



**HAL**  
open science

# Création d'une consultation dédiée à la déprescription chez les patients âgés de plus de 65 ans en médecine générale : quelles modalités ?

Morgane Lenrouilly Lanot

## ► To cite this version:

Morgane Lenrouilly Lanot. Création d'une consultation dédiée à la déprescription chez les patients âgés de plus de 65 ans en médecine générale : quelles modalités ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03241316

**HAL Id: dumas-03241316**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03241316>**

Submitted on 28 May 2021

**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.



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**

*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Morgane Lenrouilly épouse Lanot**

Née le 25/04/1989 à Rouen

---

**Création d'une  
consultation dédiée à  
la déprescription  
chez les patients âgés  
de plus de 65 ans  
en médecine  
générale : quelles  
modalités ?**

**Thèse soutenue à Rennes le 16 juin 2020**

devant le jury composé de :

**Olivier DECAUX**

PU-PH Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie / *Président du jury*

**Dominique SOMME**

PU-PH Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie / *Assesseur*

**Didier MYHIE**

Professeur Associé des Universités / *Assesseur*

**Françoise TATTEVIN**

Professeur Associé des Universités / *Directeur de thèse*



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**

*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Morgane Lenrouilly épouse Lanot**

Née le 25/04/1989 à Rouen

---

**Création d'une  
consultation dédiée à  
la déprescription  
chez les patients âgés  
de plus de 65 ans  
en médecine  
générale : quelles  
modalités ?**

**Thèse soutenue à Rennes le 16 juin 2020**

devant le jury composé de :

**Olivier DECAUX**

PU-PH Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie / *Président du jury*

**Dominique SOMME**

PU-PH Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie / *Assesseur*

**Didier MYHIE**

Professeur Associé des Universités / *Assesseur*

**Françoise TATTEVIN**

Professeur Associé des Universités / *Directeur de thèse*

**Professeurs des Universités**

ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET Jacques	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Claude	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie ; addictologie

DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie médicale
GODEY Benoît	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUILLE François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
HUSSON Jean-louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion

LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE TULZO Yves	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENER Eric	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie viscérale et digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Médecine palliative
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier	Médecine générale
NAUDET Florian	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie, embryologie et cytogénétique

RENAUT Pierric	Médecine générale
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis	Médecine d'urgence
SULPICE Laurent	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE Jean Marc	Médecine intensive-réanimation
TARTE Karine	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

**Maitres de conférences des Universités**

ALLORY Emmanuel	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie ; transfusion
ANSEMI Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE Agnès	Médecine générale
BEGUE Jean Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
BROCHARD Charlène	Physiologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CASTELLI Joël	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHAPRON Anthony	Médecine générale
CHHOR-QUENIART Sidonie	Médecine générale
CORVOL Aline	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénérologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET Laure	Médecine générale
GANGLOFF Cédric	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT Isabelle	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie, embryologie et cytogénétique

KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET Solène-Florence	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MENARD Cédric	Immunologie
MICHEL Laure	Neurologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU Marie	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI Agata	Philosophie

## **Remerciements**

A Monsieur le Professeur Olivier Decaux pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Dominique Somme pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Didier Myhié pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Françoise Tattevin, pour avoir dirigé ce travail avec tant d'implication et de précision. Merci de m'avoir fait partager votre expérience et pour le temps que vous avez consacré. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect.

A mon mari, Victor, pour ton amour, pour croire en moi, pour le bonheur que tu m'apportes, pour ta patience et pour ta relecture précieuse de ce travail.

A ma fille, mon trésor, pour illuminer mes journées.

A mes parents, pour votre soutien et pour m'avoir permis de faire ces études. Sans vous, je n'aurais pas pu réaliser le chemin accompli.

A ma sœur, Julia pour ces moments de complicité et pour ceux à venir.

A ma Mère-Grand, pour ton soutien sans faille et ta présence tout au long de ces années.

A ma belle famille, pour leur bienveillance depuis toutes ces années.

A Annaïg, pour ton soutien, ta disponibilité, ta gentillesse et ton humour.

A tous les médecins qui ont participé à ce travail.

## **Sommaire**

Remerciements .....	8
Introduction .....	11
Matériel et Méthodes.....	13
Résultats .....	14
Premier tour de questionnaire : (Annexe 1) .....	14
Second tour du questionnaire : (Annexe 2).....	17
Troisième tour de questionnaire : (Annexe 3).....	19
Discussion .....	20
Conclusion.....	23
Permis d'imprimer.....	24
Bibliographie.....	25
Annexe 1 : Premier tour de questionnaire .....	30
Annexe 2 : Deuxième tour du questionnaire .....	31
Annexe 3 : Troisième tour du questionnaire .....	35
Annexe 4 : Résultats des second et troisième tours .....	36

## Introduction

Le pourcentage de patients âgés dans le monde augmente. D'après l'INSEE, la France compterait plus de 12 millions de personnes âgées de plus de 75 ans en 2050.

Or vivre plus longtemps n'est pas forcément synonyme de vivre en bonne santé. Avec le vieillissement le risque de maladies chroniques augmente. Les progrès dans le traitement des pathologies signifient que les patients vivent avec des comorbidités plus longtemps mais cela entraîne une augmentation du nombre de traitements (1).

Les traitements ont pour but de réduire la progression des maladies, la survenue d'événements graves, de contrôler des symptômes et d'améliorer les fonctions. Mais ils peuvent également être responsables d'effets indésirables plus ou moins graves (1). En effet, la polyprescription engendre une augmentation du nombre de traitements inappropriés, du risque d'interactions médicamenteuses, de la iatrogénie, de confusion, 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 (1–4). Environ un médicament sur cinq serait inapproprié et augmenterait le risque d'effets indésirables, d'hospitalisation, d'invalidité, d'altération de la qualité de vie voire dans certains cas de décès (5–7).

De plus les études sur les médicaments utilisés dans la pratique courante ont été faites sur des sujets jeunes ayant une seule maladie sans comorbidités et avec une espérance de vie de plusieurs décennies. La plupart des praticiens ont extrapolé l'utilisation de ces traitements à leur population de patients âgés pour lesquels aucune étude n'a été menée (8).

Le terme de déprescription est apparu dans la littérature dans les années 2000 avec la prise de conscience de l'augmentation des effets indésirables due à l'abus de prescription de certains traitements (9). La déprescription médicamenteuse peut être définie par le processus consistant à réduire, changer ou stopper des thérapeutiques jugées inappropriées pour un individu (10). Elle peut s'appliquer à n'importe quel patient.

Cependant il paraît plus pertinent de l'appliquer chez les patients âgés souvent polypathologiques pour lesquels un nombre important de médicaments sont prescrits (5).

Les chercheurs ont posé comme hypothèse que déprescrire peut améliorer la santé des patients âgés (8). Il semble que la balance bénéfico-risque de certains médicaments devienne négative avec l'augmentation de l'âge des patients (11).

Pour déprescrire des outils ont été créés, la société Canadienne a créé des guides de pratique clinique avec des algorithmes de déprescription pour les inhibiteurs de la pompe à protons, les antihyperglycémiant, les antipsychotiques et les benzodiazépines (12–15).

Il existe également des outils comme le STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) qui consiste à détecter les prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez les personnes de plus de 65 ans (16,17).

La société française de Gériatrie et de Gériologie a créé un guide de « bonne prescription médicamenteuse » adaptée à la personne âgée (PAPA). Il regroupe 42 fiches de bonne pratique clinique adaptées aux personnes âgées de plus de 75 ans.

La Haute Autorité de Santé (HAS) avec l'Assurance maladie ont créé le bilan partagé de médication en 2016, qui consiste avec le pharmacien clinique à faire « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles ».

Malgré l'existence de tous ces outils et guides de bonne pratique clinique, la pathologie iatrogène médicamenteuse est fréquente, parfois grave, responsable de plus de 200 000 hospitalisations chaque année en France, qui pourraient donc être évitées (3).

Il existe des freins à la déprescription et l'industrie pharmaceutique est l'un des principaux moteurs de la prescription médicamenteuse. Les freins peuvent venir du médecin, du pharmacien, du patient voire de son entourage. L'acte médical de déprescription est plus difficile, plus chronophage, plus risqué pour un médecin et demande un effort supplémentaire d'éducation auprès du patient (2,3).

Des études ont montré que le patient écoute et a confiance dans la prescription de son médecin traitant. Le médecin généraliste semble donc être l'acteur principal de la déprescription (18–20).

Elle est un acte utile, difficile, qui doit être intégré à l'objectif du bon usage des médicaments, en tenant compte des niveaux de preuve scientifique. Le médecin généraliste doit le réaliser en collaboration avec les autres professionnels de santé.

Le but de ce travail est de promouvoir une consultation de déprescription en médecine générale pour les patients de plus de 65ans.

## Matériel et Méthodes

Ce travail de thèse consiste à obtenir un consensus par la méthode DELPHI. Cette technique est une méthode qualitative de consensus, définie comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires. Elle a pour but de rechercher un consensus sur un ou des sujets précis, avec un degré d'accord, au sein d'un groupe d'individus sélectionnés. Elle doit mettre en évidence des convergences d'opinions, là où l'unanimité n'existe pas, en raison d'un manque de preuves scientifiques ou en cas de contradiction de preuves.

Elle a trois principales caractéristiques : l'anonymat des réponses, des réponses avec une rétroaction et une réponse de groupe statistique (21–23). La taille minimale du groupe est de 25 participants, nombre défini d'après la littérature comme étant suffisant pour avoir une réponse de groupe significative. Il s'agit d'une procédure itérative comportant en général trois tours de questionnaires auto-administrés (23,24).

J'ai choisi cette méthode car elle permettait des échanges dématérialisés par mail et ainsi d'avoir une géographie plus étendue. Cela permettait également de garder l'anonymat des participants excepté pour moi et donc d'exprimer leur point de vue sans risque de jugement.

L'échantillonnage des participants permet de créer un groupe d'experts représentatifs de la pratique actuelle. Le groupe était composé de médecins généralistes, internistes ou gériatres exerçant depuis au moins un an, sollicités sur la base du volontariat.

Le questionnaire a été rédigé sur la plateforme de sondage Google Forms, permettant ainsi aux participants d'y avoir accès en ligne.

Pour former le groupe d'experts, j'ai envoyé le questionnaire à l'ordre des médecins des départements du Morbihan, d'Ille et Vilaine, et des Cotes d'Armor ainsi qu'à l'URPS Bretagne (Union Régionale des Professionnels de Santé), à la liste de courriels des internistes du CHU de Rennes, des gériatres du CHU de Rennes et du CHBS de Lorient.

Le premier tour était ouvert et exploratoire, il comportait 6 questions principales et une partie démographique. Comme une phase de pré-test, il reposait sur un questionnaire élaboré à partir de la littérature, les réponses étaient données sous forme de commentaires libres basés sur les connaissances et expériences des experts. Ils pouvaient également apporter des propositions d'amélioration dans une partie libre. Ainsi une version finale du questionnaire a été établie à

la fin du premier tour. J'ai ensuite synthétisé les réponses et idées de chaque membre, et les ai intégrées dans une liste de propositions.

Ce second questionnaire a été ensuite soumis à nouveau aux experts, pour quantifier leur degré d'accord avec chaque proposition, selon l'échelle de Likert (degré d'accord avec une réponse sur une échelle entre 0 et 9), avec la possibilité de mettre des commentaires écrits. Ils avaient un délai d'un mois pour répondre à chaque tour.

Il y a eu consensus sur les modalités de déprescription lorsque la médiane a été supérieure à 7 sans désaccord entre les membres, sachant qu'un désaccord est défini par une distribution des valeurs telle que simultanément 30% des scores se trouvent entre 1 et 3 et 30% des scores entre 7 et 9.

Au troisième tour, les experts ont reçu un rappel de leurs réponses et les résultats agrégés du groupe (résultats quantitatifs et commentaires anonymisés des participants). Ils ont pu réévaluer leur degré d'accord avec chaque assertion à la lumière de la confrontation de leurs réponses avec celles de l'ensemble du groupe et ils pouvaient justifier de leur désaccord dans les commentaires.

Seules les réponses ayant obtenu une médiane égale à 7 ont été resoumises lors de ce dernier tour aux experts. Les réponses gardant une médiane inférieure à 7 ont été invalidées.

## **Résultats**

### *Premier tour de questionnaire : (Annexe 1)*

Le premier tour était fait de questions ouvertes portant sur les modalités de la déprescription, d'une partie démographique sur les experts (âge, sexe, spécialité, pratique, nombre d'années d'exercice et type d'exercice) et de questions sur le terme de déprescription et s'ils pensaient la pratiquer au quotidien.

J'ai obtenu 57 réponses provenant de médecins exerçant en Bretagne, avec un âge médian de 43 ans et dont 57.9% sont des femmes (Tableau 1). La spécialité majoritairement représentée est la médecine générale avec 86% puis les internistes et les gériatres sont représentés avec 7% pour chacune de ces spécialités. Le nombre médian d'années d'exercice est de 13 ans avec une pratique libérale représentée à 84.2%, hospitalière à 14% et mixte à 1.8%.

Enfin 77.2% connaissaient le terme de déprescription avant ce travail de thèse et 84.4% pensent la pratiquer au quotidien.

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants**

Profession	1 <sup>er</sup> tour n=57	2 <sup>ème</sup> tour n=41	3 <sup>ème</sup> tour n=38
Médecins généralistes	49 (86%)	36 (87.8%)	34 (89.6%)
Internistes	4 (7%)	2 (4.8%)	2 (5.2%)
Généralistes	4 (7%)	3 (7.4%)	2 (5.2%)
<b>Age</b>			
<34ans	8 (14%)	8 (19.5%)	7 (18.5%)
35-44ans	22 (38.6%)	15 (36.6%)	14 (36.8%)
45-54ans	10 (17.6%)	6 (14.6%)	6 (15.8%)
55-64ans	11 (19.3%)	9 (22%)	8 (21%)
>65ans	6 (10.5%)	3 (7.3%)	3 (7.9%)
<b>Genre</b>			
Femme	33 (57.9%)	23 (56.1%)	20 (52.6%)
Homme	24 (42.1%)	18 (43.9%)	18 (47.4%)
<b>Nombre d'années d'exercice</b>			
<5ans	5 (8.8%)	5 (12.3%)	4 (10.5%)
5-9ans	9 (15.8%)	6 (14.6%)	5 (13.3%)
10-14ans	15 (26.3%)	11 (26.8%)	11 (28.9%)
15-19ans	5 (8.8%)	3 (7.3%)	3 (7.9%)
20-24ans	3 (5.3%)	1 (2.4%)	1 (2.6%)
>25ans	20 (35%)	15 (36.6%)	14 (36.8%)
<b>Type de pratique</b>			
Libérale	48 (84.2%)	35 (85.3%)	33 (86.9%)
Hospitalière	8 (14%)	5 (12.3%)	4 (10.5%)
Mixte	1 (1.8%)	1 (2.4%)	1 (2.6%)
<b>Déprescription connue avant leur participation</b>			
Oui	44 (77.2%)	34 (82.9%)	32 (84.2%)
Non	13 (22.8%)	7 (17.1%)	6 (15.8%)

La première question portait sur la population de patients qui devrait être concernée par la déprescription. A la lecture de réponses des experts, j'ai pu regrouper leurs réponses en 16 items principaux pour le second tour : patient âgé de plus de 70ans, de plus de 85ans, patients polypathologiques, polymédiqués (>5 médicaments), patient dépendant, avec une perte d'autonomie, avec un GIR<3, patient en institution de type EHPAD, ayant une espérance de vie limitée, ayant une Affection Longue Durée (ALD), les femmes enceintes, les nourrissons, les patients hypochondriaques, avec une insuffisance rénale, dont la tolérance des traitements est mauvaise, tous les patients sans distinction.

La seconde question portait sur la consultation de déprescription en elle même (temps dédié ou non, fréquence, durée...), 9 items principaux en sont ressortis : à chaque consultation, lors du renouvellement ordonnance, une fois par mois, une fois par an avec une consultation

dédiée, tous les 3 mois avec une consultation dédiée, une fois par semaine, tous les deux ans, tous les 6 mois, une consultation dédiée après consultation avec un spécialiste.

La troisième question était sur les classes pharmaceutiques à déprescrire, 22 items ont été obtenus : toutes les classes, les anti hypertenseurs, les hypolipémiants, les anti histaminiques, les psychotropes, les antalgiques, les inhibiteurs de la pompe à protons, les inhalateurs, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anticoagulants, les antiagrégants, les antidiabétiques oraux, les hypouricémiants, les diurétiques, les antiostéoporotiques, les antiAlzheimer, les traitements en automédication, ceux dont le service médical rendu est insuffisant, la vitamine D, les veinotoniques, les hormones thyroïdiennes et le traitement hormonal de la ménopause.

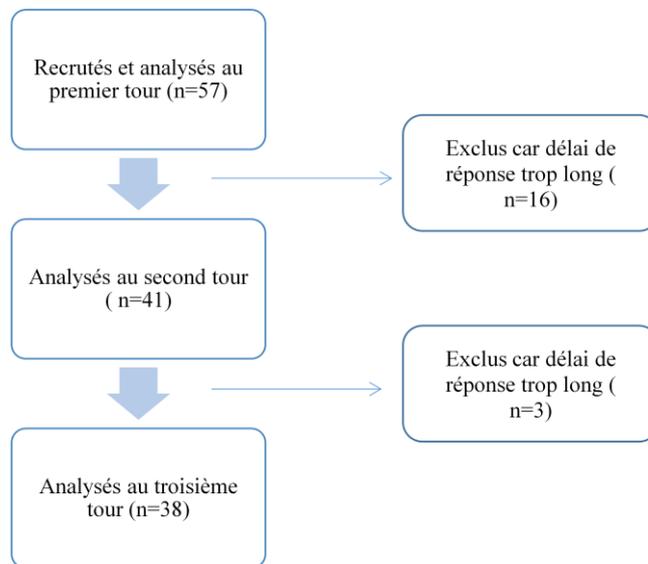
La quatrième question était sur le moyen et le délai de réévaluation après avoir déprescrit, 11 items ont été obtenus : réévaluation dans quelques jours, dans 15 jours, dans le mois, lors du prochain renouvellement d'ordonnance, dans les 3 mois, en fonction de la demi-vie de chaque médicament, à chaque consultation, par téléphone dans 15 jours, en consultation, en relais avec l'IDE, par une mesure physique ou biologique ou un marqueur (prise de sang, automesure tensionnelle...)

La cinquième question était sur les supports et formations nécessaires pour pratiquer la déprescription, 11 items également ont été obtenus : tous les supports, aucun, le STOP and START, la HAS, les sociétés savantes, les algorithmes, les formations médicales continues, les revues comme *Prescrire*, l'expérience et le bon sens, les guidelines, les banques médicamenteuses.

Enfin la dernière question portait sur l'intérêt d'une collaboration entre spécialistes, paramédicaux et autres intervenants pour déprescrire, 12 items ont été obtenus : utile, bien, bonne idée, indispensable, inutile, idéale mais non réalisable, nécessaire, entre médecins traitants et pharmaciens, entre médecins traitants et IDE, entre médecins traitants IDE et pharmaciens, entre médecins traitants gériatres après une hospitalisation, entre médecins traitants et chaque spécialiste.

Ce premier tour a eu 27 commentaires sur 57 réponses qui visaient plus à décrire la difficulté de déprescrire au quotidien que ce soit par manque de temps en consultation, manque de

recommandations, par réticence du patient, plutôt que d'apporter des remarques sur le contenu même du questionnaire et son fond. La plupart des remarques étaient en fait déjà précisées dans les réponses ouvertes des experts et j'en ai tenu compte pour créer les items du second tour.



**Figure 1 : Diagramme de flux des participants pour les trois tours de la méthode Delphi.**

### Second tour du questionnaire : (Annexe 2)

Le second questionnaire reprenait les 6 questions principales et les réponses étaient les items obtenus lors du premier tour par la synthèse que j'ai réalisée. Il a été envoyé aux 57 experts, 41 ont répondu au second tour soit un taux de réponse de 72% (Figure 1).

Ils devaient noter leur degré d'accord entre 0 et 9 (0 pas du tout d'accord et 9 tout à fait d'accord) pour chaque item. Les items étaient considérés comme validés s'ils avaient obtenu une médiane supérieure à 7 sans désaccord majeur.

Pour la première question sur la population concernée, 14 items ont été validés et 2 items resoumis au troisième tour (tous et patients ayant une ALD). Cette majorité d'items validés montre l'intérêt de pratiquer la déprescription sur une population de patients âgés (>70ans, polymédiqués) souvent dépendants (avec une perte d'autonomie, en institution, avec un GIR<3) ou fragiles (femmes enceintes, nourrissons, insuffisants rénaux, ayant une espérance de vie limitée).

Pour la seconde question sur la fréquence de la déprescription, un seul item a été validé avec une médiane à 8, tous les autres ont été invalidés, il s'agissait de pratiquer la déprescription lors de chaque renouvellement d'ordonnance.

Pour la troisième question sur les traitements concernés, 5 items ont été validés, 13 items non validés et 4 items resoumis lors du dernier tour (les hypolipémiants, les inhibiteurs de la pompe à protons, les traitements en automédication et le traitement hormonal de la ménopause).

Les 5 classes pharmaceutiques à déprescrire selon les experts sont les psychotropes (médiane à 8), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (médiane à 8), les anti-Alzheimer (médiane à 9), les molécules dont le service médical rendu est insuffisant (médiane à 9) et les veinotoniques (médiane à 9).

Pour la quatrième question sur le délai de réévaluation et son mode, un seul item validé, 7 items invalidés et 3 items resoumis lors du dernier tour (à chaque consultation, par une consultation et par une prise de mesure ou marqueur). Le délai de réévaluation doit se faire en fonction de chaque molécule et de sa pharmacocinétique.

Pour la cinquième question sur les supports utiles pour déprescrire, aucun item n'a été validé et un seul a été resoumis lors du dernier tour, il s'agit des revues indépendantes comme *Prescrire*.

Enfin pour la sixième question sur la collaboration entre professionnels de santé, 10 items ont été validés et 2 items non validés. La collaboration est pour la majorité des experts utile, bien, nécessaire, indispensable et doit se faire entre les médecins traitants et les pharmaciens, IDE, et les spécialistes.

Les commentaires étaient au nombre de 10 sur 41 réponses, 3 commentaires concernaient la forme du questionnaire difficile à appréhender selon eux et 7 commentaires reprenaient encore une fois les difficultés de déprescrire.

Troisième tour de questionnaire : (Annexe 3)

Seules quatre des six questions ont donc été resoumises aux 41 experts lors de ce dernier tour. J'ai obtenu 38 réponses sur les 41 soit un taux de réponse de 93%. Trois experts ont répondu trop tard par rapport au délai imparti. La seconde et la sixième question n'ont pas été reproposées au vu des résultats obtenus lors du second tour.

La première question resoumettait les items « patients ayant une ALD » et « tous les patients », les deux items sont validés avec ce dernier tour (médiane à 8 et 8.5 respectivement) confirmant l'impression du second tour sur le fait que tous les patients doivent être concernés par la déprescription en mettant l'accent sur les patients plus âgés et fragiles.

La troisième question proposait les items concernant les classes pharmaceutiques des hypolipémiants, des inhibiteurs de la pompe à protons, des traitements en automédication et du traitement hormonal de la ménopause. Encore une fois, tous les items ont été validés à ce dernier tour, montrant que finalement ces classes pharmaceutiques sont aussi importantes selon les experts à déprescrire que celles du second tour.

La quatrième question, concernant les modalités de réévaluation après déprescription, confirme qu'elle doit se faire par une consultation (médiane à 8) et pas nécessairement avec une mesure ou un marqueur (médiane à 7).

Enfin la cinquième question concernant les supports pour déprescrire, proposait les revues indépendantes comme *Prescrire*, l'item a été validé (médiane à 8). C'est donc le seul item ayant été validé pour cette question, montrant bien qu'il n'y a pas de modèle ou de règle pour déprescrire au quotidien malgré l'existence d'outils.

Ce dernier tour a également eu 10 commentaires libres, aucun ne revenait sur le fond du questionnaire et la majorité des experts détaillaient leur réponse.

Pour résumer, après ces trois tours de questionnaire, j'ai obtenu 38 réponses d'experts sur les 25 requises ce qui valide cette méthode de consensus.

Le consensus obtenu sur les modalités de la consultation de déprescription sont les suivantes : elle concerne tous les patients, doit être faite lors de chaque renouvellement d'ordonnance, les

molécules concernées en priorité sont les psychotropes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anti-Alzheimer, les molécules dont le service médical rendu est insuffisant, les veinotoniques, les hypolipémiants, les inhibiteurs de la pompe à protons, les traitements en automédication et le traitement hormonal de la ménopause.

Le moyen de réévaluation après déprescription doit se faire par une consultation sans nécessairement utiliser un marqueur ou une mesure, et le délai en fonction de la demi-vie de chaque traitement (par exemple rapidement pour les traitements opioïdes, dans la semaine pour certains psychotropes à demi vie courte ...).

D'après les experts, il n'y a pas de support ou moyen particulier pour déprescrire hormis les revues médicales indépendantes, mais chacun peut utiliser l'outil qu'il souhaite. Enfin, il est nécessaire et indispensable d'avoir une collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge du patient, que ce soit avec le pharmacien ou l'IDE qui veillent à l'observance et la tolérance des traitements observées au domicile, avec les spécialistes pour revoir et discuter de l'indication de certains traitements en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

## **Discussion**

Le but de ce travail était de créer un modèle de consultation type de déprescription en médecine générale à l'aide de la méthode de consensus Delphi. Cette méthode a mobilisé l'expérience de médecins de plusieurs spécialités en vue de définir les différentes modalités d'une consultation de déprescription en médecine générale, et il a été possible de conclure à un consensus.

En ce qui concerne la méthode Delphi, la sélection des experts s'est faite sur la base du volontariat, permettant d'obtenir une représentation des connaissances actuelles, avec des participants relativement impartiaux mais intéressés et impliqués dans la problématique abordée.

Les limites de cette méthode sont les perdus de vue à chaque tour de questionnaire, nécessitant de partir avec un nombre supérieur de participants dès le premier tour ; la procédure fastidieuse, longue et contraignante avec plusieurs tours de questionnaires. Il s'agit d'un mécanisme de prise de décision de groupe qui requiert la participation d'experts qualifiés qui ont une compréhension claire du sujet de l'étude. C'est aussi pour cette raison qu'une critique de ce travail est la sélection d'experts sur la base du volontariat.

Le processus de déprescription par les médecins généralistes n'est pas aisé, il est entravé par de multiples facteurs tels que : le temps de consultation relativement court, en moyenne 16

minutes en France, le manque de reconnaissance pour la démarche de déprescription, le manque de recommandations claires fondées sur des preuves, l'entourage familial et professionnel et souvent le patient lui-même (20,25–27). Cependant avec le vieillissement de la population et l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, de plus en plus de patients sont polymédiqués et le nombre d'effets indésirables, d'iatrogénie, d'hospitalisations voire de décès augmentent également (2,28). La recherche sur la déprescription a mis en évidence son efficacité et sa sécurité pour les patients en diminuant le nombre d'effets indésirables, comme le nombre de chutes chez les patients âgés sans augmenter la mortalité (29–31).

La déprescription doit donc faire partie du quotidien des médecins et être mise en application autant que possible. Les experts en sont arrivés à conclure que la déprescription doit concerner l'ensemble des patients lors de leur suivi chronique à travers une consultation non spécifique en lien avec un renouvellement d'ordonnance.

Les résultats du second tour de questionnaire ont mis en évidence, de manière non significative, un groupe de patients en particulier : les personnes âgées de plus de 85ans, polyphologiques et donc souvent polymédiquées avec une espérance de vie limitée. Nous retrouvons majoritairement cette population de patients lors des études sur la nécessité de déprescrire et ses impacts (6,11,30–34) ainsi que pour la création d'outils de bonne prescription comme le STOPP and START (16,17).

Les experts ont identifié 8 classes pharmaceutiques prioritaires à déprescrire dont les anti-Alzheimer, les psychotropes et les inhibiteurs de la pompe à protons. L'intérêt de ces traitements étant très souvent réévalué dans la littérature et notamment faisant très souvent l'objet de recherche sur leur déprescription (13,15,35–37).

Le moyen de réévaluation des effets de la déprescription devrait se faire lors d'une consultation, sans utilisation de marqueurs ou de mesure, et dans un délai adapté à la pharmacocinétique des molécules dont la posologie a été modifiée voire arrêtée. Les experts n'ont pas conclu à un consensus sur les moyens de réévaluer. Cependant dans la littérature, les études utilisent des questionnaires validés, des mesures précises tel que l'IMC, la tension artérielle, le MMS ou encore la survenue du nombre de chutes ou autre effet indésirable (31,38). On pourrait donc imaginer un outil standard de réévaluation reprenant tous ces paramètres afin de juger de l'efficacité de la déprescription.

Par ailleurs, aucun outil, recommandation ou autre support n'est à privilégier d'après nos experts, excepté les revues indépendantes comme *Prescrire*. Or il existe un grand nombre de

publications sur le sujet, et des moyens comme des algorithmes de déprescription publiés par le *Canadian Family Physician*, des ressources en ligne comme le site Internet canadien Medstopper, le site Internet américain RxISK Polypharmacy Index (12–17,39). En France il n'existe que très peu d'outils comme le guide PAPA (Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées) regroupant 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptée aux personnes âgées 75 ans et plus, ou le STOPP and START traduit en français, mais ils sont peu utilisés dans la pratique car non connus des prescripteurs. Aucun de ces supports n'est ressorti lors de la question sur les outils de déprescription. Il serait intéressant de réaliser une étude sur la connaissance de ces outils auprès de nos experts mais aussi sur une population plus large.

La collaboration entre professionnels de santé est aussi indispensable dans le processus de déprescription d'après les experts. La majorité des ordonnances est revue par le médecin traitant, le spécialiste ou encore le pharmacien qui discutent avec le patient des effets indésirables potentiels (32,40). En effet, les pharmaciens sont souvent sollicités par les patients, pour discuter de la tolérance et du risque d'effets secondaires. Ils revoient également les interactions médicamenteuses potentielles ou contre indications sur les ordonnances (2,41).

En France, la HAS, l'Assurance Maladie et la société française de pharmacie clinique ont créé en 2016 le bilan partagé de médication. Ce bilan de médication, peu connu des médecins, a pour but de réduire le risque d'iatrogénie, d'améliorer l'adhésion du patient et de réduire le gaspillage de médicaments. Dans certains pays ce bilan permet également de réduire la polymédication. Il serait intéressant de développer cet outil et de le faire connaître à plus grande échelle dans notre pays.

Déprescrire est donc un enjeu de santé publique avec pour conséquence d'améliorer la santé des patients.

## **Conclusion**

Cette étude réalisée avec la méthode Delphi a permis d'identifier les principales modalités d'une consultation de déprescription en médecine générale. Tous les patients lors d'une consultation de suivi doivent être concernés par la déprescription. Huit classes pharmaceutiques sont prioritaires d'après les experts comme les psychotropes et les anti-Alzheimer.

La réévaluation de la diminution ou de l'arrêt d'un traitement doit se faire en fonction de la pharmacocinétique et en collaboration avec les paramédicaux, les pharmaciens, les spécialistes et le patient lui-même. Enfin aucun support ne ressort comme référence pour déprescrire, ce résultat suggère que le développement d'outils de déprescription et de recommandations claires doit être une priorité pour la bonne la prise en charge des patients.

## Bibliographie

1. Reeve E, Thompson W, Farrell B. Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. *Eur J Intern Med.* 1 mars 2017;38:3-11.
2. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* mai 2015;175(5):827-34.
3. Pugnet G, Bismuth S, Bagheri H, Laffisse F, Nguyen L, Arlet P. La déprescription médicamenteuse, un acte médical de salubrité publique. *Médecine.* 1 nov 2017;13(9):405-8.
4. Amprino V, Azzan E, Gualano MR, Siliquini R, Varese P, Gentili G. Deprescribing in elderly patients: new challenges to the Italian National Health System Maria Rosaria Gualano. *Eur J Public Health [Internet].* 1 nov 2016 [cité 12 juill 2018];26(suppl\_1). Disponible sur: [https://academic-oup-com.passerelle.univ-rennes1.fr/eurpub/article/26/suppl\\_1/ckw165.029/2448319](https://academic-oup-com.passerelle.univ-rennes1.fr/eurpub/article/26/suppl_1/ckw165.029/2448319)
5. Rodríguez Pérez A, Alfaro Lara ER, Nieto Martín MD, Ruiz Cantero A, Santos Ramos B. Deprescribing in patients with multimorbidity: A necessary process. *Eur J Intern Med.* 1 sept 2015;26(7):e18-9.
6. Turner JP, Shakib S, Bell JS. Is my older cancer patient on too many medications? *J Geriatr Oncol.* 1 mars 2017;8(2):77-81.
7. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA.* 10 août 2005;294(6):716-24.
8. Garfinkel D, Ilhan B, Bahat G. Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf.* déc 2015;6(6):212-33.
9. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. *J Pharm Pract Res.* 33(4):323-8.

10. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of « deprescribing » with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. déc 2015;80(6):1254-68.
11. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 8 déc 2003;163(22):2716-24.
12. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie: Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. *Can Fam Physician*. 1 janv 2018;64(1):e1-12.
13. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. *Can Fam Physician*. mai 2017;63(5):e253-65.
14. Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, Rojas-Fernandez C, Lochnan H, et al. Déprescription des antihyperglycémifiants chez les personnes âgées: Guide de pratique clinique fondé sur les données probantes. *Can Fam Physician*. 1 nov 2017;63(11):e452-65.
15. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Can Fam Physician*. mai 2018;64(5):339-51.
16. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. févr 2008;46(2):72-83.
17. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):323-36.
18. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 1 déc 2014;4(12):e006544.

19. 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.
20. Kuntz J, Kouch L, Christian D, Peterson PL, Gruss I. Barriers and Facilitators to the Deprescribing of Nonbenzodiazepine Sedative Medications Among Older Adults. *Perm J.* 20 avr 2017;22.
21. Dalkey NC. The Delphi Method [Internet]. 1969 [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.rand.org/pubs/research\\_memoranda/RM5888.html](https://www.rand.org/pubs/research_memoranda/RM5888.html)
22. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 5 août 1995;311(7001):376-80.
23. Black N, Murphy M, Lamping D, McKee M, Sanderson C, Askham J, et al. Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines. *J Health Serv Res Policy.* oct 1999;4(4):236-48.
24. Ekionea J-PB, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. :25.
25. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. Challenges and Enablers of Deprescribing: A General Practitioner Perspective. *PLoS One.* 2016;11(4):e0151066.
26. Djatche L, Lee S, Singer D, Hegarty SE, Lombardi M, Maio V. How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing? *J Clin Pharm Ther.* août 2018;43(4):550-5.
27. Weir K, Nickel B, Naganathan V, Bonner C, McCaffery K, Carter SM, et al. Decision-Making Preferences and Deprescribing: Perspectives of Older Adults and Companions About Their Medicines. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 20 2018;73(7):e98-107.
28. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy Status as an Indicator of Mortality in an Elderly Population. *Drugs Aging.* 1 déc 2009;26(12):1039-48.

29. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults: Addressing Polypharmacy. *Arch Intern Med*. 11 oct 2010;170(18):1648-54.
30. Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;82(3):583-623.
31. Potter K, Flicker L, Page A, Etherton-Beer C. Deprescribing in Frail Older People: A Randomised Controlled Trial. *PLOS ONE*. 4 mars 2016;11(3):e0149984.
32. Weir K, Nickel B, Naganathan V, Bonner C, McCaffery K, Carter SM, et al. Decision-Making Preferences and Deprescribing: Perspectives of Older Adults and Companions About Their Medicines. *J Gerontol Ser B [Internet]*. [cité 12 juill 2018]; Disponible sur: <https://academic-oup-com.passerelle.univ-rennes1.fr/psychsocgerontology/advance-article/doi/10.1093/geronb/gbx138/4668532>
33. Whitman A, DeGregory K, Morris A, Mohile S, Ramsdale E. Pharmacist-led medication assessment and deprescribing intervention for older adults with cancer and polypharmacy: a pilot study. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 4 juin 2018;
34. Gulliford M, Ravindrarajah R, Hamada S, Jackson S, Charlton J. Inception and deprescribing of statins in people aged over 80 years: cohort study. *Age Ageing*. 1 nov 2017;46(6):1001-5.
35. Sluggett JK, Hendrix I, Bell JS. Evidence-based deprescribing of proton pump inhibitors in long-term care. *Res Soc Adm Pharm*. 1 févr 2018;14(2):124-6.
36. Perri G-A, Liao P. A palliative care perspective on deprescribing cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. *Curr Med Res Opin*. 18 juin 2018;1-5.
37. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med*. juin 2014;174(6):890-8.

38. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. *Drugs Aging*. 2008;25(12):1021-31.
39. Pazan F, Weiss C, Wehling M, FORTA. The EURO-FORTA (Fit fOR The Aged) List: International Consensus Validation of a Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People. *Drugs Aging*. 2018;35(1):61-71.
40. Gnjidic D, Couteur DGL, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing Trials: Methods to Reduce Polypharmacy and the Impact on Prescribing and Clinical Outcomes. *Clin Geriatr Med*. 1 mai 2012;28(2):237-53.
41. Hilmer SN, Gnjidic D. Deprescribing: the emerging evidence for and the practice of the « geriatrician's salute ». *Age Ageing*. 01 2018;47(5):638-40.

## **Annexe 1 : Premier tour de questionnaire**

Question 1 : Quels patients doivent être concernés par la déprescription (âge, antécédents, pathologie, ALD, autonomie/GIR, mode de vie,...) ?

Question 2 : Comment voyez-vous une consultation de déprescription ? (fréquence, temps dédié, intégrer dans une consultation...)

Question 3 : Quelles classes pharmaceutiques doivent être prioritaires lors de la déprescription?

Question 4 : Comment et dans quel délai réévaluer les conséquences de la déprescription (récidive des symptômes, effets rebonds, ..) ?

Question 5 : Quels formations et supports (existants ou non) sont nécessaires pour pouvoir déprescrire (recommandations sociétés savantes, HAS, Diplome Universitaire, FMC, algorithme électronique, guidelines, revues...) ?

Question 6 : Que pensez-vous d'une collaboration entre professionnels de santé (IDE, pharmaciens, gériatres, internistes...) pour déprescrire ?

Question 7 : Commentaires libres, propositions, modalités, autres... pour enrichir le questionnaire?

### Partie démographique

Quel est votre âge? Sexe ?

Quelle est votre spécialité ?

Depuis combien d'années exercez-vous?

Quel est votre exercice? Libéral/Hospitalier/Mixte

Connaissez-vous le terme "Déprescription" avant ce travail de thèse? Oui/Non

Pensez-vous pratiquer la déprescription au quotidien? Oui/non

## **Annexe 2 : Deuxième tour du questionnaire**

Question 1 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. Les patients qui doivent être concernés par la déprescription sont :

- agés de plus de 70ans
- agés de plus de 85ans
- polypathologiques
- polymédiqués (>5médicaments)
- les personnes dépendantes
- celles dont l'espérance de vie est limitée
- celles dont la tolérance des traitements est mauvaise
- les patients en ALD
- tous
- celles ayant une perte d'autonomie
- celles en EHPAD
- les femmes enceintes
- les nourrissons
- les patients avec un GIR<3
- les patients avec une insuffisance rénale
- les patients hypochondriaques

Question 2 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. La fréquence de déprescription la plus adaptée est :

- à chaque consultation
- lors du renouvellement ordonnance (quelque soit la fréquence des renouvellements)
- une fois par mois
- une consultation dédiée 1fois par an
- une consultation spécifique tous les 3 mois
- une fois par semaine
- une consultation dédiée tous les 2ans
- tous les 6 mois
- une consultation dédiée après consultation avec un spécialiste

Question 3 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. Les classes pharmaceutiques à déprescrire sont :

- les anti HTA
- les statines et autres hypolipémiants
- les psychotropes (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques, neuroleptiques, thymorégulateurs)
- les anti histaminiques
- toutes les classes
- les antalgiques dont opioïdes
- les IPP
- les inhalateurs
- les AINS
- les anticoagulants
- les antiagrégants
- les antidiabétiques oraux
- les diurétiques
- les hypouricémiant
- les biphosphonates et autres anti-ostéoporotique
- les anti Alzheimer
- les traitements en automédication ( anti émétique, spasfon, ...)
- les médicaments dont le SMR est insuffisant
- Vitamine D
- les veinotoniques
- les hormones thyroïdiennes
- les traitements hormonaux de la ménopause

Question 4 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. Le délai et le moyen de réévaluation le plus adapté est :

- dans quelques jours
- dans 15 jours
- dans le mois
- lors du prochain renouvellement d'ordonnance
- dans les 3 mois

- en fonction de la demi vie de chaque médicament (quelques jours pour les opioïdes/hypnotiques, quelques semaines antihypertenseurs/antidiabétiques etc...)
- à chaque consultation
- par appel téléphonique dans les 15 jours
- par une consultation
- par l'IDE qui relaie l'information
- par prise de sang en fonction molécules/automesure tensionnelle...

Question 5 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. Les supports et formations pertinents pour déprescrire sont :

- aucun
- les outils comme STOPP and START
- la HAS
- les recommandations sociétés savantes
- les algorithmes
- la FMC
- les revues indépendantes comme *Prescrire*
- l'expérience et le bon sens
- les guidelines
- les banques médicamenteuses
- tous

Question 6 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. La collaboration entre professionnels de santé :

- est utile
- est bien
- est une bonne idée
- est indispensable
- est inutile
- est idéale mais non réalisable
- est nécessaire
- doit se faire entre médecins traitants et pharmaciens

- doit se faire entre médecins traitants et IDE
- doit se faire entre médecins traitants et pharmaciens et IDE
- doit se faire avec les gériatres après une hospitalisation
- doit se faire avec chaque spécialiste

### **Annexe 3 : Troisième tour du questionnaire**

Question 1 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. Les patients qui doivent être concernés par la déprescription sont:

- les patients en ALD
- tous

Question 3 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. Les classes pharmaceutiques à déprescrire sont :

- les statines et autres hypolipémiants
- les IPP
- les traitements en automédication (anti émétique, spasfon, ...)
- les traitements hormonaux de la ménopause

Question 4 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. Le délai et le moyen de réévaluation le plus adapté est :

- à chaque consultation
- par une consultation
- par prise de sang en fonction molécules / automesure tensionnelle...

Question 5 : Pour répondre indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9 par rapport à la proposition suivante. Les supports et formations pertinents pour déprescrire sont :

- les revues indépendantes comme *Prescrire*

## Annexe 4 : Résultats des second et troisième tours

(NC = non concerné)

Question 1: Les patients qui doivent être concernés par la déprescription sont :	2 <sup>ème</sup> tour (médiane)	3 <sup>ème</sup> tour (médiane)
agés de plus de 70ans	8	NC
agés de plus de 85ans	9	NC
polypathologiques	9	NC
polymédiqués ( >5médicaments)	9	NC
les personnes dépendantes	9	NC
celles dont l'espérance de vie est limitée	9	NC
celles dont la tolérance des traitements est mauvaise	9	NC
les patients en ALD	7	8
tous	7	8.5
celles ayant une perte d'autonomie	8	NC
celles en EHPAD	8	NC
les femmes enceintes	9	NC
les nourrissons	8	NC
les patients avec un GIR<3	8	NC
les patients avec une insuffisance rénale	8	NC

les patients hypochondriaques	8	NC
<b>Question 2: La fréquence de déprescription la plus adaptée est:</b>	<b>2<sup>ème</sup> tour (médiane)</b>	<b>3<sup>ème</sup> tour (médiane)</b>
à chaque consultation	6	NC
lors du renouvellement ordonnance (quelque soit la fréquence des renouvellements)	8	NC
une fois par mois	3	NC
une consultation dédiée 1 fois par an	5	NC
une consultation spécifique tous les 3 mois	4	NC
une fois par semaine	0	NC
une consultation dédiée tous les 2ans	2	NC
tous les 6 mois	4	NC
une consultation dédiée après consultation avec un spécialiste	3	NC

<b>Question 3: Les patients qui doivent être concernés par la déprescription sont :</b>	<b>2<sup>ème</sup> tour (médiane)</b>	<b>3<sup>ème</sup> tour (médiane)</b>
les anti HTA	5	NC
les statines et autres hypolipémiantes	7	8
les psychotropes (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques,	8	NC

neuroleptiques, thymorégulateurs)		
les anti histaminiques	5	NC
toutes les classes	6	NC
les antalgiques dont opioïdes	6	NC
les IPP	7	8
les inhalateurs	5	NC
les AINS	8	NC
les anticoagulants	4	NC
les antiagrégants	4	NC
les antidiabétiques oraux	5	NC
les diurétiques	5	NC
les hypouricémiant	5	NC
les biphosphonates et autres anti-ostéoporotique	6	NC
les anti Alzheimer	9	NC
les traitements en automédication ( anti émétique, spasfon, ...)	7	8
les médicaments dont le SMR est insuffisant	9	NC
Vitamine D	3	NC
les veinotoniques	9	NC

les hormones thyroïdiennes	3	NC
les traitements hormonaux de la ménopause	7	8

<b>Question 4: Le délai et le moyen de réévaluation le plus adapté est</b>	<b>2<sup>ème</sup> tour (médiane)</b>	<b>3<sup>ème</sup> tour (médiane)</b>
dans quelques jours	4	NC
dans 15 jours	5	NC
dans le mois	6	NC
lors du prochain renouvellement d'ordonnance	6	NC
dans les 3 mois	4	NC
en fonction de la demi vie de chaque médicament (quelques jours pour les opioïdes/hypnotiques, quelques semaines antihypertenseurs/antidiabétiques etc...)	8	NC
à chaque consultation	7	8
par appel téléphonique dans les 15 jours	3	NC
par une consultation	7	8
par l'IDE qui relaie l'information	5	NC
par prise de sang en fonction molécules/automesure tensionnelle...	7	7

Question 5: Les supports et formations pertinents pour déprescrire sont :	2 <sup>ème</sup> tour (médiane)	3 <sup>ème</sup> tour (médiane)
aucun	0	NC
les outils comme STOPP and START	3	NC
la HAS	5	NC
les recommandations sociétés savantes	5	NC
les algorithmes	5	NC
la FMC	5	NC
les revues indépendantes comme <i>Prescrire</i>	7	8
l'expérience et le bon sens	6	NC
les guidelines	5	NC
les banques médicamenteuses	4	NC
tous	4	NC

Question 6: La collaboration entre professionnels de santé :	2 <sup>ème</sup> tour (médiane)	3 <sup>ème</sup> tour (médiane)
est utile	8	NC
est bien	8	NC
est une bonne idée	8	NC

est indispensable	8	NC
est inutile	0	NC
est idéale mais non réalisable	3	NC
est nécessaire	8	NC
doit se faire entre médecins traitants et pharmaciens	8	NC
doit se faire entre médecins traitants et IDE	8	NC
doit se faire entre médecins traitants et pharmaciens et IDE	8	NC
doit se faire avec les gériatres après une hospitalisation	8	NC
doit se faire avec chaque spécialiste	8	NC

**LENROUILLY épouse LANOT Morgane - Création d'une consultation dédiée à la déprescription chez les patients âgés de plus de 65 ans en médecine générale : quelles modalités ?**

44 feuilles, 1 illustration, 1 tableau, 30 cm.- Thèse Médecine ; Rennes 1 ; 2020 ; N°

**Résumé:** La déprescription médicamenteuse est définie par le processus consistant à réduire, changer ou stopper des thérapeutiques jugées inappropriées pour un individu. C'est un enjeu de santé publique mais qui n'est pas assez mis en application. Le but de ce travail est de créer un modèle de consultation de déprescription en médecine générale.

La méthode Delphi a été utilisée afin de créer un consensus en interrogeant des experts à travers trois tours de questionnaires.

Trente-huit médecins ont répondu, permettant de définir les caractéristiques d'une consultation de déprescription qui sont : tous les patients doivent être concernés lors d'une consultation standard, huit familles de médicaments doivent être revues en priorité dont les psychotropes, le délai de réévaluation se fait en fonction de la pharmacocinétique du médicament et la collaboration entre professionnels de santé (IDE, pharmaciens, spécialistes) est indispensable. En revanche aucun support n'a été mis en avant pour l'appliquer. Ces résultats suggèrent que des recommandations et outils sont à développer.

**Résumé anglais :** Deprescribing can be defined as a process to taper, reduce or stop medications which are considered inappropriate in an individual. It is a public health issue and need to be used everyday.

The aim of this thesis is to create a deprescribing consultation model in general practice.

A Delphi method was used to create a consensus by questioning an expert panel through three survey rounds.

Thirty-eight doctors participated, included general practitioner, internist and geriatrician. The Delphi process identified the mainlines of deprescribing : all patients are concerned, eight drug classes should be reevaluated first including psychotropic, the time between deprescribing and its assessment must be related to the drug's pharmacokinetic and collaboration between health professionals is essential. However none support for deprescribing have been highlighted. The results suggest that evidence-based deprescribing guidelines are a priority.

Rubrique de classement : SANTE PUBLIQUE

Mots-clés : Déprescription, sujet âgé, polymédication, prescription inappropriée, médecin généraliste

Mots-clés anglais : Deprescribing, older adult, polypharmacy, inappropriate prescribing, general practitioner

Président : Monsieur le Pr Olivier Decaux

JURY:

Assesseurs : Madame le Pr Françoise Tattevin

Monsieur le Pr Dominique Somme

Monsieur le Pr Didier Myhié