



HAL
open science

Développement d'une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant : consensus d'experts par une méthode Delphi abaque

Joachim Defraîne, Sarah Labbey

► To cite this version:

Joachim Defraîne, Sarah Labbey. Développement d'une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant : consensus d'experts par une méthode Delphi abaque. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03648606

HAL Id: dumas-03648606

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03648606v1>

Submitted on 21 Apr 2022

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**DÉVELOPPEMENT D'UNE INTERVENTION DE DÉPRESCRIPTION
MÉDIÉE PAR LE MÉDECIN TRAITANT : CONSENSUS D'EXPERTS
PAR UNE MÉTHODE DELPHI ABAQUE**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Joachim DEFRAINE

[Données à caractère personnel]

et Mme Sarah LABBEY

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 13/04/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Pr Jean-Luc CRACOWSKI

M. le Dr Clément DRUBAY (directeur de thèse)

M. le Dr Matthieu REYMOND

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-P11	ALDALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIFIX-BARTHÉLEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-P11	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNE-LENNÉ Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-P11	DOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAI Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-P11 émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-P11	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFAINJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRFNOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHOUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'urgence
PU-PH	DEBILLOIN Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DFRANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIEKERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARRAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUILLIN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRFNOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LADLANCIE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass Méd	IARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LIPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLAKI Marie-Reine	Bactériologie - virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; Hépatologie ; Adicologie
MCU PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIDLOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PH-PH émérite	MOUITTE François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAIHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGSIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass MG	PAUMIER-DESBRIFRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRNOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	FOIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie , Transfusion
PU PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-lyngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-lyngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-LEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZACCHI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick Imbert : vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury. Veuillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Cracowski : nous sommes sincèrement honorés de votre participation à notre jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Matthieu Reymond : un grand merci de nous avoir fait l'amitié de bien vouloir participer à notre jury de thèse, en espérant que cette première soit à la hauteur de tes attentes et t'apporte une agréable expérience.

A Monsieur le Docteur Clément Drubay : nous te remercions pour ton engagement en tant que directeur de thèse et de tout ce chemin parcouru avec nous, ainsi que ton soutien inconditionnel. Ce projet n'aurait jamais vu le jour sans toi et nous t'en sommes très reconnaissants.

A tous nos experts : merci pour votre engagement et pour tout le temps que vous avez consacré pour débattre sur ce sujet. Cette thèse est le fruit de votre travail et nous espérons qu'il vous fera honneur.

A Madame le Docteur Claire Sors : merci pour vos précieux conseils sur la méthodologie abaque ainsi que votre disponibilité.

REMERCIEMENTS DE JOACHIM

A Sarah : c'était un véritable plaisir de te connaître et de travailler avec toi. Merci pour tout l'intérêt que tu as porté à notre sujet et de ton implication sur tous les plans de ce projet. Je te souhaite de réussir dans tes projets, car tu le mérites sincèrement.

Au Dr Damien Maurin : merci de tes précieux conseils pour choisir mon directeur de thèse ainsi que du temps que tu m'as consacré au fil de mon internat.

A mes maîtres de stage de Médecine Générale ou hospitaliers, aux équipes soignantes, à mes co-internes : merci pour votre bienveillance, votre confiance à mon égard. Vous avez participé à former le médecin que je suis, et j'en suis sincèrement honoré.

A ma mère : puisses-tu être fière de ton fils, qui n'a jamais oublié, et qui n'oubliera jamais de t'aimer.

A mon père : tu as toujours cru en moi, malgré les obstacles sur ma route. Merci pour ton soutien indéfectible. Ton fils qui t'aime.

A Arielle : ton amour est la chose la plus précieuse au monde à mes yeux. Merci pour ces 7 années de bonheur vécues ensemble et merci d'avoir accepté de partager ma vie à tes côtés.

A ma famille : merci pour tous ces beaux moments de partage, vous êtes si précieux pour moi.

A ma (future) belle-famille : merci pour ces bons moments passés ensemble ; votre écoute et votre bienveillance sont des choses rares et très précieuses pour moi. Merci aussi pour votre aide à la relecture de notre thèse.

A mes amis : que de bon temps ensemble ! Votre soutien m'a été indispensable dans tous mes projets. J'ai hâte de vous retrouver !

REMERCIEMENTS DE SARAH

A Joachim : merci de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de me donner la chance de participer à ce beau projet de thèse. Merci pour ta bienveillance et ton soutien permanent. Ce fut un réel plaisir de réaliser ce travail avec toi.

A mes maîtres de stages, aux équipes paramédicales et toutes les personnes ayant travaillé avec moi au cours de ces 9 années d'études : merci de m'avoir accompagnée, de m'avoir formée et permis de me réaliser en tant que médecin. Je vous suis reconnaissante d'avoir été un modèle pour moi et d'avoir pu construire à vos côtés le médecin que je souhaiterais devenir.

A mes amis : merci pour votre bienveillance, vos encouragements et votre présence de près ou de loin, je sais que je peux toujours compter sur vous. Vous m'avez été d'un grand soutien et réconfort.

A toutes les personnes que j'ai croisées, qui ont fait un bout de chemin avec moi, merci pour l'expérience que vous m'avez apportée, qui a contribué à me faire évoluer.

A Simon, mon frère : merci de n'avoir jamais douté de moi, merci pour ta confiance infinie. Malgré la distance, malgré les absences, je sais que tu penses toujours à moi et que je serai toujours ta petite sœur quoi qu'il arrive ! Je t'aime mon frère !

A mes chers parents : je n'ai jamais eu l'occasion de vous remercier pour tout ce que vous avez fait et ce que vous faites pour moi, je n'ai jamais su vous l'exprimer ... Alors, je crois qu'il n'y a pas de meilleure circonstance que dans ces remerciements ! Il n'existe pas suffisamment de mots pour exprimer toute la gratitude que j'éprouve à votre égard, vous avez toujours été mes plus fidèles admirateurs, d'un soutien sans faille, vous avez toujours cru en moi ! Malgré vos inquiétudes de parents, vous m'avez toujours suivi dans tous mes projets autant professionnels que personnels ! Merci d'avoir su me montrer le chemin, d'avoir su me corriger quand je m'égarais et d'avoir su me redonner du courage et de l'espoir quand je m'épuisais ... Cette thèse, toutes mes réussites passées et futures sont également les vôtres, car sans votre aide, sans votre éducation, je ne serais pas qui je suis et où j'en suis aujourd'hui ! Donc merci pour tout, ne doutez jamais du fait que vous êtes de bons parents, vous avez de quoi être fiers de vous ! Merci, je vous aime !

Enfin, merci aux personnes que j'aurais pu oublier et qui ont également contribué à ce que je suis devenue.

Et bien évidemment, merci à mes 3 amis à 4 pattes d'avoir été mon exutoire et de me permettre de me changer les idées.

TABLE DES MATIÈRES

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE GRENOBLE ALPES	2
REMERCIEMENTS	6
TABLE DES MATIERES	9
ABREVIATIONS	11
RESUME	12
INTRODUCTION	13
1. CONTEXTE	13
2. LA DEPRESCRIPTION	14
3. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	15
4. QUESTIONS DE RECHERCHE	16
MATERIEL ET METHODES	17
1. TYPE DE L'ETUDE	17
2. CORRESPONDANT INFORMATIQUE ET LIBERTE (CIL)	17
3. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DES EXPERTS	17
4. PROFIL DES DIFFERENTS EXPERTS ET METHODE DE RECRUTEMENT	18
5. DEROULEMENT DE L'ETUDE	19
RESULTATS	21
1. EXPERTS	21
2. PRE-QUESTIONNAIRE	22
3. QUESTIONNAIRES	23
4. CONTENU DES REPONSES	23
a. <i>Formation théorique du médecin traitant</i>	24
b. <i>La consultation dédiée</i>	25
c. <i>La concertation pluri professionnelle</i>	27
d. <i>Le bilan de médication partagé</i>	28
e. <i>Les facteurs d'influence</i>	29
DISCUSSION	33
1. DISCUSSION DES RESULTATS	33
a. <i>Formation théorique du médecin traitant</i>	33
b. <i>Consultation dédiée à la déprescription</i>	33
c. <i>Concertation pluri-professionnelle</i>	35
d. <i>Bilan de médication partagé</i>	35
e. <i>Les facteurs d'influence de la déprescription</i>	36
2. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE EXISTANTE	38
a. <i>Freins et leviers de la déprescription</i>	38
b. <i>Intervention médiée par le médecin traitant</i>	41
c. <i>Mieux prescrire pour ne pas déprescrire</i>	41
3. CHOIX DE LA METHODE DELPHI ABAQUE	42
4. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	43
a. <i>Forces de l'étude</i>	43
b. <i>Limites de l'étude</i>	44
5. PERSPECTIVES	45
CONCLUSION	46
CONCLUSION SIGNEE	48
BIBLIOGRAPHIE	49

ANNEXES	51
ANNEXE 1 - FICHE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION	51
ANNEXE 2 - PRE-QUESTIONNAIRE.....	54
ANNEXE 3 - PREMIER QUESTIONNAIRE.....	56
ANNEXE 4 - DEUXIEME QUESTIONNAIRE	62
ANNEXE 5 - TROISIEME QUESTIONNAIRE	73
ANNEXE 6 - SYNTHESE PREMIER QUESTIONNAIRE	80
ANNEXE 7 - SYNTHESE DEUXIEME QUESTIONNAIRE	91
ANNEXE 8 - SYNTHESE TROISIEME QUESTIONNAIRE	102
ANNEXE 9 - RESULTATS BRUTS AVEC COMMENTAIRES	108
ANNEXE 10 - TABLEAU DIFFERENCES METHODE DELPHI ET GROUPE NOMINAL	147

ABRÉVIATIONS

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

MPI : Médicaments Potentiellement Inappropriés

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ReAGJIR AuRA : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants d'Auvergne Rhône-Alpes

RÉSUMÉ

Développement d'une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant : Consensus d'experts par une méthode Delphi abaque.

Introduction

Le vieillissement de la population française engendre une polymédication, aux lourdes conséquences humaines et économiques. La déprescription semble être un outil à explorer pour réduire la iatrogénie. Les interventions médiées par le médecin traitant sont peu étudiées dans la littérature scientifique, alors qu'elles semblent être un levier majeur de la déprescription pour les patients. C'est pourquoi l'objectif principal de notre étude était d'intégrer le médecin traitant dans une intervention de déprescription, pour ses patients âgés polymédiqués. Nous avons aussi souhaité savoir si une consultation dédiée à la déprescription pouvait être utile pour les médecins.

Matériel et Méthodes

Nous avons utilisé une méthode Delphi abaque afin de répondre à notre question de recherche. Nous avons souhaité 4 niveaux d'expertise : de terrain, pharmacologique, des spécialistes et théorique ; permettant ainsi de recruter 18 experts. Un pré-questionnaire et trois questionnaires successifs leur ont été proposés d'août 2021 à janvier 2022.

Résultats

Notre étude a permis de déterminer au total 60 consensus favorables autour de cinq thèmes principaux : la formation théorique pour le médecin traitant ; une consultation dédiée à la déprescription ; une concertation pluri-professionnelle ; un bilan de médication ; les différents facteurs d'influence de la déprescription. Ainsi, nos experts se sont accordés sur l'importance d'une formation à la déprescription pour le médecin, avant toute intervention auprès du patient. La consultation dédiée ne semble pas, quant à elle, être une solution à part entière : la déprescription doit être abordée lors des consultations de renouvellement du médecin généraliste. Elle pourra par contre être proposée dans certaines situations plus complexes. En outre, la concertation pluri-professionnelle doit prendre en compte tous les acteurs de santé qui suivent le patient. Le bilan de médication partagé peut être proposé à la fois par le médecin traitant et par le pharmacien. Enfin, il existe de nombreux moyens de favoriser la déprescription : mieux communiquer sur sa faisabilité auprès des professionnels et de la population générale, impliquer le patient avec l'éducation thérapeutique, ou encore privilégier les alternatives à la seule réponse médicamenteuse.

Conclusion

La mise en œuvre des propositions consensuelles de cette étude pourrait avoir un impact direct sur la prise en charge des patients de plus de 65 ans polymédiqués en médecine générale, tant du point de vue des patients que des médecins généralistes.

INTRODUCTION

1. Contexte

Le vieillissement de la population française est un enjeu majeur de santé publique.

Au 1er janvier 2020, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 20,5 % de la population, soit plus de 13 millions de personnes, contre 20,1 % en 2019 et 19,7 % en 2018.[1]

L'allongement de la durée de vie va de pair avec une augmentation des maladies chroniques et donc, avec la multiplication des traitements.[2,3]

On estime à presque 4 millions le nombre de personnes particulièrement exposées au risque de polymédication, c'est-à-dire recevant au moins 5 traitements chroniques différents.[4]

Cette polymédication est un facteur de risque reconnu d'accidents iatrogènes.

Les personnes âgées sont particulièrement touchées par les événements indésirables liés aux médicaments quelles que soient leurs classes (anticoagulants, diurétiques, antiagrégants, antihypertenseurs, psychotropes...).

Ainsi, en France, on estime que 20 à 30 % des chutes graves du sujet âgé (compliquées au minimum d'une fracture) pourraient être attribuables à l'usage des benzodiazépines.[5]

Les causes de cette iatrogénie sont variées. On peut notamment citer les interactions pharmacocinétiques entre médicaments, l'excès de médicaments ou les prescriptions inappropriées.

Par ailleurs, si l'âge n'est pas un facteur de risque de iatrogénie, il en est un facteur de gravité.

On estime ainsi que la iatrogénie chez les personnes âgées entraîne chaque année environ 10.000 décès.[5]

De plus, outre le coût humain, l'impact économique de cette polymédication est élevé.

Les accidents iatrogènes entraînent chaque année environ 130 000 hospitalisations chez les plus de 65 ans, auxquelles il faut rajouter des coûts annexes (remboursements non justifiés de médicaments, consultations et actes biologiques induits par ces prescriptions...).[6]

La majeure partie de ces événements semblent évitables.[7,8]

C'est pourquoi plusieurs campagnes de prévention ont été initiées par l'Assurance Maladie, afin de réduire ces coûts humains et économiques, notamment grâce à la déprescription.

2. La déprescription

La déprescription est le processus de retrait d'un médicament jugé inapproprié, supervisé par un professionnel de santé dans le but de gérer la polymédication.[9]

Elle a pour but de réduire la polymédication et ses conséquences.

Les déterminants d'un échec ou d'une réussite de déprescription ont été étudiés à plusieurs reprises et sont nombreux.

Du point de vue du patient, une revue systématique de 2013[10] les a classés en 4 thèmes :

- la pertinence de la déprescription,
- la présence ou l'absence d'un schéma de déprescription,
- les influences positives et négatives,
- la peur d'arrêter un médicament.

Du point de vue du prescripteur, une revue de littérature de 2014[11] les a regroupés en 4 notions principales :

- la sensibilisation à la déprescription,
- la perception de l'intérêt à l'arrêt d'un médicament,
- la capacité propre du médecin à arrêter une prescription,
- l'influence des contraintes extérieures.

Le manque de temps est, en outre, reconnu comme un facteur limitant dans toute démarche de déprescription.

Pour pallier les différents freins à la déprescription, plusieurs types d'intervention sont possibles, incluant le patient, son ordonnance et/ou les professionnels de santé prenant en charge le patient.

Ainsi, différents types d'interventions ont été étudiés dans une revue de littérature australienne de 2009.[12]

Dans les interventions efficaces pour déprescrire, on peut citer les analyses d'ordonnances par les pharmaciens, les concertations pluri-professionnelles, la sensibilisation des prescripteurs aux médicaments inappropriés.

Par ailleurs, une méta-analyse australienne de 2016 a comparé l'efficacité de plusieurs interventions sur différents critères tels que la capacité à diminuer le nombre de traitements sur l'ordonnance, la mortalité globale ainsi que les effets secondaires à l'arrêt des traitements.[13]

Outre la capacité de celles-ci à réduire le nombre de médicaments sur l'ordonnance, l'analyse en sous-groupe a démontré que les interventions spécifiquement centrées sur le patient semblaient aboutir à une réduction de la mortalité globale. On notait également une diminution significative du risque de chute chez les personnes âgées.

3. Place du médecin généraliste

Dans de nombreuses études [10,14] sur les déterminants de la démarche de déprescription et notamment du point de vue du patient, le médecin généraliste a un rôle primordial dans la réussite de cette démarche, notamment grâce à la relation de confiance qu'il entretient avec le patient.

Malgré tout, les interventions dirigées par le médecin traitant sont peu nombreuses dans les études.[15]

Si le praticien est souvent mis à contribution pour instaurer une déprescription décidée en amont (par les concertations pluri-professionnelles, les audits de pharmaciens ou les investigateurs de l'étude), il n'est dans presque aucun essai au centre de la prise en charge et des décisions.

Une thèse de 2012 propose en ouverture un Projet Personnalisé de Déprescription, ayant pour objectif de valoriser l'acte de déprescription, à l'aide notamment d'une consultation dédiée, médiée par le médecin traitant.[14]

Pour autant, l'intérêt de cette consultation n'est pas à ce jour bien établi dans la littérature scientifique.

4. Questions de recherche

Dans ce contexte, comment intégrer le médecin traitant dans une intervention de déprescription, auprès de ses patients âgés polymédiqués ?

En outre, une consultation dédiée serait-elle utile pour déprescrire ? Dans quel cadre pourrait-elle être proposée ?

MATERIEL ET METHODES

1. Type de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative en utilisant la méthode Delphi Abaque, qui a été menée du 11 août 2021 au 4 janvier 2022.

La méthode Delphi est un outil de recherche qui vise à obtenir un consensus à partir des avis d'un groupe indépendant d'experts.

2. Correspondant informatique et libertés (CIL)

Notre étude a fait l'objet d'une déclaration au CIL afin de garantir la protection des données personnelles des experts inclus dans l'étude.

Notre fiche de traitement a été validée, nous permettant de débiter l'étude.

Nous avons adressé aux participants une fiche d'information et de non-opposition (*Annexe N° 1*) afin de les informer de leurs droits et obtenir leur consentement éclairé.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion des experts

Les critères d'inclusion de notre étude étaient : être majeur, accepter d'accorder du temps pour répondre aux questionnaires, accepter de répondre bénévolement, connaître le système de soin français, correspondre aux profils recherchés.

Les critères d'exclusion étaient : refuser de participer à l'étude.

4. Profils des différents experts et méthode de recrutement

Les expertises recherchées comprenaient :

- Une expertise de terrain avec le recrutement de professionnels de santé confrontés aux problèmes de la polymédication/iatrogénie chez les personnes âgées et aux difficultés d'organisation de la déprescription en pratique,
- Une expertise de spécialistes avec le recrutement de médecins de différentes spécialités aptes à remettre en cause une prescription en fonction de l'âge du patient, de ses comorbidités et du délai depuis l'instauration du traitement, soit à évaluer la balance bénéfice-risque,
- Une expertise pharmacologique avec le recrutement de pharmaciens sensibilisés aux risques de la polymédication,
- Une expertise théorique avec le recrutement d'auteurs d'articles scientifiques sur la déprescription.

Chaque expert devait déterminer en autonomie son niveau d'expertise et de compétence concernant les questions posées ; ainsi, chaque participant pouvait décider de répondre aux questions posées s'il estimait son niveau de compétence suffisant.

Les experts ont été sollicités majoritairement par courrier électronique mais également par téléphone.

Nous avons contacté des réseaux de professionnels de santé tels que l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) et ReAGJIR AuRA (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants d'Auvergne Rhône-Alpes).

Nous avons aussi contacté différents praticiens du CHU de Grenoble, ainsi que différents praticiens et maîtres de stage rencontrés au cours de nos études.

Des auteurs d'articles scientifiques ont eux aussi été contactés directement par mail.

Les derniers experts ont été recrutés par effet "boule de neige", parmi le réseau personnel des premiers participants recrutés.

Nous avons fixé un objectif de recrutement d'au moins 15 experts afin d'obtenir au minimum 15 réponses par questionnaire.[16]

5. Déroulement de l'étude

Nous avons réalisé 4 tours au total :

- Le 1^{er} tour était en ouvert à visée exploratoire : nous avons adressé un pré-questionnaire (*Annexe N° 2*) aux experts afin de recueillir leurs idées concernant la question de recherche, que nous avons complété en tenant compte des données de la littérature scientifique, notamment à partir de l'analyse des freins et leviers de la déprescription et des interventions existantes,
- Le 2^{ème} tour concernait le 1^{er} questionnaire ainsi constitué (*Annexe N°3*), ce qui a permis aux participants de connaître les principales idées proposées par le groupe,
- Les 3^{ème} et 4^{ème} tours concernaient les questionnaires suivants (*Annexe N°4 et N°5*), modifiés par nos soins après avoir inclus les réponses et propositions de chaque expert.

Pour obtenir les réponses des experts, nous leur avons adressé par courrier électronique le pré-questionnaire sous format Word.

Ils pouvaient ainsi soit modifier le document, soit nous répondre directement par courrier électronique.

Entre chaque tour, nous avons adressé à chaque participant une synthèse globale des réponses et propositions anonymisées (*Annexes N°6, N°7 et N°8*) ; sans oublier d'y inclure leurs propres réponses.

Pour les 3 questionnaires suivants, nous avons utilisé le logiciel SphinxOnline, validé par le RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

Notre compte a été fourni par la faculté de médecine de Grenoble, partenaire du développeur du logiciel.

Nous avons ainsi pu adresser par courrier électronique à chaque expert le lien des enquêtes, auxquelles ils ont pu répondre en ligne.

Pour chaque proposition, les participants avaient la possibilité de choisir parmi une échelle de 7 couleurs afin de donner leur avis : vert foncé (tout à fait d'accord), vert clair (plutôt d'accord), jaune (neutre), orange (pas d'accord), rouge (pas du tout d'accord), blanc (ne souhaite pas répondre) et noir (refuse de répondre).

Ainsi, l'expert pouvait s'auto-évaluer ; il pouvait cocher la case blanche s'il estimait ne pas avoir les compétences requises en fonction des sujets abordés.

Un commentaire était possible pour chaque réponse mais demandé de façon systématique en cas de désaccord (réponses orange, rouge et noire).

Un consensus (favorable ou défavorable) a été retenu si un accord (votes vert foncé et vert clair) ou un désaccord (votes orange et rouge) représentait plus de 70% des réponses.

Tous les items n'ayant pas rempli ces critères de consensus étaient réévalués au tour suivant.

Pour limiter les perdus de vue concernant nos experts, nous leur avons adressé au minimum 2 relances par courrier électronique, et avons appelé ceux dont nous connaissions le numéro de téléphone.

RÉSULTATS

1. Experts

Nous avons sollicité 37 experts. 25 d'entre eux ont accepté de participer à l'étude.

Nous avons eu 3 désistements, soit un total de 22 participants.

Au cours de l'étude, nous avons eu 4 perdus de vue. Malgré nos multiples relances par mail, nous n'avons pas eu de retour de leur part.

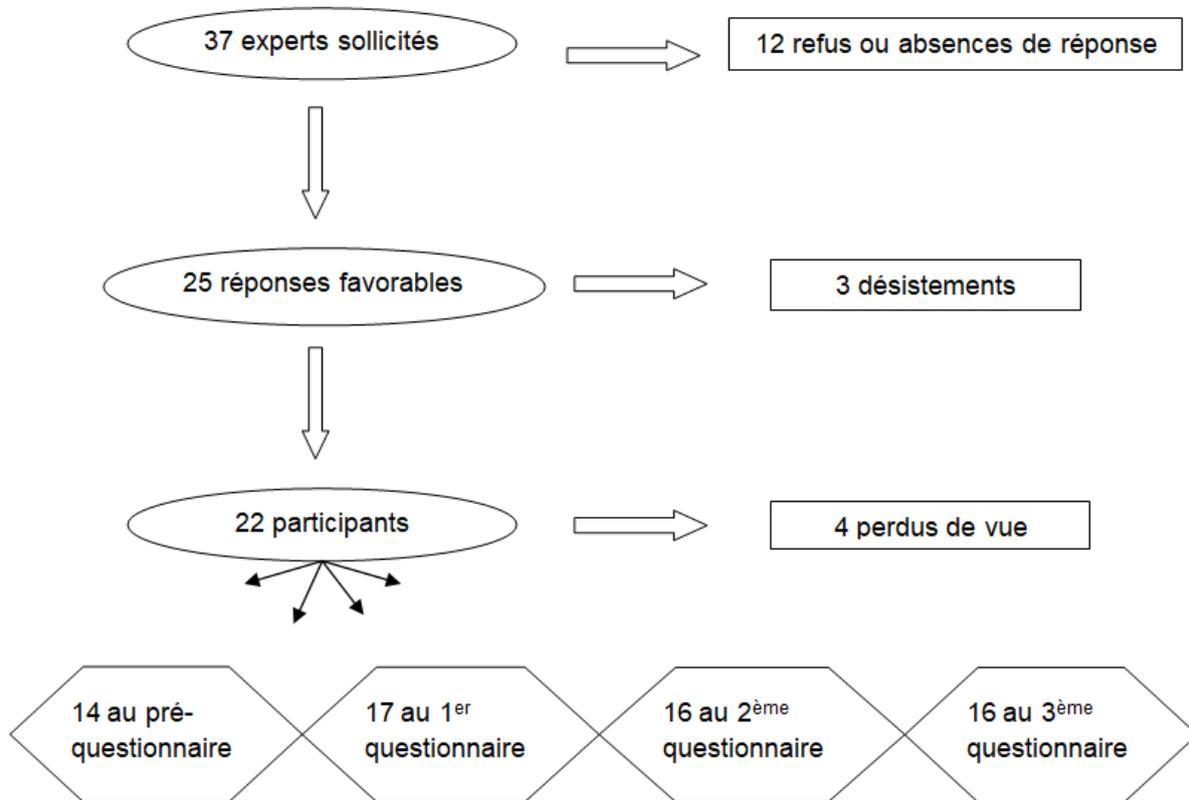
Sur les 18 intervenants restants, certains n'ont pas participé à tous les questionnaires.

En effet, 14 ont participé au pré-questionnaire, 17 ont répondu au premier questionnaire, 16 au deuxième et 16 au troisième.

Les 18 experts étaient composés de :

- 6 médecins généralistes (2 praticiens en cabinets libéraux, un praticien coordonnateur d'EHPAD, un travaillant en service d'hépatogastro-entérologie et deux rédacteurs d'articles sur la déprescription),
- 7 médecins spécialistes (3 gériatres dont 1 coordonnateur d'EHPAD ; 1 endocrinologue ; 1 hépatogastro-entérologue ; 1 psychiatre ; 1 neuro-vasculaire),
- 3 pharmaciens (un en officine, un rédacteur pour la revue Prescrire et un rédacteur d'articles sur la démarche de déprescription),
- 1 IDE Asalée,
- 1 chercheuse anthropologue.

Diagramme de flux :



Seul un des 22 experts a déclaré des conflits d'intérêt auprès de AbbVie, Gilead Sciences, Intercept et Biotest.

2. Pré-questionnaire (Annexe N°2)

Quatorze experts ont donné des idées pour la réalisation du premier questionnaire.

Après comparaison avec la littérature existante, nous avons obtenu un total de 42 propositions pour la réalisation de la première enquête.

3. Questionnaires (Annexes N° 3, N°4 et N°5)

Trois questionnaires en ligne ont été créés et proposés aux experts d'octobre 2021 à janvier 2022.

Les questionnaires comprenaient successivement 42, 22 puis 16 propositions distinctes.

Concernant les réponses des participants, nous en avons respectivement obtenues 17, 16 puis 16.

Lors du premier questionnaire, deux experts ont déclaré avoir saisi des réponses et des commentaires qui n'ont pas été enregistrés à cause d'un problème de déconnexion lors de la finalisation de l'enquête en ligne.

Cela a nécessité de les enregistrer à nouveau, ce qui a pu modifier le contenu des remarques.

Le problème de déconnexion a été réglé pour les questionnaires suivants ; aucun autre problème technique n'a été déclaré.

4. Contenu des réponses

Nous avons organisé les réponses en cinq thèmes principaux, à savoir :

- La formation théorique du médecin traitant,
- La consultation dédiée à la déprescription,
- La concertation pluri-professionnelle,
- Le bilan de médication partagé,
- Les facteurs d'influence de la déprescription.

Les synthèses réalisées avec les réponses et les commentaires des experts sont disponibles en annexes N°6, N°7 et N°8 ; ainsi que l'intégralité des remarques des participants à chaque questionnaire en annexes N°9.

4. a. Formation théorique du médecin traitant

Cinq propositions ont été obtenues suite au pré-questionnaire.

Grâce aux commentaires des experts lors du premier questionnaire, nous avons pu rédiger quatre nouvelles suggestions pour la deuxième enquête.

Puis trois autres pour le dernier, soit un total de 12 propositions.

- Propositions ayant obtenu un consensus favorable :

Toutes les propositions ont obtenu un consensus favorable.

Une formation théorique pour le médecin traitant est nécessaire avant toute démarche de déprescription.

Le but de cette formation serait de mieux appréhender les enjeux de cette démarche.

Cette formation pourrait prendre différentes formes : séminaire, FMC (Formation Médicale Continue) ou autres.

Son contenu serait varié et devrait comprendre :

- Une formation spécifique sur les enjeux de cette démarche en gériatrie,
- Des approches complémentaires aux réponses médicamenteuses,
- Une formation à l'entretien motivationnel (entretien réalisé avec le patient afin de définir les leviers et les freins qu'il exprimerait lors de la proposition de déprescription du médecin),
- Une approche spécifique pour les médicaments couramment prescrits en médecine générale,
- Un rappel des pathologies chroniques,
- Des outils pour donner au praticien une juste assurance pour déprescrire,
- Une explication des interactions médicamenteuses.

Afin de sensibiliser le plus grand nombre de médecins, une formation à la déprescription devrait être proposée dès la faculté.

- Commentaires des experts :

Les experts ont rédigé 12 commentaires sur les 3 propositions de la formation théorique lors du 1er questionnaire.

Sept remarques ont été données pour les 5 propositions du deuxième questionnaire.

Enfin, il y a eu 3 commentaires pour les 3 propositions de la dernière enquête.

4. b. La consultation dédiée

Nous avons obtenu 20 recommandations sur ce sujet.

Lors du premier questionnaire, 4 propositions n'ont pas obtenu de consensus et ont été remaniées.

De même, deux idées ont été modifiées afin de les soumettre aux experts lors de la deuxième enquête.

Toutes les propositions ont obtenu un accord favorable dans le dernier questionnaire.

- Propositions ayant obtenu un consensus favorable

Une consultation dédiée peut être proposée en plus des consultations de renouvellement habituelles aux patients polymédiqués, de plus de 65 ans ou à tous les patients dont l'ordonnance comporte des médicaments potentiellement inappropriés.

Une consultation de renouvellement « classique » peut permettre d'aborder la déprescription, et peut amener le praticien à proposer une consultation dédiée s'il juge que la situation du patient nécessite un temps supplémentaire pour mener à bien la (les) déprescription(s) souhaitée(s).

Dans le cas où la démarche de déprescription est intégrée à une consultation de renouvellement, le suivi se fera tous les 3 à 6 mois minimum.

Cette consultation doit préférentiellement être proposée en présentiel.

Concernant le contenu de cette consultation dédiée à la déprescription, le médecin traitant peut :

- Faire un bilan de toutes les médications utilisées par le patient (automédication, phytothérapie, compléments alimentaires...),
- Connaître le vécu du patient sur ses médicaments (tolérance, intérêt),
- Faire un entretien motivationnel,
- Mesurer la qualité de vie du patient avec ses traitements actuels,
- Effectuer un bilan d'observance,
- Créer une note dans le DMP (Dossier Médical Partagé) afin d'assurer le suivi et la coordination de la déprescription.

Cette consultation dédiée peut être réalisable au moins 1 fois par an, avec un suivi rapproché en cas de déprescription.

- Propositions n'ayant pas obtenu de consensus

La consultation dédiée à la déprescription ne doit pas être proposée de façon systématique.

La téléconsultation n'est pas adaptée à ce type d'intervention.

- Commentaires des experts

Concernant la consultation dédiée, 44 commentaires ont été obtenus sur les 9 propositions du premier questionnaire.

On a dénombré 41 remarques sur les 11 propositions du deuxième questionnaire.

Enfin, nous avons eu 10 commentaires sur les 5 propositions du dernier questionnaire.

4. c. La concertation pluri-professionnelle

Nous avons obtenu 8 suggestions sur ce sujet lors du pré-questionnaire.

Deux d'entre elles n'ont pas obtenu de consensus après la première enquête.

A l'aide des commentaires des experts, nous avons pu proposer deux autres idées pour le deuxième questionnaire ; 1 seule a eu un accord favorable.

Après modification de la proposition restante pour la dernière enquête, celle-ci a obtenu un consensus favorable.

- Propositions ayant obtenu un consensus favorable

Cette intervention de déprescription doit comprendre une concertation pluri-professionnelle incluant le médecin traitant.

La visioconférence est adaptée pour cette concertation pluri-professionnelle.

Cette concertation peut associer :

- Le médecin traitant,
- Le médecin coordonnateur d'EHPAD, si le patient vit en maison de retraite,
- Le pharmacien d'officine référent,
- Les spécialistes qui suivent le patient,
- Un gériatre si le patient est âgé de plus de 65 ans,
- Les professionnels de santé intervenant auprès du patient.

- Propositions n'ayant pas obtenu de consensus

Aucun consensus n'a été trouvé quant à la suggestion de ne faire intervenir que des médecins généralistes dans cette concertation, comme cela peut être fait dans les groupes de pairs.

- Commentaires

Sur le thème de la concertation pluri-professionnelle, nos experts ont fait valoir 27 observations sur les 8 propositions du premier questionnaire.

Par ailleurs, 16 commentaires ont été obtenus pour le deuxième questionnaire et ses deux propositions sur le sujet.

Enfin, nous avons eu 6 commentaires sur l'unique proposition de ce sujet lors du dernier questionnaire.

4. d. Le bilan de médication partagé

Nous avons obtenu 4 propositions sur ce sujet à l'aide du pré-questionnaire.

Seulement deux ont eu un accord favorable lors de la première enquête.

A l'aide des réponses des experts, nous avons pu obtenir 8 autres suggestions dans les deux questionnaires suivants.

Certaines n'ont finalement pas obtenu de consensus.

- Propositions ayant obtenu un consensus favorable

Le bilan de médication partagé est important dans toute démarche de déprescription.

Il peut être à l'initiative du médecin traitant ou du pharmacien référent.

Il peut être proposé :

- Aux personnes âgées avec critères de fragilité ou en perte d'autonomie,
 - Aux patients polymédiqués (seuil à définir),
 - Si l'ordonnance comprend des hypnotiques,
 - S'il y a des médicaments à marge thérapeutique étroite,
 - En présence de psychotropes.
-
- Propositions n'ayant pas obtenu de consensus

Le bilan de médication partagé ne doit pas être proposé uniquement par le médecin traitant.

Il ne doit pas être proposé uniquement aux personnes âgées de plus de 65 ans.

Aucun consensus n'a pu être trouvé sur l'intérêt de proposer ce bilan de médication lorsque l'ordonnance comprend des morphiniques ou lorsque le patient sort d'une hospitalisation récente.

- Commentaires

Concernant la concertation pluri-professionnelle, nos experts ont exprimé 14 commentaires sur les 4 propositions du premier questionnaire.

Par ailleurs, 11 remarques ont été obtenues pour la deuxième enquête et ses 7 propositions sur le sujet.

Enfin, nous avons eu 9 commentaires sur les deux suggestions sur ce sujet lors du dernier questionnaire.

4. e. Facteurs d'influence pour la déprescription

Au total, 23 propositions ont été fournies par les participants.

Après les différents tours de vote, seules deux suggestions n'ont pas obtenu de consensus.

- Propositions ayant obtenu un consensus favorable

Du point de vue du médecin

Les logiciels d'aide à la déprescription (tels que Stopp/Start) sont utiles.

L'outil Stopp/Start est un logiciel informatique qui permet de détecter les interactions entre les traitements et les pathologies du patient (critères Stopp). Il permet aussi de donner les indications de traitements selon les antécédents renseignés (critères Start).[16]

Il faut apporter au praticien la liste des Médicaments Potentiellement Inappropriés MPI (critères Beers, liste Laroche...).

Des recommandations officielles concernant la déprescription, de type guidelines, semblent être utiles.

La formation à l'aide de sources fiables et indépendantes est essentielle.

Une rémunération spécifique serait bénéfique pour encourager le praticien à réaliser cette intervention de déprescription.

Du point de vue du patient

Un suivi rapproché doit être initié après toute déprescription, à l'aide de consultations de suivi.

Prévenir le patient des effets-rebonds possibles est nécessaire.

Il faut fournir au patient un agenda de déprescription, si nécessaire, en priorisant les traitements à stopper.

En cas de refus par le patient de retirer un ou plusieurs médicaments de son ordonnance, un compromis peut être proposé, par exemple en donner un substitut, ou bien en diminuer progressivement les doses.

Un travail sur la prise en charge globale (alimentation, activité physique...) et promouvoir une démarche active du patient sont des éléments à prendre en compte.

Un soutien psychologique peut être proposé, notamment en cas de déprescription de certaines classes de médicaments (antalgiques et psychotropes par exemple).

De manière générale

Eduquer le patient à l'automédication, en lui expliquant ses bénéfices et ses risques, semble pertinent.

Dès la primo-prescription d'un traitement, il faut en prévoir la déprescription.

Il serait utile de faire des campagnes sur le rôle du pharmacien, ses missions dans l'accompagnement thérapeutique.

Il faut aussi développer des alternatives à la seule réponse médicamenteuse.

Une meilleure communication sur la démarche de déprescription, par exemple avec l'affichage de posters en salle d'attente ou flyers, peut être utile.

- Propositions n'ayant pas obtenu de consensus

L'utilisation de logiciels d'analyse d'interactions médicamenteuses, comme ceux présents dans les logiciels métiers des prescripteurs, ne fait pas consensus.

De la même manière, fournir des chiffres à chaque médecin sur leurs prescriptions afin de les sensibiliser aux problématiques de la polymédication ne semble pas pertinent.

- Commentaires

Concernant les différents facteurs pouvant influencer la déprescription, nos experts ont fait valoir 9 commentaires sur les 16 propositions du premier questionnaire.

Par ailleurs, 16 remarques ont été obtenues pour le deuxième questionnaire et ses 6 propositions sur le sujet.

Enfin, nous avons eu 14 commentaires sur les 6 suggestions sur ce sujet lors du dernier questionnaire.

DISCUSSION

1. Discussion des résultats

Notre étude a réuni un groupe indépendant d'experts, pour déterminer comment intégrer le médecin traitant dans une intervention de déprescription, auprès de ses patients âgés polymédiqués.

En outre, nous avons voulu savoir si une consultation dédiée à la déprescription était utile, afin qu'elle puisse être évoquée de façon plus approfondie.

Pour cela, nous avons interrogé nos experts sur cinq thèmes portant sur les déterminants de cette intervention.

1. a. Formation théorique du médecin traitant

Les 12 propositions concernant la formation théorique du médecin généraliste ont toutes fait consensus.

D'après nos experts, les praticiens doivent se former aux spécificités inhérentes aux personnes âgées, aux problématiques de la polymédication et aux différentes méthodes de communication.

Cette formation peut être proposée dès la faculté et tout au long de la carrière du praticien, sous différentes formes (FMC, séminaire).

1. b. Consultation dédiée à la déprescription

Une consultation dédiée ne doit pas être proposée de façon systématique d'après la majorité de nos intervenants.

En effet, ceux-ci ont souligné que la charge actuelle des plannings des médecins généralistes rendait difficile l'ajout systématique d'une telle consultation.

Les consultations de renouvellement d'ordonnance ont pour but de réévaluer les traitements, et donc d'aborder la démarche de déprescription.

Toutefois, il a été souligné que le manque de temps rend difficile cette démarche, lors de ces consultations, notamment chez les patients âgés polymédiqués.

En effet, déprescrire nécessite un échange approfondi avec le patient et ses proches, sur la balance bénéfice-risque des traitements.

Une consultation dédiée semble donc utile pour nos experts dans ces situations, lorsque le médecin le juge nécessaire.

Présentiel ou téléconsultation ?

Aucun consensus n'a été trouvé concernant l'intérêt de réaliser la consultation dédiée à la déprescription en téléconsultation.

Effectivement, la plupart des intervenants ont signalé le besoin d'un rapport de confiance entre le patient et son médecin, et l'intérêt de pouvoir avoir une analyse attentive des réactions non verbales du patient.

Or, les émotions sont plus difficiles à exprimer et interpréter à distance ; la téléconsultation expose donc à un risque de perte d'informations ou de mauvaise compréhension.

De plus, il s'agit d'un outil inadapté au public gériatrique.

L'entretien semble donc plus pertinent et efficace en présentiel.

La consultation dédiée pourrait donc être réalisée au moins une fois par an, en présentiel.

Elle pourrait permettre d'aborder plusieurs points avec le patient (bilan d'observance, mesure de la qualité de vie, hiérarchisation des pathologies...).

1. c. Concertation pluri-professionnelle

Une concertation pluri-professionnelle est importante pour notre intervention de déprescription.

Elle doit faire intervenir les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient (médecin traitant, pharmacien, spécialistes, IDE...).

Elle peut être réalisée en visio-conférence afin de faciliter les échanges.

Aucun accord n'a été trouvé quant à la proposition de ne faire intervenir que des médecins généralistes dans cette concertation, comme cela peut être fait dans les groupes de pairs.

Effectivement, plusieurs experts ont mis en avant que l'avis des spécialistes est nécessaire.

En effet, déprescrire sans concertation entre spécialistes et médecin traitant risque d'entraîner une incompréhension et la réintroduction du médicament déprescrit.

Par ailleurs, les paramédicaux apportent des éléments essentiels sur le mode de vie et l'observance du patient.

Il est donc préférable de réaliser une concertation pluri-professionnelle avec tous les soignants concernés et contribuant aux soins du patient.

1. d. Bilan de médication partagé

Le bilan de médication partagé est un levier qui peut être intégré dans notre intervention de déprescription.

Il peut être proposé par le médecin traitant ou à l'initiative du pharmacien selon différents critères (seuil de médicaments sur l'ordonnance, présence d'hypnotiques, de psychotropes...).

Certains experts ont signalé que ce bilan de médication doit être réalisé au cas par cas.

Aucun consensus n'a pu être trouvé sur l'intérêt de proposer un bilan de médication dans deux situations : si l'ordonnance comprend des morphiniques ou si le patient a été récemment hospitalisé.

Ainsi, plusieurs participants ont fait remarquer que la prescription de morphiniques est réévaluée régulièrement par les praticiens.

Concernant la sortie d'hospitalisation, les experts ont avancé des situations où le bilan de médication semble peu utile (hospitalisation avec prise en charge globale du patient, dans un service adapté, avec modifications des thérapeutiques...).

1. e. Facteurs d'influence de la déprescription

Afin de favoriser la démarche de déprescription, il semble utile de fournir au médecin traitant des recommandations d'aide à cette démarche, des informations sur les médicaments potentiellement inappropriés (critères Beers, liste Laroche...), des outils pour déprescrire (logiciel STOPP/START).

Par ailleurs, inciter le praticien à se former à l'aide de sources fiables et indépendantes engendre une liberté de prescription, et donc de déprescription.

De plus, une sensibilisation à ces problématiques dès la faculté est essentielle.

En pratique, comment faire ?

Lors de l'introduction d'un médicament, expliquer au patient qu'un arrêt ou une diminution de posologie pourra être envisagé selon l'évolution de la situation peut permettre au patient de mieux appréhender une déprescription future.

De même, réaliser une éducation thérapeutique continue sur les traitements, les pathologies ou encore l'automédication semble également être un des outils intéressants pour le médecin traitant.

Pour favoriser l'adhésion du patient à une démarche de déprescription, il est important de l'accompagner lors de consultations de suivi post-déprescription.

Un agenda de déprescription peut être donné au patient, en priorisant les traitements à arrêter.

En cas de difficultés, un compromis peut être proposé tel qu'une diminution progressive des doses ou une substitution.

On peut également développer des alternatives thérapeutiques à la seule réponse médicamenteuse.

De manière plus générale, l'information du patient est essentielle.

Apposer des affiches dans les salles d'attente, réaliser des campagnes de communication destinées au grand public sur la déprescription en font partie.

Ces efforts fournis par les professionnels de santé requièrent du temps.

Une juste rémunération des acteurs de la déprescription devrait donc être envisagée.

Le problème des logiciels d'analyse des interactions médicamenteuses

L'étude a permis de mettre en évidence que les logiciels d'analyse d'interactions médicamenteuses ne sont pas satisfaisants pour de nombreuses raisons évoquées par les experts.

Effectivement, la plupart des intervenants semblent insatisfaits de l'aide à la prescription de leur logiciel métier, qui signale bien trop d'interactions, de problèmes sur chaque prescription, perdant ainsi toute pertinence et rendant inutilisable les informations données.

Un expert a suggéré l'intérêt de se former à l'utilisation des logiciels.

Les risques d'une information systématique sur les pratiques médicales

Fournir des chiffres sur la pratique des médecins concernant la polymédication ou leurs prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés n'est pas consensuel.

En effet, plusieurs experts ont précisé que des chiffres, comme ceux donnés par la CPAM par exemple, peuvent permettre au praticien de se rendre compte de la problématique.

En contrepartie, ils peuvent aussi apporter de la méfiance et donc, faire reculer certains médecins sur cette démarche.

De plus, n'attirer l'attention des médecins que sur les seuls médicaments dont on connaît déjà les risques (comme la prescription des benzodiazépines par exemple), peut amener à masquer les autres MPI.

Automédication et éducation thérapeutique

Il ne semble pas pertinent de chercher à lutter contre l'automédication, mais plutôt d'éduquer les patients à une automédication raisonnée.

En effet, favoriser l'autonomie du patient est bénéfique, mais il faut informer les patients sur le bon usage des médicaments, en expliquant leur efficacité et les risques encourus, la durée de prise, les éléments de surveillance...

Cette démarche doit être réalisée à la fois par le praticien et le pharmacien.

2. Comparaison avec la littérature existante

2. a. Freins et leviers de la déprescription

On retrouve de nombreuses similitudes concernant les freins et leviers de la déprescription entre la littérature scientifique et notre étude.

Dans une revue systématique australienne de 2014[11], 4 grands thèmes ont été abordés :

- Prise de conscience de la polymédication et ses problématiques par les médecins

La faible prise de recul des médecins est un frein à la déprescription, alors que les audits et les analyses d'ordonnances permettent souvent de prendre conscience de son intérêt.

Dans notre étude, certains intervenants proposaient de sensibiliser les praticiens à cette question dès la faculté.

En effet, nous sommes formés de nos jours aux interactions médicamenteuses et aux difficultés de la polymédication, notamment en gériatrie. Mais connaître le principe de remise en cause des traitements ainsi que des outils à la déprescription pourrait être un enjeu de formation.

Aussi, organiser des bilans de médication régulièrement, en collaboration avec le pharmacien, comme souhaité par nos experts, permettrait d'aider à la prise de recul des praticiens sur le sujet.

- Inertie à la déprescription

L'inertie à la démarche de déprescription comprend tous les éléments qui vont empêcher le médecin de démarrer cette démarche, tels que les croyances du praticien, sa prise de responsabilité...

Nos experts ont évoqué la nécessité d'une concertation pluri-professionnelle incluant le médecin traitant, responsabilisant ainsi tous les acteurs de santé qui suivent le patient.

La formation théorique, plébiscitée à l'unanimité par nos participants, a aussi pour but de déconstruire les idées reçues sur la déprescription et d'en prouver les bénéfices, contrebalançant ainsi avec certaines croyances sur l'arrêt des traitements chroniques.

- Compétences inhérentes au praticien pour déprescrire

Sont relevés comme freins par la revue de littérature le manque de formation, les faiblesses des preuves scientifiques, l'existence de recommandations officielles incitant à prescrire certains traitements...

Concernant les leviers, la revue notait l'expérience du praticien, son assurance, le dialogue avec le patient...

Dans notre étude, la formation théorique a pour but de pallier ces manquements. Comme l'a souligné l'un de nos experts, le but est de donner des outils au praticien pour une juste assurance vis-à-vis de la déprescription.

La concertation pluri-professionnelle est aussi intéressante puisqu'elle assure un dialogue entre les différents professionnels de santé.

Aussi, la consultation dédiée permet d'aider au dialogue avec le patient. Comme l'ont souligné nos participants, il faut s'attarder à connaître les perceptions du patient vis-à-vis de ses traitements chroniques.

Enfin, le fait que la téléconsultation n'ait pas obtenu de consensus dans notre étude semble aller dans le sens de l'importance d'un dialogue direct entre le médecin et le patient.

- Éléments pratiques de faisabilité

La revue de la littérature de 2014 mettait en lumière les éléments pratiques de faisabilité, que nous retrouvons aussi dans les propositions de nos experts.

On retrouve par exemple l'importance de la rémunération pour tous les intervenants de la déprescription pour valoriser le temps consacré.

On peut aussi retenir les alternatives à proposer au patient en cas de refus de déprescription, telles que la substitution du médicament ou bien la diminution progressive des doses.

Enfin, on peut aborder l'importance du temps nécessaire à cette intervention. La consultation dédiée propose un temps de consultation supplémentaire mais nécessite en contrepartie un temps important d'organisation dans des plannings déjà chargés.

2. b. Intervention médiée par le médecin traitant

Dans un essai australien de 2019[14], l'intervention du médecin traitant a été étudiée chez des patients âgés.

Dans cette étude, le praticien suivait une formation théorique de 5 heures puis une consultation dédiée à la déprescription avait lieu avec le patient.

Cette intervention a permis une diminution du nombre de médicaments sans augmentation du nombre d'effets indésirables.

On retrouve dans cette étude plusieurs éléments similaires à notre intervention : une formation théorique en amont, une consultation dédiée, l'intervention possible d'un pharmacien, et enfin une rémunération adaptée au temps passé, puisque les participants à l'étude étaient rémunérés.

Ainsi, si de multiples modèles sont possibles pour impliquer le médecin traitant, la nécessité de formation et d'un temps dédié à la déprescription semblent être des éléments essentiels à prendre en compte.

2. c. Mieux prescrire pour ne pas déprescrire

Dans notre étude, nos experts souhaitent développer les alternatives thérapeutiques avec une meilleure balance bénéfice-risque ; et former les médecins aux approches complémentaires afin d'éviter la seule réponse médicamenteuse.

En effet, la déprescription peut aussi être évitée si des alternatives sont trouvées.

Pourquoi éviter la déprescription ? N'est-elle pas toujours bénéfique ?

Dans un essai canadien de 2001[18], la participation financière des malades pour leurs traitements a été augmentée.

Ainsi, on a pu noter une diminution nette des traitements pris, y compris des médicaments essentiels.

Cela a conduit à une augmentation significative des effets secondaires graves ainsi que du passage de ces patients aux urgences.

Ainsi, la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées concerne l'excès de traitements « over-use », les prescriptions inappropriées « mis-use » ainsi que les sous-prescriptions « under-use ».

Il faut apprendre à mieux prescrire les traitements en identifiant clairement les indications et en prévoyant leur arrêt dès leur primo-prescription, comme l'ont soutenu nos experts.

Il faut aussi se former aux alternatives thérapeutiques, et ne pas justifier la consultation médicale par la seule ordonnance de médicament.

3. Choix de la méthode DELPHI Abaque

Nous avons pris la décision d'utiliser une méthode de consensus pour répondre à notre question de recherche.

Les objectifs d'une méthode de consensus sont multiples.

Cela permet d'explorer un champ de connaissances mal connues en cherchant à obtenir un accord grâce à un panel indépendant d'experts.

Les 2 méthodes les plus connues pour la mesure de consensus sont la méthode DELPHI et la technique du groupe nominal.

Les avantages de ces 2 techniques sont :

- De permettre une approche systématique et structurée,
- De réaliser des procédures itératives (questions pour le Delphi et réunions pour le groupe nominal),
- Des méthodes relativement rapides et peu coûteuses,
- De permettre de limiter la prédominance d'une personnalité influente (personnalité forte, leader d'opinion ou supérieur hiérarchique),
- De limiter également les conflits d'intérêt.

Ces 2 méthodes présentent tout de même quelques différences que vous pouvez trouver dans le tableau en *Annexe N°10*.

Nous avons fait le choix d'utiliser la méthode DELPHI plutôt que celle du groupe nominal, pour 4 raisons principales :

- Faciliter l'organisation de l'étude en distanciel,
- L'anonymat qui a permis à toutes les personnalités de s'exprimer de la même manière,
- Laisser aux experts un temps de réflexion,
- L'absence de coût engendré.

4. Forces et limites de l'étude

4. a. Forces de l'étude

Nous pouvons mettre en avant plusieurs points forts de notre travail.

Tout d'abord, nous avons su garantir l'anonymat des experts, ce qui a permis une meilleure expression des participants dans les commentaires.

L'analyse des résultats était aussi sous couvert d'anonymat, ce qui a évité un biais d'interprétation.

Ensuite, nous avons recruté des participants ayant des modes d'exercice différents, médicaux et paramédicaux.

Le choix de la méthode Abaque, avec son code couleur, est mieux adapté dans ce type d'étude à orientation qualitative.

La possibilité des experts de voter blanc s'ils le souhaitent, leur permettait de s'autoévaluer sur leur compétence des différents sujets traités.

Aussi, on peut souligner l'importance du nombre de participants inclus dans l'étude. En effet, nous souhaitions obtenir un minimum de 15 réponses à chaque questionnaire afin de garantir la validité interne de cette méthode.

Enfin, nous pouvons souligner l'investissement et l'intérêt des experts sur le sujet grâce à la stabilité du nombre de réponses aux questionnaires, ayant obtenu respectivement 17, 16 puis 16 réponses aux différentes enquêtes.

4. b. Limites de l'étude

Nous avons également mis en avant plusieurs inconvénients, qui pour certains incombent à la méthode.

Dans les participants recrutés, on peut noter un biais de sélection dans la constitution du panel d'experts. Seules les personnes intéressées par la déprescription ont été recrutées. Les points de vue se recoupent donc plus facilement.

De plus, le choix de la méthode de recrutement avec notamment l'effet « boule de neige » n'est pas une méthode qui garantit une grande variété dans les profils sélectionnés.

Par ailleurs, l'absence de débat direct entre les participants avec cette méthode a contraint les experts à aller chercher eux-mêmes les arguments des autres participants grâce à la synthèse des réponses fournies, ce qui a pu limiter certaines prises de position.

De plus, le problème technique du premier questionnaire a pu modifier les commentaires des 2 experts concernés et donc influencer sur les propositions suivantes.

Il faut aussi noter la subjectivité de l'analyse des réponses par les auteurs.

Effectivement, nous n'avons pas utilisé d'outil ou logiciel objectif permettant l'analyse des commentaires.

Ainsi, l'examen des commentaires et le remodelage des questions pour les questionnaires suivants sont pourvus de subjectivité et donc présentent un risque d'erreur ou de mauvaise interprétation.

5. Perspectives

Nous avons souhaité, grâce à ce travail, faciliter la mise en place d'une déprescription par les médecins généralistes pour leurs patients.

Plusieurs idées et perspectives d'avenir ont été émises durant l'étude, que nous avons obtenues grâce aux points de vue de différents experts de la déprescription.

Il serait intéressant d'obtenir l'avis des patients sur certains consensus de cette étude afin de vérifier leur adhésion et la réalisation de cette intervention en pratique.

Un projet de déprescription pourrait être étudié dans un essai, intégrant le médecin traitant, et reprenant différents éléments évoqués dans cette thèse.

Nous espérons aussi inciter d'autres personnes à effectuer d'autres recherches sur le sujet afin de sensibiliser les professionnels de santé, et à terme les patients, sur la déprescription.

CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était de savoir comment intégrer le médecin traitant dans une intervention de déprescription, pour ses patients âgés polymédiqués.

En outre, nous avons souhaité savoir si une consultation dédiée à la déprescription pouvait être utile, afin qu'elle puisse être plus profondément étudiée.

D'après notre groupe d'experts, 5 éléments doivent être pris en compte par le médecin traitant pour mettre en œuvre une intervention de déprescription efficace.

Ainsi, une formation théorique pour le médecin traitant semble essentielle. Elle doit s'intéresser aux enjeux de la polymédication, à l'apprentissage de la déprescription mais aussi aux techniques de communication avec le patient.

Une consultation dédiée ne semble pas être un outil de déprescription à utiliser de manière systématique. En effet, la déprescription doit être abordée lors des consultations de renouvellement. Toutefois, la consultation dédiée semble être utile dans certains cas, notamment face à des situations complexes nécessitant un temps supplémentaire. De nombreux sujets doivent y être abordés afin de percevoir les attentes et craintes du patient et d'assurer les bonnes conditions de la déprescription. Sa mise en œuvre requiert du temps et peut être difficile à intégrer dans des plannings médicaux déjà bien remplis.

L'organisation d'une concertation pluri-professionnelle paraît importante. Elle doit chercher à réunir les différents acteurs de santé, médicaux et paramédicaux, qui suivent le patient et ainsi permettre une coordination des soins. Elle peut être réalisée en distanciel grâce à la visioconférence.

Les groupes de pairs de médecins généralistes ne permettent pas de répondre à ce besoin de prise en charge globale centrée-patient.

Un bilan de médication partagé est un élément important de cette intervention. Il peut être proposé par le médecin ou par le pharmacien en fonction de différents critères (âge, classes thérapeutiques, nombre de médicaments...) correspondant à des situations particulièrement à risque de iatrogénie.

De nombreux facteurs d'influence de la déprescription doivent être pris en compte dans cette intervention, que ce soit du point de vue du prescripteur, du patient et dans la société. Ainsi, la démarche de déprescription doit comporter notamment un temps d'éducation thérapeutique du patient, par le médecin et le pharmacien. Se former aux alternatives non médicamenteuses permet de ne pas aboutir systématiquement à une prescription thérapeutique à la fin d'une consultation médicale. Une large communication auprès du corps

médical et de la population générale sur la question de la déprescription faciliterait également sa mise en pratique.

La mise en œuvre des propositions consensuelles de cette étude pourrait avoir un impact direct sur la prise en charge des patients de plus de 65 ans polymédiqués en médecine générale.

Nous espérons que notre travail fournira des clés afin d'aider à l'évaluation d'une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant.

Il paraît important de continuer les recherches en ce sens afin de connaître notamment le point de vue des patients et la faisabilité de cette intervention en pratique de médecine générale.

Toutefois, déprescrire n'est pas une fin en soi. Les traitements chroniques sont utiles dans de nombreuses pathologies ou situations ; leur intérêt n'est pas remis en cause dans ce travail.

La réflexion autour de l'acte de déprescription permet avant tout d'identifier une éventuelle iatrogénie et d'en limiter ses conséquences. Il s'agit d'une démarche volontaire qui est efficace pour réduire le nombre de traitements chroniques et qui est sûre lorsqu'elle est bien conduite. Elle est encore trop peu connue du milieu médical et de la population générale, et nécessite d'être soutenue par les pouvoirs publics.

CONCLUSION SIGNÉE

THÈSE SOUTENUE PAR : Sarah LABBEY et Joachim DEFRAINE

TITRE :

Développement d'une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant : Consensus d'experts par une méthode Delphi abaque

CONCLUSION :

L'objectif principal de notre étude était de savoir comment intégrer le médecin traitant dans une intervention de déprescription, pour ses patients âgés polymédiqués.

En outre, nous avons souhaité savoir si une consultation dédiée à la déprescription pouvait être utile, afin qu'elle puisse être plus profondément étudiée. D'après notre groupe d'experts, 5 éléments doivent être pris en compte par le médecin traitant pour mettre en œuvre une intervention de déprescription efficace.

Ainsi, une formation théorique pour le médecin traitant semble essentielle. Elle doit s'intéresser aux enjeux de la polymédication, à l'apprentissage de la déprescription mais aussi aux techniques de communication avec le patient.

Une consultation dédiée ne semble pas être un outil de déprescription à utiliser de manière systématique. En effet, la déprescription doit être abordée lors des consultations de renouvellement. Toutefois, la consultation dédiée semble être utile dans certains cas, notamment face à des situations complexes nécessitant un temps supplémentaire.

De nombreux sujets doivent y être abordés afin de percevoir les attentes et craintes du patient et d'assurer les bonnes conditions de la déprescription. Sa mise en œuvre requiert du temps et peut être difficile à intégrer dans des plannings médicaux déjà bien remplis.

L'organisation d'une concertation pluri-professionnelle paraît importante. Elle doit chercher à réunir les différents acteurs de santé, médicaux et paramédicaux, qui suivent le patient et ainsi permettre une coordination des soins. Elle peut être réalisée en distanciel grâce à la visioconférence.

Les groupes de pairs de médecins généralistes ne permettent pas de répondre à ce besoin de prise en charge globale centrée-patient.

Un bilan de médication partagé est un élément important de cette intervention. Il peut être proposé par le médecin ou par le pharmacien en fonction de différents critères (âge, classes thérapeutiques, nombre de médicaments...) correspondant à des situations particulièrement à risque de iatrogénie.

De nombreux facteurs d'influence de la déprescription doivent être pris en compte dans cette intervention, que ce soit du point de vue du prescripteur, du patient et dans la société. Ainsi, la démarche de déprescription doit comporter notamment un temps d'éducation thérapeutique du patient, par le médecin et le pharmacien. Se former aux alternatives non médicamenteuses permet de ne pas aboutir systématiquement à une prescription thérapeutique à la fin d'une consultation médicale. Une large communication auprès du corps médical et de la population générale sur la question de la déprescription faciliterait également sa mise en pratique.

La mise en œuvre des propositions consensuelles de cette étude pourrait avoir un impact direct sur la prise en charge des patients de plus de 65 ans polymédiqués en médecine générale.

Nous espérons que notre travail fournira des clés afin d'aider à l'évaluation d'une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant.

Il paraît important de continuer les recherches en ce sens afin de connaître notamment le point de vue des patients et la faisabilité de cette intervention en pratique de médecine générale.

Toutefois, déprescrire n'est pas une fin en soi. Les traitements chroniques sont utiles dans de nombreuses pathologies ou situations ; leur intérêt n'est pas remis en cause dans ce travail.

La réflexion autour de l'acte de déprescription permet avant tout d'identifier une éventuelle iatrogénie et d'en limiter ses conséquences. Il s'agit d'une démarche volontaire qui est efficace pour réduire le nombre de traitements chroniques et qui est sûre lorsqu'elle est bien conduite. Elle est encore trop peu connue du milieu médical et de la population générale, et nécessite d'être soutenue par les pouvoirs publics.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 22/03/2021

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégué
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr. Patrick IMBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2022 [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé [Internet]. 2005 [cité le 13 janv 2020]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
3. Haute Autorité de Santé - PMSA - Programmes complets [Internet]. 2019 [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_656210/fr/pmsa-programmes-complets
4. Rapport propositions pour 2021 - assurance-maladie [Internet]. 2020 [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie_1.pdf
5. Bégaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. [Internet]. 2013 [cité 19 janv 2022] . Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf
6. Pouyanne P, Haramburu F, Imbs JL, Bégaud B. Admissions to hospital caused by adverse drug reactions: cross sectional incidence study. French Pharmacovigilance Centres. *BMJ*. 15 avr 2000;320(7241):1036.
7. Ahern F, Sahm LJ, Lynch D, McCarthy S. Determining the frequency and preventability of adverse drug reaction-related admissions to an Irish University Hospital: a cross-sectional study. *Emerg Med J*. 2014 Jan;31(1):24-9.
8. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 1 juill 2004;329(7456):15-9.
9. Reeve E, Gnjjidic 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*. 2015;80(6):1254-1268.
10. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. oct 2013;30(10):793-807.
11. 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.
12. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs Aging*. 2009;26(12):1013-28.
13. 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*. sept 2016;82(3):583-623.
14. Crest M. 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]. France : Université Paris Descartes Faculté de Médecine Paris Descartes ; 2012.
15. Anderson K, Freeman C, Foster M, Scott I. GP-Led Deprescribing in Community-Living Older Australians: An Exploratory Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. févr 2020;68(2):403-10.

16. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008;56(6):415-423.
17. Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. 2022 [cité le 12 fev 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-494/prescription-medicamenteuse-inappropriee-les-nouveaux-criteres-stopp-start>
18. Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA*. 24 janv 2001;285(4):421-9.

ANNEXE 1 – FICHE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

Cher confrère, chère consœur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations afin de réfléchir à votre participation, et demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Intitulé de l'étude : Recherche d'un consensus d'experts sur une intervention de déprescription médiée par le médecin généraliste pour ses patients âgés de plus de 65 ans, polymédiqués.

Etude sous la direction du Docteur DRUBAY Clément

Investigateurs principaux : DEFRAINE Joachim et LABBEY Sarah

But de l'étude : Obtenir un consensus d'experts par méthode Delphi pour intégrer le médecin généraliste dans une intervention de déprescription pour ses patients de plus de 65 ans polymédiqués, pour permettre son étude ultérieure dans la recherche médicale.

Engagement du participant :

- L'expert s'engage à répondre au pré-questionnaire de recherche de propositions puis aux 3 questionnaires en ligne (la durée de réponse des questionnaires est d'environ 1 heure).
- Après chaque questionnaire, le participant votera pour ou contre les propositions des autres experts, de manière parfaitement anonyme (seuls les investigateurs auront connaissance de l'identité des experts, de leurs propositions et de leurs votes).
- Le participant déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.
- Le participant s'engage à déclarer ses conflits d'intérêt, s'il en a.
- Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades), les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.

Engagement des investigateurs principaux :

- En tant qu'investigateurs principaux, ils s'engagent à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.
- Seules les informations nécessaires seront récoltées.

Liberté du participant :

- Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.
- Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant :

- Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès des investigateurs principaux, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.
- Les données seront conservées jusqu'à la présentation de la thèse puis elles seront supprimées.

Frais :

- La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de contribution financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

Confidentialité des informations :

- Toutes les informations concernant le participant seront conservées de façon anonyme et confidentielle.
- Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, l'anonymat du participant sera préservé.
- La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif.

Législation :

- Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par les investigateurs.
- Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018: vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ; vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées ; et enfin, vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli.
- Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Pour faire valoir ses droits, le participant peut contacter :

Clément DRUBAY
10 Rue René Cassin
73410 Albens
docteurclementdrubay@gmail.com

Formulaire de consentement :

Je soussigné(e) (nom et prénom du participant), accepte de participer à l'étude.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par DEFRAINE Joachim ou LABBEY Sarah.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données anonymisées recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès d'un des deux investigateurs.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complétée et signée.

Fait à, le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

ANNEXE 2 - PRÉ-QUESTIONNAIRE

Chère consœur, cher confrère, Madame, Monsieur,

Tout d'abord, nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de devenir expert dans notre étude basée sur la méthode DELPHI, à propos de la déprescription.

L'objectif principal de la thèse est de déterminer le ou les interventions impliquant le médecin traitant, utiles à la déprescription.

Ce document est une introduction à notre sujet, afin de faire un état des lieux sur les données actuelles de la littérature, de pouvoir plus facilement comprendre l'intérêt de notre étude et ce sur quoi nous souhaitons avoir votre avis en tant qu'expert.

La polymédication est responsable d'un nombre important d'effets indésirables, en particulier chez les personnes âgées. Elle engendre des coûts conséquents pour notre système de santé car elle est responsable d'hospitalisations, de morbidité et d'une surmortalité.

La déprescription, c'est-à-dire le fait de supprimer d'une ordonnance des médicaments jugés inappropriés, a pour but de réduire la polymédication et ses conséquences.

Les déterminants d'un échec ou d'une réussite de la déprescription sont nombreux :

- Côté patient, une revue de la littérature (1) les a classés en 4 thèmes : la pertinence de la déprescription, la présence ou l'absence d'un schéma de déprescription, les influences positives et négatives et enfin, la peur d'arrêter un médicament.

- Du point de vue du prescripteur, une autre analyse de littérature (2) les a regroupés en 4 idées principales : la sensibilisation à la déprescription, la perception de l'intérêt à l'arrêt d'un médicament, la capacité propre du médecin à arrêter une prescription et enfin, l'influence des contraintes extérieures.

Certaines interventions ont montré un succès quant à la déprescription, celles centrées sur le patient semblent aboutir à la fois à une diminution des prescriptions et à une réduction de la mortalité globale (3).

Pour autant, de nombreux types d'interventions existent mais celles dirigées par le médecin traitant sont rares et peu éprouvées.

Pourtant, du point de vue du patient, le rôle du médecin généraliste paraît primordial à la réussite d'une déprescription (3).

De plus, dans le système de santé actuel, le médecin traitant joue un rôle prépondérant dans le parcours de soin du patient.

Le but de notre étude est donc de savoir comment intégrer le médecin traitant dans une intervention de déprescription pour ses patients polymédiqués, âgés de plus de 65 ans.

Nous appelons ici "intervention de déprescription" toute mesure mise en place par ou pour le médecin traitant dans le but de faciliter le processus de déprescription.

Dans la littérature, on en retrouve de différents types, comme les formations théoriques, le suivi psychologique des patients, un audit avec le pharmacien, des outils informatiques, des analyses d'ordonnance pluri-professionnelles...

Ce pré-questionnaire est à visée exploratoire, afin de recueillir vos idées sur le sujet. Une fois que nous aurons reçu vos réponses, nous les compléterons avec les données de la littérature. S'en suivront 3 questionnaires successifs où vous évalueriez les différentes propositions jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Il est à noter que chaque questionnaire sera anonyme : nous serons les seuls à connaître vos noms, nous permettant ainsi en cas de questions de pouvoir dialoguer avec l'expert concerné pour préciser la proposition.

Cela permettra aussi de donner vos idées en toute liberté et limitera de fait un certain nombre de biais.

Toutes les idées qui vous viennent à l'esprit sont bonnes à prendre, donc n'ayez aucune crainte de sortir du cadre, nous serons là pour vous aider et répondre à vos questions si besoin. La richesse de notre travail dépend intégralement des propositions effectuées.

1/ Quelles sont vos idées concernant une intervention, de n'importe quel type, impliquant le médecin traitant, pouvant être utiles à une déprescription auprès de ses patients ?

Réponses :

-
-
-

2/ Enfin, avez-vous des conflits d'intérêt à déclarer ?

Réponse :

-

Bibliographie :

(1) Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013 Oct;30(10):793-807.

(2) 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*. 2014 Dec 8;4(12):e006544.

(3) 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 Sep;82(3):583-623.

ANNEXE 3 – PREMIER QUESTIONNAIRE

Premier questionnaire

Barème de couleur

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord (commentaire obligatoire)
- Rouge = Pas du tout d'accord (commentaire obligatoire)
- Autres possibilités :
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre (commentaire obligatoire)

Vous pouvez cocher 1 seule case et écrire un commentaire si vous le souhaitez (obligatoire en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse)

Proposition 1 : Avant de créer une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant, une formation théorique sur ce sujet doit être réalisée par le médecin.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Commentaire facultatif proposition 1

Commentaire obligatoire proposition 1

Proposition 1-a : Cette formation doit comprendre plusieurs points essentiels :

	<input type="checkbox"/>						
- une formation de gériatrie avec les spécificités inhérentes aux personnes âgées	<input type="radio"/>						
- une formation des approches complémentaires aux stratégies thérapeutiques afin d'éviter la seule réponse médicamenteuse	<input type="radio"/>						
- une formation à l'entretien motivationnel	<input type="radio"/>						

Commentaire facultatif proposition 1-a

Commentaire obligatoire proposition 1-a

Proposition 2 : Cette intervention doit comprendre une consultation dédiée, proposée par le médecin traitant à ses patients.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Commentaire facultatif proposition 2

Commentaire obligatoire proposition 2

Proposition 2-a : Cette consultation dédiée doit comprendre :

	<input type="checkbox"/>						
- un entretien motivationnel	<input type="radio"/>						
- un bilan d'observance des médicaments du patient	<input type="radio"/>						
- un bilan de toutes les médications utilisées par le patient (phytothérapie, compléments alimentaires, automédication,...)	<input type="radio"/>						
- une mesure de la qualité de vie du patient avec ses traitements actuels	<input type="radio"/>						
- une annotation dans le « Dossier Médical Partagé » sur les déprescriptions en cours/réalisées	<input type="radio"/>						

Commentaire facultatif proposition 2-a

Commentaire obligatoire proposition 2-a

Proposition 2-b : La téléconsultation est adaptée pour ce type d'entretien.

Commentaire facultatif proposition 2-b

Commentaire obligatoire proposition 2-b

Proposition 2-c : Cette consultation doit être proposée uniquement aux patients polymédiqués (seuil à définir) ou de plus de 65 ans.

Commentaire facultatif proposition 2-c

Commentaire obligatoire proposition 2-c

Proposition 3 : Cette intervention de déprescription doit comprendre une concertation pluri-professionnelle comprenant le médecin traitant.

Commentaire facultatif proposition 3

Commentaire obligatoire proposition 3

Proposition 3-a : Si oui, cette concertation pluri-professionnelle doit faire intervenir :

	<input type="checkbox"/>						
- uniquement des médecins généralistes, comme dans les groupes de pairs par exemple	<input type="radio"/>						
- un pharmacien d'officine, comme dans les cercles de qualité	<input type="radio"/>						
- un gériatre s'il s'agit d'un patient âgé	<input type="radio"/>						
- l'IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) qui suit le patient	<input type="radio"/>						
- le médecin coordonnateur d'EHPAD si le patient vit en maison de retraite	<input type="radio"/>						

Commentaire facultatif proposition 3-a

Commentaire obligatoire proposition 3-a

Proposition 3-b : La visio-conférence est adaptée pour une telle concertation.

Commentaire facultatif proposition 3-b

Commentaire obligatoire proposition 3-b

Proposition 4 : Dans cette démarche interventionnelle, un bilan de médication entre le pharmacien d'officine et le patient doit être proposé par le médecin traitant.

Commentaire facultatif proposition 4

Commentaire obligatoire proposition 4

Question 4-a : Si oui, ce bilan doit être proposé systématiquement par le médecin traitant selon les critères suivants :

	<input type="checkbox"/>						
- un nombre défini de médicaments sur l'ordonnance	<input type="radio"/>						
- un patient âgé de plus de 65 ans	<input type="radio"/>						
- la prescription d'hypnotiques sur l'ordonnance	<input type="radio"/>						

Commentaire facultatif proposition 4-a

Commentaire obligatoire proposition 4-a

Proposition 7 : De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faut:

| | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - afficher des flyers/affiches sur la déprescription dans les salles d'attente des médecins | <input type="radio"/> |
| - favoriser l'éducation thérapeutique du patient sur sa ou ses pathologies et ses traitements | <input type="radio"/> |
| - lutter contre l'automédication | <input type="radio"/> |
| - un travail sur l'alimentation et l'activité physique (prise en charge globale) | <input type="radio"/> |
| - proposer aux autorités sanitaires des informations à donner aux patients sur la déprescription via des messages télévisés ou des slogans attractifs par exemple | <input type="radio"/> |
| - proposer une rémunération spécifique attractive pour cette intervention pour le médecin traitant et les différents intervenants | <input type="radio"/> |

Commentaire facultatif proposition 7

Commentaire obligatoire proposition 7

ANNEXE 4 - DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

Deuxième questionnaire - Chapitre 1 :

Voici venu le temps du deuxième questionnaire, nous avons enlevé les items ayant obtenu un consensus lors du premier questionnaire ; sauf en cas de mauvaise compréhension de la proposition, que nous avons alors reformulée afin qu'elle soit plus claire. Des modifications ont été réalisées en l'absence de consensus sur les autres items et des ajouts ont été réalisés à l'aide de vos commentaires.

IMPORTANT : Nous avons réalisé plusieurs pages afin d'éviter le problème évoqué lors du premier questionnaire. En effet, une inactivité de 20 minutes sur la page provoque un "time out" avec perte des réponses et des commentaires. Pour éviter cela à nouveau, n'hésitez pas à désamorcer ce "time out" en faisant un aller-retour à la page précédente avant de valider le questionnaire.

Quel est votre nom et prénom ?

Afin de pouvoir noter les réponses de chacun d'entre vous, nous avons besoin de connaître votre identité. Le reste des experts n'aura pas accès à vos réponses.

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Proposition 1 : Avant de créer une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant, une formation théorique sur ce sujet est nécessaire pour le médecin, afin de mieux appréhender les enjeux de la déprescription.

Commentaire facultatif proposition 1 :

Commentaire obligatoire proposition 1 :

Proposition 1 - a : Elle doit comprendre :

	<input type="checkbox"/>						
Une formation spécifique sur les classes de médicaments les plus utilisées en médecine générale	<input type="radio"/>						
Une formation sur les interactions médicamenteuses	<input type="radio"/>						
Une formation sur les médicaments potentiellement inappropriés	<input type="radio"/>						

Commentaire facultatif proposition 1 - a :

Commentaire obligatoire proposition 1 - a :

Proposition 1 - b : Cette formation peut prendre la forme d'un séminaire.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Commentaire facultatif proposition 1 - b :

Commentaire obligatoire proposition 1 - b :

Chapitre 2 :

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Proposition 2 : Une consultation de renouvellement « classique » doit permettre et est suffisante pour aborder la déprescription.

Commentaire facultatif proposition 2 :

Commentaire obligatoire proposition 2 :

Proposition 2 - a : Dans le cas où la déprescription est intégrée à une consultation de renouvellement, il faudrait qu'elle soit réalisée tous les 3 à 6 mois minimum.

Commentaire facultatif proposition 2 - a :

Chapitre 3 :

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Proposition 3 : Une consultation dédiée à la déprescription pourra être proposée aux patients polymédiqués (seuil à définir), de plus de 65 ans ou à tous les patients dont l'ordonnance comporte des médicaments potentiellement inappropriés (en plus des consultations de renouvellement habituelles).

Commentaire facultatif proposition 3 :

Commentaire obligatoire proposition 3 :

Proposition 3 - a : Cette consultation dédiée doit comprendre :

	<input type="checkbox"/>						
Une hiérarchisation des pathologies et des traitements avec le patient	<input type="radio"/>						
Un entretien motivationnel ainsi que le recueil des avis et préférences du patient concernant ses médicaments	<input type="radio"/>						
Un bilan d'observance des médicaments du patient	<input type="radio"/>						
Un bilan de toutes les médications utilisées par le patient (phytothérapie, compléments alimentaires, automédication,...)	<input type="radio"/>						
Une mesure de la qualité de vie du patient avec ses traitements actuels (effets indésirables, bénéfiques etc...)	<input type="radio"/>						
Une annotation dans le « Dossier Médical Partagé » sur les déprescriptions en cours/réalisées (quand l'outil sera plus ergonomique et intégré aux logiciels métiers)	<input type="radio"/>						

Vous pouvez rajouter des propositions dans les commentaires si vous le souhaitez. Si vous avez déjà répondu à ces questions lors du premier questionnaire, vous pouvez marquer "idem 1er questionnaire" en commentaire.

Commentaire facultatif proposition 3 - a :

Commentaire obligatoire proposition 3 - a :

Proposition 3 - b : Cette consultation dédiée à la déprescription serait réalisable au moins 1 fois par an, avec un suivi rapproché en cas de déprescription.

Commentaire facultatif proposition 3 - b :

Commentaire obligatoire proposition 3 - b :

Proposition 3 - c : Il est préférable de favoriser une consultation en présentiel pour ce genre d'entretien, toutefois la téléconsultation peut être proposée en s'assurant que cet outil convienne et soit adapté au patient.

Commentaire facultatif proposition 3 - c :

Commentaire obligatoire proposition 3 - c :

Chapitre 4 :

Info : La proposition du premier questionnaire sur l'intérêt d'une concertation pluri-professionnelle dans cette démarche de déprescription a obtenu un consensus favorable. Voici quelques propositions en rapport avec cette concertation.

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Proposition 4 : Cette concertation pourrait être composée uniquement de médecins généralistes, à condition qu'une information soit donnée aux autres professionnels de santé qui suivent le patient.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Commentaire facultatif proposition 4 :

Commentaire obligatoire proposition 4 :

Proposition 5 : La visio-conférence est adaptée pour cette concertation pluri-professionnelle, sans la présence du patient.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Chapitre 5 :

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Proposition 6 : Dans cette démarche interventionnelle, un bilan de médication/une conciliation médicamenteuse entre le pharmacien d'officine et le patient peut être proposé par le médecin traitant ou à l'initiative du pharmacien.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Commentaire facultatif proposition 6 :

Commentaire obligatoire proposition 6 :

Proposition 6 - a : Si oui, ce bilan doit être proposé systématiquement par le médecin traitant selon les critères suivants :

| | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'ordonnance comporte des antalgiques de palier 2 ou plus | <input type="radio"/> |
| L'ordonnance comporte des médicaments psychotropes (hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs etc ...) | <input type="radio"/> |
| L'ordonnance comporte des médicaments à marge thérapeutique étroite | <input type="radio"/> |
| En sortie d'hospitalisation | <input type="radio"/> |
| En cas de mauvaise observance probable ou avérée | <input type="radio"/> |
| Patient âgé de plus de 65 ans avec critères de fragilité/en perte d'autonomie | <input type="radio"/> |

Commentaire facultatif proposition 6 - a :

Commentaire obligatoire proposition 6 - a :

Chapitre 6 :

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Proposition 7 : Pour favoriser la déprescription lors de cette intervention, il faut fournir au médecin traitant :

	<input type="checkbox"/>						
Des chiffres sur les prescriptions potentiellement inappropriées du médecin	<input type="radio"/>						
Un logiciel de prescription avec analyse des interactions médicamenteuses et identification des médicaments potentiellement inappropriés, utilisé uniquement lors d'une démarche de déprescription (afin d'éviter qu'on ignore les alertes à long terme)	<input type="radio"/>						

Commentaire facultatif proposition 7 :

Commentaire obligatoire proposition 7 :

Proposition 8 : Lors de cette intervention, pour favoriser la compréhension et l'adhésion du patient, il faudrait apporter un soutien psychologique en cas de déprescription de certaines classes de médicaments (comme les hypnotiques ou les antalgiques par exemple).

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Commentaire facultatif proposition 8 :

Commentaire obligatoire proposition 8 :

Proposition 9 : De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faut :

	<input type="checkbox"/>						
Eduquer les patients à l'automédication, en expliquant ses bénéfices et ses risques	<input type="radio"/>						
Prévoir, si possible, l'arrêt du médicament dès sa primo-prescription	<input type="radio"/>						
Faire des campagnes sur le rôle du pharmacien, ses missions dans l'accompagnement thérapeutique	<input type="radio"/>						

Vous pouvez rajouter des propositions dans les commentaires si vous le souhaitez

Commentaire facultatif proposition 9 :

Commentaire obligatoire proposition 9 :

ANNEXE 5 – TROISIÈME QUESTIONNAIRE

Toisième questionnaire - Chapitre 1 :

Voici venu le temps du troisième questionnaire, les propositions du deuxième tour ayant obtenu un consensus (favorable ou défavorable) ne seront pas présentes ! Ce troisième questionnaire ne comporte donc que les propositions n'ayant pas encore obtenu de consensus, que nous avons modifiées en prenant en compte vos remarques.

IMPORTANT : Nous avons réalisé plusieurs pages afin d'éviter le problème évoqué lors du premier questionnaire. En effet, une inactivité de 20 minutes sur la page provoque un "time out" avec perte des réponses et des commentaires. Pour éviter cela à nouveau, n'hésitez pas à désamorcer ce "time out" en faisant un aller-retour à la page précédente avant de valider le questionnaire.

Quel est votre nom et prénom ?

Afin de pouvoir noter les réponses de chacun d'entre vous, nous avons besoin de connaître votre identité. Le reste des experts n'aura pas accès à vos réponses.

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Info : La proposition du deuxième questionnaire sur l'intérêt d'une formation théorique dans cette démarche de déprescription a obtenu un consensus favorable. Voici quelques propositions en rapport avec cette formation théorique.

Proposition 1 : Cette formation théorique peut comprendre ou peut prendre la forme de :

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Une formation à la déprescription afin de sensibiliser le plus grand nombre de médecins, devrait être proposée dès la faculté

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Des formations complémentaires (type FMC Formation Médicale Continue) pourrait être proposées pour celles et ceux désirant aller plus loin

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Pour sécuriser la déprescription, il faut donner au médecin des outils pour une juste assurance vis à vis de cette démarche

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Commentaire facultatif proposition 1 :

Commentaire obligatoire proposition 1 :

Chapitre 2 :

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Proposition 2 : Une consultation de renouvellement « classique » peut permettre d'aborder la déprescription, et pourra amener le praticien à proposer une consultation dédiée s'il juge que la situation du patient nécessite un temps supplémentaire pour mener à bien la (les) déprescription(s) souhaitée(s).

Commentaire facultatif proposition 2 :

Commentaire obligatoire proposition 2 :

Proposition 2 - a : Dans le cas d'une consultation dédiée à la déprescription, celle-ci sera préférentiellement réalisée en présentiel plutôt qu'en téléconsultation.

Commentaire facultatif proposition 2 - a :

Commentaire obligatoire proposition 2 - a :

Proposition 2 - b : Cette consultation dédiée doit idéalement comprendre :

	<input type="checkbox"/>						
Une information sur la fréquence et les conséquences des accidents iatrogéniques	<input type="radio"/>						
Le recueil des plaintes du patient, notamment sur de potentiels effets indésirables	<input type="radio"/>						

Commentaire facultatif proposition 2 - b :

Commentaire obligatoire proposition 2 - b :

Chapitre 3 :

Info : La proposition du premier questionnaire sur l'intérêt d'une concertation pluri-professionnelle dans cette démarche de déprescription a obtenu un consensus favorable. Voici une proposition en rapport avec cette concertation.

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Proposition 3 : Il est préférable d'inclure différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, plutôt que de ne regrouper que des médecins généralistes, pour cette concertation.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Commentaire facultatif proposition 3 :

Commentaire obligatoire proposition 3 :

Chapitre 4 :

Info : La proposition du deuxième questionnaire sur l'intérêt d'un bilan de médication réalisé par le pharmacien d'officine dans cette démarche de déprescription a obtenu un consensus favorable. Voici une proposition en rapport avec ce bilan de médication.

Pour rappel, voici le barème de couleur auquel vous référer tout au long du questionnaire :

- Vert foncé = Tout à fait d'accord
- Vert clair = D'accord
- Jaune = Neutre
- Orange = Pas d'accord
- Rouge = Pas du tout d'accord
- Blanc = Ne souhaite pas répondre
- Noir = Refuse de répondre

Pour les propositions suivantes, vous ne pouvez cocher qu'une seule case puis écrire un commentaire si vous le souhaitez (merci de bien vouloir argumenter votre choix en cas de désaccord avec la proposition ou en cas de refus de réponse, c'est important pour la suite de l'étude)

Proposition 4 : Ce bilan de médication peut être proposé par le médecin traitant ou à l'initiative du pharmacien, selon les critères suivants :

	<input type="checkbox"/>						
L'ordonnance comporte des morphiniques	<input type="radio"/>						
En sortie d'hospitalisation si aucune modification du traitement de fond n'a pu être réalisée	<input type="radio"/>						

Commentaire facultatif proposition 4 :

Commentaire obligatoire proposition 4 :

Chapitre 5 :

Proposition 5 : Pour favoriser la déprescription lors de cette intervention, il faut fournir au médecin traitant :

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Des chiffres à titre informatif sur les prescriptions potentiellement inappropriées du médecin, comme avec les retours de la CPAM sur les prescriptions du médecin, ou des chiffres nationaux, moins ciblés

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Un logiciel de prescription complètement remodelé et pensé pour être utilisé uniquement lors d'une démarche de déprescription, à condition qu'une formation soit proposée au médecin afin de mieux l'utiliser

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Commentaire facultatif proposition 5 :

Commentaire obligatoire proposition 5 :

Proposition 6 : De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faudrait idéalement :

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Que les prescripteurs s'informent et se forment avec des sources fiables et indépendantes

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Eduquer les patients de manière globale et non pas se limiter à les éduquer sur l'automédication

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Décorreler la rémunération pharmaceutique du volume de vente des médicaments afin de favoriser l'intérêt de conseiller les patients sans forcément leur proposer une solution médicamenteuse

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Développer les alternatives thérapeutiques avec une meilleure balance bénéfices/risques

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Commentaire facultatif proposition 6 :

ANNEXE 6 – SYNTHÈSE PREMIER QUESTIONNAIRE

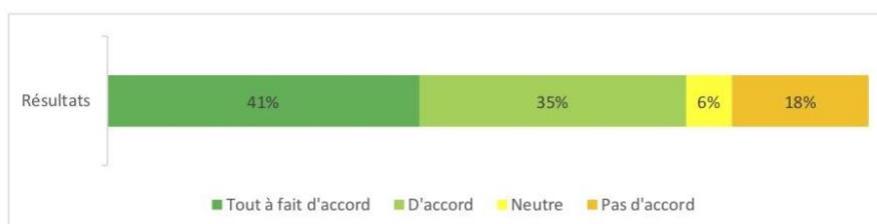
Synthèse 1^{er} questionnaire :

Vous trouverez ci-après la synthèse des résultats et des commentaires des différents experts.

Un **consensus** (favorable ou défavorable) a été retenu si un accord (votes vert foncé et vert clair) OU un désaccord (votes orange et rouge) représentaient plus de 70% des réponses.

Pour le deuxième questionnaire : nous avons enlevé les items ayant obtenu un consensus ; sauf en cas de mauvaise compréhension de la proposition, que nous avons alors reformulée afin qu'elle soit plus claire. Des modifications ont été réalisées en l'absence de consensus sur les autres items et des ajouts ont été réalisés à l'aide de vos commentaires.

- **Proposition 1** : Avant de créer une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant, une formation théorique sur ce sujet doit être réalisée par le médecin.

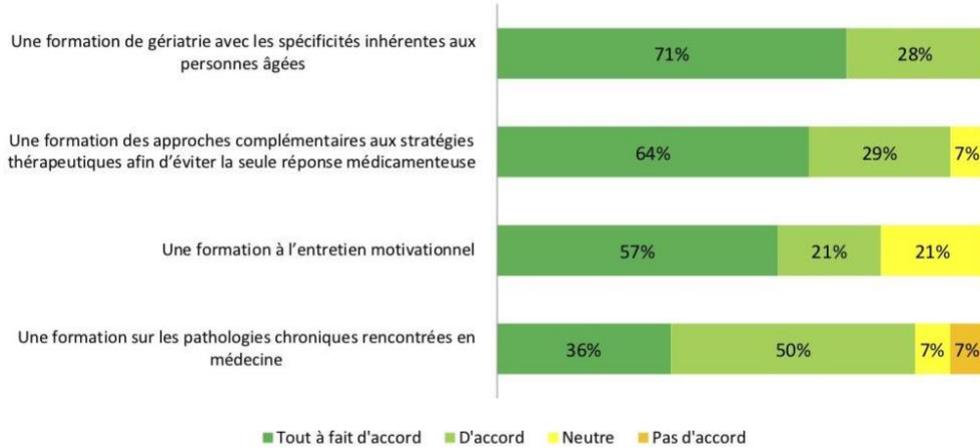


Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Doute sur le caractère obligatoire
- Doute sur l'intérêt de la formation : « Le rationnel de la déprescription est déjà bien **connu** et **accessible** à tous »
- Manque de clarté de la proposition : est-ce **le médecin ou bien le patient** qui doit recevoir la formation ?
- Détail du contenu possible de la formation : « Formation **générique** de la déprescription ainsi qu'un argumentaire spécifique **par médicament** (ou famille de) : pourquoi ? comment ? »

- **Proposition 1-a** : Elle doit comprendre :

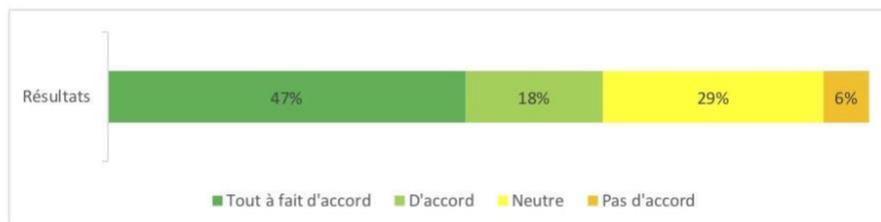


Conclusion : **Consensus FAVORABLES pour toutes les sous-propositions.**

Résumé des commentaires des experts :

- Ajout de nouvelles propositions sur le contenu de cette formation :
 - o « Sur les **interactions** médicamenteuses »
 - o « Sur la notion de **médicaments inappropriés**, permettant de cibler les médicaments à déprescrire, les enjeux et les modalités de leur déprescription »
 - o « Il y a sans doute bien d'autres méthodes » que l'entretien motivationnel
- Le MG se doit de **rester à jour** de ses connaissances sur les pathologies chroniques.
- Proposition sur la **forme** de cette formation : « Séminaire ? Cercle qualité ? Intervention dans un groupe d'échange de pratique ? »

- **Proposition 2** : Cette intervention doit comprendre une consultation dédiée, proposée par le médecin traitant à ses patients.



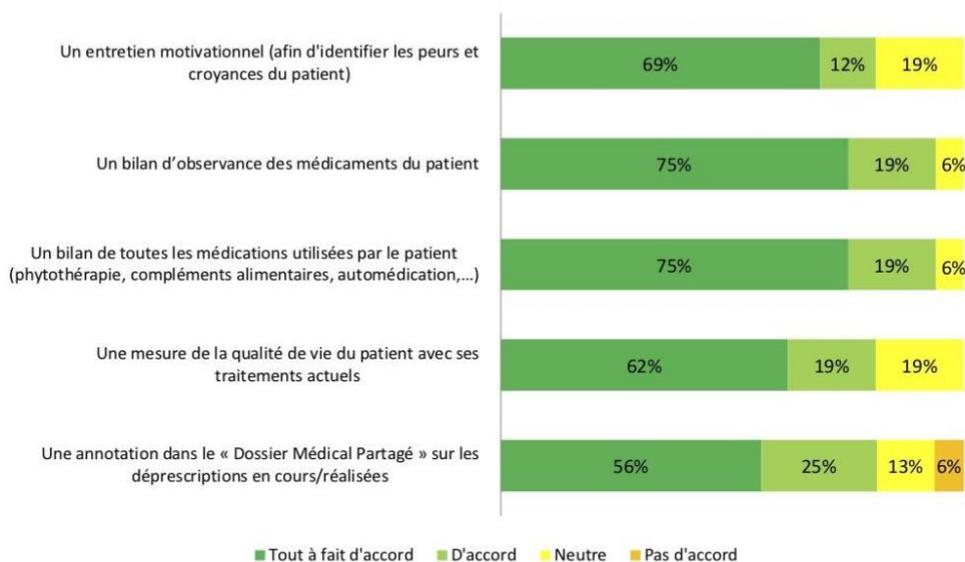
Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- La déprescription doit être proposée pendant une consultation de renouvellement classique.
- Doute sur l'intérêt d'une consultation dédiée :
 - o « Dans les faits plannings déjà **surchargés** et je doute que les patients adhèreraient »

- « Une consultation de renouvellement est une consultation de **réévaluation** des traitements, donc de déprescription potentielle ! La consultation de renouvellement doit être par contre dans l'idéale, dédiée, c'est à dire sans autre motif annexe. »
- Proposition de **consultation de suivi** : « ce qui compte surtout c'est de fixer une consultation à intervalle régulier (rythme ?) pour s'assurer qu'on ne laisse pas passer le temps »
- Proposition d'une **consultation de réévaluation des traitements** (et autres produits de santé, y compris automédication) à intervalle régulier **pour définir si besoin de déprescrire**.

• **Proposition 2-a** : Cette consultation dédiée doit comprendre :



Conclusion : **Consensus FAVORABLES pour toutes les sous-propositions.**

Résumé des commentaires des experts :

- Le DMP n'est pas un outil pratique à utiliser et est trop chronophage. Il doit être plus **ergonomique et intégré aux logiciels médicaux**.
- Proposition d'un **nouveau contenu** :
 - « Hiérarchie des pathologies selon le patient »
 - « Revue des plaintes exprimées par le patient afin d'identifier de potentiels effets indésirables médicamenteux »
 - « Recueil des avis et préférences du patient » à la place de l'entretien motivationnel
- Proposition d'un **bilan de médication** préalable fait par le **pharmacien** d'officine qui reprend un certain nombre des items

- **Proposition 2-b** : La téléconsultation est adaptée pour ce type d'entretien.

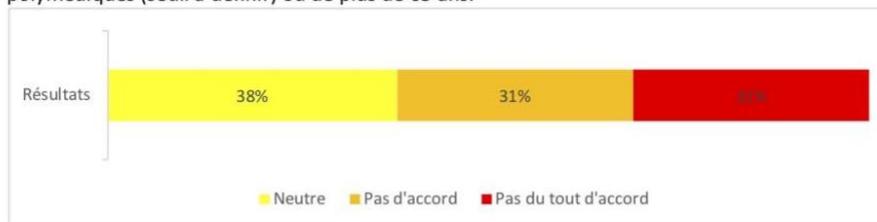


Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- Nécessité d'une consultation en présentiel : « Cette consultation nécessite un rapport de **confiance** entre le patient et son médecin, une analyse attentive des **réactions** du patient par le médecin »
- Outil **peu apprécié** des médecins
- Non adapté pour des **patients âgés**
- Risque de **perte d'information** ou de mauvaise **compréhension** : « Le patient peut avoir des difficultés à se livrer lors d'une consultation régulière portant sur son observance médicamenteuse. Cela serait encore plus difficile via la téléconsultation. »
- Nécessité de la **clinique**

- **Proposition 2-c** : Cette consultation doit être proposée uniquement aux patients polymédiqués (seuil à définir) ou de plus de 65 ans.



Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- Doit être proposée pour tous les patients mais **en priorité** à ces patients-ci
- Seulement dans le cadre d'un acte coté spécifiquement
- Proposition d'y ajouter certaines classes de médicaments :
 - « Les patients sous **hypnotiques** »
 - « **IPP** ou **antalgiques** »

- **Proposition 2-d** : Cette consultation dédiée serait réalisable une fois par an.



Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- Le rythme doit se faire **au choix** du médecin
- Proposition d'ajout de conditions : « Lors de changements de traitements, par exemple lors des **sorties d'hôpital.** »
- Notion d'une **consultation de suivi** à 3 mois, voire 6 mois.
- La déprescription peut se faire en plusieurs étapes, sur plusieurs mois. Il n'y a donc pas lieu de rythmer ces consultations à intervalles réguliers.

- **Proposition 3** : Cette intervention de déprescription doit comprendre une concertation pluri-professionnelle comprenant le médecin traitant.

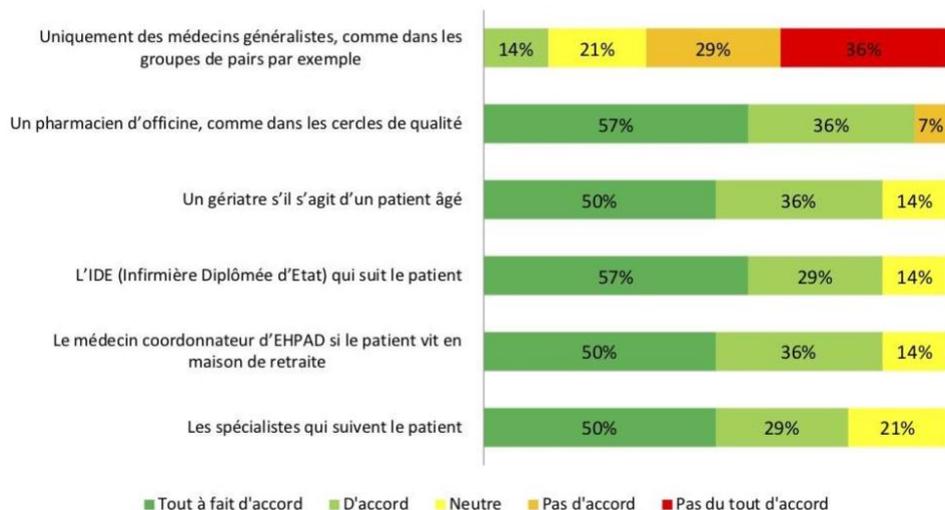


Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Doute sur la **faisabilité** de cette concertation : « trop chronophage »
- Refus du caractère **obligatoire**, préférer le terme « peut comprendre »
- Cette concertation serait faite de manière **indirecte**, lors du parcours de soin du patient, dans le but de recueillir les avis et réserves éventuels
- Question : « quand une déprescription est justifiée mais que des **avis contraires** s'expriment, faut-il envisager un accord par concertation ? Je pense que non, dans l'intérêt du patient »
- Dans certaines situations seulement : « pour l'arrêt d'un IPP pas besoin de concertation pluri professionnelle. Pour un **hypnotique** chez une personne **âgée**, il peut être intéressant de se **coordonner** avec l'IDE, le pharmacien... »

- **Proposition 3-a** : Cette concertation pluri-professionnelle doit faire intervenir :



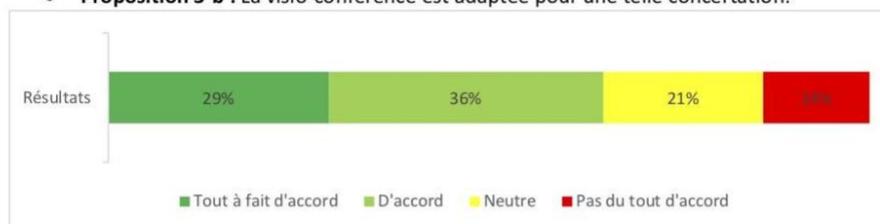
Conclusion : **Pas de consensus pour le premier item « Uniquement des médecins généralistes ».**

Consensus FAVORABLES pour tous les autres items.

Résumé des commentaires des experts :

- Intérêt de l'IDE : « L'IDE apportera des éléments essentiels sur le **mode de vie** et **l'observance**. »
- Le mode de vie du patient « domicile ou EHPAD » est important à prendre en compte.
- Doute sur l'item « uniquement des médecins généralistes » : « Risque de re-prescription par les spécialistes en cas de concertation uniquement entre médecins généralistes. »
- Problème sur l'item des pharmaciens et des cercles qualités : « Le cercle de qualité n'est pas une RCP. On y voit parfois des cas cliniques mais ce ne sont que des outils et non un but en soi. »
- Proposition de faire participer le **gériatre** dans un second temps : « quand la concertation n'a pas permis d'améliorer la situation ou résoudre le problème médicamenteux. »
- Importance d'une prise en charge « **centrée patient** », qui n'est pas déconnectée de la réalité ambulatoire.

- **Proposition 3-b** : La visio-conférence est adaptée pour une telle concertation.



Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- Meilleure **disponibilité** par visio-conférence, notamment « avec des spécialistes ou gériatres »
- Système **pratique** à mettre en place
- Mauvaise compréhension de l'item pour plusieurs experts, puisqu'il s'agit là d'une visio-conférence entre professionnels de santé uniquement, donc sans le patient.

- **Proposition 4** : Dans cette démarche interventionnelle, un bilan de médication/une conciliation médicamenteuse entre le pharmacien d'officine et le patient doit être proposé par le médecin traitant.

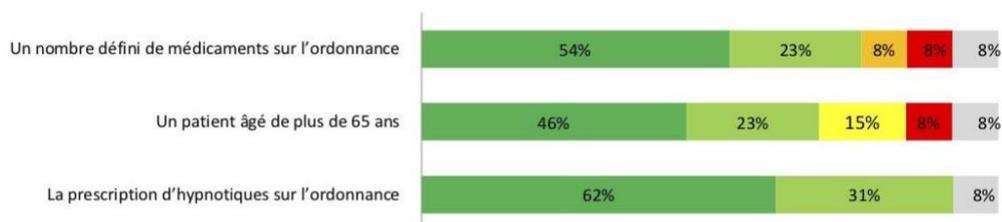


Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- Proposition d'un complément : « le pharmacien peut aussi prendre **l'initiative** »
- Plusieurs propositions de supprimer le caractère **obligatoire** de ce bilan : « cela dépend aussi de l'implication du pharmacien d'officine »
- Risque d'ajout d'une étape **complexe**

- **Proposition 4-a** : Si oui, ce bilan doit être proposé systématiquement par le médecin traitant selon les critères suivants :



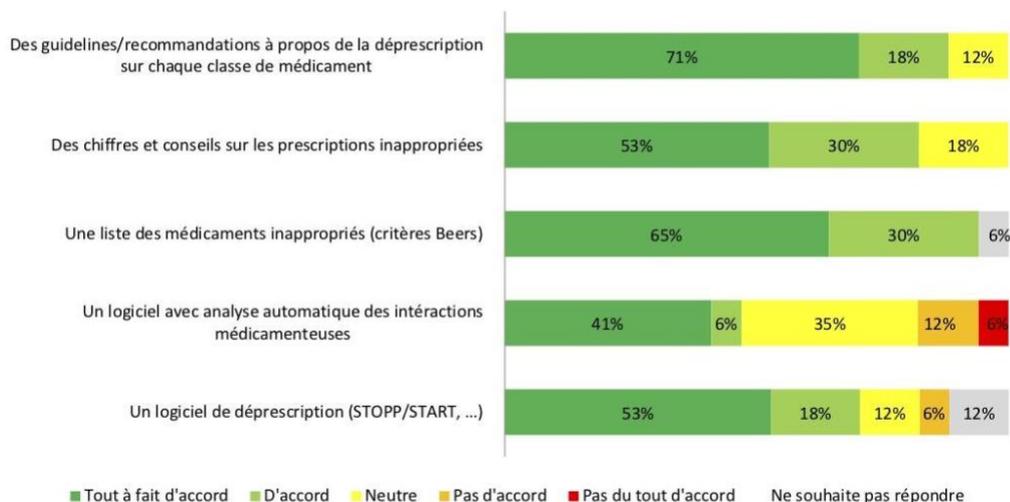
■ Tout à fait d'accord ■ D'accord ■ Neutre ■ Pas d'accord ■ Pas du tout d'accord ■ Ne souhaite pas répondre

Conclusion : **Pas de consensus pour l'item « Un patient âgé de 65 ans ou plus ».**
Consensus FAVORABLES pour les autres items.

Résumé des commentaires des experts :

- Proposition d'autres critères :
 - o Le type de traitement : « des patients ont un très lourd traitement mais tout à fait indispensable »
 - o « Psychotropes et antalgiques à partir de niveau 2 »
 - o « Si problème d'adhésion/observance, problème de gestion des traitements au domicile, ou problème dans la prise des traitements ou iatrogénie mise en évidence »
 - o « Médicaments à marge thérapeutique étroite, sortie d'hospitalisation, modification du traitement »
 - o « Prescription d'IPP »
- Ne pas être **restrictif** : « il serait dommage d'être restrictif sur les critères devant amener à se poser des questions sur les ordonnances »
- **Prioriser** : « Mais en pratique je suppose qu'on ne peut pas demander au pharmacien de faire un bilan de médication pour tous les patients ! Donc pourquoi pas prioriser sur le nombre de médicaments par exemple... »

- **Proposition 5** : Pour favoriser la déprescription lors de cette intervention, il faut fournir au médecin traitant :



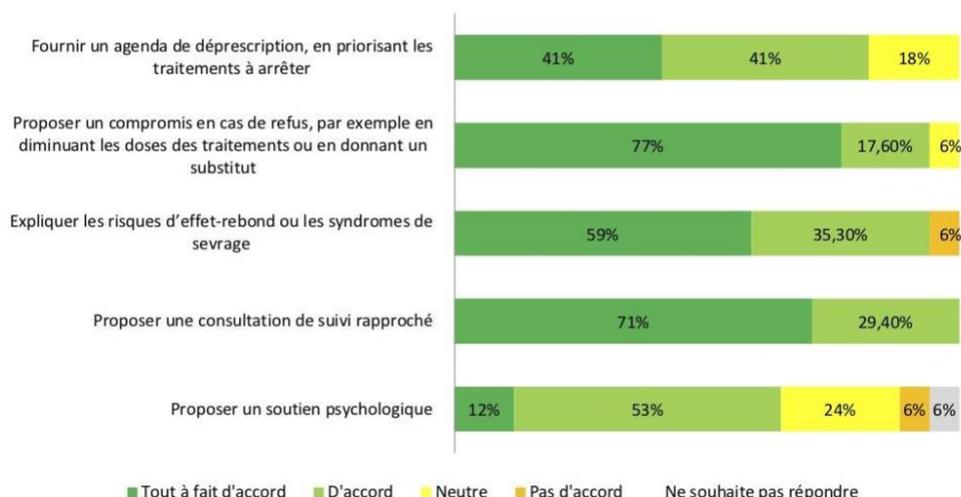
Conclusion : **Pas de consensus pour l'item « Un logiciel avec analyse automatique des interactions médicamenteuses ».**

Consensus FAVORABLE pour tous les autres items.

Résumé des commentaires des experts :

- Difficultés rencontrées avec les logiciels :
 - o « Déjà faite par nos logiciels mais le nombre d'interactions rend les informations **inutilisables**. »
 - o « Les logiciels d'IAM sont tous **insuffisants** pour de multiples raisons. Il vaudrait mieux apprendre une démarche de prévention et réactions devant les EI par IAM »
 - o « Il faut évaluer les situations au niveau individuel, sans dogmatisme et en tenant compte de l'historique médicamenteux du patient »
- Rester **clinique** : « L'outil Stop/Start ou Beers ne peut pas se substituer au regard clinique. Ces outils ne proposent pas de schéma de déprescription. D'autres outils existent. Pour les interactions médicamenteuses, c'est en complément de la "déprescription", cela permet d'analyser la prescription dans sa globalité. On peut ajouter à cette révision les posologies et contre-indications. »
- Complément d'information par rapport aux listes :
 - o « Liste des médicaments potentiellement inappropriés (MPI), liste de Laroche »
 - o « Les listes sont utiles mais doivent être **actualisées** régulièrement en fonction de l'état des connaissances »
- Mauvaise compréhension de l'item « chiffres et conseils » :
 - o « Ça mérite une info brève car ce n'est pas le problème principal pour un patient en particulier en situation de soins. C'est surtout pour des objectifs collectifs de **santé publique** (exposer moins de personnes à des dégâts possibles). Ils n'ont d'intérêt que dans une **formation** par famille thérapeutique, pour le contexte, mais ils n'apportent rien à une balance B-R défavorable pour un patient en particulier, ce qui est la situation ici. »

- **Proposition 6** : Lors de cette intervention, pour favoriser l'acceptation du patient à la déprescription, il faut :

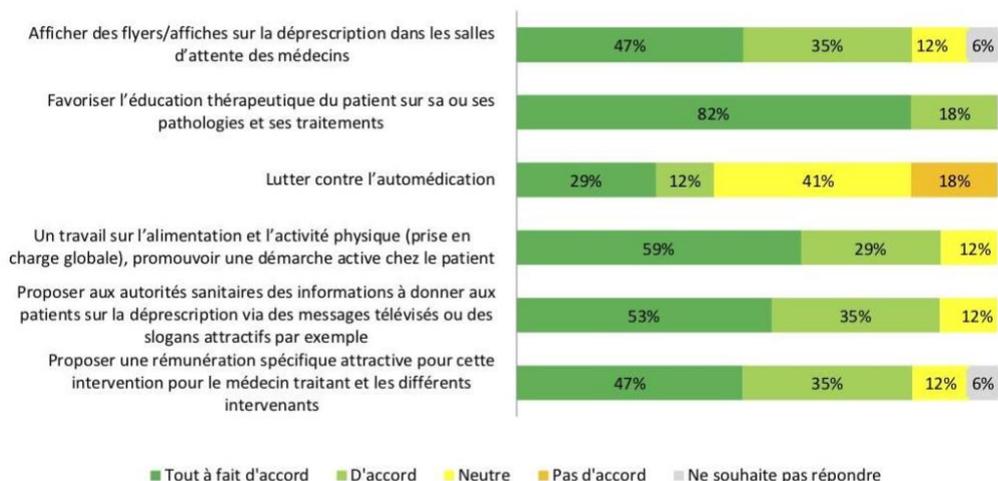


Conclusion : **Pas de consensus pour l'item « Proposer un soutien psychologique ».**
Consensus FAVORABLES pour les autres items.

Résumé des commentaires des experts :

- Désaccord sur un des items : « c'est pour l'informer de manière **loyale** oui, mais pas pour favoriser l'acceptation »
- Réflexions autour de l'item « Proposer un soutien psychologique » :
 - o « Soutien psychologique pour les **hypnotiques** par exemple »
 - o « Le patient pourrait se sentir pathologisé et le thérapeute ne dispose pas nécessairement des outils et des **connaissances** liés à cette question »
 - o « C'est pour supporter l'agression que représente la proposition de déprescription par un soignant ? »
- Complément d'information pour l'un des items : « Prévoir dans la décroissance un retour en arrière si échec mais sans revenir à l'état basal. Lui expliquer pourquoi la prescription de ses médicaments doit changer, pourquoi l'ordonnance pouvait convenir avant et qu'on souhaite arrêter certains traitements. Trouver avec lui les **priorités** de révision de l'ordonnance et y aller petit bout par petit bout. »

- **Proposition 7** : De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faut:



Conclusion : **Pas de consensus pour l'item « Lutter contre l'automédication ».**
Consensus FAVORABLES pour les autres items.

Résumé des commentaires des experts :

- Doute sur l'intérêt d'une rémunération spécifique : « ce n'est pas la rémunération qui bloque je pense mais plus le temps, l'organisation, la **charge de travail** globale. »
- En rapport avec l'automédication :
 - o « L'automédication et en règle générale l'**autonomie** du patient me semble une bonne chose. C'est l'**éducation thérapeutique** et souvent le conseil pharmaceutique qui ne sont pas appropriés »
 - o « L'automédication intervient dans la **polymédication** mais pas dans la déprescription à proprement parler »
 - o « Informer largement les patients et le public en général sur un usage adapté des médicaments : oui assurément ; lutter contre l'automédication : non. Mais bien expliquer l'intérêt, les bénéfices espérés et les risques encourus d'un médicament, la durée probable de sa prise, les éléments de sa surveillance. »
- Autres propositions :
 - o « Prévoir l'arrêt d'un nouveau médicament dès sa **primo-prescription** »
 - o « Faire des campagnes aussi sur le rôle du pharmacien, son cœur de métier, les nouvelles missions, l'accompagnement pharmaceutique. Décorrélérer l'économie officinale du volume de vente des médicaments. Rémunérer les professionnels de santé à la qualité de prise en charge et non à la quantité de consultations, de km, de médicaments... »
- Doute par rapport aux messages publicitaires : « Cela aiderait à aborder le sujet avec plus de patients. Mais les interventions les plus efficaces sont en général celles **centrées patient** et intégrées aux soins. »

ANNEXE 7 – SYNTHÈSE DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

Synthèse 2^{ème} questionnaire :

Vous trouverez ci-après la synthèse des résultats et des commentaires des différents experts.

Un **consensus** (favorable ou défavorable) a été retenu si un accord (votes vert foncé et vert clair) OU un désaccord (votes orange et rouge) représentaient plus de 70% des réponses.

Pour le troisième questionnaire : nous avons enlevé les items ayant obtenu un consensus ; sauf en cas de mauvaise compréhension de la proposition, que nous avons alors reformulée afin qu'elle soit plus claire. Des modifications ont été réalisées en l'absence de consensus sur les autres items et des ajouts ont été réalisés à l'aide de vos commentaires.

- **Proposition 1** : Avant de créer une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant, une formation théorique sur ce sujet est nécessaire pour le médecin, afin de mieux appréhender les enjeux de la déprescription.

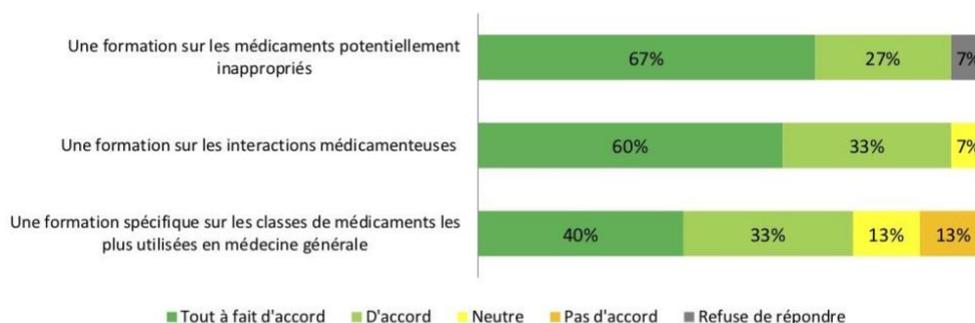


Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Plusieurs propositions complémentaires :
 - o Sensibilisation du plus grand nombre dès la **faculté**
 - o Formation « **FMC** » pour approfondir le sujet
 - o « Pour sécuriser la déprescription, donner des outils pour une juste assurance du médecin vis à vis de la démarche »
 - o Enjeux mais aussi avantages et inconvénients pouvant mener à ne pas déprescrire
- Plusieurs experts trouvent cette formation utile mais non indispensable :
 - o Une formation est utile mais je crois qu'un médecin peut être sensible à cette cause sans avoir eu de formation spécifique. Sans doute sera-t-il quand même **moins compétent** en l'absence de formation.
 - o Je pense qu'une formation est souhaitable et peut être grandement utile, néanmoins la déprescription **ne doit pas être conditionnée** au fait d'avoir reçu cette formation.

• **Proposition 1-a** : Elle doit comprendre :

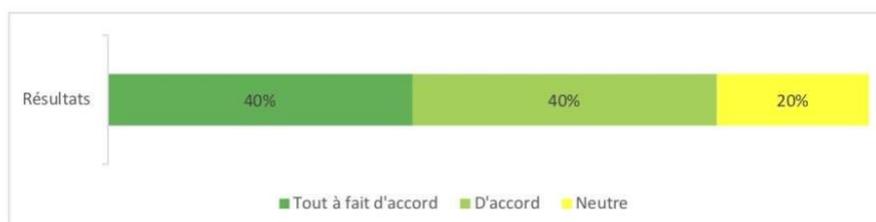


Conclusion : **Consensus FAVORABLES pour toutes les sous-propositions.**

Résumé des commentaires des experts :

- Contre-proposition d'un expert : « Bien-sûr qu'une formation "scientifique" sur les médicaments eux-mêmes pourrait être utile mais je pense que plus utile encore serait une formation sur les **déterminants** de la prescription / non déprescription et sur les **méthodes** possibles pour accompagner le patient dans la déprescription »
- Complément d'information : « Surtout les médicaments qui posent le plus de problèmes en général, et/ou des éléments de **méthode** »
- Précisions sur la proposition : « Les bases pharmacologiques nécessaire à la compréhension des items b et c sont censées être **acquises** mais un rappel ne fait pas de mal »

• **Proposition 1 - b** : Cette formation peut prendre la forme d'un séminaire.



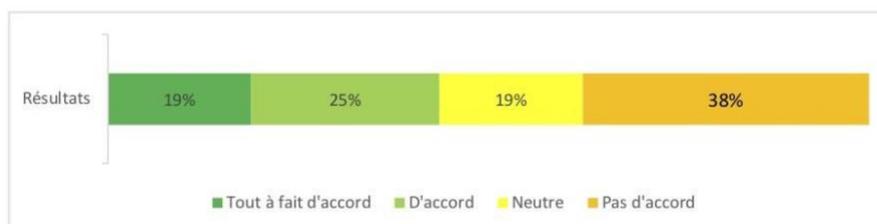
Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Discussion sur la forme de cette formation :
 - o « Des ateliers, une visio, des documents »
 - o « Avec **interactivité** »
 - o « Pourquoi pas, mais sur combien de temps ce séminaire ? En plusieurs fois ? »

- Problématique soulevée avec le séminaire : « Format probablement adapté pour une formation de qualité, mais **risquant de toucher beaucoup moins de médecins.** »
- Intérêt du séminaire : « permettant un **échange direct** entre praticiens plus riche **d'expériences partagées** »

- **Proposition 2** : Une consultation de renouvellement « classique » doit permettre et est suffisante pour aborder la déprescription.

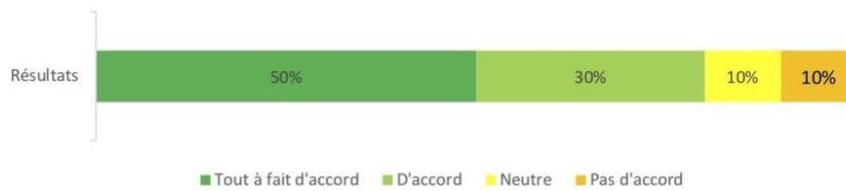


Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- Plusieurs commentaires sur la nécessité d'un temps dédié et/ou supplémentaire :
 - o « Oui dans l'hypothèse où le **seul motif** est la réévaluation de l'ordonnance. »
 - o « Pour la déprescription de médicaments inappropriés, elle peut être suffisante. Pour la déprescription, chez un patient polymédiqué, il faudrait avoir une intervention sans doute **plus complexe et structurée** »
 - o « Cela nécessite une **discussion avec le patient et ses proches** sur le bénéfice-risque à poursuivre ou non tel ou tel médicament, ce qui prend du temps »
 - o « Oui, sous réserve d'une **valorisation** du temps consacré à ces consultations, nécessairement longues si on veut aborder correctement la déprescription, en particulier chez des patients "complexes" »
 - o « Il faudrait un **temps d'explication** pour certains patients. Ce type de consultation est trop court. Pour améliorer l'**adhésion** du patient, prendre le temps paraît essentiel »
- Cette démarche doit se faire à chaque consultation :
 - o « Dans le cas où le médecin est **sensibilisé** et se pose systématiquement la question de l'indication de chaque traitement lors de chaque renouvellement »
 - o « Tout à fait d'accord sur la réévaluation bénéfice/risque, il s'agit d'une réflexion **automatique** du prescripteur »

- **Proposition 2 - a** : Dans le cas où la déprescription est intégrée à une consultation de renouvellement, il faudrait qu'elle soit réalisée tous les 3 à 6 mois minimum.



Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Très dépendant des patients :
 - o « Ça dépend du patient et/ou du traitement ; il y en a ça va être tous les mois »
 - o « Voir trop peu souvent. Un patient complexe risque de réduire le temps disponible pour aborder la déprescription (en multiplication des motifs notamment) »
- Intérêt pour une réévaluation tous les 3 mois :
 - o « Tout à fait adaptée pour suivre une déprescription, avoir un minimum de recul depuis l'arrêt, laisser le temps au patient de s'habituer. Laisser la porte ouverte à un rendez-vous plus précoce si l'arrêt est mal vécu. »
 - o « La réévaluation systématique facilite le geste de déprescription, en sensibilisant le patient »

- **Proposition 3** : Une consultation dédiée à la déprescription pourra être proposée aux patients polymédiqués (seuil à définir), de plus de 65 ans ou à tous les patients dont l'ordonnance comporte des médicaments potentiellement inappropriés (en plus des consultations de renouvellement habituelles).



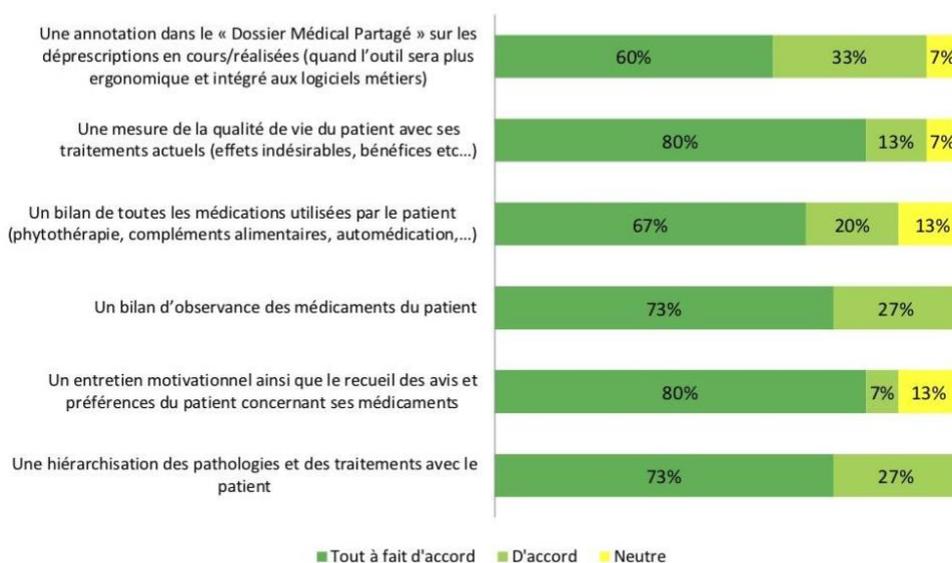
Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Certains experts soulèvent des difficultés d'organisation d'une telle consultation :
 - o « Je doute que les **patients adhérent** à la consultation déprescription, quand bien même on aurait des **créneaux** pour le faire »
 - o « Pas si la réflexion est faite régulièrement, sauf si on l'envisage de façon collégiale. Mais qu'elle **organisation** mettre en place ? »

- A intégrer dans une consultation classique : « Intégrer la partie déprescription dans une consultation de suivi "classique" serait peut-être plus efficace car **directement intégrée aux soins**. »
- Nécessité d'une cotation : « Dans le cas d'un acte avec cotation spécifique, cette proposition semble justifiée »

• **Proposition 3-a** : Cette consultation doit comprendre :

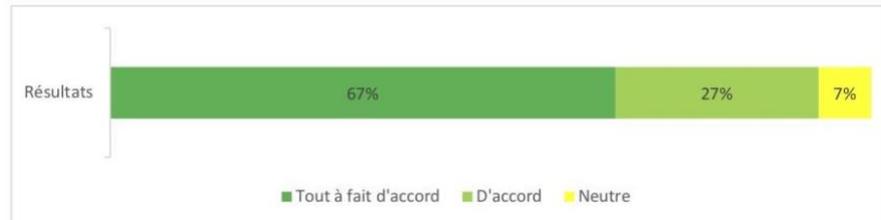


Conclusion : **Consensus FAVORABLES pour toutes les sous-propositions.**

Résumé des commentaires des experts :

- Par rapport au DMP : « L'annotation dans le DMP me paraît difficile à l'heure actuelle. Si le DMP se sert **directement du logiciel métier**, pourquoi pas ? Et encore avec l'accord du patient. »
- Propositions supplémentaires :
 - o « Une information sur la fréquence et les conséquences des accidents iatrogéniques »
 - o « Recueil des plaintes (potentiels EI) du patient »
 - o « Prise en compte du point de vue de l'IDE et pharmacien correspondants lors des RCP, ou suite à entretien... »
- Un expert propose de souligner la différence entre **l'entretien motivationnel et le recueil des préférences / représentations du patient.**

- **Proposition 3 - b** : Cette consultation dédiée à la déprescription serait réalisable au moins 1 fois par an, avec un suivi rapproché en cas de déprescription.

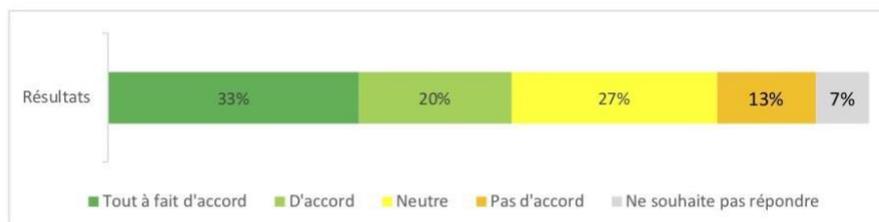


Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Un expert propose de reformuler le cadre du rythme : « **pourrait être** réalisée au moins une fois par an serait préférable »
- Sujet à aborder au fil du suivi classique : « Il ne me semble pas très naturel de segmenter le suivi annuel, la déprescription pouvant se faire, ou en tout cas être abordée, au fil de l'eau **tout au long de l'année**, ou en particulier lors d'**événements particuliers** (effet indésirable, sortie d'hospitalisation...) »

- **Proposition 3-c** : Il est préférable de favoriser une consultation en présentiel pour ce genre d'entretien, toutefois la téléconsultation peut être proposée en s'assurant que cet outil convienne et soit adapté au patient.



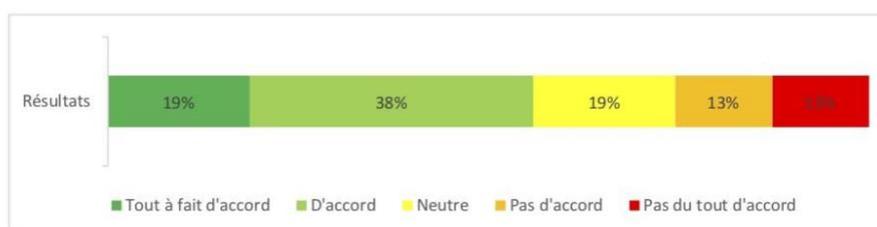
Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- Réticences vis-à-vis de la téléconsultation :
 - « Effectivement la consultation en présentiel est un meilleur outil permettant d'observer les réactions des patients et de mieux partager les **émotions** que la téléconsultation »

- « Je reste plutôt opposé à la téléconsultation, notamment pour aborder efficacement la déprescription et en particulier pour des patients "**complexes**". »
- « Chaque médecin pratique à sa guise / A utiliser avec parcimonie en cas de force majeure »
- « Si c'est une fois dans l'année, je pense qu'on peut se déplacer. »
- « Ce genre de consultation demande de pouvoir éventuellement "fouiller" dans les différentes ordonnances du patient et parfois les différents CR de spécialistes, nécessite un contact pour évaluer la motivation... »

- **Proposition 4** : Cette concertation pourrait être composée uniquement de médecins généralistes, à condition qu'une information soit donnée aux autres professionnels de santé qui suivent le patient.

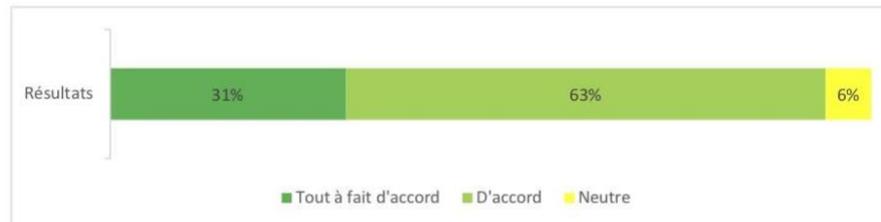


Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- Nécessité du **pluri**-professionnel :
 - « Très dépendant des pathologies des patients »
 - « Difficile, maintenant que l'on travaille en équipe (MSP – Maison de Santé Pluri-professionnelle), de faire cela entre généralistes. Au moins présence du pharmacien, voire de l'IDE, s'il y en a qui intervient auprès du patient. »
- Proposition de différencier les situations :
 - « Il me semble préférable d'inclure les autres spécialistes, et si possibles les infirmiers et pharmaciens, pour les situations **les plus complexes**. Mais il est vrai que les médecins généralistes sont les mieux placés pour aborder et mener à bien la déprescription, sans forcément passer par **la lourdeur d'une concertation** pluripro. Donc peut-être différencier les situations courantes des plus complexes ? A définir... »
 - « Si une concertation est nécessaire, ce qui n'est pas toujours le cas, alors c'est avec les soignants concernés et en particulier les pharmaciens. »

- **Proposition 5** : La visio-conférence est adaptée pour cette concertation pluri-professionnelle, sans la présence du patient.



Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Arguments pour :
 - « Oui si cela peut permettre aux professionnels de santé de se réunir plus facilement »
 - « Le ressenti semblant moins important qu'en présence d'un patient »
- Arguments contre :
 - « Organisation paraît complexe, simultanéité de disponibilité »
- Proposition supplémentaire : « Élargir **aux bilans partagés de médication** pharmacien/médecin », « Se demander qui va en parler : le médecin ou le pharmacien »

- **Proposition 6** : Dans cette démarche interventionnelle, un bilan de médication/une conciliation médicamenteuse entre le pharmacien d'officine et le patient peut être proposé par le médecin traitant ou à l'initiative du pharmacien.



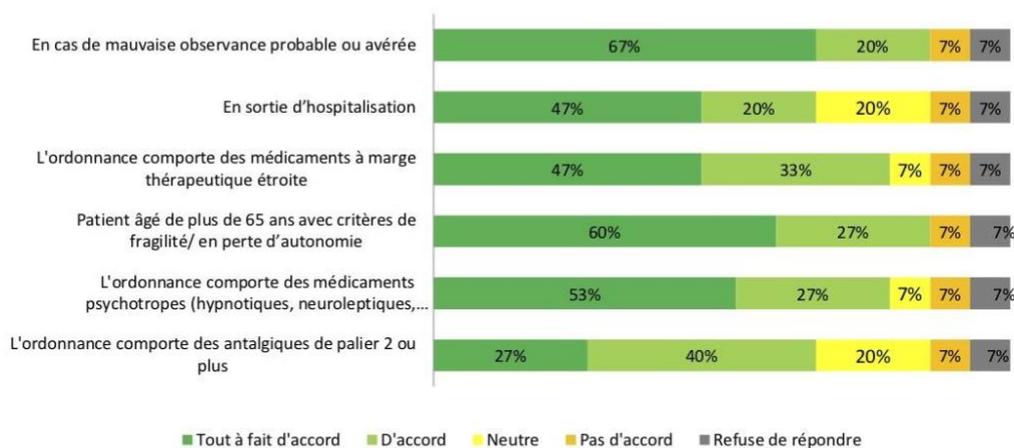
Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Importance du rôle du **pharmacien** : « Donner au pharmacien un vrai rôle dans la prise de traitement est très importante »

- Commentaire en faveur de ce bilan : « **confiance** augmentée, et expertise meilleure en **croisant les compétences** »
- Un expert demande de **différencier la conciliation aux Bilans Partagés de Médication (BPM)** : « ce n'est pas le même processus que la conciliation. Selon moi, ici, c'est un BPM qu'il faudrait proposer. »

- **Proposition 6-a** : Si oui, ce bilan doit être proposé systématiquement par le médecin traitant selon les critères suivants :

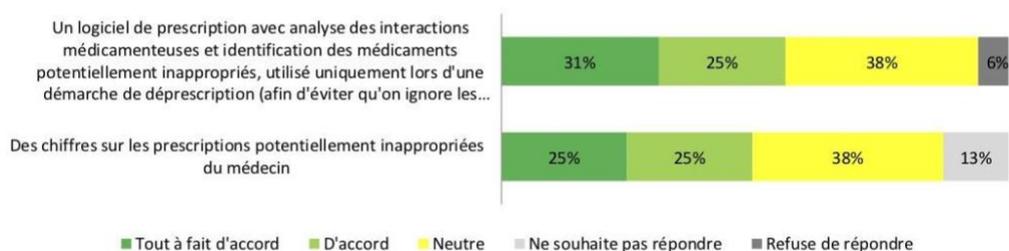


Conclusion : **Pas de consensus pour les items « En sortie d'hospitalisation » et « l'ordonnance comporte des antalgiques de palier 2 ou plus ».**
Consensus FAVORABLES pour les autres items.

Résumé des commentaires des experts :

- Variable selon les situations :
 - o « Chaque situation est singulière. Tous ces cas sont bien pertinents mais c'est **au cas par cas** qu'on déclenche telle ou telle action »
- Propositions supplémentaires :
 - o « Ordonnances avec IPP, si insuffisance rénale ou avec risques d'IM (ex inhibiteurs 3A4, inducteurs enzymatiques) »
 - o « Ne pas oublier les dosages MK (digoxinémie, anti-épileptiques,...) »
- Inclure **les autres professionnels de santé** : « les autres professionnels de santé peuvent participer également ».

- **Proposition 7** : Pour favoriser la déprescription lors de cette intervention, il faut fournir au médecin traitant :

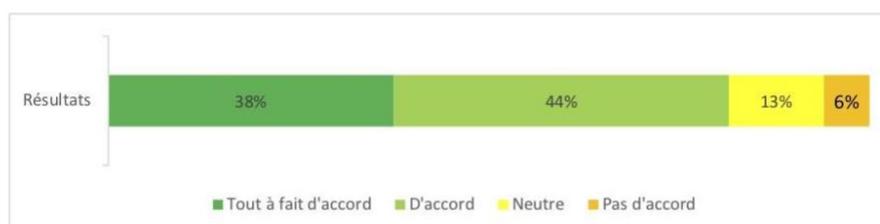


Conclusion : **Pas de consensus.**

Résumé des commentaires des experts :

- Logiciel avec IAM :
 - o « Alertes intéressantes, mais sans garantie de pertinence clinique ni de mesures à prendre adaptées »
 - o « On a besoin de l'investissement du médecin (du temps notamment) et de l'investissement du patient ; pas spécialement d'un logiciel. »
- Par rapport aux chiffres :
 - o « Les chiffres "bruts", donnés par la CPAM par exemple, peuvent éventuellement attirer l'attention du prescripteur, mais comme l'intervention de déprescription se fait au cas par cas avec le patient en face, je doute que fournir ces "chiffres" soit plus utile qu'informatif ».

- **Proposition 8** : Lors de cette intervention, pour favoriser l'acceptation du patient à la déprescription, il faudrait apporter un soutien psychologique en cas de déprescription de certaines classes de médicaments (comme les hypnotiques ou les antalgiques par exemple).



Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Complément à la proposition :

- « Soutien psychologique indispensable, suivi rapproché, proposition de mesures **non médicamenteuses** complémentaires »
- « D'où l'intérêt de la **collaboration** avec le pharmacien d'officine que le patient peut aller voir plus facilement que son médecin »
- Nécessité du travail en amont : « Reconnaître certains **profils "consommateurs"** et moduler au plus juste la prescription »
- Discussion sur l'intérêt d'une valorisation pécuniaire : « Pour ces médicaments à risque de dépendance, la déprescription, qui est alors un **sevrage**, devrait systématiquement faire l'objet d'un accompagnement rapproché, qui pourrait être valorisée par une cotation forfaitaire ? »
- Demande de précision de la proposition : « Apporter un soutien oui, mais quel genre de soutien psychologique ? Intervention d'un **psychologue** ? »

- **Proposition 9** : De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faut :



Conclusion : **Consensus FAVORABLES pour toutes les propositions.**

Résumé des commentaires des experts :

- Concernant les pharmaciens :
 - « Propositions 1 et 3 : vraiment du rôle du pharmacien, mais il faudrait apporter une **aide financière** pour favoriser l'intérêt de conseiller les patients. »
 - « Ajouter une meilleure collaboration avec les professionnels de santé qui entourent le patient et notamment les pharmaciens »
 - « Dé-corréler la **rémunération pharmaceutique** du volume de vente des médicaments »
- Complément d'information sur la proposition 2 : « notamment en cas de prescription **d'hypnotique.** »
- Propositions supplémentaires :
 - « Sans doute aussi continuer à s'informer et se former (les prescripteurs) avec des **sources fiables et indépendantes.** »
 - « Ne pas se laisser aller à suivre des **recommandations** non mises à jour, ni suivre sans esprit critique les prescriptions sous influences (leaders d'opinion et autre) »
 - « Développer les **alternatives** thérapeutiques avec une meilleure balance B/R »
- Proposition de modifier l'item sur l'automédication :
 - « Peut-être plus "informer et **responsabiliser** le patient sur l'automédication" »
 - « Éduquer le patient de manière générale, et non pas seulement sur l'automédication ». »

ANNEXE 8 – SYNTHÈSE TROISIÈME QUESTIONNAIRE

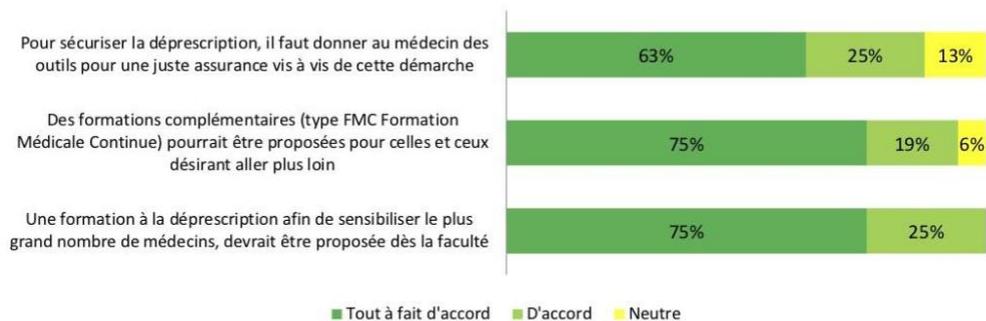
Synthèse 3^{ème} questionnaire :

Vous trouverez ci-après la synthèse des résultats et des commentaires des différents experts.

Un **consensus** (favorable ou défavorable) a été retenu si un accord (votes vert foncé et vert clair) OU un désaccord (votes orange et rouge) représentaient plus de 70% des réponses.

Pour le troisième questionnaire : nous avons enlevé les items ayant obtenu un consensus ; sauf en cas de mauvaise compréhension de la proposition, que nous avons alors reformulée afin qu'elle soit plus claire. Des modifications ont été réalisées en l'absence de consensus sur les autres items et des ajouts ont été réalisés à l'aide de vos commentaires.

- **Proposition 1** : Cette formation théorique peut comprendre ou peut prendre la forme de :



Conclusion : **Consensus FAVORABLES pour toutes les sous-propositions.**

Résumé des commentaires des experts :

- Propositions complémentaires :
 - o Intérêt des logiciels de déprescription, connus des pharmaciens : « Il est important de favoriser une **meilleure concertation et collaboration avec les pharmaciens** qui sont accoutumés à l'usage de logiciels émettant des alertes quant aux prescriptions comprenant des risques. Des logiciels créés spécifiquement pour faciliter la déprescription existent, il s'agit de mener une action pour rendre ces logiciels faciles d'accès et effectuer des formations pour l'usage de ceux-ci »
 - o Prévoir la déprescription dès la prescription

- **Proposition 2** : Une consultation de renouvellement « classique » peut permettre d'aborder la déprescription, et pourra amener le praticien à proposer une consultation dédiée s'il juge que la situation du patient nécessite un temps supplémentaire pour mener à bien la (les) déprescription(s) souhaitée(s).



Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Complément de proposition : « Une consultation dédiée voire une concertation pluridisciplinaire pourront être proposées mais **pas de façon systématique** »
- Un expert a fait remarquer que la déprescription peut ne pas aboutir après une première consultation. Elle s'inscrit alors dans un **parcours**.
- Proposition d'un expert d'orienter **dans un premier temps vers le pharmacien** pour réaliser un bilan de médication

- **Proposition 2 - a** : Dans le cas d'une consultation dédiée à la déprescription, celle-ci sera préférentiellement réalisée en présentiel plutôt qu'en téléconsultation.

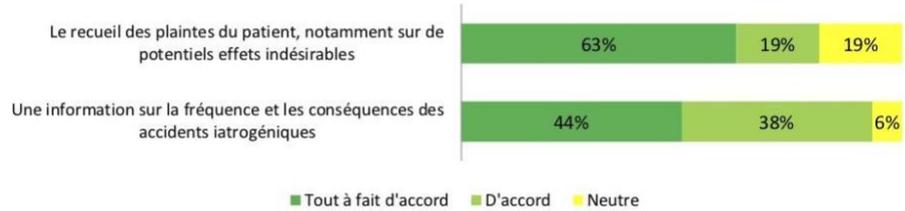


Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- Arguments en faveur de la proposition :
 - o « Il me semble que la communication est beaucoup **plus simple et efficace** en présentiel »
 - o « Besoin d'avoir **les ordonnances sous la main** qui ne seront pas forcément disponibles à l'heure actuelle dans le dossier informatique »
- Proposition de reformulation : « ou en présence d'une IDE ou de la personne de confiance »

- **Proposition 2 -b** : Cette consultation dédiée doit idéalement comprendre :

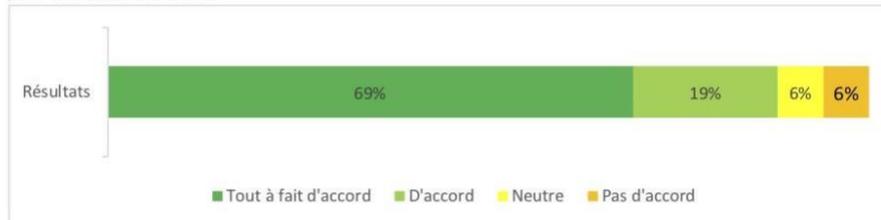


Conclusion : **Consensus FAVORABLE** pour toutes les sous-propositions.

Résumé des commentaires des experts :

- Proposition de reformulation :
 - o « Ce n'est pas en termes de fréquence d'accidents iatrogène, c'est en termes de **risque** et surtout de balance entre ces risques d'EI et les bénéfices espérés de continuer. »
 - o « Plutôt d'une info sur la **balance bénéfico-risque** »
- Nécessité de s'adapter au patient :
 - o « Des chiffres généraux **ne touchant pas personnellement le patient** sont parfois inutiles »
 - o « Il faut une information **vulgarisée** qui permette d'informer le patient sur la nécessité de cette réévaluation des traitements »

- **Proposition 3** : Il est préférable d'inclure différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, plutôt que de ne regrouper que des médecins généralistes, pour cette concertation.



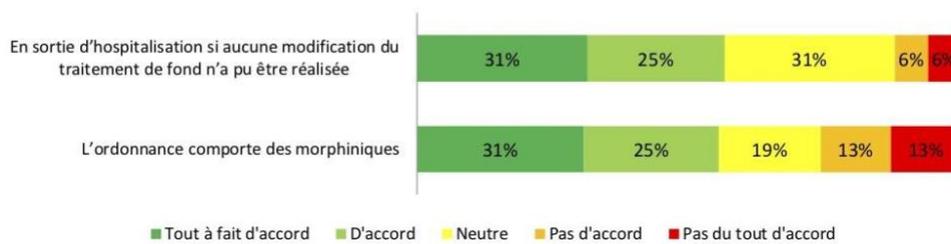
Conclusion : **Consensus FAVORABLE.**

Résumé des commentaires des experts :

- « Le médecin généraliste peut demander un autre avis si besoin mais **doit pouvoir gérer seul** le processus »
- **Seuls les soignants concernés** dont le pharmacien doivent y participer
- Arguments en faveur de la proposition :

- « Je pense qu'un groupe pluri professionnel est bien **plus riche** que seulement plusieurs médecins généralistes »
- « Difficile de juger de la balance bénéfice risque sur des **traitements très spécifiques** de maladies d'hyperspécialité" »
- Argument contre la proposition : « A voir au cas par cas. Certaines **situations courantes**, comme l'arrêt d'un IPP, ne le nécessitent pas forcément. »

- **Proposition 4** : Ce bilan de médication peut être proposé par le médecin traitant ou à l'initiative du pharmacien, selon les critères suivants :

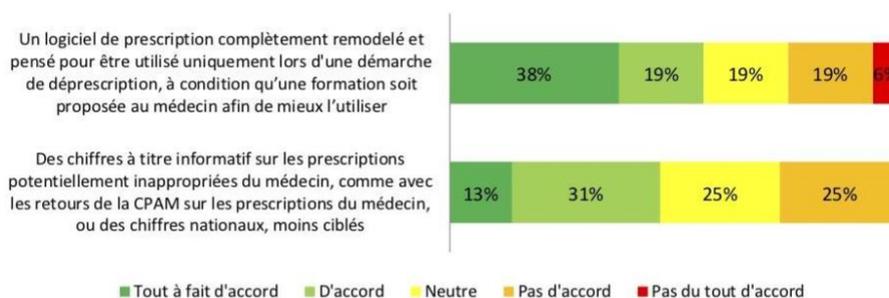


Conclusion : **Pas de consensus pour aucune des sous-propositions.**

Résumé des commentaires des experts :

- Plusieurs experts sont contre la présence de critères pour ce bilan de médication.
- Arguments contre la proposition de morphiniques :
 - « Il me semble que la prescription de morphinique est **bien remise en question** régulièrement. »
 - « Les morphiniques ne me semblent **pas une classe de médicaments plus à risque que beaucoup d'autres** lorsqu'elle est bien prescrite et utilisée. »
 - « Plus que des morphiniques sur l'ordonnance, **l'ancienneté de la prescription** me semble plus importante »
 - « L'ajout successif **d'anticoagulant et antiagrégant plaquettaire** me semble plus dangereux qu'un traitement morphinique bien conduit »
- Arguments contre la proposition de l'hospitalisation : « Cela dépend de la cause de l'hospitalisation »
- Propositions d'ajout :
 - « Si des modifications significatives ont été effectuées dans le traitement après une hospitalisation »
 - « Et également à partir d'un certain nombre de médicaments sur l'ordonnance ou si de multiples interactions sont observées sur l'ordonnance »
- Argument en faveur de la proposition : « Établir des **critères de vigilance** dont pourraient faire partie vos 2 propositions me semble utile. »
- Un expert n'a pas compris l'intitulé de l'item « hospitalisation ».

- **Proposition 5** : Pour favoriser la déprescription lors de cette intervention, il faut fournir au médecin traitant :

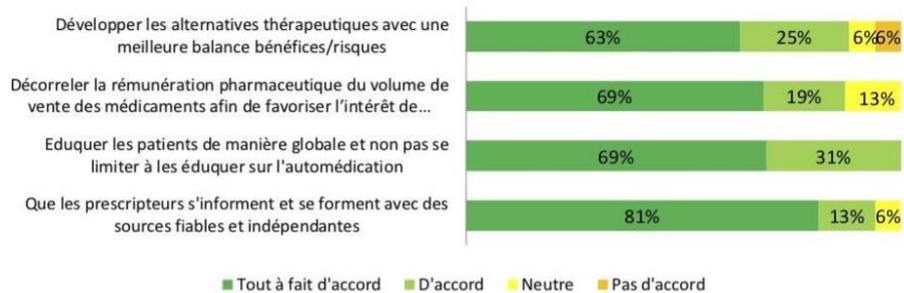


Conclusion : **Pas de consensus pour aucune des sous-propositions.**

Résumé des commentaires des experts :

- Arguments contre la proposition des chiffres :
 - « Je pense que le résultat sera d'en faire fuir certains **au lieu de les sensibiliser** »
 - « **Qui** estimerait que c'est inapproprié ? Ça risque de focaliser **sur les seuls médicaments dont on sait mesurer les écarts** qui pourraient sembler non pertinents »
- Arguments contre la proposition du logiciel :
 - **Infaisabilité** : « je ne vois pas comment c'est possible »
 - « Les soignants ont besoin d'avoir un **outil unique fiable**. Les documentations sur les dysfonctionnements informatiques sont nombreuses »
 - « La démarche doit rester "**humaine**". »
- Autre proposition :
 - Des outils d'aide type "**START/STOP**" me sembleraient plus utiles.
 - Il faut du temps avec une **consultation dédiée** ainsi que la possibilité d'interagir avec le **pharmacien** (messagerie sécurisée, dossier partagé, ...)

- **Proposition 6** : De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faudrait idéalement :



Conclusion : **Consensus FAVORABLES pour toutes les sous-propositions.**

Résumé des commentaires des experts :

- Complément d'information : « La déconnexion de la rémunération des pharmaciens du volume est **déjà largement commencée.** »
- **Valoriser la qualité de l'intervention pharmaceutique** : « il faudrait que le pharmacien soit rémunéré pour les boîtes qu'ils ne délivrent pas »
- Reformulation sur les alternatives thérapeutiques « **médicamenteuses ou non médicamenteuses** »
- Proposition de reformulation sur l'automédication :
 - o « Promouvoir **l'éducation thérapeutique** autour de la prévention de l'iatrogénie »
 - o « J'imagine plutôt informer, sensibiliser les patients plutôt qu'éduquer, qui sonne toujours **professoral ou paternaliste** »

ANNEXE 9 – RÉSULTATS BRUTS AVEC COMMENTAIRES

Questionnaire 1, proposition 1 :

Experts	Avant de créer une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant, une formation théorique sur ce sujet doit être réalisée par le médecin.
1	Pas d'accord je pense que cela peut aider à donner des outils mais n'est pas du tout une nécessité
2	Pas d'accord Formation théorique pour qui ? pour le patient = consultation ou pour les autres professionnels ça me semble difficile. Il est intéressant mais non obligatoire pour chaque médecin de se former sur le sujet
3	D'accord
4	Tout à fait d'accord
5	Tout à fait d'accord
6	Neutre une formation est nécessaire mais non indispensable. Tout le monde doit pouvoir se lancer !
7	Tout à fait d'accord
8	Pas d'accord Il me semble que le rationnel de la déprescription est déjà bien connu et accessible à tous
9	D'accord
10	Tout à fait d'accord
11	D'accord
12	Tout à fait d'accord Clarifier la question: une formation théorique doit être réalisée par le médecin, c'est dire le médecin doit recevoir une formation théorique sur la déprescription ou bien le patient doit recevoir une formation ?
13	Tout à fait d'accord
14	D'accord il faudrait plutôt dire : une formation théorique soit être proposée au médecin
15	Tout à fait d'accord formation générique déprescription + argumentaire spécifique par médicament (ou famille de) : pourquoi ? comment ?
16	D'accord
17	D'accord

Questionnaire 1, proposition 1-a :

Experts	Elle doit comprendre : une formation de gériatrie avec les spécificités inhérentes aux personnes âgées	Une formation des approches complémentaires aux stratégies thérapeutiques afin d'éviter la seule réponse médicamenteuse	Une formation à l'entretien motivationnel	Une formation sur les pathologies chroniques rencontrées en médecine générale	
3	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	
4	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
5	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord	
6	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	une formation / des compétences sur les interactions médicamenteuses
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Une formation sur la notion de médicament inapproprié, permettant de cibler les médicaments à déprescrire, les enjeux et les modalités de leur déprescription
10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	
11	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Il me semble que la formation aux pathologies chroniques de MG fait partie de la formation initiale et la mise à jour des connaissances est de la responsabilité du MG tout au long de sa carrière
12	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Pas d'accord	
13	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord	
14	Tout à fait d'accord	Neutre	D'accord	D'accord	ce n'est pas une question de discipline ou de compétence a priori : il s'agit AMHA des soignants (toutes professions) surtout ceux impliqués dans le soin à une personne donnée. D'autre part, l'entretien motivationnel n'est pas un passage obligé. Il y a sans doute bien d'autres méthodes
15	D'accord	D'accord	Neutre	D'accord	Je ne sais pas, par contre, quelle forme pourrait prendre cette formation... Séminaire ? Cercle qualité ? Intervention dans un groupe d'échange de pratique ?...
16	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	
17	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	

Questionnaire 1, proposition 2 :

Experts		Cette intervention doit comprendre une consultation dédiée, proposée par le médecin traitant à ses patients.
1	Neutre	dans l'idéal oui ce serait bien ; dans les faits plannings déjà surchargés et je doute++ que les patients adhèrent ; il faut saisir l'opportunité sur les consultations de renouvellement par exemple
2	D'accord	La consultation est au mieux dédiée à la déprescription mais une déprescription peut avoir lieu lors d'une consultation de renouvellement par exemple.
3	Tout à fait d'accord	
4	Tout à fait d'accord	
5	Neutre	pas forcément; à mon avis c'est par petites touches et ça doit pouvoir être intégré dans une cs normale
6	Pas d'accord	Dans l'idéal, une consultation dédiée. Mais normalement, une consultation de renouvellement est une consultation de réévaluation des traitements, donc de déprescription potentielle ! La consultation de renouvellement doit être par contre dans l'idéal, dédiée, c'est à dire sans autre motif annexe...
7	D'accord	
8	Tout à fait d'accord	
9	Tout à fait d'accord	
10	Tout à fait d'accord	
11	Neutre	
12	Tout à fait d'accord	
13	Tout à fait d'accord	
14	Tout à fait d'accord	oui nécessaire y consacrer un temps dédié
15	Neutre	pas forcément : parfois il s'agit seulement d'un moment propice au cours d'une consultation lambda. Ou PLUTÔT : ce qui compte AMHA c'est une consultation programmée de réévaluation de l'ensemble des médicaments (et AUTRES produits de santé, y compris automédication), à intervalle régulier pour définir SI BESOIN DE DÉPRESCRIRE. ce qui compte surtout c'est de fixer une consultation à intervalle régulier (rythme ???) pour s'assurer qu'on ne laisse pas passer le temps
16	Neutre	Il me semble que les consultations de suivi, alias "renouvellement d'ordonnance", qui devraient plutôt être nommées "réévaluation d'ordonnance" sont propices à aborder la déprescription.
17	D'accord	

Questionnaire 1, proposition 2-a :

Experts	Cette consultation dédiée doit comprendre :	Un bilan d'entretien motivationnel (afin d'identifier les peurs et croyances du patient)	Un bilan d'observance des médicaments du patient	Un bilan de toutes les médications utilisées par le patient (phytothérapie, compléments alimentaires, automédication,...)	Une mesure de la qualité de vie du patient avec ses traitements actuels	Une annotation dans le « Dossier Médical Partagé » sur les déprescriptions en cours/réalisées
1	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord
2	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord
3	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
4	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
5	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
8	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord
11	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Neutre
12	Neutre	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
13	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
14	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord
15	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
16	Tout à fait d'accord	Neutre	Neutre	Neutre	Neutre	Neutre
17	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord

le DMP est très mal foutu et trop chronophage ; le lien avec les logiciels n'est pas au point c'est pas gérable à mon sens

La consultation dédiée permet effectivement de réaliser au mieux l'ensemble des étapes menant à une déprescription. Il me semble que parfois cela peut être plus simple.

Hierarchie des pathologies selon le Patient

Elle pourrait être réalisée à la suite et en complément d'un bilan de médication fait par le pharmacien d'officine qui reprend un certain nombre de ces items

revue aussi des plaintes exprimées par le patient afin d'identifier de potentiels effets indésirables médicamenteux

vous semblez tenir à l'entretien motivationnel, mais ce n'est qu'une méthode parmi d'autres. Recueil de ce que le patient pense est le préalable+++ recueil des avis et préférences des patients peut suffire. le tout est d'installer le climat de confiance propice à envisager des modifications thérapeutiques

Tout ce qui tourne autour des médicaments pris est intéressant (représentations, tolérance, observance...), difficile de les prioriser. Concernant le DMP, ce sera probablement un outil très intéressant quand il sera un peu plus ergonomique et intégré à nos logiciels métiers.

Questionnaire 1, proposition 2-b :

Experts	La téléconsultation est adaptée pour ce type d'entretien.
1	Neutre je n'aime pas les téléconsultations qui pour moi restent du dépannage ; mais s'il n'y a pas d'examen physique oui ça peut le faire
2	D'accord Oui pourquoi pas... mais si je pense que pour l'entretien motivationnel par exemple, les choses sont plus difficiles à distance. Mais ce n'est que mon ressenti.
3	Neutre
4	Pas du tout d'accord Cette consultation nécessite un rapport de confiance entre le patient et son médecin, une analyse attentive des réactions du patient parle médecin et je ne pense pas que la visio permette ce type d'interaction.
5	D'accord
7	Pas d'accord pas adapté pour des patients âgés
8	Tout à fait d'accord C'est du programmé...+ entretien efficace en visio ??
9	Pas d'accord
10	Neutre
11	Nesouhaite pas répondre
12	Pas d'accord La télé médecine est souvent peu adaptée au public gériatrique d'une façon générale
13	Pas du tout d'accord Le patient peut avoir des difficultés à se livrer lors d'une consultation régulière portant sur son observance médicalementeuse. Cela serait encore plus difficile via la téléconsultation. Par ailleurs de nombreux patients de plus de 65 ans ne dispose pas du matériel nécessaire pour réaliser une téléconsultation.
14	Pas d'accord importance de rester en présentiel
15	Neutre pas d'avis affirmé. ça peut peut-être se concevoir avec un patient suivi avec une relation de confiance établie, mais le non verbal de l'entretien face-à-face compte certainement beaucoup. mais le langage non verbal est si important que le face à face me semble préférable
16	Pas d'accord D'une manière générale je trouve que la téléconsultation est moins optimale que le présentiel en terme de communication, et expose à un risque de perte d'informations ou de mauvaises compréhension.
17	Pas du tout d'accord Il faut pouvoir faire un entretien clinique et ouvrir à la discussion en réel

Questionnaire 1, proposition 2-c :

Experts	
Cette consultation doit être proposée uniquement aux patients polymédiqués (seuil à définir) ou de plus de 65 ans.	
1	<p>Pas du tout d'accord</p> <p>pas que</p> <p>Non, je me suis vu proposer un arrêt de lévothyroxine chez une patiente de 25 ans qui ne prenait que cela. cela avait fait l'objet de toutes les étapes citées plus haut. Mais si on parle d'un acte défini et coté spécifiquement oui patient de plus de 65 ans et polymédiqués.</p>
2	Pas d'accord
3	Pas du tout d'accord
4	Pas d'accord
5	Neutre
7	Neutre
8	Neutre
9	Pas du tout d'accord
10	Pas d'accord
11	Neutre
12	Neutre
13	Neutre
14	Pas d'accord
15	<p>Pas du tout d'accord</p> <p>pas uniquement mais oui pour ces populations en priorité</p> <p>déprescrire, c'est une attitude partie intégrante des soins à une personne. Il n'y a pas d'âge ni de nombre qui compte, ce qui prime c'est la justification de la prise d'un médicament, et la déprescription de ce qui est plus dangereux qu'utile, puis de ce qui est inutile. Il est concevable, pour entraîner à la démarche, de se concentrer sur les plus vulnérables vis-à-vis de la prise de médicaments donc souvent les polym et les personnes âgées, mais l'intérêt est de rendre la déprescription comme composante "normale" de la prescription. même si pour des raisons pédagogiques et de santé publique, il est légitime de commencer par des patients a priori plus vulnérable aux effets indésirables des médicaments, c'est une attitude qui doit faire partie du soin</p>
16	Pas d'accord
17	<p>Pas du tout d'accord</p> <p>Idéalement pas de restriction (par exemple des patients jeunes sous IPP au long cours sans indication valable méritent aussi d'envisager une déprescription). Mais bon, peut-être que dans un premier temps cibler les patient plus âgés et polymédiqués serait une manière de gérer la priorité...</p> <p>Non, à tous les patients polymédiqués, quel que soit l'âge</p>

Questionnaire 1, proposition 2-d :

Experts	<p data-bbox="347 1272 368 1792">Cette consultation dédiée serait réalisable une fois par an.</p> <p data-bbox="376 1312 399 1792">1 Ne souhaite pas répondre je sais pas ; faisabilité ??</p> <p data-bbox="406 432 456 1792">2 Tout à fait d'accord Pour les patients de plus de 65 ans et polymédiqués, une réflexion une fois par an sur la déprescription serait effectivement intéressante.</p> <p data-bbox="464 1720 485 1792">3 Neutre</p> <p data-bbox="493 1339 513 1792">4 Neutre au choix du médecin</p> <p data-bbox="521 1704 542 1792">5 D'accord</p> <p data-bbox="550 1615 571 1792">7 Tout à fait d'accord</p> <p data-bbox="579 1615 600 1792">8 Tout à fait d'accord</p> <p data-bbox="608 1704 628 1792">9 D'accord</p> <p data-bbox="636 1704 657 1792">10 D'accord</p> <p data-bbox="665 1167 686 1792">11 Pas d'accord réflexion a chaque nouvelle prescription</p> <p data-bbox="694 1615 715 1792">12 Tout à fait d'accord</p> <p data-bbox="722 465 772 1792">13 Pas d'accord Cette consultation doit être réalisée une fois par an et lors de changements de traitements, par exemple lors des sorties d'hôpital.</p> <p data-bbox="780 1149 801 1792">14 Pas d'accord idéalement faire un suivi 3 et 6 mois après</p> <p data-bbox="809 421 922 1792">15 Neutre Dans la mesure où la déprescription de un ou plusieurs médicaments se fait souvent en plusieurs fois, la question est AMHA : à quel rythme réévaluer de fond en comble en traitement ? Je n'ai pas la réponse, et je n'ai pas trouvé dans la littérature de réponse ferme. c'est la consultation révision des traitements qui doit être à intervalle régulier (je n'ai pas d avis tranché sur le rythme), ensuite on déprescrit souvent en plusieurs fois, même pour un seul médicament.</p> <p data-bbox="930 421 1011 1792">16 Neutre Je pense voir en moyenne 2 à 4 fois par an les patients avec traitement au long cours, pas de raison de se limiter à une fois par an pour aborder le sujet. Par ailleurs le "processus" de déprescription peut se faire en plusieurs étapes, sur plusieurs mois.</p> <p data-bbox="1019 1615 1040 1792">17 Tout à fait d'accord</p>
---------	---

Questionnaire 1, proposition 3 :

Experts	Cette intervention de déprescription doit comprendre une concertation pluri-professionnelle comprenant le médecin traitant.
1	Tout à fait d'accord
2	Pas d'accord
3	D'accord
4	Neutre
5	D'accord
6	Tout à fait d'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Neutre
9	D'accord
10	Tout à fait d'accord
11	Ne souhaite pas répondre
12	Tout à fait d'accord
13	Tout à fait d'accord
14	Tout à fait d'accord
15	D'accord
16	D'accord
17	Pas d'accord

oui dans le principe mais faisabilité ??
Elle peut comprendre une concertation pluridisciplinaire mais ce ne doit pas être obligatoire...
"peut comprendre" : je ne pense pas qu'en pratique, ce soit réalisable pour tous les patients concernés, trop consommateur de temps.
C'est souhaitable, à minima médecin pharmacien voire IDE
Inscrire la déprescription/révision de la prescription dans le parcours du patient : consult, concertation, avis extérieur spécialiste si besoin, action
à tout le moins une information de tous les soignants concernés par les soins à CE patient des propositions concernant la justification de chaque ligne de traitement, et de déprescription, afin que le soignant à l'initiative de la démarche puisse recueillir les avis éventuels, les réserves, etc. ne pas confondre : information oui, concertation ... quand une déprescription est justifiée mais que des avis contraires s'expriment, faut-il envisager un accord par concertation ? je pense que non, dans l'intérêt du patient
Dans certaines situations seulement (pour l'arrêt d'un IPP pas besoin de concertation pluriipro, pour un hypnotique chez une personne âgée il peut être intéressant de se coordonner avec l'IDE, le pharmacien...)

Questionnaire 1, proposition 3-a :

Experts	Cette concertation pluri-professionnelle doit faire intervenir :					
	Uniquement des médecins généralistes, comme dans les groupes de pairs par exemple	Un pharmacien d'officine, comme dans les cercles de qualité	Un gériatres s'il s'agit d'un patient âgé	L'IDE (Infirmière Diplômées d'Etat) qui suit le patient	Le médecin coordonnateur d'EHPAD si le patient vit en maison de retraite	Les spécialistes qui suivent le patient
1 Pas du tout d'accord	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
3 Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
4 Pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord
5 Pas d'accord	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord	Neutre
6 Pas d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord
7 Pas d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
8 D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord
9 Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Neutre
10 Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre
12 Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
13 Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
14 Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
15 Pas du tout d'accord	D'accord	D'accord	Neutre	D'accord	D'accord	D'accord
16 D'accord	D'accord	D'accord	Neutre	D'accord	D'accord	D'accord

non nécessité des spé les spécialistes qui suivent le patients doivent être concertés dans ce type d'intervention, l'IDE apportera des éléments essentiels sur le mode de vie et l'observance. En revanche je ne suis pas certaine de l'apport du pharmacien ni de sa disponibilité pour ce genre d'échange.

ça dépend si c'est à domicile, ou en EHPAD

Domage de faire cela uniquement entre généralistes car si le spécialiste ne comprend pas pourquoi on arrête et traitement il va le prescrire. Interet que tout le monde soit d'accord sinon le patient ne comprendra rien.

il est préférable d'avoir tous les pro de santé qui gravite autour de la personne

Le cercle de qualité n'est pas une rcp. On y vois parfois des cas cliniques mais cene sont que des outils et non un but en soi, par contre le pharmacien d'officine participe déjà à des rcp stricto sensu....

Pour le gériatre, peut-être pourrait-il être sollicité sur un second niveau quand la concertation n'a pas permis d'améliorer la situation ou résoudre le pb médicamenteux

Les pharmaciens doivent être inclus

il ne s'agit pas de compétence ou de diplôme, mais de TOUS LES SOIGNANTS CONCERNÉS ET CONTRIBUANT AUX SOINS DE CEPATIENT. tous les patients concernés

C'est du cas par cas, selon la situation. Pour les gériatres un bémol car de mon expérience les avis gériatriques (hôpital aliens) sont intéressants mais parfois un peu déconnectés de la réalité du terrain ambulatoire et pas toujours "centrés patient".

Questionnaire 1, proposition 3-b :

Experts	La visio-conférence est adaptée pour une telle concertation. je ne sais pas ; je pose encore la question de la faisabilité vu le % de nos patients de >65ans...
1	Neutre
3	D'accord
4	Neutre
5	D'accord
6	D'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	D'accord
12	Tout à fait d'accord
13	Pas du tout d'accord
14	Pas du tout d'accord
15	D'accord
16	Neutre

Questionnaire 1, proposition 4 :

Experts	Dans cette démarche interventionnelle, un bilan de médication/une conciliation médicamenteuse entre le pharmacien d'officine et le patient doit être proposé par le médecin traitant.
1	Neutre doit non / peut oui ; le pharmacien peut aussi prendre l'initiative ??
2	Neutre Peut être proposée mais pas doit car cela dépend aussi de l'implication du pharmacien d'officine
3	Tout à fait d'accord
4	Neutre
5	Pas d'accord je crains que cela ne rajoute une étape complexe
6	Tout à fait d'accord
7	Tout à fait d'accord
8	D'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Tout à fait d'accord Indispensable. De la même manière que le Mg adresse à un spé ou autre...
11	Nesouhaite pas répondre
12	Pas d'accord Je ne vois pas de quoi il s'agit
13	Tout à fait d'accord
14	Tout à fait d'accord
15	Pas d'accord pas d'accord pour que ce soit une obligation (doit être), mais D'ACCORD +++ pour que ça soit PROPOSÉ : cde sont d'excellents moyens
16	Neutre Probablement intéressant mais je n'en ai pas l'expérience...
17	D'accord

Questionnaire 1, proposition 4-a :

Experts	Si oui, ce bilan doit être proposé systématiquement par le médecin traitant selon les critères suivants :			
	Un nombre défini de médicaments sur l'ordonnance	Un patient âgé de plus de 65 ans	La prescription d'hypnotiques sur l'ordonnance	
1	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	<p>plutôt le type de traitement ; des patients ont un très lourd traitement mais tout à fait indispensable Je rajouterai psychotrope et antalgiques à partir de niveau 2 oui</p> <p>Médicament à marge thérapeutique étroite, mauvaise observance, sortie d'hospit, modif du ttt</p> <p>le proposer également si problème d'adhésion/observance, pb de gestion des traitements au domicile, ou pb dans la prise des traitements ou iatrogénie mise en évidence</p> <p>prescription de BZD, prescription IPP</p> <p>même remarque que plus haut, il serait dommage d'être restrictif sur les critères devant amener à se poser des questions sur les ordonnances. Mais en pratique je suppose qu'on ne peut pas demander au pharmacien de faire un bilan de médication pour tous les patients ! Donc pourquoi pas prioriser sur le nombre de médicaments par exemple...</p>
2	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
3	Pas du tout d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	
4	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
6	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
8	D'accord	D'accord	D'accord	
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
10	D'accord	D'accord	D'accord	
13	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord	
14	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	
16	D'accord	Neutre	D'accord	
17	Ne souhaite pas répondre	Ne souhaite pas répor	Ne souhaite pas répondre	

Questionnaire 1, proposition 5 :

Experts	Pour favoriser la déprescription lors de cette intervention, il faut fournir au médecin traitant :	Des guidelines/recommandations à propos de la déprescription sur chaque classe de médicament.	Des chiffres et conseils sur les prescriptions inappropriées	Une liste des médicaments inappropriés (critères Beers)	Un logiciel avec analyse automatique des interactions médicamenteuses	Un logiciel de déprescription (STOPP/START...)	Je ne connais pas le fonctionnement donc je ne peux pas dire
1	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	Neutre	Nesouhaite pas répondre	L'analyse automatique des interactions est déjà faite par nos logiciels mais le nombre d'interactions rend inutilisable les informations. Un logiciel stop start ou des guides bien organisés OUI et fournir au patient une justification écrite sur chaque ligne de prescription
2	Tout à fait d'accord	Neutre	Neutre	D'accord	Pas d'accord	D'accord	
3	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	D'accord	
4	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	
5	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
6	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
7	Neutre	Neutre	Neutre	Neutre	Neutre	Tout à fait d'accord	
8	D'accord	D'accord	D'accord	Nesouhaite pas répondre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Un pharmacien référent en équipe de soin primaire (indépendant donc non intéressé à l'économie officinale) qui s'occuperait entre autres de promouvoir le bon usage du médicament et notamment de déprescrire
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'outil StopStart ou Beers ne peut se substituer au regard clinique. Ces outils ne proposent pas de schéma de déprescription. D'autres outils existent. Pour les interactions médicamenteuses, c'est en complément de la "déprescription", cela permet d'analyser la prescription dans sa globalité. On peut ajouter à cette révision les poso et CI.
10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Neutre	Je me méfie des logiciels de déprescription "automatisés" car il faut évaluer les situations au niveau individuel, sans dogmatisme et en tenant compte de l'historique médicamenteux du patient
11	Neutre	Neutre	Neutre	Tout à fait d'accord	Neutre	Nesouhaite pas répondre	Liste des médicaments potentiellement inappropriés (MPI), liste de Laroche
12	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Pas d'accord	Je vais chipoter mais les nuances sont importantes : 1) les listes sont utiles mais doivent être actualisées régulièrement en fonction de l'état des connaissances ; 2) les logiciels d'IAM sont tous insuffisants - pour de multiples raisons. Il vaudrait mieux apprendre une démarche de prévention et réactions devant les EI par IAM ; 3) chiffres et conseils : je ne comprends pas bien. Chiffres de qui ? Globaux en santé publique ? Tant de personnes prennent des "X" de façon inappropriée ? ça mérite une info brève car en est pas le problème principal pour un patient en particulier en situations de soins - c'est surtout pour des objectifs collectifs de santé publique (exposer moins de personnes à des dégâts possibles) - les conseils sont pour COMMENT DÉPRESCRIRE. Les logiciels d'IAM sont de qualité moyenne basse (pour être sympa) - quant aux chiffres ils n'ont d'intérêt que dans une formation par famille thérapeutique, pour le coté texte, mais ils n'apportent rien à une balance BR défavorable pour un patient en particulier, ce qui est la situation ici.
13	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tous les conseils sont les bienvenus mais il faut qu'ils soient pratiques. Personnellement le logiciel Vidal intégré dans mon logiciel métier signale les interactions, mais en pratique il y a tellement d'alertes différentes que je ne regarde même plus. Quant à l'outil STOPP/START je le connais sous forme de
14	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	tableau récapitulatif mais ne l'ai jamais utilisé sous forme de logiciel.
15	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord	D'accord	Pas d'accord	D'accord	
16	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	Neutre	Neutre	
17	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	

Questionnaire 1, proposition 6 :

Experts	Proposer un agenda de description, en priorisant les traitements à arrêter	Proposer un compromis en cas de refus, par exemple en diminuant les doses des traitements ou en donnant un substitut	Expliquer les risques d'effet-rebond ou les syndromes de sevrage	Proposer une consultation de suivi rapproché	Proposer un soutien psychologique
1	D'accord	D'accord	Pas d'accord	D'accord	D'accord
2	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord
3	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord
4	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre
5	Neutre	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord	Neutre
6	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
8	D'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord	D'accord
9	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord
10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	D'accord
11	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord	Ne souhaite pas répondre
12	Neutre	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	D'accord
13	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Pas d'accord
14	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
15	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre
16	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord
17	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord

c'est pour l'informer de manière loyale ou mais pas pour favoriser l'acceptation ...

soutien psychologique pour les hypnotiques par exemple sinon non

Prévoir dans la décroissance un retour en arrière si échec mais sans revenir à l'état basal. Lui expliquer pourquoi la prescription de ses médicaments doit changer, pour quoi l'ordonnance pouvait convenir avant et qu'on souhaite arrêter certains traitements. trouver avec lui les priorités de révision de l'ordonnance et y aller petit bout par petit bout

Le patient pourrait se sentir pathologisé et le thérapeute ne dispose pas nécessairement des outils et des connaissances liés à cette question

collaborer avec le pharmacien d'officine qui verra le patient plus régulièrement et notamment pour gérer les symptômes de sevrage si besoin

soutien psychologique : je ne comprends pas bien la question ... c'est pour supporter l'agression que représente la proposition de prescription par un soignant ? :-)

Oui, tout ce qui est centré patient, entretien motivationnel...

Questionnaire 1, proposition 7 :

Experts	De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faut :	Favoriser l'éducation thérapeutique du patient sur ses pathologies et ses traitements	Lutter contre l'automédication	Un travail sur l'alimentation et l'activité physique (prise en charge globale), promouvoir une démarche active chez le patient	Proposer aux autorités sanitaires des informations à donner aux patients sur la déprescription via des messages télévisés ou des slogans attractifs par exemple	Proposer une rémunération spécifique attractive pour cette intervention pour le médecin traitant et les différents intervenants	
1 D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	Neutre	D'accord	Ne souhaite pas répondre	Il ne s'agit pas de la rémunération qui bloque l'opinion mais plus le temps, l'organisation, la charge de travail globale
2 D'accord	Tout à fait d'accord	Pas d'accord	D'accord	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	L'automédication et en règle générale l'autonomie du patient me semble une bonne chose. C'est l'éducation thérapeutique et souvent le conseil pharmaceutique qui ne sont pas appropriés.
3 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
4 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	D'accord	
5 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	
6 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Pas d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Automédication = autre sujet pour moi. Intervient dans la polyédification mais pas dans la déprescription à proprement parlé
7 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	
8 D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	
9 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Faire des campagnes aussi sur le rôle du pharmacien, son cœur de métier = les nouvelles missions: Accompagnement pharmaceutique, bpm... on l'attend toujours. Décaler du temps aux professionnels... Décrocher l'économie officielle du volume de vent des médicaments. Remunerer les professionnels de santé à la qualité de prise en charge et non à la quantité de consultations, de km, de médicaments... Prévoir l'arrêt d'un nouveau médicament dès sa primo prescription
10 D'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	D'accord	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
11 Ne souhaite pas répondre	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
12 D'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
13 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
14 Neutre	Tout à fait d'accord	Neutre	Neutre	Neutre	D'accord	D'accord	informer également les patients et le public en général sur un usage adapté des médicaments OUI ASSUREMENT - lutter contre l'automédication: NON mais bien plutôt expliquer encore et encore l'intérêt des bénéfices espérés et les risques encourus d'un médicament, la durée probable de sa prise, les éléments de sa surveillance; INFORMER SUR L'AUTOMEDICATION, apprendre au patient à s'automédiquer (en disant cela, je fais référence à un petit nombre de médicaments où un patient bien informé et avec un niveau de littératie lui permettant de gérer cela sans risque - pourrait utiliser de façon ponctuelle, dans le cadre de ses éventuels traitements prescrits. Par exemple, paracétamol, nurofène, antiacides, quelques substances phyto, etc...)
15 D'accord	Tout à fait d'accord	Pas d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Pour les messages "publicitaires" je ne sais pas, peut-être cela aiderait à aborder le sujet avec plus de patients. Mais les interventions les plus efficaces sont en général celles centrées patient et intégrées aux soins. Quant à la rémunération, il me semble que pour effectuer des consultations périodiques de "réévaluation d'ordonnance" (et donc de déprescription, entre autres démarches de prévention) de qualité, il faut du temps. Et nous se permettre de prendre le temps une rémunération adaptée serait bienvenue.
16 Neutre	D'accord	Neutre	D'accord	Neutre	D'accord	D'accord	
17 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	

Questionnaire 2, proposition 1 :

Experts	Avant de créer une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant, une formation théorique sur ce sujet est nécessaire pour le médecin, afin de mieux appréhender les enjeux de la déprescription.
1	D'accord
2	Ne souhaite pas répondre
3	Tout à fait d'accord
4	Tout à fait d'accord
5	Tout à fait d'accord
6	Tout à fait d'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord
9	Neutre
10	Tout à fait d'accord
11	Pas d'accord
12	Neutre
13	D'accord
14	D'accord
15	D'accord
16	Tout à fait d'accord

Une formation est utile mais je crois qu'un médecin peut être sensible à cette cause sans avoir eu de formation spécifique. Sans doute sera-t-il quand même moins compétent en l'absence de formation. intéressante mais pas nécessaire

enjeux mais aussi avantages et inconvénients pouvant mener à ne pas déprescrire

pas forcément si le médecin est déjà bien sensibilisé

sensibilisation du plus grand nombre (cours de thérapeutique +++ en FAC) "formation " FMC pour ceux veulent aller plus loin....

Je pense qu'une formation est souhaitable et peut être grandement utile, néanmoins la déprescription ne dois pas être conditionnée au fait d'avoir reçu cette formation.

Pour sécuriser la déprescription, donner des outils pour une juste assurance du médecin visz vis de la démarche

Questionnaire 2, proposition 1-a :

Experts	Elle doit comprendre Une formation spécifique sur les classes de médicaments les plus utilisées en médecine générale	Une formation sur les interactions médicamenteuses	Une formation sur les médicaments potentiellement inappropriés	Bien-sûr qu'une formation "scientifique" sur les médicaments eux-mêmes pourrait être utile mais je pense que plus utile encore serait une formation sur les déterminants de la prescription / non prescription et sur les méthodes possibles pour accompagner le patient dans la déprescription Je comprends pas bien la formulation qu'est ce que vous entendez par médicaments inappropriés ? tout peut être inapproprié selon le patient ... surtout les médicaments qui posent le plus de problèmes en général - + éléments de méthode Les bases pharmacologiques nécessaires a compréhension de b et c sont censees etre acquises mais un rappel ne fait pas de mal
1	D'accord	D'accord	D'accord	
2	Pas d'accord	D'accord	Refuse de répondre	
3	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
4	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
5	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
6	Pas d'accord	D'accord	D'accord	
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
8	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
9	D'accord	D'accord	D'accord	
10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
12	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
13	D'accord	D'accord	D'accord	
14	Neutre	Neutre	Tout à fait d'accord	
15	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
16	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	

Questionnaire 2, proposition 1-b :

Experts	Cette formation peut prendre la forme d' un séminaire.
1	Tout à fait d'accord
2	D'accord
3	D'accord
4	Tout à fait d'accord
5	Neutre
6	Neutre
7	Tout à fait d'accord
8	D'accord
9	Neutre
10	D'accord
12	Tout à fait d'accord
13	D'accord
14	D'accord
15	Tout à fait d'accord
16	Tout à fait d'accord

Le séminaire me semble en effet la pratique la plus adaptée permettant un échange direct entre praticiens plus riche d'expériences partagées

ou pas ... des ateliers, une visio, des docs

avec interactivité

oui pourquoi pas mais qu'appelle t on vraiment séminaire ? sur combien de temps ? en plusieurs fois?

format probablement adapté pour une formation de qualité, mais risquant de toucher beaucoup moins de médecins.

Questionnaire 2, proposition 2 :

Experts	Une consultation de renouvellement « classique » doit permettre et est suffisante pour aborder la déprescription.
1 Tout à fait d'accord	<p>Oui dans l'hypothèse où le seul motif est la réévaluation de l'ordonnance. En cas d'autre demande par le patient, il semble difficile d'aborder correctement le sujet de la déprescription dans le temps imparti</p> <p>suffisante pas toujours mais on essaie !! ; doit permettre OUI dans le cas où le médecin est sensibilisé et se pose systématiquement la question de l'indication de chaque traitement lors de chaque renouvellement</p> <p>cela nécessite une discussion avec le patient et ses proches sur le bénéfice risqué à poursuivre ou non tel ou tel médicament, ce qui prend du temps</p> <p>peut permettre (pas "doit" ce n'est ni une obligation ni une injonction) - et peut être suffisante</p> <p>UN TEMPS DOIT ETRE DEDIER</p> <p>demande à mon sens un temps supplémentaire</p> <p>"doit permettre d'aborder" la déprescription. N'est pas forcément suffisante. Pour la déprescription de médicaments inappropriés, elle peut être suffisante. Pour la déprescription, chez un patient polymédiqué, il faudrait avoir une intervention sans doute plus complexe et structurée (pluri pro ou autre).</p> <p>oui, tout a fait d'accord sur la réévaluation bénéfice/risque = réflexion automatique du prescripteur</p> <p>Doit permettre oui, suffisante probablement pas. En tous cas il faut prévoir d'y consacrer un certain temps, plus qu'un simple renouvellement.</p> <p>Oui, sous réserve d'une valorisation du temps consacré à ces consultations, nécessairement longues si on veut aborder correctement la déprescription, en particulier chez des patients "complexes", notamment polyopathologiques, polymédiqués...</p> <p>Il faudrait un temps d'explication pour certains patients, qui ne me semble pas compatible avec une consultation "classique"</p> <p>Ce type de cs telle que je l'imagine est trop courte ? Pour améliorer l'adhésion du patient prendre le tps me paraît essentiel</p>
2 D'accord	
3 Tout à fait d'accord	
4 Pas d'accord	
5 Neutre	
6 Pas d'accord	
7 Pas d'accord	
8 Neutre	
9 Pas d'accord	
10 D'accord	
11 Tout à fait d'accord	
12 Neutre	
13 D'accord	
14 Pas d'accord	
15 D'accord	
16 Pas d'accord	

Questionnaire 2, proposition 2-a :

Experts	Dans le cas où la déprescription est intégrée à une consultation de renouvellement, il faudrait qu'elle soit réalisée tous les 3 à 6 mois minimum.
1	Tout à fait d'accord
2	Neutre
3	Tout à fait d'accord
5	Tout à fait d'accord
8	Pas d'accord
10	Tout à fait d'accord
11	D'accord
12	D'accord
13	D'accord
15	Tout à fait d'accord

Le délai me paraît adapté
 item trop strict ça dépend du patient et/ou du traitement ; il y en a ça va être tous les mois ...
 Dans l'idéal à chaque renouvellement, 1 fois par an minimum
 Une réévaluation tous les 3 mois est tout à fait adaptée pour suivre une déprescription, avoir un minimum de recul depuis l'arrêt, laisser le temps au patient de s'habituer. Laisser la porte ouverte à un rendez-vous plus précoce si l'arrêt est vécu.
 la réévaluation systématique facilite le geste de déprescription, en sensibilisant le patient
 Voir trop peu souvent un patient complexe risque de réduire le temps disponible pour aborder la déprescription (en multiplication des motifs notamment)

Questionnaire 2, proposition 3 :

Experts	Une consultation dédiée à la déprescription pourra être proposée aux patients polymédiqués (seuil à définir), de plus de 65 ans ou à tous les patients dont l'ordonnance
1	D'accord
2	Ne souhaite pas répondre
3	Tout à fait d'accord
4	Tout à fait d'accord
5	Tout à fait d'accord
6	D'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Tout à fait d'accord
11	Pas d'accord
12	Tout à fait d'accord
13	Neutre
14	D'accord
15	Tout à fait d'accord
16	Tout à fait d'accord

Dans le cas d'un acte avec cotation spécifique, cette proposition me semble justifiée encore une fois je doute que les patients adhère à la consultation déprescription ; qd bien même on aurait des créneaux pour le faire...

non si le reflexion est faite régulièrement?? / oui, si on l'envisage de façon collégiale.....mais l'organisation ???

Ce n'est pas une mauvaise idée de cibler ces patients et de mettre l'accent sur la déprescription en proposant une consultation dédiée, mais il me semble que d'intégrer la partie déprescription dans une consultation de suivi "classique" serait peut-être plus efficace car directement intégrée aux soins.

Questionnaire 2, proposition 3-a :

Experts	Cette consultation doit comprendre:					
	Une hiérarchisation des pathologies et des traitements avec le patient	Un entretien motivationnel ainsi que le recueil des avis et préférences du patient concernant ses médicaments	Un bilan de toutes les médications utilisées par le patient (phytothérapie, compléments alimentaires, automédication,...)	Une mesure de la qualité de vie du patient avec ses traitements actuels (effets indésirables, bénéfices etc...)	Une annotation dans le « Dossier Médical Partagé » sur les descriptions en cours/réalisées (quand l'outil sera plus ergonomique et intégré aux logiciels métiers)	
1	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	L'annotation dans le DMP me paraît difficile à l'heure actuelle. Si le DMP se sert directement de mon logiciel pourquoi pas ? Et encore avec l'accord du patient
2	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Neutre	Neutre	
3	D'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	une information sur la fréquence et les conséquences des accidents iatrogéniques
4	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
5	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	séparer entretien motivationnel (votre idée fixe :-)) et le recueil des préférences et représentations du patient : c'est ça
6	D'accord	Neutre	D'accord	D'accord	D'accord	
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	je rajouterais : recueil des plaintes (potentiels E) du patient
8	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Approche pkuripro Prise en compte du point de vue de l'et pharma correspondant lors Rcp, ou suite a entretien pharma type bpm
10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	
12	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
13	D'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord	D'accord	
14	D'accord	Neutre	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
15	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
16	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	

Questionnaire 2, proposition 3-b :

Experts	Cette consultation dédiée à la déprescription serait réalisable au moins 1 fois par an, avec un suivi rapproché en cas de déprescription.
1	Tout à fait d'accord
2	Pas d'accord
3	Tout à fait d'accord
4	Tout à fait d'accord
5	Tout à fait d'accord
6	D'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Tout à fait d'accord
12	Tout à fait d'accord
13	le "au moins une fois par an" (plutôt que "une (seule) fois par an" me fait cocher la case verte. Mais il ne me semble pas très naturel de segmenter le suivi annuel, la déprescription pouvant se faire, ou en tout cas être abordée, au fil de l'eau tout au long de l'année, ou en particulier lors d'évènements particuliers (effet indésirable, sortie d'hospitalisation...)
14	D'accord
15	Tout à fait d'accord
16	D'accord

Questionnaire 2, proposition 3-c :

Experts	Il est préférable de favoriser une consultation en présentiel pour ce genre d'entretien, toutefois la téléconsultation peut être proposée en s'assurant que cet outil convienne et soit adapté au patient.
1	D'accord
2	Refuse de répondre
3	D'accord
4	Tout à fait d'accord
5	Neutre
6	D'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord
9	Neutre
10	Pas d'accord
12	Pas d'accord
13	Neutre
14	Tout à fait d'accord
15	Tout à fait d'accord
16	Neutre

Effectivement la consultation en présentiel est un meilleur outil permettant d'observer les réactions des patients et de mieux partager les émotions que la TC

oui si on garde que la première partie de l'item "il est préférable de favoriser une consultation en présentiel pour ce genre d'entretien." après chacun pratique à sa guise

formulé ainsi ça colle

je ne suis pas certaine que la téléconsultation soit un bon format. présentiel = oui

Si le patient est présent, je ne suis pas pour la téléconsultation pour ce genre d'intervention. D'autant plus si c'est une fois dans l'année, je pense qu'on peut se déplacer.

oui pour le présentiel, à mon sens pour ce type de consultation la téléconsultation ne devrait pas être proposée, ce genre de consultation demande de pouvoir éventuellement "fouiller" dans les différentes ordonnances du patient et parfois les différents CR de spécialistes, nécessite un contact pour évaluer la motivation...

Je reste plutôt opposé à la téléconsultation, notamment pour aborder efficacement la dépression et en particulier pour des patients "complexes".

A utiliser avec parcimonie..... en cas de forcr majeure

Questionnaire 2, proposition 4 :

Experts	Cette concertation pourrait être composée uniquement de médecins généralistes, à condition qu'une information soit donnée aux autres professionnels de santé qui suivent le patient.
1	Pas d'accord
2	D'accord
3	D'accord
4	Tout à fait d'accord
5	Neutre
6	Pas d'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Pas du tout d'accord
9	Pas du tout d'accord
10	D'accord
11	D'accord
12	D'accord
13	Neutre
14	Neutre
15	Tout à fait d'accord
16	D'accord

A mon sens l'intérêt d'une concertation est justement de pouvoir prendre l'avis de professionnels différents : IDE, gériatres, spécialistes en lien avec les médicaments potentiellement inappropriés etc.

Très dépendant des pathologies des patients si concertation nécessaire (pas tjrs) alors c'est avec les soignants concernés et en particulier les pharmaciens +++ c'est dommage et contreproductif de se passer de leur expertise

pluri professionnelle nécessité de faire du pluri pro Difficile, maintenant que l'on travaille (tous ou presque) en équipe (MSP), de faire cela entre généralistes. Au moins présence du pharmacien, si investi, voire de l'IDE, si il y en a qui intervient auprès du patient.

Il me semble préférable d'inclure les autres spécialistes, et si possibles les infirmiers et pharmaciens, pour les situations les plus complexes. Mais il est vrai que les médecins généralistes sont les mieux placés pour aborder et mener à bien la déprescription, sans forcément passer par la lourdeur d'une concertation pluri pro. Donc peut-être différencier situations courantes versus complexes ? Resterait alors à définir les situations dites complexes... L'arrêt des médicaments avec dépendance (benzo, hypnotiques) nécessite peut-être plus souvent une concertation entre soignants (si IDE, pharmacien et médecin poussent dans le même sens, les chances de réussites sont peut-être meilleures).

Ca peut mais c'est passer a cote de sources d'informations fiables et d'expertises complémentaires précieuses...

Questionnaire 2, proposition 5 :

Experts	La visio-conférence est adaptée pour cette concertation pluri-professionnelle, sans la présence du patient.
1	D'accord Pourquoi pas, le ressenti semblant moins important qu'en présence d'un patient oui pour la concertation et le consensus ; mais bien sûr qu'il faut garder une consult avec le patient derrière ...
2	D'accord
3	D'accord
4	Tout à fait d'accord une entente entre médecins, préalablement à la cs avec le patient
5	Tout à fait d'accord élargir aux bilans partagés de médication pharmacien/médecin +++ ensuite se demander qui va en parler : le médecin ou le pharmacien
6	D'accord
7	Tout à fait d'accord
8	D'accord
9	D'accord oui si cela peut permettre aux PS de se réunir plus facilement
10	D'accord Ces concertations gagnent à être en présentiel, mais c'est difficile d'envisager cela sans visio conférence.
11	D'accord pb organisation paraît complexe...Simultanéité de disponibilité ??? pression actuelles sur les MG.....
12	Neutre
13	D'accord
14	Tout à fait d'accord
15	Tout à fait d'accord
16	D'accord

Questionnaire 2, proposition 6 :

Experts	Dans cette démarche interventionnelle, un bilan de médication/une conciliation médicamenteuse entre le pharmacien d'officine et le patient peut être proposé par le médecin traitant ou à l'initiative du pharmacien.
1	Tout à fait d'accord
2	D'accord
3	D'accord
4	D'accord
5	Tout à fait d'accord
6	Tout à fait d'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Tout à fait d'accord
11	Ne souhaite pas répondre
12	Tout à fait d'accord
13	D'accord
14	Neutre
15	Pas d'accord
16	Tout à fait d'accord

Donner au pharmacien un vrai rôle dans la prise de traitement est très importante

fondamental AMHA : confiance augmentée, et expertise meilleure en croisant les compétences

tout à fait d'accord

ce serait une révolution.....culturelle !!

Je ne comprends pas à quoi servirait il

Attention bilan de médication peut être assimilé à bpm (ou revue de médication) mais ce n'est pas le même processus que conciliation. Par ailleurs, la première étape de la conciliation c'est établir la bilan médicamenteux optimisé. quel jargon... Selon moi, ici, c'est un bpm qu'il faudrait proposer (pris en charge par am contrairement à la conciliation) voir définition has

Questionnaire 2, proposition 6-a :

Experts	Si oui, ce bilan doit être proposé systématiquement par le médecin traitant selon les critères suivants :					
	L'ordonnance comporte des antalgiques de palier 2 ou plus	L'ordonnance comporte des médicaments psychotropes (hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs etc...)	Patient âgé de plus de 65 ans avec critères de fragilité/ en perte d'autonomie	L'ordonnance comporte des médicaments à marge thérapeutique étroite	En sortie d'hospitalisation	En cas de mauvaise observance probable ou avérée
1 D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord
2 Refuse de répondre	Refuse de répondre	Refuse de répondre	Refuse de répondre	Refuse de répondre	Refuse de répondre	Refuse de répondre
3 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord
4 D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
5 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
6 Pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'accord
7 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
8 D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
9 Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
10 D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
11 Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre	Tout à fait d'accord
12 Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
13 D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord
14 Neutre	Neutre	Neutre	D'accord	D'accord	Neutre	D'accord
16 D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord

Jesuis d'accord sur le fond avec tous ces critères, c'est le "systématiquement" qui me gêne. Chaque situation est singulière...
 Le "doit être systématiquement par le médecin traitant" me dérange ; les autres professionnels de santé ont le droit de faire aussi ... les glissements de tâches décidés ne sont pas toujours les bons
 rien de systématique il y a de cas simples, où ça ne vaut pas la peine de compliquer : tous ces cas sont bien pertinents mais c'est au cas par cas qu'on déclenche telle ou telle action
 ordo avec IPP, ordo si IR, ordo avec risques d'IM (ex inhibiteurs 3 A4, inducteurs enzymatiques)
 ne pas oublier les dosages MK, (digoxinémie, anti épileptiques, / rappels : patients non observant.... = 50% !!!!) (sur path long cours, y compris diabète, asthme, HTA,

Questionnaire 2, proposition 7 :

Experts	Pour favoriser la déprescription lors de cette intervention, il faut fournir au médecin traitant : Des chiffres sur les prescriptions potentiellement inappropriées du médecin	Un logiciel de prescription avec analyse des interactions médicamenteuses et identification des médicaments potentiellement inappropriés, utilisé uniquement lors d'une démarche de déprescription (afin d'éviter qu'on ignore les alertes à long terme)	Par chiffres, je pense que vous entendez des retours de la sécu ? Par contre l'idée de pouvoir configurer le logiciel seulement pour une consultation de déprescription me paraît très adaptée
1	D'accord	Tout à fait d'accord	
2	Neutre	Neutre	
3	D'accord	Tout à fait d'accord	
4	Ne souhaite pas répondre	D'accord	
5	Ne souhaite pas répondre	Tout à fait d'accord	
6	Neutre	Neutre	trop ramassé : logiciel avec IAM : alertes intéressantes, mais sans garantie de pertinence clinique ni de mesures à prendre adaptées
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
8	D'accord	Neutre	
9	Neutre	D'accord	
10	Neutre	Neutre	Je ne suis pas sûre de l'intérêt d'u logiciel. On a besoin de l'investissement du médecin (du temps notamment) et de l'investissement du patient; pas spécialement d'un logiciel.
11	D'accord	Refuse de répondre	Je crains que les logiciels actuels ne laisseront passer quasiment aucune prescription comme "valide".....
12	Tout à fait d'accord	D'accord	Les chiffres "bruts", donnés par la CPAM par exemple, peuvent éventuellement attirer l'attention du prescripteur, mais comme l'intervention de déprescription se fait au cas par cas avec le patient en face, je doute que fournir ces "chiffres" soit plus utile qu'informatif... Concernant le logiciel, je reste sceptique en pratique... Nous avons déjà le logiciel, il s'agirait en quelque sorte de ne le regarder que si on déprescrit ! En fait peut-être faudrait-il plutôt qu'on apprenne à l'utiliser correctement (voire à l'utiliser tout court) !..
13	Neutre	Neutre	
14	Neutre	D'accord	
15	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
16	Tout à fait d'accord	Neutre	

Questionnaire 2, proposition 8 :

Experts	De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faut :	Faire des campagnes sur le rôle du pharmacien, ses missions dans l'accompagnement thérapeutique	Propositions 1 et 3 : vraiment du rôle du pharmacien, mais il faut absolument l'intéresser financièrement car pour le moment il a largement plus intérêt à "vendre" qu'à "conseiller". La proposition 2 est effectivement importante notamment en cas de prescription d'hypnotique
1	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
2	D'accord	D'accord	D'accord
3	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
4	D'accord	D'accord	D'accord
5	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
6	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
10	Neutre	Tout à fait d'accord	D'accord
11	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Neutre
12	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
13	Neutre	D'accord	Neutre
14	Neutre	D'accord	D'accord
15	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
16	D'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord

sans doute aussi continuer à s'informer et se former (les prescripteurs) avec des sources fiables et indépendantes. Ne pas se laisser aller à suivre des recos non mises à jour, ni suivre sans esprit critique les prescriptions sous influences (leaders d'opinion et autre)

ajouter une meilleure collaboration avec les PS qui entourent le patient et notamment les pharmaciens

Eduquer les patients à l'automédication : c'est à dire la promouvoir? Peut être plus "informer et responsabiliser le patient sur l'automédication"

Il n'est pas inutile d'informer les patients sur l'automédication, mais cela sort du cadre de la déprescription, non ? (puis que ces médicaments ne sont, justement, pas prescrits)

Eduquer les patients tout court et non pas à l'automédication... décorrélater la rémunération pharmaceutique du volume de ventr de médicaments et développer les alternatives thérapeutiques à meilleure balance b/r

Questionnaire 2, proposition 9 :

Experts	De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faut :	Prévoir, si possible, l'arrêt du médicament dès sa primo-prescription	Faire des campagnes sur le rôle du pharmacien, ses missions dans l'accompagnement thérapeutique
	Eduquer les patients à l'automédication, en expliquant ses bénéfices et ses risques		Propositions 1 et 3 : vraiment du rôle du pharmacien, mais il faut absolument l'intéresser financièrement car pour le moment il a largement plus intérêt à "vendre" qu'à "conseiller". La proposition 2 est effectivement importante notamment en cas de prescription d'hypnotique
1	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
2	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
3	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord
4	D'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
5	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
6	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
			sans doute aussi continuer à s'informer et se former (les prescripteurs) avec des sources fiables et indépendantes. Ne pas se laisser aller à suivre des recos non mises à jour, ni suivre sans esprit critique les prescriptions sous influences (leaders d'opinion et autre)
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	ajouter une meilleur collaboration avec les PS qui entourent le patient et notamment les pharmaciens
8	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Eduquer les patients à l'automédication : c'est à dire la promouvoir? Peut être plus "informer et responsabiliser le patient sur l'automédication"
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
10	Neutre	Tout à fait d'accord	
11	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
12	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Il n'est pas inutile d'informer les patients sur l'automédication, mais cela sort du cadre de la déprescription, non ? (puisque ces médicaments ne sont, justement, pas prescrits)
13	Neutre	D'accord	
14	Neutre	D'accord	
15	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Eduquer les patients tout court et non pas à l'automédication... décorrèler la rémunération pharmaceutique du volume de ventr des médicaments et développer les alternatives thérapeutiques à meilleure balance b/r
16	D'accord	Tout à fait d'accord	

Questionnaire 3, proposition 1 :

Experts	Cette formation théorique peut comprendre ou peut prendre la forme de :	Des formations complémentaires (type FMC Formation Médicale Continue) pourrait être proposées pour celles et ceux désirant aller plus loin	Pour sécuriser la déprescription, il faut donner au médecin des outils pour une juste assurance vis à vis de cette démarche
1	D'accord	D'accord	Neutre
2	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
3	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
4	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
5	D'accord	Neutre	D'accord
6	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord
10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
11	D'accord	D'accord	D'accord
12	D'accord	D'accord	Neutre
			Il est important de favoriser une meilleure concertation et collaboration avec les pharmaciens qui sont accoutumés à l'usage de logiciels émettant des alertes quant aux prescriptions comprenant des risques. Des logiciels créés spécifiquement pour faciliter la déprescription existe, il s'agit de mener une action pour rendre ces logiciels faciles d'accès et effectuer des formations pour l'usage de ceux-ci
13	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
14	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
15	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
16	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord

apprendre à ne pas instaurer des traitements sans anticiper leur durée ni la façon de les arrêter +++

Ces 3 propositions me semblent aller tout à fait dans le sens du projet.

Questionnaire 3, proposition 2 :

Experts	Une consultation de renouvellement « classique » peut permettre d'aborder la déprescription, et pourra amener le praticien à proposer une consultation dédiée s'il juge que la situation du patient nécessite un temps supplémentaire pour mener à bien la (les) déprescription(s) souhaitée(s).
1	D'accord
2	Tout à fait d'accord
3	D'accord
4	Tout à fait d'accord
5	D'accord
6	D'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Tout à fait d'accord
11	D'accord
12	D'accord
13	Tout à fait d'accord
14	Tout à fait d'accord
15	Tout à fait d'accord
16	Tout à fait d'accord

Effectivement, dans certains cas, la consultation de réévaluation de l'ordonnance permet d'aborder le sujet. Si celui-ci semble complexe de part un doute du patient ou une situation pathologique complexe, une consultation dédiée voire une concertation pluridisciplinaire pourront être proposées mais pas de façon systématique
C'est intéressant de noter que cette déprescription peut ne pas aboutir en une seule prescription et qu'elle se construire sur un parcours

pourquoi ne pas orienter dans un 1er temps vers le pharmacien pour un bilan de médication ?

Questionnaire 3, proposition 2-a :

Experts	Dans le cas d'une consultation dédiée à la déprescription, celle-ci sera préférentiellement réalisée en présentiel plutôt qu'en téléconsultation.
1	Tout à fait d'accord
2	Tout à fait d'accord
3	D'accord
4	Neutre
5	D'accord
6	D'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	D'accord
11	Tout à fait d'accord
12	Tout à fait d'accord
13	Tout à fait d'accord
14	Tout à fait d'accord
15	Tout à fait d'accord
16	Tout à fait d'accord

Il me semble que la communication est beaucoup plus simple et efficace en présentiel et c'est le coeur de notre métier

Pour toutes les raisons évoquées par les experts dans la synthèse et besoin d'avoir les ordonnances sous la main qui ne seront pas forcément disponibles à l'heure actuelle dans le dossier informatique.

ou en présence d'une aide ou de la pers de confiance pour reformuler

Questionnaire 3, proposition 2-b :

Experts	Cette consultation dédiée doit idéalement comprendre : Le recueil des plaintes du patient, et les conséquences des accidents iatrogéniques		Le recueil des plaintes du patient, notamment sur de potentiels effets indésirables
1	D'accord	D'accord	
2	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
3	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
4	Tout à fait d'accord	Neutre	
5	Pas d'accord	D'accord	ce n'est pas en termes de fréquence d'accidents iatrogène, c'est en termes de risque (pas la même chose) et surtout de balance entre ces risques d'EI et les bénéfices espérés de continuer.
6	D'accord	Tout à fait d'accord	
7	D'accord	Tout à fait d'accord	Des chiffres généraux ne touchant pas personnellement le patient sont parfois inutiles, certains patients ne semblant pas intéressés. Pour ceux que cela intéresse, il importe de connaître ces chiffres +++
8	D'accord	Tout à fait d'accord	
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Il faut une information vulgarisée qui permette d'informer le patient sur la nécessité de cette réévaluation des traitements
10	Neutre	Neutre	
11	Neutre	Tout à fait d'accord	plutôt d'une info sur la balance bénéfice risque
12	D'accord	D'accord	
13	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
14	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	
15	D'accord	Tout à fait d'accord	
16	Tout à fait d'accord	Neutre	SANS COMMENTAIRE

Questionnaire 3, proposition 3 :

Experts	Il est préférable d'inclure différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, plutôt que de ne regrouper que des médecins généralistes, pour cette concertation.
1	Tout à fait d'accord
2	Tout à fait d'accord
3	Tout à fait d'accord
4	Pas d'accord
5	D'accord
6	D'accord
7	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Tout à fait d'accord
11	Neutre
12	D'accord
13	Tout à fait d'accord
14	Tout à fait d'accord
15	Tout à fait d'accord
16	Tout à fait d'accord

ne pas créer une usine à gaz; le médecin généraliste peut demander un autre avis si besoin mais doit pouvoir gérer seul le processus
les seuls soignants concernés sont le pharmacien

Je pense qu'un groupe pluriprofessionnel médecin + pharmacien + IDE si le patient en a +/- spécialiste d'organe si le sujet le nécessite est bien plus riche que seulement plusieurs MG

possiblement, difficile de juger de la balance bénéfice risque sur des ttt très spécifiques de maladies d'"hyperspécialité"

Peut-être à voir au cas par cas. Si possible inclure différents professionnels intervenant pour ce patient, mais pas systématiquement (certaines situations courantes, comme l'arrêt d'un IPP (désolé de citer souvent cet exemple !), ne le nécessitent pas forcément). (Mais je suis peut-être hors sujet là, car l'arrêt d'un IPP ne nécessite même pas de concertation avec des collègues...)

du pluripro et de l'interprofessionnalité sont essentiels

Questionnaire 3, proposition 4 :

Experts	Ce bilan de médication peut être proposé par le médecin traitant ou à l'initiative du pharmacien, selon les critères suivants : L'ordonnance comporte des modifications du traitement de fond n'a pu être réalisée
1	D'accord
2	Tout à fait d'accord
3	Tout à fait d'accord
4	Pas du tout d'accord
5	Neutre
6	Pas d'accord
7	Pas d'accord
8	D'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Pas du tout d'accord
11	Neutre
12	D'accord
13	Tout à fait d'accord
14	D'accord
15	Neutre
16	Tout à fait d'accord

la prescription inappropriée de morphinique ne me paraît pas faire partie des causes les plus fréquentes de prescription non remises en question; il me semble que la prescription de morphinique est bien remise en question régulièrement, mais peut-être que je me trompe.

je ne comprends toujours pas cette restriction à certaines circonstances : ça me semble contradictoire avec le souhait et le besoin d'installer une démarche réflexive systématique : traitement = réévaluation régulière = se poser la question d'arrêt pour risque>bénéfices ou pour inutilité

Les morphiniques ne me semblent pas une classe de médicaments plus à risque que beaucoup d'autres lorsqu'elle est bien prescrite et utilisée.

Cela me paraît difficile de lister des critères : plus que des morphiniques sur l'ordonnance, l'ancienneté de la prescription me semble plus importante. De même pour l'hospitalisation, cela dépend de la cause de l'hospitalisation. Par contre établir des critères de vigilance dont pourraient faire partie vos 2 propositions me semble utile.

je ne comprends pas la subtilité de proposer en sortie d'hospitalisation uniquement si aucune modification a été réalisée?. (désolée je n'avais pas vu cette nuance au dernier questionnaire)

pourquoi les morphiniques? l'ajout successif d'anticoag et AAP me semble plus dangereux qu'un ttt morphinique bien conduit...

Pour la sortie d'hospitalisation, je rajouterais, "ou si des modifications significatives ont été effectuées dans le traitement (par exemple ajout de benzodiazépines, tri voire quadrithérapie antihypertensive chez une personne âgée...)"

et également à partir d'un certain nombre de médicaments sur l'ordonnance ou si multiples interactions observées sur l'ordonnance

situations à mon sens trop restreintes

Questionnaire 3, proposition 5 :

Experts	Pour favoriser la déprescription lors de cette intervention, il faut fournir au médecin traitant :		
1	D'accord	Des chiffres à titre informatif sur les prescriptions	Un logiciel de prescription complètement remodelé et
2	Tout à fait d'accord	potentiellement inappropriées du médecin, comme	pensé pour être utilisé uniquement lors d'une démarche de
3	Neutre	avec les retours de la CPAM sur les prescriptions du	déprescription, à condition qu'une formation soit
4	Pas d'accord	médecin, ou des chiffres nationaux, moins ciblés	proposée au médecin afin de mieux l'utiliser
5	Pas d'accord		je vois pas comment c'est possible
6	D'accord		les chiffres de la CPAM ne sont que des chiffres et ne veulent donc rien dire dans ce contexte; à part hérisser
7	Pas d'accord		les médecins, je pense que le résultat sera d'en faire fuir certains au lieu de les sensibiliser
8	D'accord		d'abord les neurones ! les infos ciblées : qui estimerait que c'est inapproprié ? ça risque de focaliser sur les
9	D'accord		seuls médicaments dont on sait mesurer les écarts qui pourraient sembler non pertinents - et tant pis si les
10	Neutre		problèmes réels ne sont pas relevés ? quant aux logiciels dédiés, c'est anti-productif : les soignants ont
11	D'accord		besoin d'avoir un outil unique fiable. Les documentations sur les dysfonctionnements informatiques sont
12	Neutre		nombreuses et soouvent amplement ma position : ils sont à votre disposition
13	Tout à fait d'accord		Je crains que des chiffres informatifs généraux soient peu utiles et aient tendance à "braquer" certains
14	D'accord		médecins plutôt qu'à les faire adhérer à la démarche. Quant au logiciel spécial, cela me semble très
15	Neutre		complexe, la démarche doit rester "humaine". Enfin des outils d'aide type "START/STOP" me sembleraient
16	Pas d'accord		plus utiles.
			je ne suis pas sûr qu'un tel logiciel existe !!
			L'idée du super logiciel parfaitement ergonomique et partagé par tous les médecins est très attrayante...
			mais je suis très sceptique sur la faisabilité à court terme. Dans l'immédiat pour favoriser la déprescription,
			il faut surtout du temps.
			du temps avec une consultation dédiée + possibilité d'interagir avec le pharmacien (messagerie sécurisée,
			dossier partagé etc)
			A mon sens non réalisable en pratique courante...on peut toujours rêver mais...

Questionnaire 3, proposition 6 :

Experts	De manière plus générale, pour favoriser la déprescription, il faudrait idéalement :					
	Que les prescripteurs s'informent et se forment avec des sources fiables et indépendantes	Eduquer les patients de manière globale et non pas se limiter à les éduquer sur l'automédication	Décorrer la rémunération pharmaceutique du volume de vente des médicaments afin de favoriser l'intérêt de conseiller les patients sans forcément leur proposer une solution médicamenteuse	Développer les alternatives thérapeutiques avec une meilleure balance bénéfices/risques		
1	D'accord	D'accord	D'accord	Neutre		
2	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		
3	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		
4	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		
5	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	D'accord		la déconnexion de la rémunération des pharmaciens du volume est déjà largement commencée. Cet item est trop général et semble peu documenté > avez-vous fait une recherche documentaire ciblée là-dessus ? Rémunération des pharmaciens d'officine françaises : du médicament aux soins Rev Prescrire 2020 ; 40 (440) : 456-462
6	D'accord	D'accord	D'accord	D'accord		
7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		Toutes ces propositions sont "idéales" mais j'y souscris pleinement. Je développerai même la dernière proposition sur les alternatives thérapeutiques "médicamenteuses ou non médicamenteuses".
8	Neutre	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		promouvoir l'éducation thérapeutique autour de la prévention de l'iatrogénie, oui! Supprimer la nuance sur l'automédication qui n'est pas nécessaire ici à mon sens.
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		
10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		
11	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		
12	Tout à fait d'accord	D'accord	D'accord	D'accord		Juste une remarque au passage sur le terme "éduquer" les patients, qui sonne toujours un peu professoral ou paternaliste à mes oreilles... j'imagine plutôt informer, sensibiliser les patients... mais je ne trouve pas le terme idéal ! Gardons donc "éduquer" pour l'instant.
13	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		
14	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord		
15	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	D'accord		il faudrait que le pharmacien soit rémunéré pour les boîtes qu'ils ne délivrent pas... => valorisation de la qualité de l'intervention pharmaceutique
16	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord		Développer les alternatives thérapeutiques avec une meilleure balance bénéfices/risques : pas clair, alternatives non médicamenteuses?

ANNEXE 10 – TABLEAU DIFFÉRENCES MÉTHODE DELPHI ET GROUPE NOMINAL

	Delphi		Groupe nominal	
Coût	±	Courriers successifs, maintenance d'un site Internet	+	Organisation des réunions, comparaison entre les différents groupes
Nécessité de proximité géographique	-	Possibilité de consultation large, y compris internationale	+	Éventuellement, la question initiale peut être envoyée par courrier ; le vote peut être réalisé par voie électronique
Interactivité des participants	-	Pas de possibilité d'échange direct	+	Interactivité « contrôlée » lors de la phase de clarification et au 2 ^e tour de vote
Effets indésirables de dynamique de groupe	-	Exclus car (quasi-) anonymat	-	Pas d'effet de dominance si l'animateur est compétent
Possibilité d'agrèger un grand nombre de réponses	+	Nombre illimité de participants	+	Possibilité d'agrèger les résultats de plusieurs groupes
Génération d'idées nouvelles	±	Sujet balisé par l'animateur	++	Expression libre dans un cadre balisé
Facilité d'analyse des résultats	±	Obtention parfois difficile d'un consensus	++	Matériel structuré en fin de réunion

Tableau 1. Caractéristiques comparées de la technique Delphi et de la procédure du groupe nominal

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”