananas.*

*Véronique, merci pour votre soutien et de m'avoir poussé à passer rapidement ma thèse.*

*Janique, merci pour ton soutien, pour m'avoir poussée et accompagnée dans ce travail. Merci pour toutes ces rigolades et surtout merci d'être toi !*

*Sarah, merci pour ton soutien, ta disponibilité, ta gentillesse et ton humour !*

**A ma famille,**

*Mes parents, merci d'être aussi géniaux. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté, pour votre soutien, votre amour et pour avoir cru en moi. Je vous aime.*

*Mes frères pour tous ces souvenirs que nous avons ensemble et tous ces fous rires que nous aurons encore.*

*Perrine, je ne pouvais pas rêver d'une meilleure sœur ! Merci de l'être devenue.*

*Morgane et Alycia, mes nièces chéries sans qui ma vie ne serait pas la même.*

*Maminours et papitou, merci pour votre soutien, merci de tous ces bons moments passés ensemble.*

*Lyonnel, merci pour votre soutien*

*Aliette, Tanguy, Elsa et Ulysse, vous êtes loin mais on pense à vous.*



**A mes amis,**

*Ma Vi, merci de m'avoir porté lors de mes études, de m'avoir soutenu dans les moments les meilleurs comme les plus durs, sans toi je n'en serais pas là.*

*A Liam, Yanis et Malo je vous aime mes petits cœurs.*

*Mehdi, Déborah, Marine, Claire, Clément, Elodie et tous ceux que je ne cite pas. Merci pour votre soutien et votre amitié.*

*Merci à Julia pour la traduction, a thomas ainsi qu'a lydia.*

**A vous tous,**

*Merci à tous les médecins qui m'ont formé et appris.*

*Merci à tous les patients qui ont participé à cette étude et pour le temps que vous m'avez accordé. Merci à tous les patients que j'ai croisé ou que je croiserai dans ma carrière et qui font de moi le médecin que je suis aujourd'hui. J'espère être digne de votre confiance.*

**Et spécialement à mes amours,**

*A toi ketch, mon meilleur ami, mon amoureux. Merci pour ta patience, pour tes relectures, et pour tous les moments de bonheur passés et à venir. Je t'aimeuh !*

*Et enfin, à toi Norah, ma fille sans qui tout ça n'aurait pas de sens. Merci d'illuminer ma vie tous les jours. Papa et maman sont dingues de toi.*

# Table des matières

<b>Abréviations</b> .....	<b>12</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>13</b>
<b>Que savons- nous de la déprescription?</b> .....	<b>14</b>
1. La polyprescription .....	14
2. La déprescription.....	15
<b>Matériels et méthodes.</b> .....	<b>17</b>
1. Recherche bibliographique.....	17
2. Choix de la méthode.....	17
3. Constitution de l'échantillon .....	17
4. Le script d'entretien .....	18
5. Collecte de l'information .....	19
6. Analyse des données .....	19
A. Retranscription.....	19
B. Analyses des entretiens .....	19
<b>Résultats.</b> .....	<b>20</b>
1. Profils des patients interrogés .....	20
2. Caractéristiques des entretiens .....	21
3. Point sur les médicaments.....	21
A. Les classes thérapeutiques représentées.....	21
B. Les patients et leurs traitements .....	21
C. Les prescripteurs .....	22
4. Point sur la déprescription.....	22
A. Que savent les patients de la déprescription ? .....	22
B. Le ressenti des patients face à la déprescription .....	23
a. Analyse des sentiments.....	23
b. Leur vécu de la déprescription.....	24
C. Avantages perçus par les patients .....	24
a. Moins d'effets secondaires : .....	25
b. Moins d'interactions médicamenteuse :.....	25
c. Bénéfices psychologique : .....	25
d. Avantage logistique : .....	26
e. Avantage économique :.....	26
f. Avantage numéraire : .....	26

g.	Aucun avantage :.....	26
D.	Inconvénients de la déprescription.....	27
a.	Réapparition des symptômes ou l'effet rebond: .....	27
b.	Effort personnel : .....	27
c.	Syndrome de sevrage :.....	27
d.	Inconvénients psychologiques :.....	27
e.	Aucuns inconvénients :.....	28
E.	Le regard des patients sur leur médecin traitant .....	28
F.	Les pistes d'amélioration évoquées par les patients .....	30
a.	Identification des moteurs de la déprescription .....	30
b.	Identification des obstacles .....	31
c.	Leurs propositions.....	35
	<b>Discussion.....</b>	<b>42</b>
1.	Intérêt du sujet .....	42
2.	La méthode qualitative .....	42
3.	Limites de l'étude.....	42
4.	Discussion des résultats.....	43
A.	Le patient dit-il réellement non ?.....	43
B.	Pourquoi le patient va-t-il dire non ? .....	44
C.	La représentation du médecin traitant par le patient .....	46
a.	Que pensent les patients du médecin qui déprescrit ?.....	46
b.	Sa place dans la déprescription .....	47
c.	La formation des médecins généralistes .....	48
d.	L'organisation .....	49
e.	L'informatisation .....	49
f.	Patients versus médecins, différences d'opinion ? .....	50
D.	Comment déprescrire ? .....	50
a.	Méthodologie .....	51
b.	La déprescription selon les patients .....	53
c.	Quels médicaments déprescrire. ....	54
E.	Piste d'améliorations .....	55
a.	Avis hospitalier .....	56
b.	Pharmacien traitant ?.....	56
c.	Méthodes alternatives ou prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. ....	57
d.	Intérêt de l'éducation thérapeutique.....	58

e. Médias, information des patients et des soignants.....	59
f. Solutions en termes de coût .....	61
F. Le vocable déprescription.....	63
G. Qu'en est-il des psychotropes ? .....	64
<b>Conclusions. ....</b>	<b>65</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>67</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>72</b>
1. ANNEXE 1 Le script d'entretien.....	72
2. ANNEXE 2 Le formulaire de consentement éclairé.....	73

# Abréviations

---

ADO :	Anti Diabétiques Oraux
ADT :	Antidépresseurs
AntiHTA :	Anti Hypertenseurs Artériels
ASALEE :	Action de Santé Libérale En Equipe
BZD :	Benzodiazépine
CPAM :	Caisse Primaire d' Assurance Maladie
DFG :	Débit de Filtration Glomérulaire
DMP :	Dossier Médical Partagé
EPP :	Evaluations des Pratiques Professionnelles
ETP :	Education Thérapeutique des Patients
HAS :	Haute Autorité de la Santé
HPST :	loi Hôpital Patients Santé et Territoire
IPP :	Inhibiteurs de la Pompe à Protons
LEMM :	Les Entreprises du Médicaments
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PMSA :	Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
SMR :	Service Médical Rendu

# Introduction

---

Le progrès dans le traitement des pathologies signifie que les patients vivent avec des comorbidités plus longtemps, entraînant un vieillissement des populations occidentales. Ce vieillissement de la population entraîne de plus en plus une polyprescription. Celle-ci engendre une augmentation du nombre de traitements inappropriés, une augmentation du risque d'interactions médicamenteuses, et de la iatrogénie, de confusion, 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.

Mieux prescrire est un véritable enjeu de santé publique tant en termes de qualité de soins que de réduction des coûts. La déprescription fait partie intégrante de la prescription, mais entraîne un certain nombre de difficultés lors de sa mise en pratique. Plusieurs études ont permis d'analyser les freins et les déterminants de la déprescription en médecine générale. Le principal frein serait le patient lui-même avec des difficultés à faire arrêter tel ou tel médicament. Mais qu'en pensent les patients ? La question ne leur a été posée que très rarement.

Quel vécu ont les patients de la déprescription ? Que ressentent-ils et surtout sont-ils réellement un obstacle ?

Pour répondre à cette question nous avons réalisé une étude qualitative auprès de patients de l'Oise. Nous avons également cherché à savoir quels seraient pour eux les solutions à apporter pour faciliter la déprescription.

# Que savons- nous de la déprescription?

---

## I. La polyprescription

La surconsommation médicamenteuse est un problème de santé publique. La France est l'un des pays les plus prescripteurs. La synthèse de l'étude européenne sur la consommation médicamenteuse de 8 classes thérapeutiques (antibiotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, antiulcéreux, hypolipémiants, antihypertenseurs, antidiabétiques et antiasthmatiques) montre cependant une tendance à la diminution des consommations médicamenteuses : si la France était bien en 2000 le pays le plus consommateur de médicaments de ces 8 classes thérapeutiques, elle se situe en 2011 dans la moyenne européenne (1). La France affiche également le taux d'évolution le plus faible et une modération relative de sa consommation de médicaments.

La quantité de médicaments prescrits par ordonnance est importante puisqu'atteignant 14 lignes de prescriptions par an et par personne à comparer aux 11 lignes de l'Allemagne et 8 lignes du Canada. Il est à noter le parallélisme entre le nombre de lignes de prescription et le nombre de médicaments à service médical rendu (SMR) faible, produits qui dans une logique médicale sont plus sujet à la déprescription (2).

La définition de la polyprescription ou polymédication ne fait pas l'objet d'un consensus. Dans la littérature, elle est décrite par une ordonnance comportant 3 à 5 médicaments (3, 4). L'OMS considère que l'association de cinq médicaments constitue un seuil à partir duquel nous pouvons parler de polymédication (3).

En 2007, un Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine met en évidence trois types de polymédication chez le sujet âgé (5) :

- Celles nécessaires voire indispensables, conséquences du progrès thérapeutique, pouvant être justifiées de façon prolongée ou même illimitée pour traiter une ou plusieurs maladies chroniques (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique, diabète, douleurs chroniques...).

- Les polymédications favorisées par les demandes médicamenteuses croissantes dans les sociétés occidentales et supposées traiter certains « facteurs de risque » ou symptômes de « mal-être » (traitements « symptomatiques » ou « de confort »).

- Les polymédications liées à certaines « stratégies de prévention du vieillissement » (traitements hormonaux, médicaments de l'activité sexuelle, « oxygénateurs » et « vasodilatateurs »).

» cérébraux, toniques généraux...). Ces traitements sont souvent entretenus par la pression commerciale.

Les conséquences de la polymédication sont multiples :

- l'augmentation du nombre de traitements inappropriés,
- l'augmentation du risque d'interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, notamment la iatrogénie. Cette dernière est responsable de 5 à 10% des hospitalisations des plus de 65 ans et d'au moins 20 % des hospitalisations chez les plus de 80 ans (6). Ce qui est compréhensible du fait de la présence plus importante en fonction de l'âge d'insuffisance hépatique ou rénale par exemple.
- l'augmentation du risque de contre-indications médicamenteuses liées à plusieurs pathologies concomitantes.
- la diminution de l'observance des patients et le risque de confusion dans les prises médicamenteuses.
- l'augmentation du coût de la prise en charge. 10% des 19% de dépenses liées aux médicaments sont réalisées par 10% des plus de 69 ans (6).

## **2. La déprescription**

D'une certaine façon, P. PINEL parlait déjà en 1806 de l'art de la déprescription : "Ce n'est pas un art de peu d'importance que de prescrire correctement des médicaments, mais c'est un art d'une bien plus grande difficulté que de savoir quand les arrêter ou ne pas les prescrire." (7).

Le terme déprescription est un néologisme cité dans la littérature dès 2004. P. QUENEAU la définissait comme « l'acte visant à arrêter de façon volontariste une prescription », ou « l'action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux » (8, 9).

80% des médecins semblent accorder une grande importance à la déprescription et être conscients des problèmes liés à la polymédication de leurs patients (10). Néanmoins, c'est une démarche complexe et difficilement mise en pratique (11).

Le profil du médecin « déprescripteur » est le médecin généraliste qui exerce depuis plus de trente ans, en milieu rural effectuant moins de 120 actes par semaine. Le médecin expérimenté rencontre moins de difficulté à la faire accepter par le patient.

L'évolution des conceptions sur le soin et la prise en charge du patient est sa principale motivation, vient ensuite l'intolérance au traitement à juste titre ou non par le patient, puis arrive



l'inobservance du patient. Les déterminants liés à la maladie sont la guérison et la modification des symptômes. L'aggravation de la maladie en est un aussi car souvent suivie d'une hospitalisation permettant une réévaluation d'ordonnance. Enfin, les principaux déterminants liés au traitement sont la iatrogénie et l'intolérance (12).

Les principaux freins à la déprescription sont la connaissance insuffisante du patient et de ses traitements, la chronophagie, le souci déontologique envers les autres prescripteurs, les conséquences sur la relation médecin-patient et l'éventuelle perte de patientèle, et enfin la pression des patients (13).

Dans la thèse d'E. BOISDIN, les médicaments psychotropes sont ceux qui ont suscité le plus de souhaits de déprescription de la part du médecin (27% des médicaments). Paradoxalement c'était finalement le groupe le moins déprescrit: 32,9% de succès alors que le taux global de déprescription était de 65,6% (14). En deuxième apparaissaient les antalgiques et les anti-inflammatoires, puis les médicaments à visée neurologique tel que les vasodilateurs cérébraux et enfin les veinotoniques. Cela se rapproche des résultats de la thèse de S. BLESSES où les 4 classes médicamenteuses les plus souvent citées comme objet de déprescription sont les anti-inflammatoires 82%, les veinotoniques 79%, les psychotropes 77%, et les antalgiques 66% (12). Ces études datant respectivement de 2011 et 2012, on peut se demander si la 3<sup>ème</sup> place des médicaments à souhait de déprescription n'a pas depuis été détrôné puisque les vasodilateurs et les veinotoniques sont moins prescrit qu'autrefois car déremboursés.

# Matériels et méthodes.

---

## **1. Recherche bibliographique**

Une étude de littérature a été effectuée avant de réaliser le script d'entretien. Plusieurs bases de données ont été utilisées : PUBMED, SCIENCE DIRECT, SPRINKLINGER, SUDDOC, GOOGLE SCHOLAR.

Les principaux termes recherchés étaient « déprescription », « polyprescription », « médecine générale », et « prescrire ».

Cette recherche s'est effectuée de novembre 2016 à avril 2017. Les articles ou thèses concernées semblent relativement récents et de plus en plus nombreux, ce qui peut démontrer un certain engouement pour le sujet ces dernières années.

## **2. Choix de la méthode**

L'objectif de notre étude était d'identifier les obstacles à la déprescription à partir de ce qu'expriment les patients. Pourquoi un patient va dire non et que ressent-il vraiment ?

L'objectif secondaire est d'identifier les moyens à mettre en œuvre pour lever les réticences des patients face à la déprescription.

Ce travail avait pour but d'apporter des réponses aux médecins généralistes sur ce que ressentent leurs patients lors d'une déprescription et de comprendre ce qui fait qu'un patient va dire non.

Devant cet objectif, la méthode qualitative semblait évidente. Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretien semi directif standardisé avec un script d'entretien défini. L'entretien semi directif nous permettant de garder un contrôle sur les thèmes abordés.

## **3. Constitution de l'échantillon**

Le recrutement des patients se faisait lors des remplacements de l'interne (remplacements dans l'Oise dans la commune d'Estrées Saint Denis). De même, certains patients ont été inclus par le directeur de thèse et les associés du cabinet. Après consultation, si le patient correspondait à l'étude, l'interne lui proposait, face à face, un entretien à une date ultérieure.

Cela concernait tous les patients majeurs, sans limite d'âge supérieure.

Le critère d'inclusion était d'avoir une ordonnance comportant au moins 4 médicaments depuis 3 mois, c'est-à-dire pouvant être considérée comme une polyprescription. Etaient pris en compte tous les traitements prescrits, parfois présents sur plusieurs ordonnances de prescripteurs différents. Les médicaments d'épisodes aigu n'ont pas été pris en compte.

Les patients présentant des troubles cognitifs avérés, des difficultés de langage, ainsi que des pathologies psychiatriques lourdes ont été exclus.

Après consultation, si le patient correspondait à l'étude, l'interne lui proposait un entretien à une date ultérieure.

La taille de l'échantillon n'était pas définie à l'avance. En effet, dans les études qualitatives, la cohorte est déterminée lorsqu'il y a saturation des données. C'est-à-dire lorsqu'il n'y a plus de nouvelles données retrouvées. Nous avons réalisé 19 entretiens avant d'être confrontés à la saturation des données. 3 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer celle-ci. 5 patients ont refusé l'entretien. De même, nous ne recherchions pas une significativité statistique, mais à analyser un comportement de patient, l'inclusion des patients n'a donc pas été randomisée. Nous cherchions à constituer un échantillon caractéristique afin de répondre au mieux à notre objectif.

#### **4. Le script d'entretien**

Pour caractériser notre échantillon, nous avons commencé par un questionnaire quantitatif : âge, profession, situation familiale et milieu.

Une seconde partie permettait de connaître le rapport qu'entretenait le patient avec ses médicaments. Nous cherchions à savoir le nombre de médicaments pris par le patient, s'il savait quelles étaient les molécules (ou nom commercial), s'il savait à quoi ils servaient et qui lui avait prescrit.

Enfin une troisième partie permettait d'analyser leur vécu et leur sentiment face à la déprescription. Une dernière question leur permettait d'apporter leur solution pour aider les médecins dans leur démarche.

Une enquête préliminaire a été réalisée afin d'évaluer la faisabilité de l'enquête et la fluidité du script. Elle a permis de tester le script d'entretien grâce aux trois premiers entretiens. Devant une

difficulté de compréhension de la dernière question du script, celle-ci a été reformulée. Puis nous avons apporté de légères modifications au fur et à mesure des entretiens.

## **5. Collecte de l'information**

Les entretiens se déroulaient au calme, avec le temps nécessaire à la réalisation de l'entretien afin de ne pas être perturbés par des éléments externe. Ils avaient lieu soit au domicile du patient, soit dans un bureau du cabinet médical. Ils se sont déroulé de février 2017 à avril 2017. Les entretiens duraient en moyenne 25 minutes, le plus court ayant duré 10 minutes et le plus long 58 minutes.

Les entretiens étaient bien entendu anonymes, enregistrés par l'application dictaphone de l'Iphone de l'interne.

Afin de respecter les règles d'éthique, un formulaire de consentement ainsi qu'une fiche explicative étaient remis au patient.

Une courte présentation permettait à l'interne de se présenter et d'expliquer le travail en cours.

L'interne suivait le script pré établi et n'intervenait qu'en cas de mauvaise compréhension ou pour approfondir une notion intéressante.

## **6. Analyse des données**

### **A. Retranscription**

Les données ont été retranscrites mots à mots par l'interne grâce au logiciel WORD, en essayant d'analyser le comportement et les émotions des patients. Les intonations, les rires et les silences ont été notés afin de respecter au mieux l'authenticité des propos.

### **B. Analyses des entretiens**

Une première lecture des entretiens s'effectuait par l'interne lors des retranscriptions. Une fiche « résumé » des entretiens permettait de dégager les principales idées de l'entretien et le ressenti des patients face à la déprescription.

Par la suite, un codage des données a été réalisé avec l'aide du logiciel NVIVO 11 permettant de classer par thème les idées les plus récurrentes et les plus pertinentes.

Une troisième lecture a été faite par le directeur de thèse afin d'approfondir l'analyse.

# Résultats.

## 1. Profils des patients interrogés

L'âge moyen était de 68 ans. Le plus jeune avait 30 ans et le plus âgé avait 87 ans. Il y avait 16 femmes pour 6 hommes. 10 patients étaient célibataires, divorcés ou veuf et vivaient seuls, les 12 autres étaient mariés et vivaient en couple. 16 patients étaient retraités, 4 étaient employés, 1 était artisan et le dernier sans emploi.

Le milieu rural est le plus représenté avec 15 patients. 5 considéraient vivre en milieu « semi rural », c'est-à-dire selon eux dans une petite ville, et 2 en ville. Cela va de pair avec la localisation du cabinet qui considéré est en zone « semi – rural ».

	SEXE	AGE	SITUATION FAMILLIALE	PROFESSION	MILIEU
P1	F	59	mariée	employé	rural
P2	F	78	veuve	retraite	semi rural
P3	F	80	veuve	retraite	rural
P4	F	79	Mariée	retraite	rural
P5	F	82	mariée	retraite	rural
P6	F	59	mariée	sans emploi	rural
P7	F	53	mariée	artisan	rural
P8	F	72	veuve	retraite	rural
P9	H	66	marié	retraite	rural
P10	H	79	célibataire	retraite	rural
P11	F	61	divorce	employé	rural
P12	F	70	veuve	retraite	semi rural
P13	H	87	marié	retraite	rural
P14	F	70	veuve	retraite	urbain
P15	H	76	marie	retraite	rural
P16	F	30	célibataire	employé	urbain
P17	F	71	mariée	retraite	rural
P18	F	75	mariée	retraite	semi rural
P19	H	64	divorce	retraite	semi rural
P20	F	64	mariée	retraite	semi rural
P21	H	80	veuf	retraite	rural
P22	F	56	mariée	employé	rural

Tableau 1 : Profil des patients.

## **2. Caractéristiques des entretiens**

27 patients étaient potentiellement incluables dans l'étude. 5 (hommes) ont refusé de répondre aux questionnaire (manque de temps, n'en voyait pas l'utilité ou peur que leur médecin traitant ait accès aux données). Les entretiens ont duré en moyenne 25 minutes, le plus court ayant duré 10 minutes et le plus long 58 minutes.

## **3. Point sur les médicaments**

Le nombre moyen de médicaments à prendre par jour était de 7,8. 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.

### **A. Les classes thérapeutiques représentées**

Les classes les plus représenté dans cet échantillon était par ordre décroissant de fréquence : les antihypertenseurs (AntiHTA), les antalgiques, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), les statines, les antidiabétiques oraux (ADO), les antiagrégants plaquettaires, les benzodiazépines (BZD).

Les médicaments en quantité pris par les patients de manière secondaire étaient : les antidépresseurs (ATD), la vitamine D, les laxatifs, la levothyroxine, les anti-arythmiques, les hypnotiques, le calcium, les anticoagulants, les bronchodilatateurs, les hypo-uricémiants et les antiparkinsoniens.

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

### **B. Les patients et leurs traitements**

Sur 22 patients, seulement 9 patients connaissaient réellement leurs traitements et savaient pourquoi ils les prenaient. Nombre de patients pensaient connaître leur traitement et ce à quoi ils servaient, commençaient l'énumération et au final sortaient leurs ordonnances.

P9 « *Je suis venu avec mon pense bête.* »

P5 « *Je ne regarde pas sur ma feuille hein, vaut mieux pas ?* »

Quelques-uns pensaient avoir tout énuméré mais en avait oublié un certain nombre.

Et enfin certains ne connaissaient pas leurs médicaments, ne savaient pas combien ils en prenaient ou encore ne savaient pas quelles pathologies ils avaient.

P4 « *Ben j'ai mon ordonnance. Je ne sais pas par cœur.* »

P21 « *C'est marrant parce que chez moi je le sais, mes boîtes sont rangées d'une certaine façon.* » ; « *oh ben dis donc encore un trou !* »

### **C. Les prescripteurs**

Le médecin traitant était l'unique prescripteur dans 12 situations. Les autres prescripteurs identifiés étaient, par ordre de fréquence: le cardiologue, l'ophtalmologue, et le psychiatre. Les patients étaient tous convaincus que leur médecin traitant connaissait également les traitements prescrits par les autres prescripteurs.

P4 « *Oh ben oui sûrement car c'est vieux ça hein.* »

## **4. Point sur la déprescription**

### **A. Que savent les patients de la déprescription ?**

Comme mentionné précédemment, la définition originelle de la déprescription est « l'action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux ».

En règle général, les patients ne savent pas grand-chose de la déprescription et n'ont, pour la plupart jamais entendu ce terme. Au total 12 patients ne savaient rien de la déprescription.

P11 « *Je ne sais pas vous allez m'expliquer.* »

P16 « *Rien ! Je n'en ai jamais entendu parler !* »

D'autres patients avait une vision erronée de la déprescription :

P1 « *C'est les médicaments qui ne sont plus remboursés.* »

P20 « *Je pense que c'est parce que c'est un médicament qui est moins cher. Quand c'est déprescription non ?* »

P7 « *Ce qu'il y a dans le médicament ? Les produits qu'il y a dans le médicament par lui-même.* »

Enfin les derniers se rapprochaient de la définition telle qu'on l'entend. Parmi eux, 6 pensaient que la déprescription c'était le fait de supprimer, enlever, retirer un traitement. Un patient partait du principe qu'il fallait savoir à quoi servent les médicaments. Un patient rajoute que c'est pour les médicaments inutiles.

P14 « *Il faut de toute manière réduire petit à petit les médicaments* »

P19 « Quand on a retiré deux médicaments pour remplacer par un seul. »

P6 « C'est-à-dire les médicaments qu'il ne faut pas prendre. C'est ça ? Comment je pourrais entendre ce mot déprescription ? Les médicaments qui ne servent à rien, non ? »

## B. Le ressenti des patients face à la déprescription

### a. Analyse des sentiments

L'émotion la plus évoquée par les patients est la peur. La peur qu'on leur retire leur traitement, et la peur des conséquences de ce retrait. Certains se disent même choqués. Ils s'inquiètent, angoissent. D'autres vont s'énerver, se fâcher. Les derniers sont au contraire contents voire fiers qu'on leur propose.



Image n°1. Nuage de mots, les sentiments.

Le logiciel N'Vivo 11 nous a permis d'analyser les sentiments ressentis par les patients. Le nuage de mot a été généré lors de cette analyse et permis de faire ressortir les sentiments les plus marquants.



### b. Leur vécu de la déprescription.

La question que « ressentez-vous et comment réagissez-vous ? » permet de scinder les patients en 3 groupes :

- Ceux qui étaient contents et acceptaient la déprescription. Nombreux, ils étaient d'emblée d'accord avec le principe de déprescription. Ils l'ont d'ailleurs pour la plupart déjà vécu et cette dernière s'est bien passée.
- Ceux qui avaient peur, qui se fâchaient et refusaient la déprescription. (P 3 « *Je l'envoie dans le mur* »)
- Ceux qui hésitaient. Ils étaient ambivalents. Ils avaient d'abord peur, puis étaient tout de même ravis de réévaluer l'ordonnance. Ils acceptaient puis refusaient, réfléchissaient. Finalement la déprescription c'est bien mais pour les autres.

Certains patients avaient déjà vécu une déprescription. Selon comment elle s'est passée et les conséquences possibles, les patients sont plus à même d'accepter ou non une nouvelle déprescription. Dans notre étude, les patients qui ont vécu une déprescription semblaient plutôt satisfaits et ne refuseraient pas un nouvel ajustement de leur ordonnance. Deux patients ont eu une mauvaise expérience de cette déprescription et refuseraient probablement une nouvelle déprescription. Un des patients évoquait un effet rebond qui avait nécessité la « represcription » de son médicament. Un autre patient avait déjà refusé une déprescription et restait campé sur ses positions (P2).

Déprescription	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Ressenti positif	+			+	+	+	+	+	+		+		+	+					+	+	+	
Ressenti négatif			-																			-
Jamais vécu		JV								JV		JV			JV	JV	JV	JV				
Demandeur	D						D				D				D				D	D		
Refus		RF	RF																			RF
Ne sait pas				NSP						NSP		NSP				NSP						
Accepterait	A				A	A	A	A	A		A		A	A	A		A	A	A	A	A	
Represcription			R																			

Tableau n°2 : le vécu des patients.

### C. Avantages perçus par les patients

Les patients ont décrit de nombreux avantages à la déprescription. Ils découlent tous des risques de la polyprescription.

**a. Moins d'effets secondaires :**

Tous les patients ont évoqué leur estomac ! Le premier effet secondaire des traitements ressentis par les patients semble être les épigastalgies et le reflux œsophagiens. Le fait d'avoir moins de médicaments permettrait de résoudre, selon eux, cet effet.

P1 « *D'avoir moins mal à l'estomac, parce que à force...* »

P15 « *Ah ben pour l'estomac déjà, car ça ne doit pas être bon de prendre tous ces médicaments là* »

Le médicament était ressenti comme toxique pour 4 d'entre eux. Avoir une prescription plus juste permettrait de limiter les effets secondaires et de se « désintoxiquer »

P6 « *On est mieux dans sa peau après, on a moins de toxine* »

Les patients s'inquiétaient alors des effets sur leur corps et de déplacer la pathologie.

P17 « *Ils sont bien d'un côté et de l'autre côté ça abime.* »

Les effets secondaires induits par un traitement nécessitent souvent une adaptation par un autre traitement. La notion de « contre- médicament » était expliquée par un patient.

P15 « *Parce qu'après on vous dit on va vous donner un autre médicament pour calmer les douleurs d'estomac, des fois on est obligé de prendre un contre médicament* »

**b. Moins d'interactions médicamenteuse :**

Deux patients avaient évoqué les risques d'interactions entre les traitements.

P12 « *Ça fait moins de mélange car tous les médicaments ne sont pas potentiellement bon* »

P13 « *Et il y a des médicaments qui ne conviennent pas à tout le monde ou qui ne sont pas bon entre eux* »

**c. Bénéfices psychologique :**

La majorité des patients attestait que la déprescription pouvait apporter un certain bien être psychologique. Avoir moins de médicaments démontrait qu'on est moins malade. Déprescrire signifiait aller mieux, était synonyme de guérison.

P10 « *C'est un avantage pour la santé ! ça veut dire qu'on est moins malade.* »

P11 « *C'est comme au foot on a marqué un point ! on a marqué un but !* »

#### **d. Avantage logistique :**

Suivre un traitement nécessite une certaine organisation. Afin de ne pas se tromper dans la prise (heure, quantité, fréquence) et afin de ne pas l'oublier (lors de déplacements par exemple) et surtout afin de bien les préparer. Les patients sont conscients que cela remet en jeu leur propre observance.

P7 « *Et après quand on vieillit il faut voir si c'est bien le bon. Moi je me suis déjà vu prendre le cachet de mon mari pour le cholestérol! Quand je l'ai pris je me suis dit c'est bizarre. Je l'ai mis sur la table et j'ai dit : tiens ça c'est à toi et ça c'est à moi et je lui ai donné mon cachet pour dormir ! Lui qui dort déjà bien il a bien dormi !* »

P9 « *Il faut penser à prendre tout ! hier soir je suis sorti. Il faut penser à prendre les médicaments ! Pour bientôt il faudrait penser à avoir sa trousse à pharmacie en permanence sur soi! Et comme je ne suis pas une personne à avoir un pilulier à la semaine ben quand je les oublie, je fais demi-tour* »

P19 « *Les préparer et tout, ça devenait une corvée pour moi.* »

#### **e. Avantage économique :**

Les patients évoquaient le déficit de la sécurité sociale. Ils mettaient en avant également les économies qu'ils pouvaient faire pour eux même.

P9 « *Ben retirer un médicament ça va me permettre de gagner 50 cts par boîte chez le pharmacien. Car maintenant ils font des boîtes de plus en plus petites, comme ça il faut de plus en plus de boîtes et on donne plus de fois 50 centimes* »

P13 « *Ben ça ferait des économies automatiquement ! Si on en prenait moins ça reviendrait moins cher à notre caisse.* »

#### **f. Avantage numéraire :**

Certains patients évoquaient la notion de quantité sans en préciser les bénéfices engendrés.

P15 « *Pour celui qui prend beaucoup de médicaments en avoir un de moins par jour ça doit être appréciable quand même.* »

P19 « *le soir on en a plein à la main quand on veut les prendre, ça parait énorme* »

#### **g. Aucun avantage :**

Une patiente indiquait qu'il n'y aurait aucun avantage à la déprescription.

## **D. Inconvénients de la déprescription**

Plusieurs inconvénients ont été repérés par les patients. Certains sont basés sur des évidences scientifiques, d'autres sont plus tournés vers le patient en lui-même, en tant qu'individu enclin à une émotivité.

### **a. Réapparition des symptômes ou l'effet rebond:**

A l'arrêt d'un traitement, le symptôme jusque-là contrôlé par le traitement peut refaire surface. Il est possible également qu'il s'intensifie. La déprescription semble alors dangereuse. Elle pourrait modifier l'équilibre thérapeutique jusqu'ici établi.

P11 « *Il se peut qu'on en a vraiment besoin, ça peut être une erreur qu'on nous le retire et ça peut causer beaucoup de dégât.* »

P14 « *Que le mal s'accroisse* »

### **b. Effort personnel :**

Réévaluer l'ordonnance peut aussi vouloir dire proposer une alternative non médicamenteuse. Or pour certains patients le médicament est une solution facile. Ils refusent de fournir un effort et considèrent alors cela comme un inconvénient non négligeable.

P3 « *C'est une corvée quand même.* »

P9 « *Je préfère perdre dix ans de ma vie et ne pas me priver ! Parce que c'est une contrainte sinon.* »

P14 « *Mais bon on revient toujours à la même chose, il faut « bouger, bouger » et ça ce n'est pas mon cas, je suis paresseuse.* »

### **c. Syndrome de sevrage :**

Les patients sont habitués à leurs traitements. Certains médicaments peuvent entraîner à leur arrêt un syndrome de sevrage dont les patients avaient bien conscience.

P7 « *J'avais des tremblements, j'avais froid chaud, j'étais énervé.* »

P11 « *Moi je pense que c'est comme une drogue.* »

### **d. Inconvénients psychologiques :**

La déprescription peut entraîner chez certains patients un sentiment d'abandon. La notion d'être moins bien soigné, moins soutenu revient régulièrement. Le patient perd son statut de malade.

P1 « *Ben d'être moins bien soigné hein !* »

P6 « *On va se sentir perdu, pas soutenu, et tout de suite on va penser que ça ne va pas. Les petits symptômes vont être amplifiés alors que c'est dans notre tête.* »

**e. Aucuns inconvénients :**

Deux patients ne retrouvaient aucun inconvénient à la déprescription, au contraire pour eux ce n'était que « du positif ».

**E. Le regard des patients sur leur médecin traitant**

Lorsque l'on demandait aux patients ce qu'ils pensaient du médecin qui déprescrit, ils étaient tous d'accord : ils leur faisaient confiance. Cette notion de confiance est apparue dans tous les entretiens. Une seule patiente prétendait qu'il pouvait y avoir justement rupture de ce lien de confiance si son médecin déprescrivait un médicament. Cependant elle ajoutait qu'après explication et négociation elle serait enclin à accepter la proposition de son médecin.

P14 « *Je perds un peu confiance quand même* »

Plusieurs notions étaient ressorties de l'entretien :

Le médecin connaît son métier. Il serait meilleur juge que le patient et d'ailleurs c'est pour cela que les patients viendraient le voir en consultation. Il saurait ce qu'il fait puisqu'il fait ce métier-là par vocation.

P21 « *On fait ce boulot là, pas pour gagner sa vie d'abord mais pour faire ce métier-là ! Pour aider les gens et faire quelque chose d'utile.* »

P6 « *C'est son rôle, s'il juge qu'il faut retirer, c'est lui-même qui sait, je fais confiance au médecin.* »

Déprescrire c'est aussi s'intéresser au patient puisque cela nécessiterait d'étudier son cas de près. Il connaît la « valeur des médicaments » et en connaît les effets secondaires.

P9 « *Mais le fait déjà de supprimer un médicament c'est qu'il s'intéresse au cas de la personne ! Il ne tire pas ça aux dés le matin (rigole) Pour moi c'est montrer un intérêt au patient.* »

P21 « *Il sait bien les conséquences de prendre un médicament. Ça soigne mais ça a aussi des inconvénients* »

Les patients semblaient tolérants également envers le médecin qui faisait une « erreur » tant que celui-ci était ouvert à la discussion et à l'explication.

P19 « *Même s'il fait une erreur ça ne m'empêchera pas de revenir et de lui dire vous m'avez donné tel médicament ça ne va pas, on change ensemble, on discute on change.* »

Ils insistaient également sur le fait que c'est au médecin traitant de déprescrire, puis qu'il connaît les patients, connaît leurs antécédents, leurs habitudes, et est le prescripteur principal.

P6 « *Elle a du vécu, elle connaît la faille. Elle sait comment je suis et ce qu'elle peut faire. On lui en veut mais elle l'enlève quand même et au final on revient lui dire qu'elle avait raison.* »

P15 « *Comme c'est le médecin généraliste qui prescrit donc bon c'est à lui de diminuer les doses (...) Mais y'a que le médecin qui peut dire, là vous voyez vous ne me connaissez pas vous ne pouvez pas me dire si j'ai trop de médicaments.* »

Même si selon certains patients, si le traitement est prescrit par un spécialiste, le médecin traitant doit se mettre en relation avec lui avant de déprescrire (et de bien le préciser au patient).

P9 « *Après sur un médicament qui est conseillé par le spécialiste, le généraliste ne doit pas y toucher ça doit être le spécialiste qui le retire. Ou ils doivent se concerter* »

De même, un traitement peut parfois être déprescrit par un remplaçant. Se pose alors la question de confiance envers ce remplaçant non connu du patient. La difficulté est de dire non devant un médecin qu'on ne connaît pas, et s'assurer que son médecin traitant sera bien au courant de cette déprescription.

P7 « *Sur le coup j'ai dit oui mais je me suis dit merde elle m'enlève mon médicament mais mon médecin sera au courant ? J'ai quand même fait la réflexion.* »

Il y aurait des médecins qui prescrivent trop :

P20 « *Je crois même qu'il y a des médecins qui feraient bien de réagir un peu à tout ça quand même parce que ce n'est pas en prescrivant plein de médicament que ça va arranger la santé des personnes (...) Je pense qu'il y a des médecins qui prescrivent trop.* »

P19 « *j'estimai que pour moi le médecin il était payé aux bénéfices sur les médicaments ! Pour moi il touchait une commission !* »

Parfois les patients pouvaient remettre en question la crédibilité du médecin :

P20 « *ben pourquoi ils nous l'ont prescrit si longtemps et qu'au final on l'arrête ?* »

P6 « *Sur le coup je me suis dit mais pourquoi elle fait ça ? Elle n'est pas bien je ne vais pas tenir !* »

Il y aurait parfois un manque d'écoute de la part du médecin et un questionnement sur ses pratiques :

P12 « *Après j'ai changé de médecin car mon dernier médecin ne faisait rien alors que mon diabète augmente* »

P16 « *Après faut savoir si le médecin il ausculte vraiment parce que là où j'ai été travailler le médecin il n'auscultait pas vraiment, il remettait directement la même prescription j'ai même été surprise !* »

Certains patients relataient une certaine lassitude du médecin traitant qui connaîtrait trop ses patients et qui renouvelleraient les ordonnances par habitude.

P16 « *Ben peut être de l'habitude de voir la même personne, du coup ...* »

P3 « *j'ai changé de médecin car au début il prenait le temps et il regardait tout. Je me disais c'est bien ça et je sortais de la consultation en sachant qu'on n'avait rien oublié. Et puis au fur et à mesure, toutes les consultations étaient pareilles, il me prenait la tension me demandait si ça allait et puis voilà ! Au bout d'un moment ils sont habitués à la personne et ils ne font plus toutes les choses qu'ils faisaient au départ* »

Un patient évoquait le principe de précaution et l'appréhension des procès par les médecins qui conditionne alors leur exercice:

P21 « *Il y a le principe de précaution aussi, ou il doit se dire elle va me dire que je ne lui ai pas prescrit. Il est prisonnier du système (...) On peut très bien lui faire un procès parce qu'il n'a pas fait ci, il n'a pas fait ça (...) il prescrit au minimum mais il prescrit quand même.* »

## **F. Les pistes d'amélioration évoquées par les patients.**

### **a. Identification des moteurs de la déprescription**

Le patient lui-même était parfois demandeur. La démarche émanait de lui, devant l'apparition d'un effet indésirable, une lassitude face à son ordonnance, ou lorsqu'il jugeait qu'il était guéri.

P20 « *J'avais été justement voir mon cardiologue il y a une semaine pour qu'il m'enlève la flécaine et au contraire il me l'a augmenté ! (Semble déçu) »*

La volonté d'un certain bien être et d'une meilleure santé était mentionnée plusieurs fois.

Nous pouvons noter qu'il n'y a que très peu de déterminants à la déprescription cités par les patients. Il se rapportent tous aux avantages décrits précédemment.

### **b. Identification des obstacles**

#### **- Habitudes du patient envers son traitement :**

Les patients sont habitués à leur traitement et ont parfois un rituel de prise. Changer cette habitude peut être déstabilisant, et peut donc les amener à dire non à la déprescription.

P16 « *Ah ben ça va me faire un vide ! ça me manquerait comme j'ai l'habitude de prendre certains médicaments ça me ferait bizarre. »*

P11 « *Il y a des patients vous ne pourrez jamais retirer leurs médicaments parce que c'est une habitude. Ils viennent chercher tous les mois leurs médicaments. Ça leur fait faire un tour, ils le marquent sur leur calendrier. »*

#### **- Habitudes du médecin envers ses patients :**

On retrouve à nouveau cette notion d'habitude du médecin accompagné d'une lassitude pouvant être un obstacle à la déprescription car le médecin ne prendrait plus le temps, et ne penserait plus à réévaluer les ordonnances.

P16 « *Ben peut être de l'habitude de voir la même personne »*

#### **- Peur du sevrage :**

Les patients avaient conscience que certains médicaments, tels que les psychotropes, peuvent entraîner un syndrome de sevrage à l'arrêt. Cette peur les a amené quelques fois à dire non à la déprescription. De même certains patients reconnaissaient avoir une forte dépendance physique et psychologique à leur traitement et en être dépendant. Ils avaient alors peur de ce que pourrait entraîner l'arrêt de celui –ci.

P18 « *j'ai l'impression que je suis accro. »*

P6 « *vous sentez que ça tremble alors là vous en reprenez un demi ça va vous soulager. »*



- **Médicament « rassurant » :**

Le patient semblait rassuré par son traitement. Il était rassuré parce qu'il était efficace et effaçait les symptômes de la maladie et le statut de malade. Ils étaient rassurés alors de prendre leurs médicaments et cela devenait une habitude.

P22 « *J'étais tellement mal que j'ai dit non ça ce n'est pas possible, c'est ma béquille* »

P11 « *Sur moi j'ai toujours mes deux Lexomil, attendez je vais vous montrer pour vous dire que j'ai tout sur moi quand même car j'ai toujours peur quand même. Vous voyez j'ai toujours un Lexomil et un antidépresseur sur moi (me montre sa petite boîte à pilule). Ça me rassure.* »

- **Le médicament « plaisir » :**

Le médicament était perçu comme pouvant apporter du plaisir. Des patients mettaient en avant que certaines personnes aimaient prendre leurs médicaments. Il serait alors difficile de réévaluer l'ordonnance.

P7 « *Ses médicaments c'est comme si vous lui donniez du jus de fruit ! Mais il y a des personnes ils prennent plaisir à prendre leur médicament.* »

P11 « *il y a des gens ça leur plaît de prendre des médicaments.* »

- **Médicaments « ad vitam aeternam » :**

Certains patients avaient la notion que leur traitement était à vie. Une fois instauré celui-ci ne pourrait jamais être retiré car leur maladie est chronique et incurable. Le médicament était alors leur moyen de survie. Ils s'opposeraient alors forcément à sa déprescription.

P14 « *Je me disais que c'était peut-être pour la vie.* »

- **L'isolement du patient :**

L'isolement était également mentionné comme potentiel obstacle à la déprescription.

P11 « *Il y en a, ils ne peuvent pas car ils sont enfermés, ils restent tout seul dans leur coin. Mais s'ils voient d'autres personnes on peut peut-être y arriver comme ça ! Ne plus être tout seul !* »

- **L'entourage :**

L'entourage était à la fois cité comme une aide à la déprescription et en même temps comme un frein. Même s'ils pouvaient parfois appuyer le médecin dans l'acte de déprescription, la famille et surtout les amis pouvaient pousser le patient à la surconsommation médicamenteuse.

Cependant la majorité des patients insistaient sur le fait qu'ils ne discutaient pas de leurs ordonnances avec leur entourage.

P21 « *je fréquente beaucoup de gens de mon âge et on parle de nos maux. « Et toi qu'est-ce que tu prends... moi il me donne ci moi il me donne ça, oh tu ne devrais pas prendre ci ni prendre ça, ça c'est meilleur que ci, ça c'est meilleur que ça ». C'est tout juste s'il ne me disent pas tu devrais lui demander qu'il te donne ce médicament-là plutôt qu'il te donne celui-là ! »*

P13 « *Moi je ne discute avec personne de mon ordonnance. »*

- **Le temps :**

Le manque de temps du médecin lors des consultations était pour les patients un frein évident.

P21 « *Il faudrait que les médecins aient plus de temps à passer avec les patients, vous êtes surbooké, il faut prendre rendez-vous et tout ça. »*

- **L'automédication et la vente libre en pharmacie :**

L'automédication était régulièrement mentionnée lors des entretiens. Elle semblait permettre aux patients de contourner la déprescription faite par le médecin. En effet de plus en plus de molécules sont en accès libre à la pharmacie, sous supervision ou non du pharmacien. Le patient peut alors facilement avoir accès sans ordonnance au traitement qui a été supprimé. La dangerosité de ce phénomène était relevée par certains patients.

P14 « *Mais moi je trouve ça très dangereux et l'automédication moi je ne suis pas pour ça. »*

P7 « *Après c'est pareil, le médecin va déprescrire mais après qu'est-ce que les gens vont faire ? Ben ils vont aller à la pharmacie pour aller chercher des trucs pour l'estomac par exemple ! Au début c'est ce que je faisais ! »*

- **Le déremboursement des médicaments :**

Alors que nous pourrions penser que le déremboursement des médicaments était une aide à la déprescription, les patients l'entendaient plutôt comme un obstacle. A noter que pour eux, un médicament déremboursé semblait être accessible sans ordonnance.

P7 « *Après c'est les gens ils vont chercher plein de médicaments à la pharmacie comme il n'y a plus d'ordonnance et que ce n'est plus remboursé* »

P20 « *ben il ne me le prescrit pas puisque je peux l'avoir sans ordonnance alors bon. Avant il était remboursé maintenant il ne l'est plus alors il ne me le prescrit plus.* »

- **Le stockage :**

Les patients mettaient en avant le stockage des médicaments possible grâce notamment à la délivrance des médicaments qui n'est pas optimale. En effet il reste souvent des médicaments non consommés avant la délivrance de nouveaux traitements. Ce phénomène serait dû à la délivrance par boîtes et non par comprimés nécessaires. L'accumulation et le stockage des médicaments deviendraient alors fréquent. De même, il semblerait que cela soit un plaisir d'avoir énormément de médicaments. Cela va à l'encontre de la déprescription.

P21 « *Des fois on nous prescrit de prendre pendant 5 jours un médicament et puis on vous donne une boîte de 15 ou 20 machins quoi. Je le ramène à la pharmacie d'ailleurs (...) Non je ne suis pas de ceux qui achètent des médicaments, qui les stockent et qui les jettent en l'air après.* »

P5 « *Parce que c'est vrai qu'il y en a qui en ont des sacrés paquets ! Moi j'ai une sœur elle vient avec une valise presque !* »

- **L'informatisation :**

L'outil informatique semblait être un frein important à la déprescription selon les interviewés. Une routine de renouvellement semblait s'installer aidée par l'informatique. De même les médecins semblaient alors moins accessibles car derrière leurs ordinateurs. Aucun patient n'a mentionné les qualités de l'informatique lors de cette étude.

P12 « *Il fait toujours la même ordonnance et oublie qu'il y a des médicaments qui sont retirés la fois d'avant et le remet ça c'est toujours sur son ordinateur du coup il faut les barrer si on y pense.* »

P1 « *Et il y a trop d'habitude avec l'informatique. Ça va trop vite maintenant, il clique et hop imprime l'ordonnance. »*

- **La médiatisation et les laboratoires pharmaceutiques :**

Les publicités, notamment à la télévision, de produits pharmaceutiques peuvent entraver la déprescription. Aucun patient de l'étude ne semblait être influencé par ces publicités mais ils affirmaient que d'autres devaient l'être.

P14 « *De moi-même je n'irai jamais prendre un médicament dont on fait la publicité, aussi bien pour maigrir ou autre, j'ai peur de ça ! Ce sont des publicités mensongères, je ne sais pas. »*

P5 « *Comme là ils remettent en route à la tête une boîte bleue et blanche c'est pour l'arthrose. Moi je prenais ça avant puis il m'a dit pourquoi prendre ça ? Ça ne sert à rien ! »*

**c. Leurs propositions**

- **Mieux préparer le patient :**

Une déprescription réussie c'est une déprescription préparée. Le patient devrait être prévenu dès l'instauration du médicament qu'il sera un jour réévalué. Un traitement n'est pas forcément à vie comme l'entendent beaucoup de patients. Plusieurs patients avaient évoqué cette notion lors des entretiens.

P14 « *Il ne me l'a pas dit qu'il faudrait le retirer. Je me disais que c'était peut-être pour la vie. »*

P14 « *Il m'en avait déjà parlé avant, il m'a préparé. Ça fait au moins deux fois qu'il me le dit alors là il m'a dit aller on commence ! »*

Parfois cela pourrait même amener le patient à commencer cette déprescription de lui-même

P6 « *Il faut d'abord en parler avant mais pas l'enlever la fois qu'ils en parlent qu'on ait le temps de réfléchir. Parce que la personne un peu curieuse qu'est-ce qu'elle va faire, elle va peut-être l'arrêter d'elle-même et essayer ! Parce qu'elle va se dire la prochaine fois que je vais y aller elle ne va plus me mettre le cachet alors comment est-ce que je vais faire ? »*

- **Choisir le bon moment :**

Bien choisir le moment était indispensable pour les patients. Ils devaient être dans une période « facile », de sérénité sans éléments perturbateurs.

P22 « *C'est vrai que je n'étais pas prête dans la tête. Pour moi j'en avais besoin car je n'étais pas bien alors ce n'était pas le bon moment ! Il faut savoir choisir son moment. »*

P3 « *Alors il voulait me les retirer mon médecin, et c'était au moment où j'ai perdu mon petit fils. Il venait de mourir et mon médecin me dit, il faudrait retirer tout ça, vous pouvez dormir sans tout ça. Je lui dis quoi ! Non mais ce n'est pas le moment je viens de perdre mon petit-fils, c'est pas le moment de me retirer tout ça, je ne retire rien. »*

- **Le dialogue, élément phare de la déprescription :**

Le dialogue entre le médecin et son patient semblait être indispensable. Cette notion était retrouvée lors de tous les entretiens. Les patients insistaient sur la valeur du dialogue. Il n'y a « rien de pire qu'un médecin qui ne parle pas » (P9). Cette discussion permettait d'apporter une explication claire et précise aux patients afin de leurs démontrer la nécessité de la déprescription. Il faut « soigner les maux avec mes mots » (P6)

P22 « *Mais il faut aussi qu'on lui explique le pourquoi, le comment, ce que ça lui fait, ce que ça peut ne peut lui faire. »*

P8 « *Ben le médecin il va bien expliquer au patient et il va bien finir par comprendre. C'est logique. Le plus d'explication possible »*

- **Mise en confiance et empathie :**

Le médecin devait savoir mettre en confiance son patient. C'était son rôle de mettre à l'aise son patient s'il voulait, plus tard, réévaluer l'ordonnance. En outre, la notion d'empathie était également suggérée.

P9 « *Si le courant ne passe pas, le patient considérera qu'il est mal soigné. Il faut qu'il y ait une confiance qui s'installe. A partir du moment que la confiance est installée le médecin il pourra faire ce qu'il veut de son malade. Mais c'est à lui d'instaurer cette confiance. Elle vient par le fait de discuter avec lui, de lui expliquer. Et dans cette logique je ne vois pas pourquoi il dirait non. Ou alors c'est qu'il n'a pas vraiment confiance en lui »*

P18 « *Il faut peut-être un petit peu qu'il se mette à la place de la personne »*

- **Une déprescription progressive :**

Les patients étaient tous d'accord, la déprescription devait être progressive. On ne retire pas de but en blanc un traitement, cela se fait sur plusieurs jours, voire plusieurs mois.

P6 « *Si tu l'enlèves d'un seul coup c'est pas possible mais t'en prend un demi et si au bout de trois jours ça va pas on en reprend un et après au lieu de trois jours c'est quatre jours et échelonné.* »

P15 « *Ben déjà diviser par deux mes médicaments au départ, ne pas arrêter brutalement.* »

- **Etre disponible :**

Après la déprescription le médecin devait être disponible pour son patient afin de le rassurer et de vérifier que tout se passe bien. Il devait rester joignable afin de pallier aux éventuels effets secondaires imputables à la déprescription. Il devait réellement accompagner le patient dans sa démarche et être enthousiaste à la réussite de celle-ci.

P3 « *Je l'appellerai pour savoir ce que je dois faire.* »

P11 « *Et mon médecin il était content aussi ! C'était important ça ! C'est comme un gamin, il est content on lui donne une image et il m'a dit c'est bien je suis fière de vous, je m'en souviendrai toujours et ça fait du bien. C'est important.* »

- **Un suivi efficace :**

Le suivi était indispensable. Il permettait de surveiller la déprescription et de s'assurer qu'il n'y avait aucun effet secondaire. Les patients y étaient attachés. De même il devait bien entendu être plus fréquent qu'un suivi classique de renouvellement d'ordonnance. Le patient ne devait pas être « lâché dans la nature en pleine panique » (P9)

P11 « *Il faut avoir un suivi très rapproché* »

- **Avoir plus de temps :**

Le temps était un facteur important de la déprescription. Les médecins devaient avoir plus de temps pendant leurs consultations et avoir une meilleure organisation.

P21 « *Il faudrait que les médecins aient plus de temps à passer avec les patients, qu'ils soient plus nombreux (...) une meilleure organisation.* »

P3 « *Il faut qu'il prenne le temps et pas avoir une consultation « standardisé ».* »

- **Patient acteur de sa déprescription :**

Le patient devait être lui-même acteur de sa déprescription. Il devait être ramené au centre de la prise en charge. Il avait le choix.

P17 « *C'est à la patiente aussi de dire je me sens mieux je commence à diminuer en demandant son avis, et ça c'est en discutant avec son médecin car si on vient et qu'on dit pas ça ne va pas non plus. Il faut que ça vienne des deux. Le médecin ne sait pas comment notre corps réagit.* »

- **Faire peur :**

Quelques patients pensaient que faire peur aux patients pouvait être une aide. Leur faire peur sur notamment les effets secondaires potentiels, ou les interactions possibles les amèneraient à repenser à leur ordonnance et accepter plus volontiers qu'elle soit ajustée.

P6 « *Il faut faire peur aux gens, c'est malheureux à dire mais il faut dire aux gens, voilà le médicament que vous prenez, après plusieurs années d'études on s'est aperçu (...) ça peut arriver et ça peut donner par exemple des tumeurs ! C'est malheureux de faire peur aux gens.* »

- **L'entourage :**

L'entourage qui avait été considéré comme un obstacle à la déprescription peut également être une aide. En effets, dans certaines conditions le médecin peut s'appuyer sur l'aide de la famille pour expliquer aux patients la nécessité d'ajuster l'ordonnance.

P11 « *On vous le dit tu te rends compte c'est une drogue. Moi on m'a dit tu finiras folle et enfermée. Peut-être qu'on me l'a dit pour me secouer mais ça m'a fait mal. Je pense que ça m'a réveillé tout ça.* »

- **Fantasme du médicament unique :**

Plusieurs patients apportaient comme solution le fait d'associer plusieurs médicaments dans une association fixe telle qu'on connaît maintenant. D'autres poussaient encore plus loin en proposant un médicament unique adapté à chaque malade et qui permettrait de soigner tous les maux !

P16 « *Ça peut être pas mal, s'il y a un médicament qui fait tout ça serait génial !* »

P9 « *Sinon il faut prendre un médicament qui fasse tout.* »

P13 « *Que tel ou tel médicament devrait être supprimé ou en prend un pour plusieurs maladies, essayer des associations.* »

- **Avoir un autre avis :**

Les avis des interviewés divergeaient sur ce point. Alors que certains mettaient en avant la nécessité de garder le même médecin, d'autres pensaient qu'avoir un autre avis pouvait être

bénéfique pour la déprescription. Plusieurs solutions avaient été suggérées. On retrouvait la possibilité de faire un « roulement » auprès des confrères afin d'avoir une opinion nouvelle sur l'ordonnance de ses patients. Le médecin remplaçant se trouvait également cité et pouvait jouer un rôle dans la démarche de déprescrire en apportant ses connaissances. Il serait moins facile de dire non à un médecin qu'ils ne connaissent pas. Enfin l'hospitalisation permettrait de faire le « ménage » sur l'ordonnance en toute sécurité selon le patient.

P7 « *Il devrait y avoir un roulement de médecin entre cabinet (...) C'est plus facile à dire non à son médecin qu'on connaît depuis longtemps qu'à quelqu'un qu'on ne connaît pas. Besoin d'un médecin référent mais avoir la possibilité de voir de temps en temps quelqu'un autre pour casser l'habitude.* »

P20 « *Il devrait faire rentrer le patient à l'hôpital et faire un check up total et donner les médicaments qu'il lui faut vraiment.* »

P5 « *Ne pas changer comme ça de médecin. C'est important de ne pas aller à droite à gauche et de changer toutes les cinq minutes et de discuter si ça va pas.* »

- **Groupe de soutien :**

Deux patients suggéraient de créer des groupes de soutien afin de faciliter les déprescriptions. Aussi bien pour les psychotropes, qui sont déjà reconnus comme addictifs, que pour les autres classes de médicaments. Les traitements étaient parfois assimilés à une drogue, il paraissait alors évident pour ces patients de réagir comme pour un drogué. Les groupes de soutien étant d'une grande aide dans les cas d'addiction (tel que les alcooliques anonymes par exemple).

P11 « *On peut aussi aider les gens en faisant un groupe de soutien, comme les personnes qui fument. Comme ça ils voient qu'ils ne sont pas tout seul et ils voient qu'il y en a d'autres qui y sont arrivés. Et qui peuvent les aider aussi pourquoi pas.* »

P17 « *Aller dans un groupe de parole, mais je ne sais pas s'il y en par ici, c'est des choses qu'on peut mettre en place.* »

- **Rappeler les règles hygiéno-diététiques :**

Les règles hygiéno-diététiques telles que l'activité physique étaient mentionnées par quelques patients.

P6 « *Il faut prendre son vélo s'aérer, sortir voir des gens et s'occuper ? se distraire! J'en reviens à la volonté* »



P20 « *Il faut une activité physique !* »

- **Méthodes alternatives :**

Le médicament n'est pas le seul moyen pour amener à la guérison. D'autres outils permettent de soigner. Ainsi les patients invoquaient plusieurs méthodes alternatives aux médicaments et pouvant apporter confort, voir guérison. Etaient ainsi cités (par ordre de fréquence) la kinésithérapie, la psychothérapie, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie, la phytothérapie, les méthodes de relaxation, et enfin l'hypnose. On remarquait une nécessité à revenir à des choses plus « naturelles ».

P15 « *En changeant en faisant de la phytothérapie ou de la médecine naturelle peut-être.* »

P4 « *Maintenant il y en a beaucoup qui donnent des médicaments puis qui alternent avec de l'homéopathie ça serait peut-être mieux. Des choses plus naturelles.* »

- **Les médias :**

Les médias pourraient être impliqués dans la démarche de déprescription. Ils permettraient d'informer les patients de la nécessité de déprescrire et de les tenir informés du coût des prescriptions. Des campagnes d'information sur les traitements pourraient leur rappeler l'existence d'effets secondaires possibles. Cela pourrait les amener à penser d'eux même à la déprescription et à en parler avec leur médecin.

P15 « *Peut-être qu'avec des flashes à la télévision on pourrait en parler après à son médecin. (...) Enfoncer le clou dans la tête des gens c'est pas évident !* »

P14 « *Je pense que ça peut avoir un impact. Ça m'arrive de regarder le journal de la santé et ce n'est pas mal. (...) On devrait avoir une meilleure information sur la santé.* »

Plusieurs patients citaient la campagne d'information réalisée autour des antibiotiques. Ils pensaient que faire le même genre de campagne pour la déprescription pouvait avoir un impact, la démocratiser et donc la faciliter.

P14 « *On pourrait faire des slogans !!! ils avaient bien fait les antibiotiques c'est pas automatique ! On utilise peut-être moins d'antibiotique.* »

- **L'appui des paramédicaux :**

Mettre en avant les autres professions de santé, notamment le pharmacien, semblait logique pour les patients. C'est le médecin qui prescrit mais c'est bien le pharmacien qui délivre. Il est au

premier plan lorsque les patients viennent demander conseils et « achètent » des médicaments en vente libre. Il connaît les effets secondaires et les interactions entre les médicaments.

P12 « *Le pharmacien donne ce que le médecin a prescrit. Après si ça lui semble bizarre il peut passer un coup de fils.* »

- **La symbolique du pilulier :**

Le pilulier représente l'habitude du patient envers son traitement. Le jeter permettait, selon une patiente, de se libérer de cette habitude, de ce rituel et permettait d'avancer.

P11 « *J'avais un pilulier, je l'ai mis à la poubelle. Ça m'a aidé à jeter ce truc ! A se dire allez, à 18h30 je vais le poser sur la table de la cuisine, je vais m'avaler tout ça (...) le jeter ça m'a vraiment aidé parce que je n'avais plus à le remplir et je n'avais plus à me dire est ce que j'ai bien mis ça etc.* »

- **Délivrance des médicaments :**

Comme indiqué précédemment, la délivrance actuelle des médicaments est parfois un obstacle à la déprescription. La délivrance par boîte permet au patient d'accumuler des médicaments. Une délivrance aux nombres de comprimé près pourrait pallier ce phénomène.

P21 « *Ben moi je pense qu'il faudrait que le pharmacien donne en fonction de la prescription, plus des boîtes.* »

- **Abandon :**

Une patiente avait simplement évoqué le fait d'abandonner.

P17 « *Si la personne ne veut pas je ne vois pas ce que le médecin peut faire à la place (...) Mais si la personne elle est bloquée, que ce soit n'importe quoi on ne pourra rien y faire* ».

# Discussion.

---

## 1. Intérêt du sujet

Le contexte culturel actuel est centré sur le médicament. La surconsommation médicamenteuse et la polymédication sont sources d'effets indésirables potentiellement majeurs et de coûts indiscutables. La déprescription est plus que jamais un thème d'actualité. De plus en plus de travaux de thèses et d'études se portent sur cette problématique ayant pour objectif d'apporter des outils nécessaires à la déprescription. Lors de notre recherche bibliographique, une seule étude portait sur les patients. Elle datait de 2012 et était réalisée essentiellement en milieu urbain. Les autres études tournaient autour du médecin, de son opinion et de son vécu. Chacune s'accordait à dire que le patient était l'un des principaux obstacles à la déprescription. Marine Guilluy infirmait cela dans sa thèse. Il nous semblait nécessaire de demander l'avis aux patients de l'Oise.

## 2. La méthode qualitative

La méthode qualitative nous semblait la plus pertinente. Elle nous permettait de laisser émerger les idées des patients sans les influencer. Le script a été construit de manière à ce que les patients puissent s'exprimer librement mais toujours en suivant certaines idées principales nécessaires pour répondre à l'objectif.

## 3. Limites de l'étude.

### a. Biais de sélection

Une représentativité statistique n'est par définition pas recherchée dans une analyse qualitative. L'échantillonnage était donc non aléatoire. Nous recherchions une représentativité qualitative, grâce à l'inclusion de patients aux caractéristiques variables. Le fait que les patients soient tous inclus aux niveau d'un seul cabinet de l'Oise, en milieu semi-rural peut avoir induit un biais de sélection. En outre, peu d'hommes ont accepté de répondre à l'étude, les femmes sont donc majoritairement représentées. Les patients interrogeables telles que les personnes présentant des troubles cognitifs n'ont pas été inclus dans l'étude. Elles sont pourtant souvent polymédiquées. Cela entraîne un biais de sélection obligatoire.

b. Biais d'intervention et d'investigation.

Les investigateurs de l'étude étaient novices dans les études qualitatives. Ainsi, l'intervieweuse a pu influencer le discours des patients par son comportement, ses mimiques, le ton de sa voix ou encore de ses commentaires hors de l'entretien.

c. Biais de déclaration

L'enquêtrice réalisait régulièrement des remplacements dans le cabinet médical où l'inclusion des patients a eu lieu. De même, les médecins du cabinet médical ont inclus certains de leurs patients. Nous pouvons nous demander si les patients ont bien révélé toutes leurs perceptions de la déprescription, de peur d'être jugés par les investigateurs entraînant ainsi un biais de déclaration.

d. Biais d'analyse

Comme déclaré précédemment, étant novice de la recherche qualitative il se peut que l'analyse par thème ait été influencée par l'opinion de l'enquêtrice. Le logiciel Nvivo 11 a probablement également été sous exploité. La relecture des Verbatims et l'analyse par un second enquêteur a permis de lisser ce phénomène.

## **4. Discussion des résultats**

### **A. Le patient dit-il réellement non ?**

Dans la littérature, le patient était un frein à la déprescription. Les patients seraient attachés à leurs médicaments et exerceraient une véritable pression que ce soit en étant réticents d'emblée ou par le biais de plaintes secondaires à une tentative de déprescription (15) (12) (14).

Dans notre étude la majorité des patients acceptaient une déprescription, les autres étaient d'abord réticents, hésitaient mais restaient ouverts aux propositions faites par leur médecin et enfin une minorité refusaient. On retrouvait plutôt une ambivalence face à la déprescription, le patient acceptait mais à certaines conditions. Rappelons que notre étude était qualitative et ces résultats ne sont absolument pas extrapolables à la population générale. Cependant, cela nous permettait de nous questionner sur l'une des principales peurs du médecin face à la déprescription : un patient réticent, qui va refuser sa proposition, perdre confiance et voire même changer de médecin. Certes cette situation est possible, cependant contrairement à l'idée que s'en fait le médecin, elle ne semblait pas majoritaire. Les patients semblaient être plutôt demandeurs de réévaluer et de réajuster leur ordonnance. Dans la thèse de M. Guilluy, les

patients se disaient prêts à la déprescription si la confiance et les explications étaient là. En outre, dans une autre étude, 89% des participants se déclaraient a priori d'accord pour arrêter un, ou plusieurs médicaments chroniques, si leur médecin leur disait que c'était possible (16).

Les patients acceptaient la déprescription voire étaient demandeurs, comme certains nous l'avaient évoqué lors des entretiens. D'autres hésitaient et révélaient une certaine ambivalence avec un changement de discours lors de l'entretien. Ils acceptaient la déprescription mais ils ne voyaient pas quels médicaments étaient injustifiés. La déprescription c'était bien pour les autres. On retrouve cette notion d'ambivalence dans la littérature. Dans les travaux d'E. REEVE, si 92% sont prêts à réduire leurs médicaments lorsque leur médecin est d'accord, seulement 16% pensent qu'ils en prennent au moins un qui n'est plus nécessaire (sans influence de l'âge du patient) (17). Cette ambivalence du patient est-elle mal perçue par le médecin ? Elle serait une étape inéluctable au changement (18) et nécessiterait une exploration par le médecin afin d'identifier les attentes réelles du patient et de l'accompagner dans sa démarche de changement (15). La réticence perçue par le médecin, serait alors une forme d'ambivalence de la part du patient. En collaboration avec le médecin, avec les bonnes informations et la bonne prise en charge, cette ambivalence pourrait se transformer en une volonté de déprescription.

### **B. Pourquoi le patient va-t-il dire non ?**

Même si nous venons d'affirmer que les patients étaient, au final, plutôt ambivalents que réfractaires à la déprescription, certains patients refusaient. Dans notre étude, ils étaient minoritaires. Plusieurs facteurs semblaient responsables de ce refus. Lorsque nous leur demandions ce qu'ils ressentaient et comment ils réagissaient, les opinions convergeaient : ils avaient peur ! Leur premier réflexe était de refuser. La peur est une émotion ressentie face à une menace, à un danger. Elle fait partie de l'instinct de survie. Le patient est donc face à une situation où sa survie est menacée. Le médicament est par définition une substance administrée en vue de traiter ou de prévenir une maladie, ou de restaurer, corriger, modifier des fonctions organiques (19). Retirer cette substance, c'est potentiellement s'exposer à nouveau à la maladie et remettre en question sa survie (ou sa qualité de vie). Le principal obstacle mis en avant par les patients était d'ailleurs la possible réapparition des symptômes et l'effet rebond. Les patients évoquaient également le risque du syndrome de sevrage, notamment pour les psychotropes. Ils avaient conscience du risque lié à ces molécules et les assimilaient à une drogue. Ils extrapolaient cependant parfois cela à des substances pourtant dénuées d'effets addictogènes. Ils se disaient « accros » et avaient peur des conséquences de cette déprescription. En effet, cela peut s'avérer

justifiée. La déprescription n'est pas sans risque. Elle peut effectivement entraîner des effets secondaires tels que la rechute, le syndrome de sevrage voire même un décès (15) (20).

La peur du changement est également un facteur péjoratif de la déprescription. Le patient développe une certaine habitude envers son ordonnance et son traitement. Des rituels de prise sont fréquents, notamment avec le pilulier (21) (22). Le patient est organisé, sa journée est rythmée par sa prise médicamenteuse. Déprescrire veut dire chambouler son quotidien. Comment accepter cela sans remettre en question son mode de vie ? Se rendre chez le médecin régulièrement pour aller « chercher son ordonnance » fait également partie de ce rituel. Après le médecin, il faudra aller à la pharmacie chercher les médicaments grâce à cette fameuse ordonnance ou bien appeler son entourage si on est dans l'incapacité de le faire. Cette « habitude » dans la prise médicamenteuse permettrait alors de garder un lien social. Accepter la déprescription c'est risquer de briser ce lien. C'est aussi perdre son statut de malade. La prescription écrite certifie la maladie (22). Le médicament prend une dimension rassurante. Non seulement il atténue les symptômes et repousse la maladie mais il permet d'instaurer une routine, rassurante.

Le patient peut tout simplement aimer prendre son traitement. Il éprouve du plaisir dans cette démarche. Cela peut être rapproché du fait qu'il est rassurant comme mentionné précédemment, mais également qu'il conforte l'individu dans son statut de malade (23). Pourquoi voudrait-il arrêter quelque chose qui lui apporte du plaisir ? La déprescription menace alors son bien-être.

La notion d'abandon a également été évoquée. Le patient a peur de perdre la relation qu'il entretient avec son médecin, l'ordonnance faisant le lien entre les deux protagonistes, le médicament fait alors le lien entre le patient et le médecin comme le relève A. PARNEY (15). Toucher à l'ordonnance, c'est prendre le risque d'être abandonné par son médecin. Sans renouvellement d'ordonnance il n'y a plus de justification de se rendre chez le médecin régulièrement. Or cela s'avère infondé, la déprescription nécessitant un suivi régulier et une réévaluation de l'état de santé du patient, le médecin qui déprescrit s'investit dans la prise en charge de son patient. D'ailleurs c'est lorsque le patient comprend cela qu'il accepte plus facilement la déprescription. Cela était retrouvé dans notre étude où un patient signalait qu'un médecin qui déprescrivait, c'était un médecin qui s'intéressait à son patient, qui étudiait son cas et qui le suivait correctement (P 9).

Par ailleurs, certains patients refusaient à cause de l'implication que cela pouvait nécessiter. Prendre un médicament se révélait commode. Les patients semblaient séduits par cette commodité. Devoir l'arrêter et réajuster éventuellement son hygiène de vie (par exemple dans les ADO), c'est devoir faire un effort. Or certains n'étaient pas prêts à faire cet effort. Cette idée est confortée par la littérature (23).

Le patient peut également dire non parce qu'il est influencé par son entourage ou par les médias. Il existe parfois une certaine pression de l'entourage poussant les patients à passer outre les recommandations du médecin. L'entourage se substitue à l'entité soignante et recommande la prise de tel ou tel médicament de façon parfois totalement empirique. Parfois il incite le patient à poursuivre un traitement pourtant devenu inadapté. Les médias peuvent également les influencer, par exemple lors de publicités vantant les propriétés d'un traitement qui semble alors indispensable aux yeux du patient.

Enfin, une notion importante émergeait de nos entretiens : le médicament « ad vitam aeternam ». Lors de la prescription initiale de ce médicament, il était présenté comme la solution à leurs maux et éventuellement indispensable à leur survie. Ce traitement serait alors à prendre toute leur vie. Cette notion est particulièrement vraie pour les maladies chroniques, tel que le diabète par exemple. La maladie ne guérit pas, le traitement peut évoluer, augmenter mais diminuer ? Les patients se demandaient alors pourquoi on leur avait prescrit ce traitement et comment allaient-ils faire sans ? Les patients intégraient une notion de fatalité. Comment pourraient-ils accepter la déprescription alors que lors de la prescription ils se sont laissés persuader que le traitement était voué à perdurer ? (23). Cela peut remettre en cause la valeur du médecin ayant fait la prescription initialement, pouvant entraîner une perte de confiance et entamé l'image d'infailibilité du primo prescripteur.

### **C. La représentation du médecin traitant par le patient**

#### **a. Que pensent les patients du médecin qui déprescrit ?**

Le principal frein à la déprescription serait le patient lui-même avec des difficultés à lui faire accepter l'arrêt de tel ou tel médicament (12). Face à cette difficulté les médecins craindraient une rupture du lien de confiance avec leur patient. Or dans notre étude, les patients affirmaient qu'un médecin qui déprescrit, c'est avant tout un médecin qui s'intéresse à ces patients. En effet, la démarche de déprescription est complexe. Elle nécessite réflexion et surtout nécessite de bien connaître son patient. Les patients de notre étude qui avaient déjà vécu une déprescription

semblait garder confiance en leur médecin, même si la déprescription s'était mal passé. Ils avaient conscience du rôle majeur que joue le médecin traitant dans leur prise en charge. Le médecin était meilleur juge lorsqu'il s'agissait de leurs traitements, car il avait la connaissance des médicaments, c'était son métier et il savait ce qu'il faisait. « Quel intérêt d'aller voir son médecin si ce n'est pas pour l'écouter ? » était une phrase redondante des entretiens. Cependant il fallait que le médecin reste ouvert à la discussion et surtout qu'il sache expliquer ce qu'il faisait et pourquoi il le faisait. Le médecin ne semblait pas se discréditer aux yeux des patients. Au contraire, lors du renouvellement de l'ordonnance, le médecin qui s'intéressait aux traitements du patient et les remettaient en cause semblait rassurer le patient. Le patient avait alors la preuve que le médecin s'interrogeait sur ce qu'il prescrivait et pourquoi il le faisait. Si toutefois les patients se demandaient pourquoi leur médecin retirait un médicament qu'il leur avait prescrit depuis des années, ils avaient confiance en lui. La confiance se gagne, elle n'est pas innée. Elle se gagne par la discussion, par l'entente et l'explication. Le patient est de plus en plus investi dans sa prise en charge. Si la relation médecin patient était basée sur une relation paternaliste, le consentement du patient est maintenant recherché. La relation devient informative. Le médecin ne décide plus pour son patient mais recherche à l'inverse une collaboration de celui-ci et surtout l'écoute. A partir du moment que le patient se sent acteur de sa prise en charge et est en partenariat avec le médecin, il comprend et accepte plus facilement le concept de déprescription. Au final ce que les patients reprochaient aux médecins ce n'était pas le fait qu'ils déprescrivaient, c'était le fait qu'ils n'écoutaient pas leurs plaintes.

#### **b. Sa place dans la déprescription**

Le médecin traitant est le principal acteur dans la prise en charge globale des patients. Il fait le lien entre les principaux prescripteurs et coordonne les différentes prises en charge du patient. Selon l'HAS, il est le premier prescripteur chez les personnes âgées, qui ont moins recours aux spécialistes que les plus jeunes (24). Dans cette continuité, le médecin traitant joue un rôle capital dans la déprescription. Pour les patients de l'étude, c'était au médecin traitant de déprescrire. Il connaissait ses patients, connaissait leurs antécédents et leurs capacités. Il était au cœur de la prise en charge et semblait connaître tous les traitements pris par les patients même ceux prescrit par d'autres. C'était donc à lui de juger si l'ordonnance était optimale ou si au contraire une réévaluation et une éventuelle déprescription était nécessaire. Cependant cela nécessitait une bonne coordination avec les autres soignants. Si un traitement était prescrit par un spécialiste, par exemple par un cardiologue, le médecin traitant avait comme rôle de réévaluer l'indication de ce traitement et d'en faire part au spécialiste. L'aval du spécialiste semblait



nécessaire aux patients. Cela nécessitait alors une bonne communication entre les différents prescripteurs. Qu'en est-il à l'heure actuelle ? Est-il facile pour un médecin généraliste de joindre un spécialiste pour demander l'avis sur un traitement ? Faut-il réadresser le patient au spécialiste afin qu'il réajuste le traitement ? Les médecins spécialistes (libéraux ou hospitaliers) peuvent également augmenter la polyprescription. Le manque d'échanges confraternels pour des questions de temps et/ou de distance est un frein à l'optimisation des ordonnances (25). Le développement du Dossier Médical personnalisé (DMP) par l'Agence des Systèmes d'Information Partagées de santé semble intéressant pour faciliter les échanges d'informations médicale entre médecins. (25)

### **c. La formation des médecins généralistes**

Les interviewés n'avaient pas remis en cause la formation des médecins généralistes. Ils avaient cependant parfois remis en cause leur capacité de communication. Le métier de médecin s'inscrit dans un échange perpétuel avec le patient. Ces échanges demandent de la part du médecin une certaine compétence en relationnel. Or la formation médicale initiale n'inclut pas de réel cours de communication, alors que celle-ci est à la base même de notre métier. C'était un problème régulièrement rapporté par les patients. « Je n'ai pas compris ce que m'a dit mon médecin, il ne se met pas à notre niveau », « il ne nous parle pas » « un médecin qui ne parle pas est la pire des choses » sont autant de phrases entendues. Des efforts de communication voire une formation à l'entretien motivationnel sembleraient nécessaires pour que le médecin puisse mieux appréhender le patient dans sa globalité et l'amener vers la déprescription dans le respect de son individualité (15).

De même, l'objectif de déprescription est peu enseigné en France au cours des études médicales. Si les modifications pharmacologiques liées à l'âge sont abordées, il paraît nécessaire de mettre en place une formation plus pragmatique avec des mises en situation clinique (11).

Selon le Rapport Begaud Costagliola, comparée aux autres pays développés, en particulier européens, la formation aux principes de base qui fondent la prescription et l'usage rationnels des produits de santé apparaît, en France, particulièrement insuffisante et peu adaptée: quasiment inexistante au cours des études de pharmacie et nettement inférieure à la recommandation européenne pour les études médicales (26).

Dans sa thèse, E. BOISDIN écrivait que les médecins qui déprescrivaient étaient ceux qui avaient été sensibilisés à la déprescription et donc formés (14). La formation des médecins généralistes à

la pharmacologie, à la déprescription et à la communication demande encore des efforts. La formation initiale demanderait à être refondée et la formation continue devrait se développer.

#### **d. L'organisation**

Les patients évoquaient le manque de temps des médecins. Selon eux, ils n'avaient pas le temps pour réévaluer correctement les ordonnances et n'avaient pas le temps pour un suivi très rapproché des patients chez qui ils venaient de déprescrire. Cela semblait être dû au manque de médecins, et à l'organisation des consultations (sur rendez-vous, en un temps imparti). L'organisation du travail du médecin traitant ne semble effectivement guère adaptée. L'organisation du cabinet médical est orientée vers la prise en charge de pathologies aiguës, c'est-à-dire des consultations courtes, non programmées et payées à l'acte (27). La consultation d'un patient polypathologique et surtout polymédiqué demande du temps. Comme nous l'avons décrit précédemment, la déprescription est une démarche complexe qui exige d'argumenter, d'échanger, de justifier, d'amener le patient à accepter la démarche, de l'aider dans ses peurs de l'arrêt. Cela a un coût en temps et organisation du travail (12). Une consultation de quinze minutes est insuffisante pour mener à bien cette démarche. Or le médecin est-il prêt à prendre plus de temps avec le patient alors qu'il est payé à l'acte ?

#### **e. L'informatisation**

Dans l'arrêté du 22 septembre 2011 (28), signé entre la sécurité sociale et les médecins libéraux, il est précisé que pour mettre en valeur la qualité et l'efficacité des pratiques médicales, les médecins s'engagent à informatiser leurs cabinets médicaux. Nous pourrions penser que les logiciels d'aides à la prescription seraient une aide à la déprescription. Or, dans les travaux de C. MOREL, il ressort que l'informatique est un frein à la déprescription. Les alertes multiples sont trop nombreuses et ne sont pas regardées par les médecins (24). A l'inverse, pour S. BLESSES, il n'y a pas de différence significative entre médecins informatisés ou non informatisés concernant le fait d'être déprescripteur ou non. Par contre pour les déprescripteurs, il y a un net impact de l'informatisation sur le comportement de déprescription des médecins (12). Les effets secondaires, les interactions et les posologies sont accessibles via l'informatique et permettraient aux médecins informatisés de déprescrire plus aisément et cela plus rapidement.

Si l'informatisation des médecins traitants leur permet de gagner du temps, cela semblait être un obstacle à la déprescription pour les patients de notre enquête. En effet, selon eux, le médecin réévaluait moins les ordonnances avec l'informatique. Au contraire, il gagnait du temps en

réimprimant la même ordonnance. De même parfois il oubliait carrément qu'un traitement avait été supprimé la fois d'avant, car il avait été barré à la main. Comme l'avaient démontré P. CLERC ET J. LE BRETON, au cours de journées de travail chargées, les patients polymédiqués permettaient donc paradoxalement aux médecins généralistes de gagner du temps, grâce à l'informatique et à son effet dit « presse-bouton » sur une ordonnance stockée dans le dossier médical (27).

L'informatisation semblait également mettre un barrage entre le patient et le médecin. Le médecin étant derrière son écran, était moins disponible pour son patient et moins attentif à la consultation.

#### **f. Patients versus médecins, différences d'opinion ?**

A l'instar des médecins, les patients semblaient être conscients de l'impact de la polymédication. Les effets secondaires, le risque d'interactions médicamenteuses et le coût engendré semblaient être des préoccupations suffisamment importantes pour envisager la déprescription. Ce qui était intéressant dans cette étude c'était de s'apercevoir que les patients avaient eu au final les mêmes préoccupations que les médecins. Les avantages et les obstacles à la déprescription avancés par les patients étaient superposables à ceux des médecins. Ils avaient conscience de la portée économique de la surconsommation médicamenteuse, et de l'amélioration de la qualité de vie après déprescription. En outre, ils n'oubliaient pas les risques de la déprescription et les effets secondaires possible : l'effet rebond et le syndrome de sevrage en tête de liste. Les patients sont de plus en plus informés et s'intéressent de plus en plus à ces problématiques de santé. Il ne faudrait pas sous-estimer leur connaissance et leur souhait d'implication. D'ailleurs ils proposaient nombre de solutions pour améliorer la déprescription ce qui peut montrer leur volonté de faire partie de cette démarche de déprescription.

La principale divergence serait l'opinion des médecins sur ce que ressentent les patients lors de la déprescription. Si les médecins pensent que les patients sont réticents et exercent une pression sur eux pour aller contre la déprescription, nous avons démontré plus haut que cela pouvait être dû à une mauvaise interprétation des médecins.

#### **D. Comment déprescrire ?**

Selon S. BLESSES, dans 95% des cas la déprescription se fait avec explication et justification au patient. C'est un taux probablement plus élevé que celui lors de la prescription, et qui traduirait la

conscience du médecin de la complexité de l'action vis à vis du patient (12). La déprescription est un acte médical qui nécessite d'être supervisé et surtout d'être standardisé.

### **a. Méthodologie**

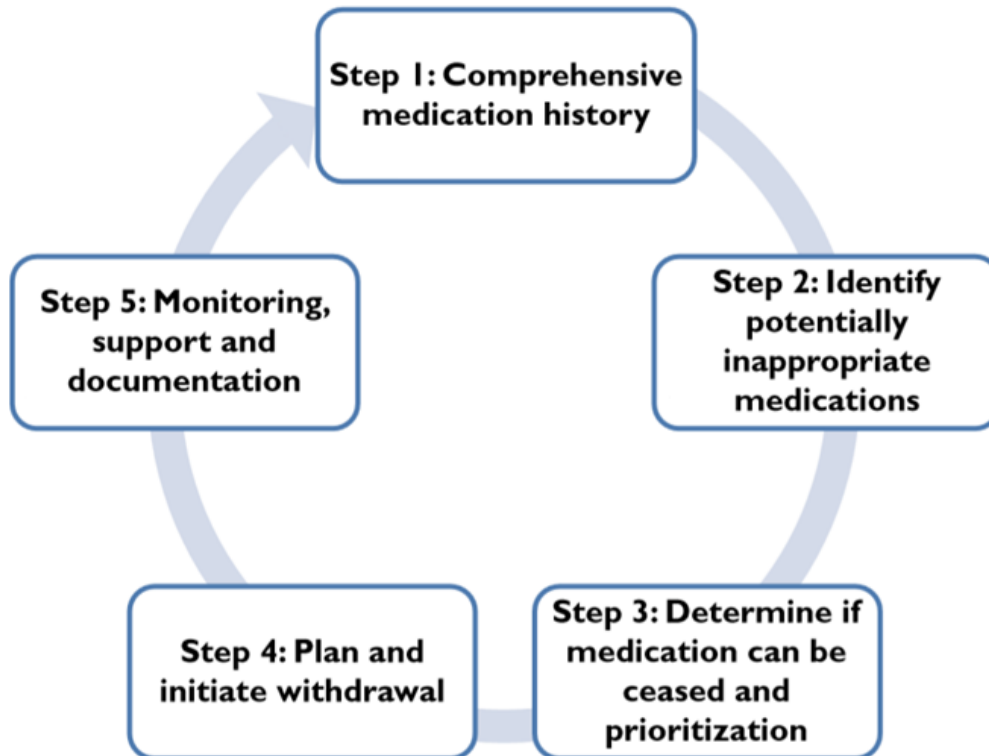
Plusieurs protocoles de déprescription ont été proposés dans la littérature. Ainsi en 2008 J. DOUCET et P. QUENEAU rappelaient les 6 étapes de déprescription proposées par WOODWARD (29, 20):

- établir avec le patient (et son entourage) la liste complète des médicaments prescrits par les médecins
- évaluer l'observance thérapeutique
- réévaluer régulièrement chaque médicament reçu
- identifier les traitements pouvant ou devant être arrêtés, remplacés ou dont la posologie peut être réduite
- établir un planning de déprescription en partenariat avec le patient, dans le cadre d'une éducation thérapeutique de qualité, si possible après en avoir informé les autres prescripteurs, notamment celui du médicament à déprescrire
- surveiller attentivement les malades après les déprescriptions, a fortiori après l'arrêt de médicaments actifs sur le plan pharmacologique, ce qui nécessite une disponibilité pour revoir le malade et répondre à ses questions.

S. Legrain répète en 2010 (30) 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.

En 2014 E. REEVES proposait ce schéma (31):



**Image n° 3 Les cinq étapes du processus de déprescription centré sur le patient selon E. REEVES**

Des algorithmes de déprescription pour certaines classes médicamenteuses sont également proposés par des équipes canadiennes. Ainsi centralisé sur un site internet (32) nous pouvons retrouver des algorithmes permettant de faciliter la déprescription d'IPP, d'antipsychotique, d'antihyperglycémiant et de benzodiazépine.

Des moyens mnémotechniques comme SAIL ou TIDE ont également été développés afin d'aider à évaluer la polypharmacie et donc aider à déprescrire dans un deuxième temps (12, 33) :

**Simple** (garder l'ensemble du traitement le plus simple)

**Adverse effects** (rechercher les effets indésirables)

**Indication** (Préciser l'indication)

**List** (Inscrire nom et posologies dans le dossier)

**Time** (prendre le temps d'évaluer)

**Individual** (rechercher la réponse individuelle à un traitement)

**Drug to drug interactions** (éviter les interactions médicamenteuses)

**Education** (éduquer patients et aidants)

Les outils d'évaluation de la qualité de la prescription (START-STOPP, ACOVE, MAI, liste de Laroche, Beers...) peuvent être utiles mais se pose la question de la faisabilité pratique lors d'une consultation de médecine générale.

#### **b. La déprescription selon les patients**

Pour les patients interviewés la déprescription semblait rassurante lorsqu'elle était annoncée à l'essai et qu'elle laissait donc une porte de sortie. Si ça se passait mal le patient devait savoir que le médicament pouvait être repris. Le médecin devait choisir le bon moment, que ce soit pour le patient ou lui-même. Il devait avoir le temps pour expliquer les tenants et aboutissants de la déprescription. Le patient ne devait pas être dans une situation de fragilité et être apte à entendre les explications du médecin. Elle devait être préparée et nécessitait plusieurs consultations avant de démarrer la déprescription et de ne plus inscrire le médicament sur l'ordonnance.

Les patients de l'étude demandaient même à ce qu'ils soient avertis, dès la prescription, qu'un jour ce médicament pouvait être potentiellement retiré. La notion du médicament « ad vitam aeternam » était un obstacle majeur selon eux et qui pouvait être levé facilement. En 2007, ce principe est déjà rappelé dans les recommandations de la HAS sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé (34) (28). Lors de la prescription du traitement il apparaît nécessaire d'également annoncer sa déprescription prochaine.

Le médecin se devait également d'être disponible et joignable aisément afin de répondre aux éventuels questionnements du patient et encore une fois de le rassurer. La déprescription ne devait pas être brutale. Elle se faisait progressivement, par palier, si toutefois cela était possible. L'explication claire et détaillée au patient sur les raisons de cet ajustement était indispensable. De nos jours les patients sont de mieux en mieux informés et sont demandeurs d'éclaircissements sur leurs prises en charge. Il devient alors nécessaire au médecin d'expliquer pourquoi il juge que ce traitement n'est plus adapté. Est-il imputable à un effet secondaire, est-il contre-indiqué et pourquoi, est-il inapproprié ou inefficace ?

### c. Quels médicaments déprescrire.

Il est parfois difficile de savoir quels médicaments déprescrire. Le médecin peut se retrouver confronté à maintes difficultés.

Ainsi une connaissance insuffisante du malade et de ses prescriptions peut induire une erreur de déprescription. Un patient qui a plusieurs prescripteurs avec des ordonnances non centralisées peuvent conduire à tort à déprescrire ou à l'inverse à ne pas déprescrire. Nous nous sommes rendus compte lors de l'enquête que les patients ne connaissaient pas bien leurs traitements et souvent en oubliaient. De même ils partaient souvent du principe que leur médecin traitant avait connaissance des médicaments prescrit par d'autres. Pour eux, « *tout est inscrit sur la carte vitale...* » (P8). En outre beaucoup de patients avouaient avoir recours à l'automédication. Ainsi il peut parfois être compliqué pour le médecin traitant de compiler l'ensemble des traitements du patient et d'avoir une vision d'ensemble permettant d'optimiser les prescriptions.

Une autre difficulté déjà développée précédemment est le manque de formation des médecins et notamment en pharmacologie. Il peut parfois être difficile d'évaluer la balance bénéfice risque et de juger de la durée nécessaire du traitement. La connaissance des interactions médicamenteuse et des effets secondaires de l'ensemble des traitements de l'ordonnance peut vite devenir un challenge pour le médecin (34).

L'observance des patients est également difficile à chiffrer or cela est primordial dans la prescription et la déprescription. En effet la polyprescription peut entraîner une mauvaise observance des traitements utiles et nécessaires, noyés par les traitements dits de « confort ». Si l'observance des patients était connue, le médecin changerait sûrement ses prescriptions ou serait plus à même de déprescrire. Dans notre étude certains patients disaient avoir arrêté d'eux-mêmes un traitement, cela est un défaut d'observance. La déprescription ne peut se faire seule par un patient, elle doit être supervisée par un professionnel de santé afin d'écartier tous risques. Ainsi une patiente de l'étude souhaitait arrêter la flecainide (*Flécaïne®*) prescrite par le cardiologue. Finalement celui-ci a augmenté le dosage.

Pour P. QUENEAU et J. DOUCET, « il faut déprescrire tous les médicaments inappropriés, en fonction de leurs indications, de leurs contre-indications, de leurs modalités d'administration, notamment lorsqu'ils sont dangereux pour ce malade, dans ce contexte qui est le sien. » (34).

Ils proposaient une hiérarchie de déprescription (20) :

- 1) À l'origine d'un effet indésirable récent

- 2) À risque majoré par le contexte pathologique
- 3) Associations inappropriées
- 4) Dont l'indication n'est pas ou plus justifiée
- 5) D'efficacité non prouvée
- 6) Non pris

Dans son travail de thèse de 2015 K. SIVARASALINGAM étudiait la déprescription de médicaments à bénéfice risque défavorable (35). En février 2013, la revue PRESCRIRE a sorti un article polémique avec une liste des "médicaments plus dangereux que utiles", pour lesquels elle demandait le retrait du marché. En s'appuyant sur cet article, K. SIVARASALINGAM a créé une liste de médicaments à déprescrire, qu'elle collait sur les ordinateurs du cabinet où l'étude se déroulait. Ainsi au cours de cette étude sur 19 médicaments, 15 ont été déprescrits à plus de 80%. Parmi ces 15 médicaments, 8 atteignent 100% de déprescription. Cette liste mise, est un exemple des médicaments à déprescrire ou à ne pas prescrire. De nouvelles listes ont vues ou verrons le jour, et peuvent être une aide à la déprescription. Cependant il ne faut pas omettre que la déprescription doit se faire dans l'individualité du patient.

Enfin, pour JL. MONTASTRUC la déprescription doit concerner plusieurs types de médicaments (7):

- tout d'abord, les médicaments n'ayant jamais fait la preuve de leur efficacité clinique
- ensuite, les médicaments dont le rapport bénéfice risque est clairement défavorable, en raison d'effets indésirables «graves» pour les patients, surtout s'il existe des alternatives.
- les associations médicamenteuses présentées au sein d'une même spécialité.
- enfin, les médicaments à risque d'interactions, qu'elles soient d'origine pharmacocinétique ou pharmacodynamique

### **E. Piste d'améliorations**

Les interviewés avaient de nombreuses idées pour améliorer la déprescription. Certaines rejoignaient les solutions évoquées par les médecins généralistes, d'autres étaient inédites. Quoiqu'il en soit déjà cela montre que les patients comprenaient les difficultés engendrées par les prescriptions inadaptées et allaient dans le sens des médecins généralistes.



### **a. Avis hospitalier**

De nombreux patients avaient évoqué l'hôpital comme lieu idéal de déprescription. Lorsque le médecin traitant estimait que son patient avait une ordonnance non adaptée, il devait l'hospitaliser pour faire un check up et un « toilettage » de l'ordonnance. Si cela s'avérait impossible, il devait alors a minima être en lien avec des spécialistes, lui permettant d'orienter ses déprescriptions. Dans son travail de thèse en 2008, A. TANGUY-GOURAUD estimait que l'hospitalisation était un moment propice à la déprescription du fait d'un regard nouveau sur les patients et sur leurs traitements (36). L'hospitalisation peut s'avérer être un moment efficace pour intervenir sur l'ordonnance, en fournissant du temps pour l'éducation des patients sur les médicaments (37), mais également en mettant en place une surveillance rapprochée. Une synthèse est alors adressée au médecin traitant afin d'assurer la pérennité du suivi médical et permettre le maintien des modifications thérapeutiques faites à l'hôpital (38). Le DMP, cité précédemment pourra permettre une meilleure coordination des équipes de santé et un suivi plus efficace des patients.

### **b. Pharmacien traitant ?**

Les patients évoquaient le pharmacien comme acteur de la déprescription. Il délivre les médicaments prescrits et apporte des conseils sur la prise médicamenteuse. Il joue également un rôle de surveillance en permettant d'analyser les ordonnances et de pointer les incohérences ou les risques iatrogéniques. Il est parfois le seul acteur lors de la vente sur conseil pharmaceutique et de l'automédication. Son rôle dans la déprescription ne peut donc pas être banalisé.

Dans cet objectif, il est important d'encourager les patients à choisir une pharmacie en particulier (pharmacien référent) comme ils sont obligés de le faire pour de rares traitements (méthadone par exemple) (13). Le pharmacien référent connaîtrait alors tous les traitements du patient et serait en relation avec le médecin traitant. La communication entre les deux protagonistes serait alors facilitée et le pharmacien jouerait un rôle dans la déprescription du patient. En effet, il pourrait être mis au courant de la déprescription du traitement par le médecin traitant. De même, il pourrait connaître éventuellement la fonction rénale du patient afin d'évaluer à son tour l'ordonnance et de vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication et de risque iatrogène, notamment lors de vente de médicament sur conseil pharmaceutique. Selon S. Hamili « *à l'heure actuelle le pharmacien, et encore moins le préparateur, même s'ils sont vigilants, ne sont pas informés des effets indésirables des traitements et encore moins de la fonction rénale des patients dont ils ignorent tout, y compris l'importance dans la prise en charge des patients* » (39). Les patients de

notre étude citaient régulièrement l'automédication. En connaissant la DFG du patient, le pharmacien peut écarter un risque iatrogène, et s'il est mis au courant de la déprescription d'un traitement il peut éviter l'automédication de ce médicament. Cette démarche de déprescription conjointe serait probablement salutaire pour le patient. La place du pharmacien est à redéfinir, son rôle est majeur dans la prise en charge thérapeutique du patient.

### **c. Méthodes alternatives ou prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.**

Les méthodes alternatives, c'est-à-dire non médicamenteuses étaient citées de nombreuses fois comme solution à la déprescription. Si les médecins leur apportaient une solution autre que médicamenteuses, les patients ne disaient pas non. Enfin la plupart du temps, car certains patients n'avaient de toute manière pas envie de faire des efforts et voyaient les méthodes alternatives comme une contrainte et une perte de temps alors que les médicaments leur semblaient « faciles », et cela surpassant même leurs peurs des effets secondaires potentiels.

Etaient cités dans notre étude, la kinésithérapie, l'ostéopathie, l'acupuncture, la sophrologie, la psychothérapie. Les patients semblaient rattacher les conseils hygiéno-diététique aux méthodes non médicamenteuses. Ainsi si on leur proposait de marcher trente minutes par jours afin de diminuer les ADO (ce qui devrait être proposé en premier lieu), ou de changer leurs alimentations les patients étaient partants si on leur expliquait les avantages par rapport aux médicaments. Afin de « médicaliser » ces conseils hygiéno-diététiques et de faire prendre conscience aux patients du bénéfice potentiel, les patients suggéraient de prescrire ces conseils tout comme les médicaments sur l'ordonnance. Cela permettrait en premier lieu de ne pas oublier ce qu'il leur avait été conseillé et surtout d'envisager cela comme une prescription et donc un acte médical.

Les patients pouvaient être réticents aux méthodes non médicamenteuses à cause de l'aspect financier. En effet la plupart ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. Ainsi les patients n'étaient pas égaux face aux déprescriptions médicamenteuses. Certains n'y avaient malheureusement pas accès.

Le manque d'accessibilité des thérapeutiques non médicamenteuses était souligné par la HAS. Celle-ci mettait néanmoins en lumière un défaut d'adhérence des médecins et des patients vis-à-vis des recommandations déjà existantes (40). Des investigations complémentaires seraient nécessaires afin d'évaluer le bon suivi des recommandations préexistantes en matière de

thérapeutique non médicamenteuses et de comparer l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.

#### **d. Intérêt de l'éducation thérapeutique**

Les patients évoquaient les méthodes non médicamenteuses telles que la psychothérapie et les groupes de soutien. Cela se rapproche de la psychoéducation qui part du principe qu'en améliorant le suivi thérapeutique et la qualité de vie du patient (et des proches), on réduit le nombre de récurrences, de crises et la durée des hospitalisations. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1998, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif « *de permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie* » (41). L'ETP est donc un processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, avec un caractère multiprofessionnel et multidisciplinaire nécessitant pour les professionnels de santé le suivi d'une formation adaptée (42 ; 43). Les médecins généralistes ont très peu de temps à accorder à l'éducation thérapeutique, les problèmes organisationnels et le manque de temps ont déjà été développés précédemment. De plus l'ETP nécessite une formation assidue afin d'être optimale. Elle s'opère donc dans une multidisciplinarité où entrent en jeu le médecin mais aussi le pharmacien ; les psychologues, les diététiciens et surtout les infirmiers. Plusieurs programmes d'ETP et plusieurs réseaux ont vu le jour ces dernières années tel que l'ETP des diabétiques des asthmatiques, des troubles bipolaires ou schizophrénie et des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette liste est loin d'être exhaustive. Tous ces programmes sont déjà en faveur de la déprescription puisqu'ils recentrent la prise en charge sur le patient et ses besoins. L'ETP permet de développer ses capacités d'autosoins et d'adaptation. Le patient éduqué a les armes pour comprendre sa pathologie et devenir acteur de sa prise en charge (41). Le patient a sa propre connaissance des traitements et des pathologies basées sur son expérience personnelle ou les ouï-dire, qui n'est pas forcément concordante avec la vision professionnelle du médecin (44). Il faut éduquer le patient mais aussi le mettre suffisamment en confiance pour qu'il n'ait pas peur d'exprimer sa représentation des médicaments et la prendre en compte dans l'éducation thérapeutique. C'est en ayant une écoute active du patient et en favorisant le dialogue qu'il sera amené à changer ses représentations de la pathologie et du médicament et à accepter une

éventuelle déprescription si cela s'avère nécessaire. L'ETP doit prendre en compte également les aidants qui sont d'une importance capitale car les plus proches au quotidien du patient.

Cependant à l'heure actuelle les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont essentiellement hospitaliers et leur mise en place lourde administrativement. De plus, le médecin traitant n'a souvent pas de retour de ce qui a été fait dans le cadre de cette prise en charge (13). Avec le développement des maisons de santé, et l'association ASALEE, l'éducation thérapeutique tend à se démocratiser et devient plus accessible. Créée en 2004 pour améliorer la prise en charge des malades chroniques par coordination entre médecins généralistes et infirmiers, l'association ASALEE met en œuvre un protocole de coopération en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST (45, 46). Dans les cabinets libéraux participants, des médecins généralistes, associés à des infirmiers délégués à la santé populationnelle, mènent des actions de prévention, principalement auprès de patients atteints de maladies chroniques. Maintenant financée par l'assurance maladie au titre des coopérations entre professionnels, elle s'étend à l'ensemble des régions du territoire. En somme, l'éducation thérapeutique est un point fort de la déprescription et mériterait d'être mieux connue.

#### **e. Médias, information des patients et des soignants**

Les patients demandaient explications et justifications au médecin déprescripteur. De même, lors des entretiens les patients semblaient être conscients des difficultés liées à la polyprescription. Les patients sont effectivement de plus en plus informés sur les problématiques de santé. Le visage de la médecine tend à changer avec des patients acteurs de leur prise en charge et mieux avisés sur les pathologies et les traitements. A l'ère de l'informatique, des smartphones et des tablettes, les patients ont accès à une autoroute d'informations. Seulement, si elles ne sont pas supervisées, ces informations peuvent être soit erronées, soit angoisser le patient entraînant une cybercondrie, soit entraîner un mésusage des traitements, ou encore mettre en danger un patient faussement rassuré. Selon C. SILVESTRI, internet aurait plutôt un effet positif sur la relation médecin-patient, améliorant la communication entre eux. Le patient aurait plus confiance dans le médecin que dans les informations recueillies sur internet. C'est alors au médecin de superviser les recherches internet du patient en lui suggérant des sites fiables (47).

L'information du patient et du médecin passe aussi par des instances de santé telles que la HAS, la CPAM, et le ministère de la santé. En France, la loi de santé publique du 9 août 2004 a retenu dans ses objectifs prioritaires l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

Plusieurs organismes sanitaires ont mis en place des mesures visant à optimiser la prescription chez le sujet âgé, et notamment une révision de l'ordonnance. C'est le cas du programme PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé) créé par la HAS en 2003, et réactualisé en 2008 et 2012 (48). Dans ce programme, des documents sont mis à disposition des médecins généralistes (synthèse bibliographique, mémos, outils d'aide à la prescription et programme d'EPP). Les recommandations de ce programme conduisent indirectement à la déprescription en favorisant une prescription prudente et raisonnée. Cependant le PMSA semble assez méconnu des médecins généralistes (14). On peut alors se demander si la diffusion des informations est optimale.

Des campagnes d'information sur la déprescription ont été suggérées par les patients. A l'instar de la campagne d'information sur les antibiotiques : « les antibiotiques c'est pas automatique », une campagne sur la déprescription permettrait d'informer les patients et de les y sensibiliser. Ainsi une patiente nous scandait : « Soigner les maux avec les mots » (P6) ou encore « déprescrire c'est prescrire mieux ». Certains patients semblaient penser que ces campagnes d'informations n'auraient aucun impact sur eux, tandis que d'autres pensaient au contraire que cela pouvait changer les mentalités. Les slogans permettent pourtant de véhiculer une idée et de l'ancrer dans l'esprit des populations. Ainsi qui n'a jamais entendu « les antibiotiques c'est pas automatique ? ».

Au Canada, une équipe de chercheurs ont créé un site internet dédié à la déprescription et ciblant les patients, les médecins et les chercheurs (32). Des ressources tels que des algorithmes, les dernières recherches effectuées ou des dépliants sur la déprescription y sont référencés. Facile d'accès, il permet d'ouvrir la discussion aux patients et de les impliquer dans la recherche sur la déprescription. Ils proposent également un poster ciblant les patients.

En France, des affichettes sont déjà existantes mais peu les connaissent. Elles mériteraient pourtant d'être mieux diffusées (49). Elles ne ciblent cependant qu'une catégorie, les somnifères. Une affichette sur la déprescription à l'instar de celle réalisée par les équipes canadiennes, et distribuée dans les cabinets et sur les réseaux sociaux permettrait peut-être de mieux informer patients et médecins.

Les patients de l'étude décriaient par contre les publicités, notamment télévisées des médicaments. En effet, selon eux cela poussait à la consommation et à l'automédication et allait contre le principe de déprescription. Les patients se demandaient parfois pourquoi leur médecin

leur avait déprescrit un traitement en leur disant qu'il était inutile ou dangereux alors « qu'on en vantait les mérites à la publicité après le journal de 20h (P14) ».

#### **f. Solutions en termes de coût**

Les patients évoquaient régulièrement le déficit de la sécurité sociale et la nécessité de réduire les coûts comme moteur et avantage de la déprescription. Selon eux cet aspect est non anodin et doit être pris au sérieux. Deux solutions ont alors été évoquées.

- Déremboursement des médicament SMR insuffisant

#### Qu'est-ce que le SMR ?

Le service médical rendu (SMR) est un critère qui prend en compte plusieurs aspects : la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué ; des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée, l'efficacité et effets indésirables ; la place dans la stratégie thérapeutique (notamment au regard des autres thérapies disponibles) et l'existence d'alternatives thérapeutiques ; l'intérêt pour la santé publique (50).

En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis :

- SMR (Service médical rendu) majeur ou important ;
- SMR modéré ou faible, mais justifiant cependant le remboursement ;
- SMR insuffisant (SMRI ou Service médical rendu insuffisant) pour justifier une prise en charge par la collectivité.

Le SMR d'un médicament est mesuré à un moment donné. Il peut évoluer dans le temps et son évaluation se modifier, notamment lorsque des données nouvelles sur lesquelles son appréciation se fonde sont produites, ou lorsque des alternatives plus efficaces apparaissent.

Un SMR insuffisant ne signifie pas que le médicament concerné soit inefficace mais simplement que son intérêt thérapeutique relativement au progrès médical et à l'évolution des connaissances scientifiques n'est plus jugé suffisamment prioritaire pour justifier une prise en charge financière par la solidarité nationale (50).

#### Le déremboursement

Le déremboursement des médicaments semblait être considérée comme un obstacle pour les patients. Alors que nous pourrions penser que cela pourrait être une aide, le patient ne voulant pas avancer les frais pour un médicament qu'il devra dorénavant payer, cela est tout autre. Pour le patient, le médicament déremboursé est accessible en ventre libre et donc il peut facilement

contourner la déprescription et s'automédiquer. L'importante diminution des prescriptions a incité certains patients à se procurer eux-mêmes les médicaments sans ordonnance, entraînant une augmentation de +33 % de l'automédication sur ces produits déremboursés entre 2005 et 2006. On a estimé à 42% la baisse des prescriptions des mucolytiques dans le cadre de la bronchite chronique suite à leur déremboursement. A noter que cela s'est accompagné d'une hausse de 8% des prescriptions d'antitussifs et de bronchodilatateurs (51). Pourtant l'augmentation de l'automédication sur ces médicaments déremboursés ne compense pas la forte baisse des quantités vendues. Tous les patients ne s'automédiquent donc pas. Pour les patients continuant à consommer ces médicaments, le prix a augmenté de 43 % en moyenne juste après le déremboursement (52). De plus lors du déremboursement certains médicaments sont en effet transférés sur le marché de l'automédication tandis que d'autres sont complètement retirés du marché.

Dans la thèse de S. BLESSES, le déremboursement est cité comme déterminant de la déprescription par 51% des médecins. Cela fait envisager que pour le médecin, le déremboursement peut être une occasion à ne pas rater car motivante pour le patient pour arrêter une prescription dans certaines classes thérapeutiques et envisager des approches non médicamenteuses (12). Il en est de même dans la thèse d'A. PARNEY où les médecins pensaient également que le déremboursement facilitait la déprescription. Cependant certains estimaient que ce serait délétère car cela entrainerait une médecine à deux vitesses et favoriserait un "report de prescription". Un médicament dit "insuffisant" et donc déremboursé serait souvent remplacé par un autre plus coûteux et avec davantage de risques de iatrogénicité. Un exemple notable serait le déremboursement de l'Euphytose®, anxiolytique à base de plantes, qui aurait provoqué un important report de prescription vers les benzodiazépines (26).

- Délivrance au comprimé

La délivrance actuelle des médicaments n'est pas optimale. Dans le cadre de la société de consommation actuelle, les boîtes délivrées sont loin d'être toutes consommées. Il n'est pas rare de trouver une armoire à pharmacie pleine lors des visites chez les patients, parfois même pleine de médicaments périmés. Le gaspillage serait conséquent avec une estimation de 19 000 tonnes de médicaments non utilisés en 2016 dont 11 884 tonnes recueillies en officine par l'association Cyclamed (53,54). Certains patients de nos entretiens étaient bien conscients du stockage de médicaments et de sa dangerosité. De même ils avançaient que pour certains c'était un plaisir

d'avoir autant de médicaments. En effet, il n'est pas rare de croiser dans les pharmacies les patients avec leurs cabas...une patiente de l'entretien faisait même l'analogie avec une valise (P5). Pour pallier à ce phénomène, les patients apportaient comme solution la délivrance au comprimé par le pharmacien. Si la vente au comprimé est déjà en place à l'étranger, notamment en Angleterre, en Allemagne, ou encore au Canada, elle peine à se développer en France. Ainsi l'article 46 de la loi no 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ouvre, dans certaines pharmacies d'officine du territoire français, une phase d'expérimentation pour une période de trois ans de délivrance à l'unité de certains antibiotiques, lorsque leur forme pharmaceutique le permet (55). L'expérimentation a débuté en novembre 2014 et s'est terminée le 31 octobre 2015. Elle s'est déroulée dans quatre régions françaises : Ile de France, Limousin, Lorraine, et Provence-Alpes-Côte-D'azur. Une évaluation a été mise en place au sein de 100 pharmacies : 25 dites "témoins" qui dispensent de manière habituelle et 75 dites "expérimentatrices" qui proposent aux patients une dispensation d'antibiotiques à l'unité. Ce nouveau mode de délivrance permet d'adapter le traitement au besoin réel du patient et contribue ainsi au bon usage des médicaments. L'objectif est de mesurer l'impact d'une telle dispensation en termes de diminution du gaspillage, de réduction des dépenses, d'amélioration de l'observance et de réduction des risques associés à une consommation ultérieure non appropriée des antibiotiques. Un rapport intermédiaire de 2015 montre que 80% des patients sont favorables à cette expérimentation, que les pharmaciens et préparateurs en pharmacie se déclarent généralement favorables à cette expérimentation et qu'une division du conditionnement initial est nécessaire dans 40 % des prescriptions (56). Or à l'heure actuelle, le LEMM et la plupart des pharmaciens semblent opposés à cette démarche, avançant le coût engendré pour les pharmacies, les difficultés en cas de rappel de lots et des risques de contrefaçons auxquels sont déjà confrontés d'autre pays (57). La délivrance au comprimé est pourtant inscrite au programme du candidat élu le 7 mai 2017, Emmanuel MACRON et est donc plus que jamais d'actualité.

## **F. Le vocable déprescription**

Dans son article intitulé l'art de déprescrire, P. Queneau insiste sur le vocable « déprescrire » (8). Déprescrire traduirait au mieux l'action volontariste de l'arrêt de prescrire. Le vocable déprescription est-il réellement adapté ? Il ne s'agit pas simplement de déprescription pour « alléger » l'ordonnance mais de réévaluer les prescriptions et de prime abord de prescrire plus « juste ». Il ne faudrait pas confondre le fait de supprimer des traitements pouvant être vécu comme un « abandon de soin » par le patient, juste pour être plus à l'aise avec l'ordonnance du patient, mais bien d'évaluer, d'étudier, et de confronter avec la balance bénéfice risque



l'ensemble des traitements du patient, dans un cas particulier, une situation unique. Le patient doit alors croire que si un traitement n'est plus adapté, il ne sera plus prescrit par son médecin traitant pour son bien-être et sa santé, et cette démarche entre donc dans une situation de « soin ». Le terme « déprescription » semble alors vecteur de confusion, de même que le terme « renouvellement » d'ordonnance, comme l'entend C. GUILLEMAUD dans son travail de thèse sur la polyprescription (25). Le terme « réévaluation » semble plus adapté et permettrait peut-être de perdre cette habitude de renouvellement sans réadaptation réelle de l'ordonnance, obstacle à la déprescription. Dans notre étude, lorsque nous demandions aux patients ce qu'ils savaient de la déprescription peu ont été inspiré par ce terme. Certaines définitions avaient même un aspect plutôt négatif. La notion de quantité et d'arrêt était mentionné mais les points positifs de la déprescription étaient omis.

### **G. Qu'en est-il des psychotropes ?**

On peut noter que pour les psychotropes, l'histoire est tout autre. Le patient semblait fébrile lorsque le médecin remettait en doute cette prescription et aurait plus tendance à entrer en conflit que pour les autres prescriptions. Dans cette étude, lorsque nous leur demandions comment ils réagiraient si nous leur propositions une déprescription, la principale peur et réticence allaient vers leur psychotrope, et notamment leur somnifère. Plusieurs études ont démontré l'arrêt progressif que nécessitent ces molécules et les difficultés rencontrées par les médecins pour les déprescrire. Les psychotropes sont très prescrits, notamment chez les sujets âgés. Dans la thèse de E. BOISDIN, (14) les médicaments psychotropes constituaient la classe médicamenteuse que les médecins souhaitaient le plus déprescrire (27%) mais celle qui connaissait le plus d'échecs (32,9%). Dans l'enquête de S. BLESSES les psychotropes sont objets de déprescription pour 77% des dé-prescripteurs. Pourtant, globalement en France il n'y a pas de baisse de prescription constatée. Il évoquait alors un phénomène de mouvement alternatif prescription – déprescription (12) La déprescription des psychotropes est complexe. Le risque de sevrage et de rebond sont omniprésents. La déprescription doit être bien préparée et surtout très progressive. Plusieurs mesures ont déjà été prises pour faire respecter le bon usage des psychotropes et notamment des benzodiazépines. Il est à noter que depuis le 10 avril 2017, les spécialités contenant du Zolpidem sont prescrites sur ordonnance sécurisée. Cette mesure est prise pour limiter le risque d'abus et de détournement, très important avec ce médicament et favoriser son bon usage. Le Zolpidem reste inscrit sur la liste I des substances vénéneuses et sa prescription est toujours limitée à 28 jours (58). Il serait intéressant d'évaluer l'impact de cette mesure sur la déprescription de cette substance dans quelques temps.

## Conclusions.

---

La projection démographique nécessite d'établir un plan afin d'améliorer les prescriptions et éviter les polymédications inutiles ou délétères pour le patient ou la société. Prescrire juste est un enjeu de santé publique nécessitant un investissement des autorités de santé, des prescripteurs, des acteurs de santé mais aussi des patients. La déprescription fait partie de ce plan.

Si de nombreux travaux ont été réalisés auprès des prescripteurs pour identifier les moteurs et les freins à la déprescription et ainsi trouver des pistes d'amélioration, très peu d'études demandaient aux patients ce qu'ils en pensaient.

Dans notre étude qualitative réalisée auprès de patients de l'Oise, il est intéressant de découvrir que les patients ne sont pas un réel frein à la déprescription comme l'entendaient jusqu'à présent les prescripteurs. Notre étude rejoignant sur ce point la thèse de M. GUILLUY, montre que les patients sont ouverts à la discussion.

La communication médecin-patient est primordiale pour faire accepter la déprescription. Le patient est ambivalent et est en demande d'arguments et d'information pour améliorer sa prise en charge et ainsi sa qualité de vie. Même s'il semble attaché à ses médicaments, l'évolution actuelle des technologies, à l'ère d'internet, des tablettes et des smartphones, permet une meilleure information du patient et l'amène à se questionner sur sa prise en charge. Il prend conscience du danger des polymédications et notamment des risques pour sa santé et pour celle d'autrui. Il en comprend également les avantages tels que la diminution des interactions médicamenteuses ou des effets secondaires, l'avantage psychologique que cela peut représenter ou encore les effets économiques pour lui-même et pour la société.

La déprescription reste cependant un acte complexe nécessitant réflexion et donc du temps. Or, selon le patient, le médecin n'a pas ou n'a plus le temps. Pourtant la déprescription demande à être progressive, avec un suivi régulier nécessitant plusieurs consultations. Ce manque de temps devient alors un obstacle bien identifié par le patient. De même l'informatique qui fait gagner du temps au médecin par un renouvellement d'ordonnance quasi systématique gêne le patient. La communication est rompue par cet écran s'interposant entre malade et médecin, et l'ordonnance du patient semble selon lui renouvelée mais non réévaluée. L'habitude concernant son traitement, notamment à cause de son pilulier, et l'habitude qu'a prise le médecin envers son patient sont autant de freins à la déprescription.

Le patient est également conscient des effets néfastes possibles de la déprescription avec le fameux risque d'effet rebond ou encore le syndrome de sevrage, qui s'ils peuvent être contrôlés, remettent en question la déprescription et le bien-être du patient.

Les nombreuses pistes d'amélioration suggérées par les patients montrent pareillement que les patients ne sont pas opposés à la déprescription. Ainsi, ils mettent en exergue la place des autres soignants et notamment des pharmaciens. Ils expliquent la nécessité d'une information claire et détaillée et de groupes de soutien évoquant sans même le savoir l'intérêt d'une éducation thérapeutique (42). Ils mettent en avant les difficultés de communication entre les différents acteurs de santé, notamment entre médecins, et la nécessité d'une meilleure circulation des informations entre eux. Le DMP, non cité par les patients est au cœur même de cette problématique et permettra peut-être une évolution dans ce sens.

Ils pointent l'automédication, l'inobservance et le stockage et proposent alors la délivrance au comprimé qui est d'ailleurs un point d'actualité en 2017, faisant notamment partie du programme présidentiel. Ils dénoncent les déremboursements de médicaments à SMR insuffisant et surtout la facilité de se les procurer sans ordonnance, allant à l'encontre de la déprescription. Ils alertent sur les risques des publicités pharmaceutiques et les informations médiatiques erronées tout en mettant en avant l'effet positif que pourrait avoir une campagne d'informations bien menée.

En somme, les patients ne sont pas indifférents aux problématiques de santé et à la déprescription. Cette étude nous montre que la déprescription ne doit pas prendre en compte uniquement les attentes des prescripteurs et des instances de santé. Les patients ont bien leurs mots à dire et sont enclins à une réelle collaboration afin de prescrire et de déprescrire juste.

Des efforts sont encore à réaliser, mais chacun semble en connaître les enjeux. Une étude quantitative auprès des patients permettrait de confirmer cela et permettrait une approche plus précise sur les médicaments posant difficulté selon les médecins lors de la déprescription.

# Bibliographie

---

1. Synthèse de l'étude européenne sur la consommation de médicaments [En ligne]. 2015. Disponible sur: [http://www.puppem.com/Documents/LIR\\_ESSEC\\_Synth%C3%A8se\\_%C3%A9tude\\_conso\\_mation\\_m%C3%A9dicaments\\_07-2012.pdf](http://www.puppem.com/Documents/LIR_ESSEC_Synth%C3%A8se_%C3%A9tude_conso_mation_m%C3%A9dicaments_07-2012.pdf)
2. Fédération nationale de la mutualité française, Direction de la santé, Département politique du médicament, L. Gadot. Prescription et consommation de médicaments à service médical rendu insuffisant (SMRI) une comparaison internationale. Synthèse de l'étude. Paris : FNMF.2005.
- 3 Vionnet–Fuasset J. Fréquence et nature de la poly-médication chez la personne âgée en médecine générale. SFMG. 2005;p. 3–24.
- 4 Fourrier A., et al. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la polymédication et utilisation de psychotropes. La Revue de Geriatrie 1996 ; 21 : 473-476.
- 5 Boufflet C. La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué : Expérience et opinion des médecins généralistes de Picardie. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2016.
6. Sermet C. Consommation et prescriptions de médicaments chez les personnes âgées. Les Cahiers Albert Legrand 1999 ; 140 : 4-7.
- 7 Montastruc JL, Montastruc F. Prescrire oui mais aussi savoir déprescrire. Rev Prescrire. avr 2013;33(354):306-7.
- 8 Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de "dé-prescrire." Presse Médicale. 2004 mai;33(9, Part 1):583–5.
9. Queneau P. Effets indésirables médicamenteux : comment les éviter? Rev Prat -Médecine Générale. 2003 juin;Tome 17(619).
- 10 P. CLERC, J. LE BRETON and all, Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale, Pratiques et Organisation des Soins 2009
- 11 Queneau P, Doucet J, Paille F. Quand "déprescrire" les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? Les stratégies médicales chez les sujets âgés. Bull Acad Natl Med. 2007;191(2):271–85.
- 12 Blesses S. La dé-prescription en médecine générale: ses freins et ses déterminants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2012.
- 13 : Biron A. Élaboration d'un score d'évaluation de la capacité de gestion des prises médicamenteuses par les patients de plus de 75 ans polymédiqués à domicile. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Descarte. 2014.

- 14 Boisdin E. Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2011.
- 15 Parney A. La déprescription : des obstacles aux voies d'amélioration : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Claude Bernard Lyon 1 ; 2015.
- 16 Qi K, Reeve E, Hilmer SN, Pearson S-A, Matthews S, Gnjidic D. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 6 juin 2015 [consulté le 17/08/2015]. Disponible sur : <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11096-015-0147-7>
- 17 Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe. *J Am Geriatr Soc*. Sept 2013;61(9):1508-14.
- 18 Roquet-St-Arnaud L. Résistance ou persistance? *Interactions* 2002;6(1):49-62.
- 19 dictionnaire Larousse. [En ligne]. [Consulté le 4 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9dicament/50118>
- 20 Doucet J, Queneau P, Paille F. « Alléger » l'ordonnance exige de la méthode : Déprescription. *Concours Méd*. 2008; Tome 130:969-72.
- 21 Joël Ankri, Béatrice Beaufiles, Dominique Ledisert, Jean Claude Henrard. Comportements vis à vis des médicaments et représentations de soi chez des personnes âgées souffrant de maladies chroniques. Original Research Article. *Social Science & Medicine*, Volume 44, Issue 3, February 1997, Pages 337-345
- 22 Dupré-Leveque D. Le médicament : un outil de communication ? : Le regard de l'ethnologue dans une maison de retraite. *Gérontologie Société*. 2002;103(4):161.
- 23 Guilluy Crest M, Université Paris Descartes. Paris. FRA / com. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. [Thèse d'exercice]. Faculté de Paris Descarte. 2012
- 24 Morel C. Comment aborder et réussir une déprescription chez les sujets âgés? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes. . [Thèse d'exercice]. [France]; 2014
- 25 Guillemaud C. Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale Paris, [Thèse d'exercice]. Université de Paris Sud 11. 2010
- 26 Begaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France [En ligne]. 2013 [consulté le 3 mai 2017]. Ministère des affaires sociales et de la santé. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Begaud\\_Costagliola.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf)

27 Pascal Clerc, Julien Le Breton. Polyprescription médicamenteuse et polyopathologies chroniques: ce qu'en disent les médecins généralistes. [En ligne]. Sciences sociales et santé 2013/3 (Vol. 31). [Consulté le 3 avril 2017]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-3-page-71.htm>

28 arrêté du 22 septembre 2011 approbation sur la convention nationale des médecin généraliste et spécialistes. [En ligne]. [Consulté le 3 avril 2017]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740>

29 Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. 2003 Dec [cited 2015 Apr 6]; Disponible sur <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=472296590285750;res=IELHEA>

30 Legrain, S. and S. Lacaille (2005). "Prescription médicamenteuse du sujet âgé." EMC - Médecine 2(2): 127-136.

31 Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence based, patient-centred deprescribing process. Br J Clin Pharmacol. oct 2014;78(4):738-47.

32 DEPRESCRIBING [En ligne]. [Consulté le 17 avril 2017]. Disponible sur :<http://deprescribing.org/fr/>

33. J. Couture, M. Cote. La polypharmacie chez les personnes âgées. Le médecin du Québec. Janvier 2009. Volume 44 :48-49.

34 Haute Autorité de santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Recommandations professionnelles. Octobre 2007.

35 Sivarasalingam K. Deprescription des médicaments à balance bénéfiques-risques défavorable dans un cabinet de médecine générale à Gennevilliers. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris Diderot. 2015

36 Tanguy-Gouraud A. La déprescription chez le sujet âgé: à propos des prescriptions de l'entrée jusqu'à la sortie d'un service de médecine polyvalente gériatrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2008.

37. Borne R, Cumbler E, Glasheen JJ. Reducing polypharmacy: Is hospitalization the right time? Arch Intern Med. 2011 mai;171(9):869-70.

38 Moulis-Rivière M. Conciliation médicamenteuse de sortie en gériatrie : impact de la transmission hôpital-ville d'un bilan médicamenteux sur le maintien des optimisations thérapeutiques [Thèse d'exercice]. [France]: Université de pharmacie de Grenoble; 2014

39 Hamili S. Surveiller les patients fragiles, alléger l'ordonnance, organiser le parcours de soins, surtout celui des insuffisants rénaux et des diabétiques. Médecine des maladies Métaboliques - Novembre 2016 - Vol. 10 - N°7

40 Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. HAS. avr 2011. [En ligne]. [Consulté le 17

- avril 2017]. Disponible sur : [https://www.has-ante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011\\_6/developpement\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_therapeutiques\\_non\\_medicamenteuses\\_rapport.pdf](https://www.has-ante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011_6/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf)
- 41 Education thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. Haute Autorité de Santé; 2007. [En ligne]. [Consulté le 17 avril 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_definition\\_finalites\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_definition_finalites_recommandations_juin_2007.pdf)
- 42 Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. Santé publique. 2007;19(4):283-92.
- 43 Fiani M. Evaluation des connaissances des internes de médecine générale sur l'éducation thérapeutique du patient : une enquête nationale. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2016
- 44 COLLIN J., Observance et fonctions symboliques du médicament, Gérontologie et société, 2002/4 n°103, p141-159
- 45 Une infirmière Asalée ? Présentation Asalée octobre 2015. [En ligne]. [Consulté le 17 avril 2017]. Disponible sur : [http://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/ASALEE\\_Presentation\\_octobre\\_2015.pdf](http://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/ASALEE_Presentation_octobre_2015.pdf)
- 46 Instruction N° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collège des financeurs » [En ligne]. [Consulté le 17 avril 2017]. Disponible sur : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir\\_39573.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39573.pdf)
- 47 Silvestri C. Quel est l'influence d'internet sur la relation médecin-patient en médecine générale? [Thèse d'exercice]. [France]: université de Bordeaux. 2015
48. Haute Autorité de Santé - Impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité (PMSA) [Internet]. [cited 2015 May 4]. Available from: [http://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_927433/fr/impact-clinique-des-programmes-d-amelioration-de-laqualite-pmsa](http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_927433/fr/impact-clinique-des-programmes-d-amelioration-de-laqualite-pmsa)
- 49 Haute Autorité de Santé. Arrêter les somnifères c'est possible [En ligne]. 2012 [consulté le 15 juil 2015]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/affiche\\_a4\\_somniferes.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/affiche_a4_somniferes.pdf)
- 50 HAS, prise en charge des médicaments soumis à réévaluation. [En ligne]. Disponible à l'adresse : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_456052/fr/prise-en-charge-des-medicaments-soumis-a-reevaluation#c\\_456053](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456052/fr/prise-en-charge-des-medicaments-soumis-a-reevaluation#c_456053)
- 51 M. Devaux, N. Grandfils, C. Sermet. Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ? Questions d'économie de la santé n° 128 IRDES- Décembre 2007.
- 52 Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2010 : éléments d'évaluation, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

53 Gimbert V, Chauffaut D. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée? (Volet 1). La note d'analyse n° 9. Commissariat général à la stratégie et à la prospective; mars 2014. Disponible sur : <http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>

54 NIERAT B. Consolidation de la collecte des médicaments non utilisés en 2016. Communiqué de presse Cyclamed. 2016. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cyclamed.org/les-chiffres-de-la-collecte-2016-6426>

55 article 46 de la loi no 2013-1203 disponible sur [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D488CAFEDB55A35AAD61D28AEAB38244.tpdila07v\\_1?idArticle=JORFARTI000028373307&cidTexte=JORFTEXT000028372809&dateTexte=29990101&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D488CAFEDB55A35AAD61D28AEAB38244.tpdila07v_1?idArticle=JORFARTI000028373307&cidTexte=JORFTEXT000028372809&dateTexte=29990101&categorieLien=id)

56 Morel-A-L'Huissier P. Question N° 84412. 14ème législature disponible sur <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-84412QE.htm>

57 Le Borgne C. "Si la vente de médicaments à l'unité résume le projet des candidats, il y a du souci à se faire" egora.fr .2017 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.egora.fr/actus-pro/medicaments/25520-si-la-vente-de-medicaments-a-l-unite-resume-le-projet-des-candidats-il-y?nopaging=1>

58 Prescription obligatoire du zolpidem sur ordonnance sécurisée - Point d'Information ; ansm ; 2017 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>



# Annexes

---

## 1. ANNEXE 1 Le script d'entretien

Bonjour, je m'appelle Delphine CHAUVIN, je suis remplaçante en médecine générale. Afin de terminer mon cursus, je prépare ma thèse qui porte sur la déprescription. L'enjeu est d'analyser l'avis des patients face à la déprescription et d'apporter par cette analyse une aide à la déprescription aux médecins généraliste de l'Oise. En effet, plusieurs études ont été réalisées auprès des médecins généralistes, et les patients semblent être un frein à la déprescription. Je vous remercie d'accepter de participer à ce travail. Nous allons prendre 20 à 30 à minutes pour parler de la déprescription, de vos médicaments et de ce que vous pensez de votre ordonnance. L'entretien sera enregistré mais restera anonyme. Je vous donne une fiche de consentement éclairé que vous devez lire et signer si vous êtes d'accord.

### 1/ Votre profil : (parlez-moi de vous)

Quel âge avez-vous ?  
Quel est votre sexe ?  
Quelle est votre profession ?  
Quelle est votre situation familiale ?  
Habitez-vous en milieu urbain ou rural ?

### 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 ? Et Lesquels ?  
Pour quels problèmes de santé les prenez-vous ?  
Sont-ils tous prescrits par votre médecin traitant ou par d'autres médecins ?

### 3/ Point sur la déprescription : Définition du patient et vécu

Maintenant nous allons parler de déprescription. On parle des médicaments que vous prenez en traitement de fond uniquement.

Que savez-vous de la « déprescription » ?

Explication donnée aux patients et définition : Action de supprimer un traitement inutile, **inapproprié** ou **dangereux**.

Votre médecin vous propose de déprescrire un médicament. Que ressentez-vous et comment réagissez-vous ?

Quels bénéfices ou inconvénients cela pourrait vous apporter ?

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 ?

Selon vous, quelles seraient les méthodes à adopter par votre médecin pour faire accepter une déprescription ?

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.

## **2. ANNEXE 2 Le formulaire de consentement éclairé**

Nom de l'étude : La déprescription en médecine générale.

Analyse du vécu et du ressenti des patients face à la déprescription.

Personne à contacter pour toute demande d'information : Mme CHAUVIN Delphine.

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, Mme CHAUVIN Delphine 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 :

## RESUME

### La déprescription en médecine générale : ce qu'en pensent les patients.

**Introduction :** Les polyprescriptions sont de plus en plus nombreuses et entraînent un certain nombre de conséquences non négligeables. La déprescription est l'action volontariste de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux. C'est devenu un enjeu de santé publique. L'objectif de notre étude était de savoir ce qu'en pensent les patients et quel est leur ressenti face à la déprescription.

**Matériels et méthodes :** Dans cette étude qualitative, 22 patients de l'Oise, ayant au moins 4 médicaments, ont été interviewés lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Chaque entretien était enregistré, retranscrit puis analysé par le biais du logiciel NVIVO 11.

**Résultats :** Le principal ressenti des patients était la peur mais ils ne refusaient pas la déprescription. Ils souhaitaient qu'elle soit bien expliquée, progressive et faite en partenariat. Les avantages cités étaient la diminution des effets secondaires et des interactions médicamenteuses, puis les bénéfices psychologiques et économiques potentiels. Les inconvénients étaient la peur de l'effet rebond, du syndrome de sevrage et des efforts à fournir. Pour l'améliorer, ils suggéraient d'adopter une méthode progressive, de proposer des alternatives non médicamenteuses, de s'appuyer sur les paramédicaux, notamment sur le pharmacien, de les aider à limiter l'automédication et de délivrer les prescriptions au comprimé, et enfin de mieux informer les patients et les soignants grâce à des campagnes médiatiques.

**Conclusion :** Les patients n'étaient pas réfractaires à la déprescription mais ambivalents. Un meilleur dialogue entre ses acteurs permettrait d'améliorer cette démarche. Une étude quantitative auprès des patients ciblant les molécules posant problème lors de la déprescription permettrait d'éclairer d'avantage la situation.

**Mots-clés :** déprescription \_ polypathologie \_ médecine générale \_ prescriptions inappropriées \_recherche qualitative \_ optimisation polypharmacie \_ patients.

## SUMMARY

### Deprescribing in general medicine: what the patients think.

**Introduction:** Polyprescriptions are more and more frequent and can have serious health impacts. Deprescription is the voluntary act of taking away unnecessary, inappropriate or dangerous medication. It has become a public health challenge. The objective of our study was to find out what patients think about deprescribing.

**Material and methodology:** In this qualitative study, semi-structured interviews were conducted with 22 patients from the Oise department who were prescribed at least 4 medications. Each interview was recorded, transcribed and analyzed with NVIVO 11 software.

**Results:** The main reaction to deprescription among patients was fear, but they did not reject the idea. They wanted the process to be well explained, progressive and carried out in collaboration with both patient and doctor. The advantages given were a decrease in side effects and drug interaction, as well as potential psychological and financial benefits. The disadvantages were the fear of rebound effect, withdrawal syndrome and the general efforts to be made in the process of deprescription. To improve this, they first suggested better methodology including medication free methods and relying on paramedics, ie., pharmacists. Mastering self-medication and precise drug dose dispensing in pharmacies were also suggested, as well as improved education of patients and care givers through the media.

**Conclusion:** The patients were not against deprescribing but ambivalent. Better dialogue between actors would improve the process. A quantitative study among patients targeting the problem molecules in deprescription would help in furthering the research.

**Key words:** deprescription \_ polypathology \_ general medicine \_ inappropriate prescriptions \_ qualitative research\_ polypharmacy optimization \_ patients.