



**HAL**  
open science

# Les déterminants anthropologiques de la déprescription en Haute-Vienne

Elodie Marcellaud

► **To cite this version:**

Elodie Marcellaud. Les déterminants anthropologiques de la déprescription en Haute-Vienne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03934703

**HAL Id: dumas-03934703**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03934703>**

Submitted on 11 Jan 2023

**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.

**U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

Année 2021

Thèse n°119

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement

Par MARCELLAUD Elodie

Né(e) le 1<sup>er</sup> février 1992 à Limoges

Le 8 octobre 2021

**Les déterminants anthropologiques de  
la déprescription en Haute-Vienne**

Sous la direction de : Jérémy JOST et Édouard DESVAUX

Membres du jury :

M. le Professeur Bernard MULLER, Doyen, Université de Bordeaux  
M. le Professeur Nicolas PICARD, PU-PH, Université de Limoges  
M. le Docteur Fabien XUEREB, MCU-PH, Université de Bordeaux  
Mme le Docteur Alice CLEMENTZ, Docteur en pharmacie, AP-HP  
M. le Docteur Jérémy JOST, MCU-PH, Université de Limoges  
M. le Docteur Édouard DESVAUX, CCA, CHU de Limoges

Président du jury  
Examinateur  
Examinateur  
Examinateur  
Directeur de thèse  
Directeur de thèse

## Remerciements

---

### **A mon Président du Jury,**

**Au Pr. Bernard MULLER**, pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury. Merci pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

### **A mes Juges,**

**Au Pr. Nicolas PICARD**, pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

**Au Dr. Fabien XUEREB**, je sais l'intérêt que vous portez à la pharmacie clinique. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury.

**Au Dr Alice CLEMENTZ**, ma petite Alice, je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je suis ravie que nos chemins se soient croisés en pharmacovigilance et de partager avec toi ce grand intérêt pour la pharmacie clinique. Merci infiniment pour ton soutien. J'espère un jour pouvoir retravailler avec toi.

### **A mes Directeurs de thèse,**

**Au Dr Jérémie JOST**, merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Merci pour toutes tes relectures et tes précieux conseils, pour ton accompagnement et ton soutien tout au long de mon parcours de l'externat à aujourd'hui. Je te remercie pour ta disponibilité et la confiance que tu m'accordes. Je suis ravie d'avoir l'opportunité de pouvoir poursuivre notre collaboration.

**Au Dr Edouard DESVAUX**, ou Lord, merci de m'avoir accueillie au sein du service de gériatrie. Je te suis reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour ton soutien infaillible, ta disponibilité, ton humour, tes idées lumineuses, nos discussions philosophiques et ta bonne humeur chaque jour. Je te remercie de m'avoir transmis ta passion pour la gériatrie. Surtout, ne change pas, reste comme tu es.

### **A l'équipe de gériatrie du CHU de Limoges,**

**Au Pr Achille TCHALLA**, merci de m'avoir accueillie au sein de votre service. **A Nico**, pour le duo extraordinaire que tu formes avec Edouard, pour toutes les connaissances que tu m'as apportées, pour ton humour, pour tes gâteaux et pour toutes ces parties de basket. **A Mérydith et Quentin**, merci pour ces six mois passés à vos côtés, pour votre gentillesse et tous ces moments de joie pendant cette période COVID. **A Marie-Camille et Alexandre**, merci pour votre gentillesse. Aux internes de gériatrie, pour nos fous rires en staff, notamment celui dérivant d'une carte de l'Angleterre. **A l'ensemble de l'équipe paramédicale**, Pauline, Loïc, Domi, Babeth, Lucie, Denis, Gaël... j'en oublie certainement mais je tenais à vous remercier pour votre accueil et la joie que vous véhiculez chaque jour. **A l'ensemble de l'équipe de gériatrie**, c'était un bonheur de travailler chaque jour à vos côtés.

**A l'équipe de la pharmacie de Limoges,**

**Au Dr Armelle MARIE-DARAGON**, je vous remercie de m'avoir accueillie au sein de la PUI.

**Au Dr Voa RATSIMBAZAFY**, merci de m'avoir accompagnée pendant mes six mois de stage au sein du service de gériatrie. Je vous remercie pour votre soutien et votre compréhension qui m'ont permis de me libérer du temps pour travailler mon master. Je vous en suis infiniment reconnaissante.

**Au Dr Françoise RENON-CARRON**, merci de m'avoir accueilli au sein de l'unité des essais clinique. Je vous remercie pour votre gentillesse et vos qualités humaines.

**A Nathalie**, pour tes connaissances et ton aide chaque jour. **A Coralie**, pour ton encadrement lorsque j'étais une petite externe. **A Olivia**, pour tes anecdotes et ta bonne humeur chaque jour. **A Sonia**, pour ton accueil au sein des DM. **A Samantha**, nous avons davantage travaillé ensemble aux DM. Je te remercie pour ta patience et ton aide. **A Gaëlle**, je regrette que nous n'ayons pu travailler ensemble. **A Hélène**, merci pour ta gentillesse et pour tout le soutien que tu nous apportes chaque jour avec Julien aux UEC.

A l'ensemble de l'équipe des préparateurs et des magasiniers qui me supportent chaque jour. Une mention particulière à Jérémy, merci pour cette année où l'on a travaillé en collaboration en cardiologie et tous ces samedis matin de garde. Une mention pour Nico, sinon il va être jaloux.

**A l'équipe de la pharmacie de Saint-André à Bordeaux,**

**Au Dr Stéphane PEDEBOSCQ**, merci de m'avoir accueillie au sein de votre PUI. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour les connaissances que vous m'avez transmises.

**A l'équipe de l'URC**, Vanessa, Caro, Stéphanie, Laetitia et Marie-Noëlle, merci pour votre accueil et ces cinq mois passés à vos côtés. C'était un plaisir de venir travailler chaque jour.

**A l'équipe de cardiologie du CHU de Limoges,**

**Au Pr Victor ABOYANS**, pour m'avoir accueillie au sein de votre service. Je vous remercie pour votre disponibilité et toute la confiance que vous m'avez accordée lors de mon master 2.

A l'ensemble de l'équipe de cardiologie (médecins, internes, infirmières, aides-soignants), merci pour votre accueil et notre collaboration. A tous mes formidables co-internes de cardiologie, **Valérie**, **Amandine**, **Valentine**, **Paul**, **Jean-Paul** et **Valentin**, merci pour votre accueil, votre gentillesse et notre soutien mutuel.

**A l'équipe d'hématologie du CHU de Limoges,**

**Au Pr Arnaud JACCARD**, merci de m'avoir accueillie au sein de votre service pour mon tout premier stage en tant qu'interne. Ce stage m'a permis de m'épanouir et de trouver ma vocation pour la pharmacie clinique.

J'ai rencontré des personnes extraordinaires, notamment **Marie-Céleste**, **Anthony**, **Clémence** et **Prune**. Grâce à vous, ce premier semestre restera le meilleur. Je ne pouvais rêver mieux pour débiter mon internat. A l'ensemble de l'équipe d'hématologie (médecins, internes, infirmières, aides-soignants), merci pour votre accueil et notre collaboration.

**A ma famille,**

**A mes parents,** merci pour votre soutien sans faille et l'amour que vous me portez chaque jour. Je vous suis reconnaissante d'avoir eu la chance de pouvoir faire ces longues années d'étude. Je sais qu'il est difficile parfois de comprendre pourquoi j'ai choisi ce métier et les sacrifices engendrés pendant mes études. Mais, je suis chanceuse de vous avoir. Merci d'être des parents extraordinaires. Papa, tu peux être rassuré, j'ai enfin terminé mes études !

**A mes frères, Benoit et Romain,** merci pour votre soutien. Voilà, l'ainée de la fratrie a terminé ces études (bien après vous je vous l'accorde). Merci d'être là. Sans vous, ma vie aurait été bien plus terne.

**A mes grands-parents,** pour votre présence. Je suis bien consciente que je ne suis pas la parfaite petite fille car je ne suis pas très disponible pour vous rendre régulièrement visite. Sachez que je vous aime et je pense à vous.

**A ma tante, Julienne** ou tata Juju, tu nous as quitté il y a un an mais la douleur est toujours aussi grande. Tu étais comme une grand-mère pour nous. Merci pour tout le soutien que tu as su m'apporter, pour ta bonne humeur, ta bienveillance et ton courage face à la maladie. Tu es un exemple pour moi. Merci pour tous ces merveilleux souvenirs et ces réunions de famille en Dordogne. Je me sens extrêmement chanceuse d'avoir pu croiser ta route et partager tous ces moments. Je sais que tu continues à prendre soin de nous de là où tu es. Je te dédie ce travail.

A tous les autres membres de ma famille, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, la liste est longue pour tous vous remercier individuellement. Je vous remercie pour votre présence et votre soutien.

## **A mes amis**

**A Charlène**, ma meilleure amie, pour ta présence sans faille chaque jour. Merci de croire en moi, plus que moi-même. Je suis infiniment chanceuse de t'avoir dans ma vie. Merci pour toutes ces passions que l'on partage, ces merveilleux moments passés ensemble et tous ces souvenirs. Je suis prête à affronter la trentaine à tes côtés.

**A Kévin, Axelle, Alex**, pour votre présence et à toutes nos soirées jeux de société. Merci de me supporter au quotidien.

**A Eva**, ma petite Eva, merci pour ton soutien. Je te remercie pour ta bonne humeur et ton optimisme à toute épreuve.

**A Prune**, merci pour ton soutien. Je te remercie pour ces cinq mois passés à Bordeaux, pour toutes ces soirées aux restaurants et au bar avec Leslie et Caro. Grâce à vous, ces cinq mois sont passés tellement vite. Merci pour ton humour, tes sarcasmes et tes petits messages du matin...

## **Aux copines sur les bancs de la fac**

**A Lora**, merci pour ton soutien. Ma binôme de galère, je suis ravie d'avoir partagé avec toi cette expérience au Vietnam. A toutes nos galères de voyage et nos futures destinations !

**A Lucie**, ma lulu, merci pour ton soutien, ta bonne humeur et ta gentillesse. Je suis ravie que tu reviennes sur la région.

**A Lubna, Céline, Marion**, merci pour toutes ces années passées sur les bancs de la fac, nos soirées, nos fous rires.

Et à tous mes camarades de promo qui ont fait de mes études un agréable souvenir.

**A toute la joyeuse bande d'El Jaccuz**, merci pour tout le soutien que vous m'apportez chaque jour, pour notre solidarité sans faille. Vous êtes tous exceptionnel.

**A Valentin**, mon valou, pour tes qualités humaines, ton soutien. J'aime notre binôme. Hâte de pouvoir retravailler ensemble.

**A Clotilde**, ma cloclo, pour ton soutien. Merci pour tous ces fous rires et à nos discussions de sport et sans tabous

**A Yeleen**, ah Professeur, que dire de vous, si ce n'est que j'ai été ravie d'être votre collaboratrice durant ces six mois de stage. Cela aura été un honneur pour moi d'avoir croisé votre chemin. Je vous remercie pour votre soutien. Une pensée pour nos futurs soirées traquenards au musée.

**A Julien**, pour m'avoir supportée pendant 6 mois. On sait tous les deux que la tâche était difficile. Merci pour ces six mois aux UEC chef !

**A Bertille**, pour la joie et l'enthousiasme que tu nous communique chaque. Merci pour ton soutien et pour toutes tes petites histoires, notamment celle qui a donné le nom de ce groupe. J'espère que la dédicace te convient car tu m'as mise la pression avec ta collection de remerciements.

**A Paul**, pour ta gentillesse, ton soutien et le binôme incroyable que tu formes avec Kévin.

**A Adrien**, pour tes attentions particulières à chacune de nos rencontres

**A Manon**, plus connu sous le nom de MAUMUS, merci pour ta joie et ta bonne humeur chaque jour. Tu ensoleillais nos journées.

**A Émilie et Mathilde**, merci pour votre soutien. A tous nos fous rires et nos histoires improbables.

A tous les autres co-internes de la pharmacie que j'ai pu rencontrer pendant mon internat, Claire, Léa, Soline, Charlotte, Mich, Lucille, Lucile, Marie-Lyne, Solène, Lise, Stéphanie, Thomas, Léa, Audrey... merci pour votre soutien. Je vous remercie de m'avoir supportée.

Une pensée à destination de mes amis de primaire, de collège et de lycée et à toutes les personnes dont j'ai croisé la route mais dont la vie a fait que nos chemins se sont éloignés.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>





## Table des matières

---

Glossaire.....	14
Introduction .....	15
I.1. Le département de la Haute-Vienne.....	15
I.1.1. Population .....	15
I.1.2. Démographie médicale.....	16
I.1.2.1. Médecine de ville et soins ambulatoires.....	16
I.1.2.2. Les structures hospitalières.....	16
I.1.2.3. Les pharmacies d'officine.....	17
I.2. Épidémiologie de la personne âgée .....	18
I.2.1. Le concept de « personne âgée » .....	18
I.2.2. Données épidémiologiques de la personne âgée .....	19
I.2.2.1. En France .....	19
I.2.2.2. En Haute-Vienne.....	19
I.3. Particularités de la personne âgée.....	20
I.3.1. Polypathologie, comorbidités et polymédication .....	20
I.3.2. Modifications physiologiques de la personne âgée et risque d'iatrogénie médicamenteuse .....	20
I.3.3. Impact de l'iatrogénie médicamenteuse sur le système de santé .....	21
I.4. La déprescription .....	23
I.4.1. Définition .....	23
I.4.2. Les obstacles à la déprescription.....	23
I.4.2.1. Liés au patient.....	23
I.4.2.2. Liés au prescripteur.....	24
I.4.3. Outils existants pour la réévaluation des traitements .....	25
I.4.4. Médicaments concernés.....	26
I.4.5. Le rôle du pharmacien clinicien dans la déprescription .....	27
I.4.5.1. Définition de la pharmacie clinique.....	27
I.4.5.2. Les activités de pharmacie clinique.....	27
I.4.5.2.1. La conciliation médicamenteuse.....	28
I.4.5.2.2. L'analyse pharmaceutique des prescriptions .....	29
I.4.5.2.3. L'éducation thérapeutique du patient.....	29
I.5. But de l'étude et objectifs de recherche .....	31
II. Etude 1 : Les déterminants anthropologiques de la déprescription du point de vue des prescripteurs .....	32
II.1. Méthodologie .....	32
II.1.1. Schéma de l'étude.....	32
II.1.2. Comité d'éthique .....	32
II.1.3. Sélection des centres .....	32
II.1.4. Outil de recueil des données .....	32
II.1.5. Population étudiée.....	33
II.1.6. Analyses statistiques .....	33
II.2. Résultats.....	34
II.2.1. Description de la population .....	34
II.2.2. Pratique de la déprescription en Haute-Vienne.....	35
II.2.3. Les freins à la déprescription.....	38

II.2.3.1. Les freins à la déprescription en fonction de l'âge des prescripteurs.....	38
II.2.3.2. Les freins à la déprescription en fonction de la spécialité des prescripteurs..	40
II.2.4. Les leviers à la déprescription .....	42
III. Etude 2 : Les déterminants anthropologiques de la déprescription du point de vue des patients .....	43
III.1. Méthodologie .....	43
III.1.1. Schéma de l'étude.....	43
III.1.2. Comité d'éthique .....	43
III.1.3. Outil de recueil des données .....	43
III.1.4. Recrutement et administration du questionnaire .....	44
III.1.4.1. Sélection des officines .....	44
III.1.4.2. Population étudiée .....	44
III.1.4.3. Collecte des données.....	44
III.1.5. Calcul de la taille d'échantillon.....	45
III.1.6. Analyses statistiques .....	45
III.2. Résultats.....	46
III.2.1. Sélection des officines.....	46
III.2.2. Description de la population étudiée .....	47
III.2.2.1. Analyse de sous-groupe en fonction de l'âge .....	49
III.2.2.2. Analyse de sous-groupe en fonction de la localisation géographique.....	50
III.2.2.3. Analyse de sous-groupe en fonction de l'acceptation à la déprescription .....	52
III.2.3. Facteurs associés au refus de la déprescription .....	53
III.2.4. Leviers et freins à la déprescription .....	54
III.2.5. Classes médicamenteuses à déprescrire .....	55
IV. Discussion .....	56
Conclusion .....	60
Références bibliographiques .....	61
Annexes .....	65
Serment De Galien.....	78

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Département de la Haute-Vienne .....	15
Figure 2 : Densité en médecins généralistes libéraux en 2017 pour 100 000 habitants .....	16
Figure 3 : Équipement en lits de médecine et de chirurgie en 2016.....	17
Figure 4 : Densité en pharmacie d'officine en Nouvelle-Aquitaine en 2018.....	18
Figure 5 : La conciliation des traitements médicamenteux proactive .....	29
Figure 6 : La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive .....	29
Figure 7 : Répartition géographique des Groupes constitués .....	46

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Projection de la population française par grand groupe d'âge.....	19
Tableau 2 : Caractéristiques des prescripteurs ayant répondu à l'étude .....	34
Tableau 3 : Les prescripteurs et la déprescription .....	35
Tableau 4 : Population cible de la déprescription selon les prescripteurs .....	35
Tableau 5 : Déprescription des classes médicamenteuses selon l'âge des prescripteurs.....	36
Tableau 6 : Les freins à la déprescription en fonction de l'âge des prescripteurs.....	39
Tableau 7 : Les freins à la déprescription en fonction de la spécialité des prescripteurs.....	41
Tableau 8 : Actions favorisant la déprescription .....	42
Tableau 9 : Pharmacies d'officine participantes à l'étude .....	46
Tableau 10 : Caractéristiques de la population incluse dans l'étude (n = 362).....	48
Tableau 11 : Description de la population en fonction de l'âge .....	49
Tableau 12 : Description de la population en fonction de la localisation géographique.....	51
Tableau 13 : Description de la population en fonction de l'acceptation ou du refus à la déprescription.....	52
Tableau 14 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription dans la population totale ....	53
Tableau 15 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription chez les sujets âgés de moins de 75 ans versus les sujets âgés de plus de 75 ans .....	53
Tableau 16 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription en fonction de la localisation géographique .....	54
Tableau 17 : Les leviers et les freins à la déprescription présents dans la population en Haute-Vienne .....	55
Tableau 18 : Arrêt des classes thérapeutiques en fonction de l'acceptation à la déprescription .....	55

## Glossaire

---

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdiens

aOR : adjusted Odds Ratio

ARAI : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EI : Effets indésirables

HAS : Haute Autorité de Santé

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

IM : Interactions médicamenteuses

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PUI : Pharmacie à usage intérieur

RRR : Réduction relative du risque

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

# Introduction

Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la population française est vieillissante. L'âge augmente la consommation des médicaments, le recours à l'hôpital et la prévalence des maladies chroniques. La polymédication engendrée par la concomitance de maladies chroniques chez un même patient augmente considérablement le risque d'iatrogénie médicamenteuse. Un des axes de la pharmacie clinique comme la déprescription permet une réévaluation des traitements médicamenteux et une optimisation thérapeutique afin de prévenir ce risque et d'améliorer la prise en charge des patients. La pratique de la déprescription est limitée par des freins encore peu évalués présents chez les patients et chez les prescripteurs.

## I.1. Le département de la Haute-Vienne

### I.1.1. Population

La Haute-Vienne est un département localisé en Nouvelle-Aquitaine (**Figure 1**). Dans ce département, on dénombre 195 communes dont 25 communes comptent moins de 200 habitants [1].



Figure 1 : Département de la Haute-Vienne

Lors du recensement de 2018, la population du département était de 373 199 habitants soit une densité de 67,6 habitants au km<sup>2</sup>. Au niveau national, elle occupe la 63<sup>ème</sup> place sur 101 au tableau des départements français les plus peuplés. Néanmoins, la population en Haute-Vienne est en baisse avec en 2012, une population estimée de population de 375 856 habitants [1].

## I.1.2. Démographie médicale

### I.1.2.1. Médecine de ville et soins ambulatoires

La Nouvelle-Aquitaine est l'une des trois régions de France les mieux dotées en médecine générale (**Figure 2**). La densité moyenne de médecins généralistes exerçant une activité libérale dans cette région est proche de 100 pour 100 000 habitants pour une densité nationale de 86 [2].

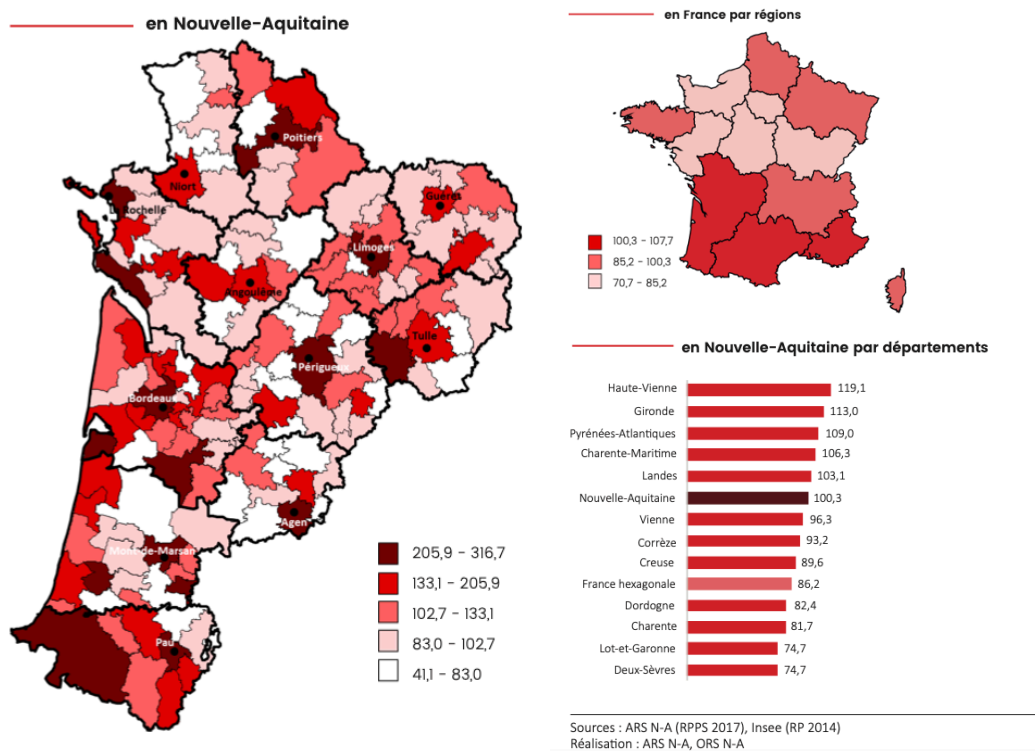


Figure 2 : Densité en médecins généralistes libéraux en 2017 pour 100 000 habitants

La répartition territoriale des médecins généralistes est très hétérogène. Les communes les plus urbanisées présentent une densité supérieure à la moyenne régionale alors que les communes rurales connaissent une densité plus faible avec une population plus âgée et demandeuse de soin. Le département de la Haute-Vienne compte la densité la plus élevée de la Nouvelle-Aquitaine. Au 1<sup>ier</sup> février 2021, on dénombrait 446 médecins généralistes libéraux en Haute-Vienne [2].

### I.1.2.2. Les structures hospitalières

On dénombre plus de 17 600 lits d'hospitalisations complète en médecine et en chirurgie équivalent à un taux d'équipement de 3 lits pour 1000 habitants dans la région. Ce taux est identique à celui observé au niveau national. Avec un taux d'équipement de 4,1 lits pour 1000 habitants, le département de la Haute-Vienne présente l'offre la plus élevée en lits de médecine et de chirurgie à temps complet [2] (**Figure 3**).

Le département de la Haute-Vienne compte un centre spécialisé en psychiatrie (Centre hospitalier Esquirol), 23 structures médico-sociales (principalement des établissements

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des centres d'action communal) et cinq structures hospitalières dont :

- Le Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren,
- Le Centre Hospitalier Jacques Boutard à Saint-Yrieix-La-Perche,
- Le Centre Hospitalier Intercommunal Monts et Barrages à Saint-Léonard-de-Noblat,
- Le Centre Hospitalier Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin à Bellac,
- Les Centre Hospitalier de Saint-Junien comprenant l'EHPAD de Rochechouart.

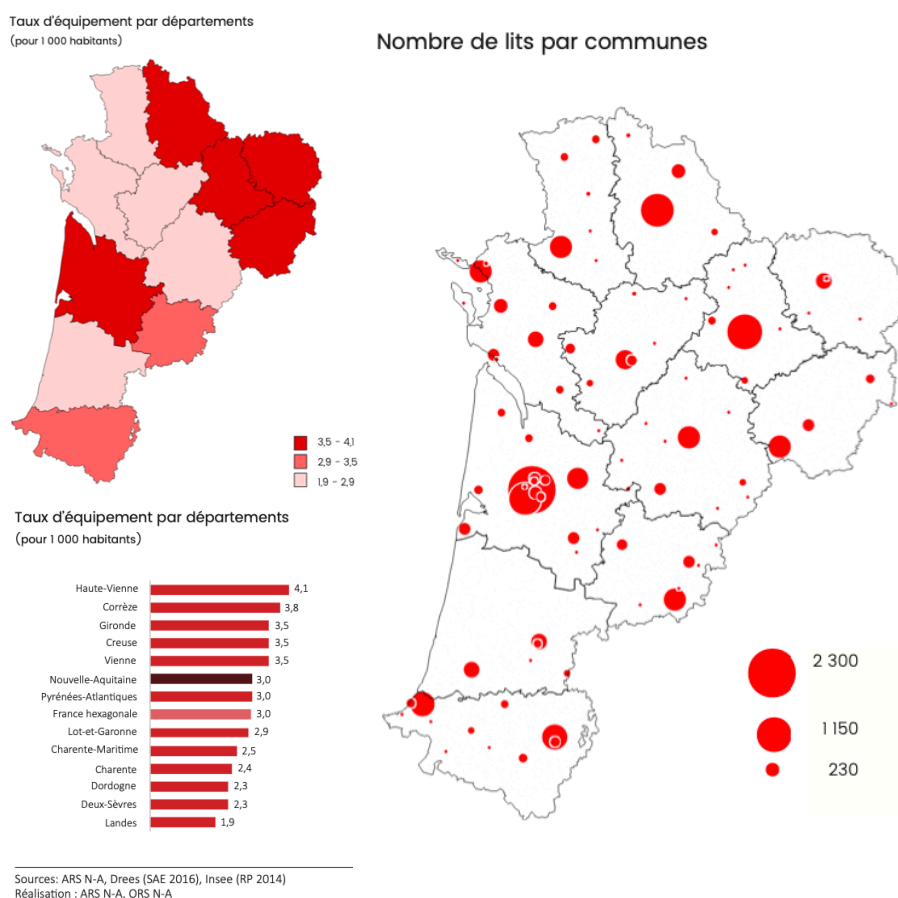


Figure 3 : Équipement en lits de médecine et de chirurgie en 2016

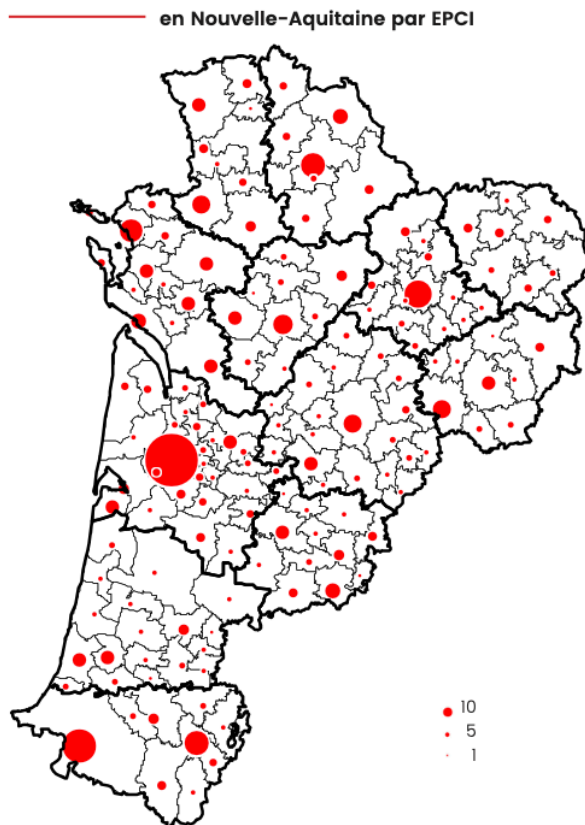
### I.1.2.3. Les pharmacies d'officine

En 2018, les pharmacies d'officine sont au nombre de 2185 dans la région. Chaque pharmacie dessert en moyenne 2691 habitants contre 3125 habitants au niveau national [2]. La région Nouvelle-Aquitaine est la troisième région la mieux dotée en pharmacie d'officine.

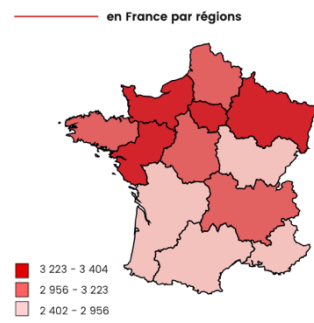
Au niveau régional, la Haute-Vienne est le 3<sup>ième</sup> département le mieux doté après la Creuse et la Corrèze. Chaque pharmacie dessert en moyenne 2351 habitants. Au 1<sup>ier</sup> février 2021, l'Ordre National des Pharmacies décompte 149 officines dans le département (**Figure 4**).



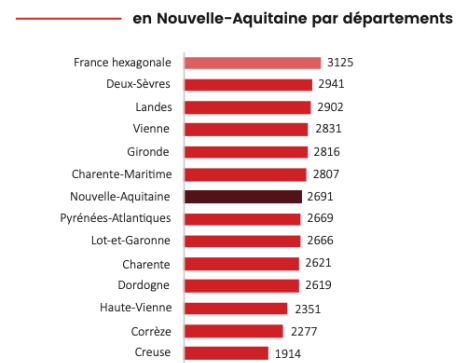
## Nombre de pharmacies d'officine en 2018



## Nombre d'habitants par pharmacie d'officine en 2018



## Nombre d'habitants par pharmacie d'officine en 2018



Sources : ARS N-A (RPPS 2017), Insee (RP 2014)  
Réalisation : ARS N-A, ORS N-A

Figure 4 : Densité en pharmacie d'officine en Nouvelle-Aquitaine en 2018

## I.2. Épidémiologie de la personne âgée

### I.2.1. Le concept de « personne âgée »

Dans la littérature, les seuils retenus pour définir les populations de personnes âgées varient selon les auteurs et les époques. Avec l'allongement de l'espérance de vie et de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, le seuil de 65 ans initialement utilisé devient moins pertinent [3]. Dans son rapport « Vivre ensemble plus longtemps », le Centre d'analyse stratégique du premier ministre fait la distinction entre les « personnes âgées » désignant les plus de 75 ans et le « grand âge » désignant les plus de 85 ans.

Dans le rapport mondial sur le vieillissement et la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) explique : « *Il n'existe pas de personne âgée « type ».* Certains possèdent, à 80 ans, des capacités physiques et mentales comparables à nombre de personnes dans la vingtaine. D'autres les voient décliner fortement alors qu'ils sont bien plus jeunes. Une action de santé publique globale est nécessaire pour prendre en compte la grande diversité d'expériences et de besoins des personnes âgées ». [4]

L'hétérogénéité de l'état de santé de la population âgée s'explique par le parcours de vie, le genre, l'environnement social et économique et la culture. Tous ces facteurs ont un impact sur l'avancée en âge et sur les expériences du vieillissement [5]. En gérontologie, différents profils de personnes âgées ont été décrits comme les personnes âgées robustes (70% des sujets âgés) vivant une vieillesse réussie, les personnes âgées fragiles (20% des

sujets âgés) présentant des risques et les personnes âgées dépendantes (10% des sujets âgés) en raison d'un vieillissement pathologique [6].

## I.2.2. Données épidémiologiques de la personne âgée

### I.2.2.1. En France

L'amélioration des soins et de l'accès au système de santé a permis une augmentation de l'espérance de vie en France. Selon les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2020, l'espérance de vie à la naissance de la population française était de 85,1 ans pour les femmes et de 79,1 ans pour les hommes. En 20 ans, l'espérance de vie des femmes a donc progressé de 2,0 ans et celle des hommes de 4,0 ans.

Au 1er janvier 2021, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 9,5% de la population française soit 6 280 950 habitants, près d'un habitant sur dix. Selon la projection de la population par tranche d'âge, 17,9% de la population devrait avoir plus de 75 ans en 2070 soit un doublement de la part des personnes de plus de 75 ans dans la population française (**Tableau 1**) [7].

Tableau 1 : Projection de la population française par grand groupe d'âge

Année	Population au 1 <sup>er</sup> janvier (en millions)	en %				
		Moins de 20 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans ou plus
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Champ : France.  
Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

La part croissante des personnes âgées dans la population française résulte de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations issues du baby-boom [7].

### I.2.2.2. En Haute-Vienne

Entre 2008 et 2018, la proportion des sujets âgés entre 60 ans et 74 ans est passé de 15,3% à 19,4%. Cette augmentation était plus discrète chez les sujets âgés de plus de 75 ans où elle est passée de 11,6% à 12,0%. Néanmoins, la Haute-Vienne reste l'un des départements les plus âgés de France car la part des personnes âgées de plus de 75 ans au niveau national était de 9,4% en 2018 [8].

### **I.3. Particularités de la personne âgée**

#### **I.3.1. Polypathologie, comorbidités et polymédication**

La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'allongement de l'espérance de vie. Selon l'OMS :

*« Par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) et qui comprennent par exemple : le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le cancer, le VIH, la dépression et les incapacités physiques. Il existe de multiples autres affections chroniques mais leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade » [3].*

Avec l'âge, la présence de plusieurs maladies chroniques simultanées ou polypathologie devient fréquente. La polypathologie se définit comme *« la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu pendant la même période »*. Ce concept est issu d'une approche généraliste et centrée sur le patient. Il ne doit pas être confondu avec la comorbidité qui est un concept issu d'une approche centrée sur la maladie [3].

En 2004, l'OMS a défini la polymédication comme *« l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments »*.

En pratique courante, elle est définie comme la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques. Il n'existe pas de seuil consensuel de la polymédication mais il est admis de la définir comme la prise régulière d'au moins cinq médicaments et on parle d'hyperpolymédication dès lors qu'on dépasse dix médicaments [3]. On estime que 30% des sujets âgés sont polymédiqués [9].

#### **I.3.2. Modifications physiologiques de la personne âgée et risque d'iatrogénie médicamenteuse**

Le vieillissement entraîne une modification physiologique des paramètres pharmacologiques. En effet, la personne âgée est susceptible de présenter des altérations des fonctions physiologiques intervenant sur l'absorption (augmentation du pH gastrique, diminution de l'effet de premier passage hépatique), la distribution (augmentation de la masse grasseuse, diminution de l'eau corporelle totale, diminution de la perfusion sanguine des tissus, modification de la liaison aux protéines plasmatiques), le métabolisme (diminution de l'activité des enzymes microsomiales) et l'élimination des médicaments (altération de la fonction rénale) [10–12]. Par conséquent, le sujet âgé est particulièrement à risque d'iatrogénie médicamenteuse.

L'OMS définit l'effet indésirable médicamenteux comme *« toute réaction à un médicament nocive et non souhaitée survenant à des doses utilisées chez l'homme, à des fins de prophylaxie, de diagnostic ou de traitement »*.

L'iatrogénie médicamenteuse comprend l'ensemble des effets indésirables des médicaments pouvant survenir dans le cadre du bon usage du médicament, dans le cadre de mésusage (usage inapproprié d'un médicament), dans le cadre d'une erreur médicamenteuse (involontaire de la part du soignant) ou dans le cadre d'un abus.

La polymédication est souvent nécessaire mais elle expose à un risque iatrogène non négligeable [13]. Il convient donc de différencier la « polymédication appropriée » de la « polymédication inappropriée ». La polymédication appropriée résulte d'une utilisation optimisée de médicaments en fonction des besoins cliniques du patient. A l'inverse, la polymédication inappropriée est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « *l'utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus* » [14]. Chez le sujet âgé, plusieurs situations de prescription non optimales ont été décrites :

- L'excès de traitement ou « overuse » : il s'agit de l'utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité dans la population concernée. Ce point fait également référence aux situations dans lesquelles il existe un risque de surdosage.
- La prescription inappropriée ou « misuse » : Elle concerne l'utilisation de médicaments indiqués mais dont la prescription n'est pas optimisée (mauvaise fréquence, dose, durée). Elle reflète également l'utilisation de médicaments dont la balance bénéfice/risque est défavorable.
- L'insuffisance de traitement ou « underuse » : il est défini comme l'absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité.

Chez les patients polymédiqués, il existe un risque de prescription en cascade. En effet, un événement indésirable peut être interprété comme un nouveau problème médical. Un traitement médicamenteux supplémentaire peut alors être prescrit pour traiter ce problème [15]. L'ajout d'un nouveau traitement pour contrer un effet indésirable contribue à augmenter la complexité des ordonnances des sujets âgés.

La fragmentation du parcours de soin du patient âgé et le recours à différents professionnels de santé favorisent également le risque d'accidents iatrogènes. En effet, à l'hôpital, un quart des erreurs de prescriptions seraient liées à un historique médicamenteux erroné [16]. La continuité de la prise en charge médicamenteuse est souvent défailante à la sortie d'hospitalisation [17].

### **I.3.3. Impact de l'iatrogénie médicamenteuse sur le système de santé**

La polymédication majore le risque de survenue d'effets indésirables (EI) et d'interactions médicamenteuses (IM). Il a été montré qu'à chaque ajout supplémentaire d'un médicament, la probabilité de survenue d'effets indésirables augmente de 12% à 18%. Les accidents iatrogéniques, majoritairement évitables, sont responsables de 5% à 25% des admissions hospitalières et de 10% des admissions aux urgences [18]. En gériatrie, jusqu'à 75% des hospitalisations entraînées par les effets indésirables des médicaments pourraient être évitées [19].

La polymédication est un facteur prédictif de la durée des séjours hospitaliers, de la mortalité et de la réadmissions hospitalières [18]. La polymédication avec le risque d'iatrogénie est associée à une altération de la qualité de vie et un risque augmenté de dépendance fonctionnelle

La polypathologie implique des surcoûts au niveau des dépenses de santé. Ils peuvent être directs liés à la surconsommation médicamenteuse ou indirects liés aux hospitalisations pour iatrogénie. L'iatrogénie peut également avoir des conséquences au niveau social (arrêts

de travail), humain (décès, incapacité) et psychologique (perte de confiance vis-à-vis des professionnels de santé) [3].

La déprescription apparaît comme une solution efficace pour diminuer le risque iatrogénique en réduisant la polymédication. Par ailleurs, la déprescription permet une diminution des dépenses de santé. Deux essais cliniques randomisés ont montré une diminution du nombre d'hospitalisation dans le groupe où a été menée une déprescription par rapport au groupe témoin ( $p=0,05$ ) [20,21].

## **I.4. La déprescription**

### **I.4.1. Définition**

La déprescription est « *le processus d'arrêt d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de santé dans le but de gérer les risques de la polymédication et d'améliorer l'état de santé du patient* » [22].

Il s'agit d'arrêter un médicament de manière structurée. Cette démarche est centrée sur le patient. Elle doit toujours être menée en collaboration entre le médecin, le patient, son entourage, le pharmacien et l'infirmière. Il est essentiel que ce processus soit multidisciplinaire.

La déprescription est fondée sur une approche individuelle. Elle doit prendre en compte l'état de santé global du patient, les objectifs thérapeutiques, les objectifs de vie, l'adhésion au traitement et les effets indésirables présentés par le patient. Les bénéfices attendus de la déprescription doivent être définis avant d'initier le processus [22].

### **I.4.2. Les obstacles à la déprescription**

#### **I.4.2.1. Liés au patient**

Reeve *et al.* ont étudié les freins et les leviers à la déprescription du point de vue du patient [23–25].

Parmi les freins, il a été retrouvé les incertitudes quant à la pertinence de cesser des médicaments. Les patients peuvent concevoir les médicaments comme nécessaires ou bénéfiques pour leur santé et présentent des espoirs de bénéfices des médicaments. La prise médicamenteuse peut présenter des avantages psychologiques (*empowerment*). La prise de médicament peut s'avérer la conséquence d'un manque d'alternatives ou encore le refus d'autres options (traitement chirurgical ou psychologique).

La peur des conséquences de l'arrêt d'un traitement chronique, qu'elles soient non spécifiques, liées au retour de la condition initiale ou en lien avec des effets de sevrage constitue également un frein à la déprescription. Des expériences antérieures négatives lors de la cessation d'un médicament ou des pressions de l'entourage (médecin, famille, amis) pour poursuivre le médicament peuvent entraîner un refus de la déprescription par le patient.

Le processus de déprescription peut aussi s'avérer être un frein. Le manque de temps ou de support du médecin traitant, des lacunes dans les connaissances sur la façon de procéder pour déprescrire, le manque de ressources ou de temps pour faire le suivi nécessaire sont autant de freins. Enfin, d'autres éléments peuvent entrer en jeu, tels que des considérations pragmatiques (« le médicament n'est pas si pire que ça » ; « je suis trop vieux pour changer »), le souhait de poursuivre ses habitudes ou encore la culpabilité de potentiellement priver une personne qu'on aime d'un médicament qui pourrait peut-être fonctionner.

Les éléments précédemment cités peuvent aussi s'avérer être des leviers à la déprescription dans d'autres circonstances. Les perceptions que le médicament n'est plus nécessaire pour traiter la condition, que le médicament n'est plus efficace ou qu'il est associé à des effets indésirables réels ou potentiels favorisent une attitude positive face à la déprescription. Les patients peuvent ressentir la prise médicamenteuse comme un fardeau.

Des influences favorables envers la déprescription émanant des parents, amis ou du médecin traitant peuvent également exercer un rôle favorable envers la déprescription. Par

ailleurs, l'influence des médias ne doit pas être sous-estimée : l'annonce de risques potentiels de certains médicaments peut conduire à un souhait de déprescrire. Enfin, la présence de procédures bien établies pour la déprescription facilite son acceptation. Le fait que la déprescription puisse être effectuée dans un contexte d'un « test », avec la possibilité de reprendre la médication au besoin, permet de soulager certaines anxiétés. Le support du médecin, s'exprimant par du temps investi avec le patient, par des rencontres de suivi fréquentes et par une ouverture à la communication, constitue un élément important dans la vision positive de la déprescription [24].

#### **I.4.2.2. Liés au prescripteur**

Les raisons pour lesquelles les médecins continuent de prescrire, ou ne cessent de prescrire, des médicaments inappropriés sont multifactorielles, interdépendantes et influencées par une complexité clinique du sujet âgé.

Dans une revue systématique de la littérature, Anderson *et al.* étudient de manière exhaustive les obstacles et les facteurs favorables à la réduction de la prévalence des médicaments inappropriés chez les adultes. La thématique développée est centrée sur la prise de conscience, l'inertie, l'auto-efficacité et la faisabilité [26].

- **La prise de conscience des problèmes liés à la prescription de médicaments**

Les prescripteurs étaient conscients des dommages liés à la polypharmacie mais ne pouvaient pas facilement identifier les médicaments inappropriés, comme le reflètent les sous-thèmes "difficulté/incapacité à équilibrer les avantages et les inconvénients du traitement", "incapacité à reconnaître les effets indésirables des médicaments", "manque de preuves" et "tableau clinique incomplet" [26]. Les prescripteurs peuvent sous-estimer le nombre de patients auxquels ils prescrivent des médicaments inappropriés ou le nombre de produits inappropriés auxquels les individus sont exposés [24].

- **L'inertie clinique**

L'inertie clinique reflète l'absence d'action malgré la connaissance d'un problème. Elle est le résultat d'une peur des conséquences négatives d'un changement (par exemple : relation thérapeutique menacée, conflits avec autres professionnels de santé ou prescripteurs, peur des effets indésirables liés au sevrage). Les prescripteurs convaincus aux bénéfices de la déprescription et aux risques potentiels de certains médicaments sont plus susceptibles de pratiquer la déprescription [24].

Dans la revue de la littérature, les prescripteurs étaient conscients de l'inadéquation entre la prescription de médicaments inappropriés et le tableau clinique mais ils réagissaient en exprimant divers arguments pour continuer à prescrire, telles que "les médicaments fonctionnent, ont peu d'effets indésirables", "la prescription est bienveillante et répond aux besoins », « l'arrêt est difficile, futile ou va échouer", "mauvaise acceptation (par le patient) des alternatives" et "circonstances défavorables difficiles et insolubles (par le patient)" [26].

- **Les habilités à déprescrire**

Les prescripteurs ayant des connaissances chez les personnes âgées sont plus enclin à initier le processus de déprescription et moins susceptibles de subir la pression de suivre les lignes directrices de la pratique clinique. Par exemple, Schuling *et al.* ont démontré qu'il était difficile pour certains médecins traitant de cesser les médicaments préventifs chez les personnes très âgées avec de nombreuses comorbidités puisqu'ils disposent de peu

d'information sur les bénéfices et risque pour cette patientèle. Ces médecins évoquaient que de proposer de cesser un médicament préventif peut être perçu comme un signe d'abandon dans la prise en charge thérapeutique [27].

- **La faisabilité**

La faisabilité représente les facteurs externes pouvant affecter la probabilité de déprescrire. La résistance des patients aux changements et leur manifestation d'un manque d'acceptation des thérapies alternatives constituent des freins rapportés. Au contraire, l'ouverture des patients et la capacité de cristalliser les objectifs de traitements avec eux en fonction de l'espérance de vie sont facilitants. Le manque de temps pour déprescrire, l'insuffisance d'alternatives non pharmacologiques, la difficulté à remettre en question les prescriptions d'un autre professionnel de la santé sont mentionnés comme des freins, alors que le remboursement et l'accès à des services (ex. ressources en santé mentale, pharmaciens) apparaissent comme des leviers [26].

Les freins identifiés chez les prescripteurs concordent avec ceux des patients en ce qui concerne la résistance au changement, la faible acceptation des alternatives non médicamenteuses et la peur des conséquences négatives de l'arrêt du traitement. Cependant, les prescripteurs sous-estiment également les facteurs favorables, notamment les expériences/préoccupations des patients concernant les effets indésirables, l'aversion pour les médicaments multiples et l'assurance qu'un médicament arrêté peut-être repris si nécessaire. Les patients ont également déclaré que leur médecin traitant pouvait avoir une grande influence pour les encourager à interrompre leur traitement, une perception qui n'est pas partagée par les prescripteurs [26].

### **I.4.3. Outils existants pour la réévaluation des traitements**

Les logiciels de prescription peuvent être des outils utiles à la déprescription. Lors de la prescription, ils permettent d'informer le prescripteur sur les risques potentiels liés aux médicaments, à l'âge et aux pathologies du patient (insuffisance rénale, insuffisance hépatique...). En effet, les logiciels de prescriptions sont interfacés, selon l'éditeur, avec la banque Claude Bernard, le VIDAL ou Thériaque. Néanmoins, les alertes déclenchées ne sont pas spécifiques à la situation clinique du patient.

Des listes permettant d'identifier les médicaments inappropriés, notamment chez le sujet âgé, ont été élaborées. Parmi elles, on retrouve :

- Les critères de Beers [28] : il s'agit d'une liste anglosaxonne initialement développée en 1991 et mis à jour en 2015 de médicaments considérés comme inappropriés chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Cette liste ne propose pas d'alternative thérapeutique et elle n'est pas totalement adaptée à la pratique française.
- La liste de Laroche [29] : il s'agit d'une liste développée en 2009 de médicaments disponibles en France et potentiellement inappropriés chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Elle propose des alternatives thérapeutiques à chaque médicament inapproprié.
- La liste STOPP/START [30,31]: développé en 2008 et mise à jour en 2015, les critères de cette liste permettent de détecter l'« overuse », l'« underuse » et le « misuse ». C'est à ce jour la seule liste qui investigate les omissions (« underuse »). La liste permet de déterminer les risques liés aux médicaments les



plus prescrits chez les sujets âgés comme les interactions médicamenteuses, les effets indésirables et l'omission de médicaments identifiés comme essentiels.

- La liste EU(7)-PIM [32] : élaboré avec la participation d'experts de sept pays européens, cette liste est un outil de dépistage permettant d'identifier et de comparer les habitudes de prescription des médicaments inappropriés pour les personnes âgées dans les différents pays européens.

Le Medication Appropriateness Index est un outil proposant une liste de 10 critères de prescription sous la forme de questions (indication, choix de molécule, dose, mode d'administration, durée, risque d'interaction...) [33]. Il offre un support pour la réévaluation d'un traitement, mais il n'apporte pas de recommandations particulières pour la primo-prescription.

Le Programme Prescription Médicamenteuse chez le sujet âgé est un programme d'aide à la déprescription mis en place en 2006 par la Haute Autorité de Santé (HAS) [34]. Il apporte un soutien aux prescripteurs et permet d'améliorer la prescription chez le sujet âgé, d'éviter d'éventuels risques iatrogéniques. En amont de toute prescription, le programme présente un protocole de prescription et de prévention des risques iatrogéniques et en aval, des protocoles de révision d'ordonnance et de suivi thérapeutique médicamenteuse.

#### **I.4.4. Médicaments concernés**

Selon les critères de Beers 2015, la Société Américaine de Gériatrie (Health in Aging Foundation) a émis une liste de 10 médicaments qui devraient être évités chez les personnes âgées [24]. Elle comprend :

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- La digoxine
- Le gibenclamide
- Les relaxants musculaire
- Les benzodiazépines et apparentés aux benzodiazépines (zolpidem, zopiclone)
- Les médicaments anticholinergiques (ex. amitryptiline, imipramine)
- La mépéridine (médicament non disponible en France)
- Les produits en vente libre contenant de la diphénhydramine et de la chlorphéniramine
- Les antipsychotiques en l'absence de psychose
- Les estrogènes

Cette liste n'est pas exhaustive. D'autres classes médicamenteuses sont également concernées. Il s'agit des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Les inhibiteurs de la pompe à protons sont souvent considérés comme des médicaments sûrs et bien tolérés, et bien que l'incidence des effets secondaires, tels que la diarrhée, l'altération de l'absorption de la vitamine B12, l'hypomagnésémie, l'infection à *Clostridium difficile*, les fractures de la hanche et la pneumonie sont faibles, les personnes âgées pourraient être plus exposées à ces affections. Lorsque les IPP sont prescrits de manière inappropriée ou utilisés pendant trop longtemps, ils peuvent contribuer à la polypharmacie, Des algorithmes permettant d'encadrer la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons ont également été développés [35].

Les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine utilisés pour le traitement de la démence sont également concernés par la déprescription [36].

Aux États-Unis, un essai pilote de déprescription des bêtabloquants est en cours. Le but de cet essai est la déprescription des bêtabloquants chez les sujets âgés souffrant d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ventriculaire préservée [37,38]. D'autres médicaments à visée cardiovasculaire sont concernés. Il s'agit des antihypertenseurs [39] et des statines en prévention primaire [37,40].

#### **I.4.5. Le rôle du pharmacien clinicien dans la déprescription**

##### **I.4.5.1. Définition de la pharmacie clinique**

La pharmacie clinique est née aux États-Unis dans les années 60 et prend son essor en Europe dans les années 80. Cette discipline pharmaceutique a été définie pour la première fois en 1961 par Charles Walton comme « *l'utilisation optimale de jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien, dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients* » [41].

En 2016, la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a actualisé sa définition de la pharmacie clinique [41] :

« *La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient, dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soin. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants.* »

##### **I.4.5.2. Les activités de pharmacie clinique**

Au fil du temps, les missions du pharmacien clinicien se sont renforcées. L'ordonnance 2016-1729 du 15 décembre 2016, relative aux Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), introduit réglementairement la pharmacie clinique dans les missions du pharmacien hospitalier à l'article L.5126-1 2° : le pharmacien de PUI se doit « *de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient* » [41].

La SFPC a établi un processus de pharmacie clinique en adéquation avec cette définition, constitué de trois types d'actes pharmaceutiques pour lesquels le niveau d'implication du pharmacien clinicien est croissant [41] :

- **La dispensation**, définie par l'article R. 4235-48 du code de la santé publique : « *Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation, associant à sa délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ; la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des produits de santé. Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, apporter un soutien au patient* »

- **Le bilan de médication ou revue clinique de médication** : Il permet d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Il implique une analyse critique et structurée des médicaments du patient.
- **Le plan pharmaceutique personnalisé et l'expertise pharmaceutique clinique** : Ce processus comprend notamment le développement d'un entretien pharmaceutique approfondi avec le patient. Une synthèse écrite et des propositions ciblées seront suggérées à l'équipe de soins sur un ou plusieurs éléments identifiés.

#### **I.4.5.2.1. La conciliation médicamenteuse**

En 2015, le Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini la conciliation médicamenteuse comme « *un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts* » [42]

La conciliation des traitements médicamenteux permet de réduire des erreurs médicamenteuses, de diminuer le recours à l'hospitalisation tels que les passages aux urgences et les réhospitalisations non programmées et d'assurer une continuité médicamenteuse.

Dans un guide intitulé « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé », la HAS rappelle les 4 séquences essentielles de la démarche [43] :

- Recueillir les informations : connaître à chaque point de transition les médicaments du patient qui sont pris ou à prendre et formaliser les informations recueillies en tenant compte de l'automédication, de l'historique médicamenteux et de la non-adhésion thérapeutique du patient
- Synthétiser les informations : rédiger le bilan médicamenteux
- Valider le bilan médicamenteux
- Partager et exploiter le bilan médicamenteux : optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments

La conciliation médicamenteuse qualifiée de proactive contribue à la prévention des erreurs médicamenteuses. Le bilan médicamenteux est établi avant la prescription du médecin (**Figure 5**) [42].

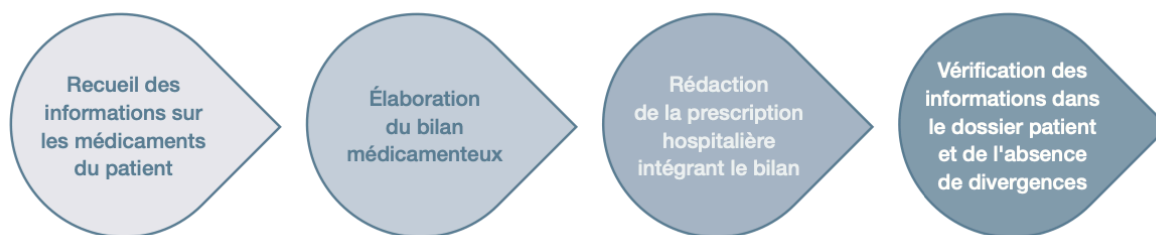


Figure 5 : La conciliation des traitements médicamenteux proactive

La conciliation des traitements médicamenteux qualifiée de rétroactive contribue à l'interception des erreurs médicamenteuses avérées (**Figure 6**) [42]. Le bilan médicamenteux est établi après la rédaction de la prescription ; le bilan sera comparé à la prescription en cours. Les éventuelles divergences repérées seront communiquées au prescripteur.

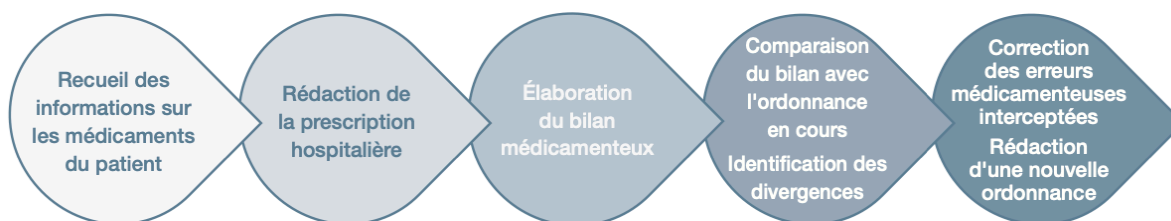


Figure 6 : La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive

#### I.4.5.2.2. L'analyse pharmaceutique des prescriptions

Le groupe de travail Standardisation et Valorisation des actes en pharmacie clinique de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) rappelle les points essentiels à vérifier pour garantir la qualité d'une analyse d'ordonnance. L'analyse d'ordonnance est une expertise structurée et continue des thérapeutiques du patient, de leurs modalités d'utilisation et des connaissances et pratiques du patient. Son objectif est d'obtenir une optimisation de l'efficacité et de la sécurité des thérapeutiques, une minimisation des coûts et une adhérence optimale [44].

La situation clinique du patient et les recommandations de pratiques cliniques sont les deux éléments majeurs ayant permis d'établir une liste de vérification. Une analyse pharmaceutique complète doit donc comprendre une analyse réglementaire (identité du patient, identité du prescripteur, médicament prescrit), une analyse thérapeutique (choix du médicament, posologie, interactions médicamenteuses) et une analyse clinique (la pertinence de la prescription est confronté à l'état clinique du patient).

#### I.4.5.2.3. L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir et à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de la gestion de la maladie et de soutien psychosocial. Elle a pour but d'aider les patients et leur entourage à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie [45].

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 inscrit officiellement l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins du patient [45]. L'éducation thérapeutique peut aider le patient et son entourage à :

- Comprendre les mécanismes de la maladie et le rôle des médicaments et des examens de biologie médicale nécessaires au suivi de la maladie
- Maitriser les bons gestes techniques pour utiliser le médicament ou surveiller la maladie
- Reconnaître les signes d'alerte (symptômes, effets indésirables d'un médicament, résultats d'une automesure situés en dehors des valeurs fixées par le médecin) et savoir quoi faire s'ils surviennent

## **I.5. But de l'étude et objectifs de recherche**

Le but de ce travail de thèse était d'établir un état des lieux de la pratique de la déprescription en Haute-Vienne. Pour cela, deux études ont été conduites auprès de prescripteurs (étude 1) et auprès de patients ambulatoires (étude 2).

### Objectifs de l'étude 1 :

- Objectif principal
  - Décrire les déterminants associés à une réticence de la déprescription chez les prescripteurs en ville et à l'hôpital
- Objectif secondaire
  - Décrire la pratique de la déprescription en ville et à l'hôpital

### Objectifs de l'étude 2

- Objectif principal
  - Décrire les déterminants associés à une réticence de la déprescription chez des patients ambulatoires
- Objectifs secondaires
  - Décrire ces déterminants en fonction de l'âge
  - Décrire ces déterminants en fonction de la localisation géographique de résidence des patients (zone urbaine, zone semi-rurale, zone rurale)

## II. Etude 1 : Les déterminants anthropologiques de la déprescription du point de vue des prescripteurs

---

### II.1. Méthodologie

#### II.1.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale menée auprès des médecins prescripteurs du département de la Haute Vienne entre le 3 mai 2021 et le 30 juin 2021.

Pour cela, il a été réalisé un questionnaire qui a été diffusé de façon anonyme et dématérialisé.

#### II.1.2. Comité d'éthique

L'avis favorable du comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges a été obtenu le 19 avril 2021. Il a été enregistré sous le numéro 471-2021-127.

#### II.1.3. Sélection des centres

Les villes en Haute-Vienne ont été classées selon leur densité de population/km<sup>2</sup> et selon leur offre de soins hospitalière. Ainsi, trois groupes ont été définis :

- Groupe 1 (zone urbaine) : villes avec Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et/ou densité  $\geq 200$  habitants/km<sup>2</sup>
- Groupe 2 (zone semi-rurale) : villes avec Centre Hospitalier (CH) et/ou 60 habitants/km<sup>2</sup>  $\leq$  densité  $< 200$  habitants/km<sup>2</sup>
- Groupe 3 (zone rurale) : ville sans structure hospitalière et densité  $< 60$  habitants/km<sup>2</sup>

Au niveau du territoire, hormis le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, on distinguait le Centre Hospitalier de Saint-Yrieix et le Centre Hospitalier de Saint-Junien. D'autres centres hospitaliers étaient présents sur le territoire mais il s'agissait de structure plus petite dans lesquelles des médecins généralistes effectuaient des vacations.

Les cliniques privées et les établissements spécialisés n'avaient pas été incluses dans l'étude.

Les centres hospitaliers sélectionnés étaient le Centre Universitaire de Limoges, le Centre Hospitalier de Saint-Yrieix et le Centre Hospitalier de Saint-Junien. Les médecins généralistes exerçant majoritairement en libéral, l'antenne locale de l'Ordre National des médecins a été contacté.

#### II.1.4. Outil de recueil des données

Les données ont été recueillies en utilisant un questionnaire (**Annexe 1**) élaboré en collaboration entre l'unité de Pharmacie clinique de la Pharmacie à Usage Intérieur et le service de Gériatrie du CHU de Limoges. Il se compose de 3 parties : une partie démographique, une partie s'intéressant à la pratique de la déprescription et une partie sur les leviers et freins à la déprescription.

Le questionnaire est composé d'items fermés hormis les questions portant sur l'âge et la spécialité médicale ou chirurgicale d'exercice des participants.

Une recherche bibliographique a été menée sur la base MedLine (Pubmed) afin d'identifier les molécules à déprescrire [24,35–40,46]. Les mots clés suivants ont été utilisés : « deprescription », « ceasing prescribing », « stop prescribing » et « inappropriate prescription ». A partir de l'identification de ces molécules, un tableau avec des fréquences a été construits afin d'évaluer la pratique de la déprescription des prescripteurs.

Les obstacles à la déprescription liés au prescripteur ont également été identifiés par une recherche dans la littérature [25–27,47]. La recherche a été menée sur la base MedLine (Pubmed) en utilisant les mots-clés suivants : « deprescribing barriers » et « physician barriers deprescription ». Chaque item était présenté sous la forme d'une échelle de Likert. L'échelle de Likert est un outil psychométrique permettant de mesurer une attitude chez des individus. Ainsi, cet outil permettait de mesurer l'attitude des prescripteurs vis-à-vis des freins présentés. L'échelle allait de 0 signifiant « absence d'obstacle » à 10 « obstacle majeur ».

Afin de transmettre plus facilement le questionnaire aux prescripteurs, il a été réalisé à l'aide de l'outil GoogleFORM puis diffusé aux praticiens hospitaliers du CHU de Limoges, du CH de Saint-Yrieix et du CH de Saint-Junien. Concernant les médecins généralistes exerçant à l'extérieur des hôpitaux, le message explicatif de l'étude et le lien ont pu être transmis via le site internet de l'ordre des médecins.

Les réponses aux questionnaires étaient anonymes.

#### **II.1.5. Population étudiée**

Il a été inclus les docteurs en médecine et les internes en médecine (à partir du premier semestre d'internat) exerçant en Haute-Vienne. Les étudiants en médecine ou les prescripteurs exerçant en dehors de la localité d'intérêt étaient non inclus.

Afin de vérifier les critères d'inclusion et non inclusion des prescripteurs, des items portant sur le nombre d'année de thèse ou le nombre de semestre d'internat effectué et le code postal de la ville d'exercice étaient présents dans le questionnaire.

#### **II.1.6. Analyses statistiques**

Les données recueillies par l'intermédiaire des questionnaires étaient des variables quantitatives, qualitatives binaires et qualitatives catégorielles. Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant les indices de position et de dispersion (moyenne, écart-type, médiane, intervalle interquartile). Les variables qualitatives ont été décrites en utilisant les fréquences et les pourcentages.

Des comparaisons par groupe d'âge (< 35 ans ; ≥ 35 ans) en fonction des fréquences de déprescription des classes médicamenteuses proposées et en fonction de la proportion de patientèle gériatrique ont été effectuées. Le test du Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour comparer ces différentes variables qualitatives après vérification au préalable des conditions d'application du test. En cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5, le test exact de Fisher était appliqué.

Pour analyser les obstacles à la déprescription, les indices de position et de dispersion (moyenne, écart-type, médiane, intervalle interquartile) ont été calculés. Par la suite, les freins ont été classés selon leur rang déterminé sur la moyenne pondérée.

Toutes les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel 2016. Le logiciel STATA 14.1 a été utilisé pour réaliser les analyses statistiques.



## II.2. Résultats

### II.2.1. Description de la population

Cent cinquante et un prescripteurs exerçant en Haute-Vienne ont répondu à l'étude. Parmi eux, 41,7% étaient des hommes. L'âge moyen des prescripteurs était de 35 ans (+/- 11 ans). Les docteurs en médecine représentaient 57,6% des répondants et étaient titulaire du doctorat en médecine depuis 13 ans (+/- 10 ans). Les internes en médecine ont participé à l'étude à hauteur de 42,4%. Les prescripteurs exerçaient en milieu urbain (81,5%), en milieu semi-rural (13,2%) et en milieu rural (5,3%). Ils travaillaient majoritairement au sein d'un Centre Hospitalo-Universitaire (70,2%), au sein d'un Centre Hospitalier (15,2%) et en libéral (13,2%). Les médecins généralistes et les gériatres étaient les spécialités à avoir répondu majoritairement à l'étude, 23,8% et 15,9% respectivement. Concernant les autres spécialités, 47,7% des réponses émanaient des spécialités médicales hors gériatrie et médecine générale et 12,6% des spécialités chirurgicales. Concernant la proportion de la patientèle gériatrique (patients âgés de plus de 75 ans), elle représentait entre 50,0% et 75,0% du volume de patientèle pour 37,1% des prescripteurs ayant répondu à l'étude (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Caractéristiques des prescripteurs ayant répondu à l'étude

	n	%	m	sd
Hommes (n)	63	41,7		
Age (ans)			35	11
Docteur en médecine	87	57,6		
<b>Spécialités</b>				
Spécialités chirurgicales	19	12,6		
Spécialités médicales hors médecine générale et gériatrie	72	47,7		
Médecine générale	36	23,8		
Gériatrie	24	15,9		
<b>Structure</b>				
Centre Hospitalier	23	15,2		
Centre Hospitalier Universitaire	106	70,2		
Établissement médico-social	2	1,3		
Exercice libéral	20	13,2		
<b>Mode d'exercice</b>				
Rural	8	5,3		
Semi-rural	20	13,2		
Urbain	123	81,5		
<b>Proportion patientèle gériatrique (&gt; 75 ans)</b>				
0% - 25%	26	17,2		
25% - 50%	36	23,8		
50% - 75%	56	37,1		
75% - 100%	33	21,9		

m : moyenne / sd : écart type

## II.2.2. Pratique de la déprescription en Haute-Vienne

Majoritairement, les praticiens ont été sensibilisés à la déprescription pendant leur étude (66,9%) et pratiquaient la déprescription dans leur exercice quotidien (86,8%). Ils s'accordaient à penser que la déprescription était un moyen d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients (82,8%) et de réduire le risque iatrogénique (98,7%). Néanmoins, 1,3% d'entre eux pensaient que la déprescription était une perte de chance pour le patient (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Les prescripteurs et la déprescription

	n	%
<b>Sensibilisation à la déprescription durant les études</b>	101	66,9
<b>Pratique de la déprescription</b>	131	86,8
<b>Opinion déprescription</b>		
Un moyen d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients	125	82,8
Un moyen de réduire le risque iatrogénique	149	98,7
Une perte de chance pour le patient	2	1,3

Selon les prescripteurs répondant à l'étude, les patients âgés de plus de 75 ans étaient la principale population cible de la déprescription. En s'intéressant aux patients plus jeunes, comme les sujets âgés de 0 à 24 ans, seulement 47,7% des prescripteurs pourraient déprescrire des traitements dans cette population (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Population cible de la déprescription selon les prescripteurs

	n	%
Patients âgés de 0 à 24 ans	72	47,7
Patients âgés de 25 à 44 ans	80	53,0
Patients âgés de 45 à 64 ans	93	61,6
Patients âgés de 65 à 74 ans	137	90,7
Patients âgés de plus de 75 ans	151	100,0

Parmi les classes médicamenteuses les plus régulièrement déprescrites, il a été retrouvé les inhibiteurs de la pompe à protons, les benzodiazépines et les hypnotiques. Les laxatifs étaient peu régulièrement déprescrits.

D'autres classes thérapeutiques comme les antipsychotiques, les antidépresseurs, les antidiabétiques oraux, les antihypertenseurs, les statines en prévention primaire, les bêtabloquants, les antispasmodiques urinaires et les inhibiteurs de la cholinestérase étaient rarement et même jamais déprescrites.

Par ailleurs, la déprescription des statines en prévention primaire, des antispasmodiques urinaires et des inhibiteurs de la cholinestérase variait de manière significative selon l'âge des prescripteurs ( $p=0,034$ ,  $p<0,0001$ ,  $p<0,0001$  respectivement) (Tableau 5).

Tableau 5 : Déprescription des classes médicamenteuses selon l'âge des prescripteurs

	Total	Age < 35 ans	Age > 35 ans	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Inhibiteurs de la pompe à protons (n = 140)</b>				0,677
Très régulièrement	23 (16,4)	12 (52,2)	11 (47,8)	
Régulièrement	40 (28,6)	22 (55,0)	18 (45,0)	
Peu régulièrement	36 (25,7)	24 (66,7)	12 (33,3)	
Rarement	19 (13,6)	11 (57,9)	8 (42,1)	
Jamais	22 (15,7)	15 (68,2)	7 (31,8)	
<b>Benzodiazépines et Hypnotiques (n = 142)</b>				0,382
Très régulièrement	41 (28,9)	20 (48,8)	21 (51,2)	
Régulièrement	56 (39,4)	36 (64,3)	20 (35,7)	
Peu régulièrement	22 (15,5)	15 (68,2)	7 (31,8)	
Rarement	17 (12,0)	12 (70,6)	5 (29,4)	
Jamais	6 (4,2)	3 (50,0)	3 (50,0)	
<b>Antipsychotique (n = 137)</b>				0,179
Très régulièrement	13 (9,5)	5 (38,5)	8 (61,5)	
Régulièrement	26 (19,0)	12 (46,2)	14 (53,8)	
Peu régulièrement	19 (13,9)	13 (68,4)	6 (31,6)	
Rarement	34 (24,8)	22 (64,7)	12 (35,3)	
Jamais	45 (32,8)	30 (66,7)	15 (33,3)	
<b>Antidépresseurs (n = 139)</b>				0,223
Très régulièrement	5 (3,6)	3 (60,0)	2 (40,0)	
Régulièrement	28 (20,1)	15 (53,6)	13 (46,4)	
Peu régulièrement	33 (23,7)	16 (48,5)	17 (51,5)	
Rarement	41 (29,5)	26 (63,4)	15 (36,6)	
Jamais	32 (23,0)	24 (75,0)	8 (25,0)	
<b>Antidiabétiques oraux (n = 143)</b>				0,567
Très régulièrement	8 (5,6)	4 (50,0)	4 (50,0)	
Régulièrement	22 (15,4)	12 (54,4)	10 (45,5)	
Peu régulièrement	24 (16,8)	14 (58,3)	10 (41,7)	
Rarement	30 (21,0)	17 (56,7)	13 (43,3)	
Jamais	50 (35,0)	35 (70,0)	15 (30,0)	

Tableau 5 : Déprescription des classes médicamenteuses selon l'âge des prescripteurs (suite)

	Total	Age < 35 ans	Age > 35 ans	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Laxatifs (n = 137)</b>				0,831
Très régulièrement	21 (15,3)	13 (61,9)	8 (38,1)	
Régulièrement	27 (19,7)	16 (59,3)	11 (40,7)	
Peu régulièrement	47 (34,3)	31 (66,0)	16 (34,0)	
Rarement	34 (24,8)	18 (52,9)	16 (47,1)	
Jamais	8 (5,8)	5 (62,5)	3 (37,5)	
<b>Antihypertenseurs (n = 139)</b>				0,900
Très régulièrement	9 (6,5)	5 (55,6)	4 (44,4)	
Régulièrement	30 (21,6)	20 (66,7)	10 (33,3)	
Peu régulièrement	37 (26,6)	23 (62,2)	14 (37,8)	
Rarement	39 (28,1)	23 (59,0)	16 (41,0)	
Jamais	24 (17,3)	13 (54,2)	11 (45,8)	
<b>Statines en prévention primaire (n = 139)</b>				0,034
Très régulièrement	23 (16,5)	12 (52,2)	11 (47,8)	
Régulièrement	21 (15,1)	7 (33,3)	14 (66,7)	
Peu régulièrement	33 (23,7)	21 (63,6)	12 (36,4)	
Rarement	24 (17,3)	16 (66,7)	8 (33,3)	
Jamais	38 (27,3)	28 (73,7)	10 (26,3)	
<b>Bétabloquant (n = 136)</b>				0,522
Très régulièrement	2 (1,5)	2 (100,0)	0 (0)	
Régulièrement	9 (6,6)	6 (66,7)	3 (33,3)	
Peu régulièrement	28 (20,6)	14 (50,0)	14 (50,0)	
Rarement	50 (36,8)	28 (56,0)	22 (44,0)	
Jamais	47 (34,6)	31 (66,0)	16 (34,0)	
<b>Antispasmodiques urinaires (n = 138)</b>				< 0,0001
Très régulièrement	19 (13,8)	4 (21,1)	15 (78,9)	
Régulièrement	16 (11,6)	6 (37,5)	10 (62,5)	
Peu régulièrement	18 (13,0)	10 (55,6)	8 (44,4)	
Rarement	31 (22,5)	25 (80,6)	6 (19,4)	
Jamais	54 (39,1)	38 (70,4)	16 (29,6)	
<b>Inhibiteur de la cholinestérase (n = 132)</b>				< 0,0001
Très régulièrement	16 (12,1)	3 (18,8)	13 (81,3)	
Régulièrement	8 (6,1)	5 (62,5)	3 (37,5)	
Peu régulièrement	21 (15,9)	6 (28,6)	15 (71,4)	
Rarement	15 (11,4)	12 (80,0)	3 (20,0)	
Jamais	72 (54,5)	53 (73,6)	19 (26,4)	

### **II.2.3. Les freins à la déprescription**

Parmi les prescripteurs ayant répondu à l'étude, les principaux freins à la déprescription identifiés étaient la prescription d'un médicament par un autre spécialiste (moyenne = 7,2/10), des lacunes dans le dossier médical du patient (moyenne = 7,1/10) et la discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique (moyenne = 6,9/10).

A l'inverse, la perspective d'un échec de déprescription (moyenne = 4,4/10), la pression exercée par d'autres professionnels de santé non médicaux (moyenne = 4,1/10) et la peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient (moyenne = 3,8/10) ont été identifiées comme des obstacles moins importants.

#### **II.2.3.1. Les freins à la déprescription en fonction de l'âge des prescripteurs**

Les trois principaux freins identifiés chez les prescripteurs âgés de moins de 35 ans étaient identiques à ceux identifiés dans la population totale soit la prescription d'un médicament par un autre spécialiste (moyenne = 7,5/10), la discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique (moyenne = 7,3/10) et des lacunes dans le dossier médical du patient (moyenne = 7,2/10) (**Tableau 6**).

Chez les prescripteurs âgés de plus de 35 ans, les trois principaux freins retrouvés étaient des lacunes dans le dossier médical du patient (moyenne = 6,8/10), la prescription d'un médicament par un autre spécialiste (moyenne = 6,7/10) et la réticence du patient vis-à-vis de l'arrêt d'un médicament qu'il prend depuis des années (moyenne = 6,5/10).

Les trois freins ayant le moins d'impact sur la déprescription chez les prescripteurs âgés de moins de 35 ans et de plus de 35 ans étaient la perspective d'un échec de déprescription (moyenne = 4,9/10 ; moyenne = 3,5/10), la peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient (moyenne = 4,1/10 ; moyenne = 3,3/10) et la pression exercée par d'autres professionnels de santé non médicaux (moyenne = 4,0/10 ; moyenne = 4,2/10). Ces freins étaient les mêmes que ceux identifiés dans la population totale.

Un manque de connaissance dans l'approche de la personne âgée apparaissait comme un obstacle plus important chez les prescripteurs de moins de 35 ans comparé aux prescripteurs de plus de 35 ans (moyenne = 6,5/10 versus moyenne = 4,9/10).

Tableau 6 : Les freins à la déprescription en fonction de l'âge des prescripteurs

	Total (n = 151)			Age < 35 ans (n = 94)			Age > 35 ans (n = 57)		
	Moyenne (Écart-type)	Médiane (IQ)	Rang*	Moyenne (écart-type)	Médiane (IQ)	Rang*	Moyenne (écart-type)	Médiane (IQ)	Rang*
<b>Le médicament a été prescrit initialement par un autre spécialiste</b>	7,2 (1,0)	8 (6 - 9)	<b>1</b>	7,5 (1,4)	8 (7 - 9)	<b>1</b>	6,7 (1,6)	7 (5 - 8)	<b>2</b>
<b>Des lacunes dans le dossier médical du patient</b>	7,1 (1,0)	8 (5 - 9)	<b>2</b>	7,2 (1,3)	8 (6 - 9)	<b>3</b>	6,8 (1,6)	8 (5 - 9)	<b>1</b>
<b>La discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique</b>	6,9 (1,0)	7 (5 - 8)	<b>3</b>	7,3 (1,3)	8 (6 - 9)	<b>2</b>	6,2 (1,5)	6 (5 - 8)	<b>4</b>
<b>La peur d'une conséquence négative chez le patient</b>	6,2 (0,9)	7 (4 - 8)	<b>4</b>	6,8 (1,2)	7,5 (5 - 8)	<b>4</b>	5,2 (1,4)	5 (3 - 8)	<b>7</b>
<b>Le patient est réticent vis-à-vis de l'arrêt d'un médicament qu'il prend depuis des années</b>	6,1 (0,9)	6 (5 - 8)	<b>5</b>	5,9 (1,1)	6 (4 - 8)	<b>8</b>	6,5 (1,5)	7 (5 - 8)	<b>3</b>
<b>Un manque de connaissance dans l'approche de la personne âgée</b>	5,9 (0,9)	7 (3 - 8)	<b>6</b>	6,5 (1,2)	7 (5 - 8)	<b>5</b>	4,9 (1,4)	5 (2 - 8)	<b>9</b>
<b>Le manque d'outils d'aide à la déprescription</b>	5,8 (0,9)	6 (4 - 8)	<b>7</b>	6,4 (1,2)	7 (5 - 8)	<b>6</b>	4,8 (1,4)	5 (3 - 7)	<b>10</b>
<b>Un défaut de communication (médecins, pharmaciens, infirmières, aides-soignants...)</b>	5,6 (0,9)	5 (4 - 7)	<b>8</b>	5,6 (1,1)	6 (4 - 7,75)	<b>9</b>	5,5 (1,4)	5 (4 - 7)	<b>5</b>
<b>Le manque d'alternatives thérapeutiques efficaces</b>	5,5 (0,9)	6 (4 - 7)	<b>9</b>	6,1 (1,1)	6 (5 - 8)	<b>7</b>	4,7 (1,4)	5 (3 - 7)	<b>11</b>
<b>Les contraintes de temps</b>	5,4 (0,9)	6 (3 - 7)	<b>10</b>	5,4 (1,1)	6 (3 - 7,75)	<b>10</b>	5,3 (1,4)	6 (3 - 7)	<b>6</b>
<b>La pression exercée par le patient et/ou la famille du patient pour la prescription de thérapeutiques</b>	5,2 (0,9)	5 (3 - 7)	<b>11</b>	5,4 (1,1)	5,5 (4 - 7)	<b>10</b>	4,7 (1,4)	4 (3 - 7)	<b>11</b>
<b>Le manque de recommandations et d'essais cliniques concernant les conséquences et les modalités de l'arrêt d'un médicament chez les personnes âgées</b>	5,2 (0,9)	5 (3 - 7)	<b>11</b>	5,2 (1,1)	5 (3 - 8)	<b>12</b>	5,1 (1,4)	5 (3 - 7)	<b>8</b>
<b>La perspective d'un échec de déprescription</b>	4,4 (0,9)	4 (3 - 6)	<b>13</b>	4,9 (1,1)	5 (3 - 7)	<b>13</b>	3,5 (1,5)	4 (2 - 5)	<b>14</b>
<b>La pression exercée par d'autres professionnels de santé non médicaux (infirmières, aides-soignants...)</b>	4,1 (0,9)	4 (2 - 5)	<b>14</b>	4,0 (1,1)	4 (2 - 5)	<b>15</b>	4,2 (1,4)	4 (2 - 5)	<b>13</b>
<b>La peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient</b>	3,8 (0,9)	3 (2 - 5)	<b>15</b>	4,1 (1,1)	4 (2 - 5)	<b>14</b>	3,3 (1,6)	3 (2 - 5)	<b>15</b>

*IQ = intervalle interquartile*

*\* Les rangs ont été déterminés sur la moyenne*

### II.2.3.2. Les freins à la déprescription en fonction de la spécialité des prescripteurs

Chez les chirurgiens, les principaux freins à la déprescription étaient identiques à ceux identifiés dans la population totale. Il s'agissait de la prescription d'un médicament par un autre spécialiste (moyenne = 7,7/10), des lacunes dans le dossier médical du patient (moyenne = 7,6/10) et la discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique (moyenne = 7,6/10) (**Tableau 7**).

La pression exercée par le patient et/ou la famille du patient pour la prescription de thérapeutique (moyenne = 4,2/10), la pression exercée par des professionnels de santé non médicaux (moyenne = 4,1/10) et la peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient (moyenne = 3,7/10) étaient les freins les moins importants dans les spécialités chirurgicales.

Les trois freins majoritaires identifiés chez les généralistes et les gériatres étaient identiques à ceux retrouvés dans la population générale : la discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique (moyenne = 7,2/10), des lacunes dans le dossier médical du patient (m = 6,9) et la prescription d'un médicament par un autre spécialiste (moyenne = 6,7/10).

Les contraintes de temps lors de la consultation médicale (moyenne = 4,8/10), la pression exercée par d'autres professionnels de santé non médicaux (moyenne = 4,1/10) et la peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient (moyenne = 3,9/10) n'avaient pas été identifiés comme des freins importants en médecine générale et en médecine gériatrique.

Les autres spécialités médicales considéraient la prescription d'un médicament par un autre spécialiste (moyenne = 7,5/10), des lacunes dans le dossier médical du patient (moyenne = 7,0/10) et la discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique (moyenne = 6,5/10) comme des freins majeurs. Ces freins étaient identiques à ceux identifiés dans la population générale.

La perspective d'un échec de déprescription (moyenne = 4,2/10), la pression exercée par d'autres professionnels de santé non médicaux (moyenne = 4,0/10) et la peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient (moyenne = 3,8/10) étaient identifiées comme les trois freins les moins importants pour les prescripteurs des spécialités médicales hors médecine gériatrique et médecine générale.

Le manque d'outils d'aide à la déprescription représentait un frein prépondérant chez les chirurgiens comparé à la population générale (moyenne = 7,1/10 vs moyenne = 5,8/10).

Le manque de connaissance dans l'approche de la personne âgée n'était pas un frein pour les prescripteurs en médecine générale et en gériatrie contrairement aux spécialités chirurgicales et aux autres spécialités médicales (moyenne = 5,1/10 vs moyenne = 6,5/10 vs moyenne = 6,4/10). Il en est de même pour les contraintes de temps (moyenne = 4,8/10 vs moyenne = 6,2/10 vs moyenne = 5,6/10). Cependant, la pression exercée par le patient et/ou la famille du patient pour la prescription de thérapeutique semblait prépondérante en médecine générale et en gériatrie comparé aux autres spécialités (moyenne = 5,8/10 vs moyenne = 4,2/10 vs moyenne = 4,9/10).

Tableau 7 : Les freins à la déprescription en fonction de la spécialité des prescripteurs

	Total (n = 151)			Spécialités chirurgicales (n = 19)			Spécialités Médecine générale et Médecine gériatrique (n = 60)			Autres spécialités médicales (n = 72)		
	Moyenne (écart-type)	Médiane (IQ)	Rang*	Moyenne (écart-type)	Médiane (IQ)	Rang*	Moyenne (écart-type)	Médiane (IQ)	Rang*	Moyenne (écart-type)	Médiane (IQ)	Rang*
<b>Le médicament a été prescrit initialement par un autre spécialiste</b>	7,2 (1,0)	8 (6 - 9)	<b>1</b>	7,7 (3,2)	8 (7 - 9)	<b>1</b>	6,7 (1,5)	7 (5 - 8)	<b>3</b>	7,5 (1,6)	8 (6 - 9)	<b>1</b>
<b>Des lacunes dans le dossier médical du patient</b>	7,1 (1,0)	8 (5 - 9)	<b>2</b>	7,6 (3,1)	8 (6,5 - 9)	<b>2</b>	6,9 (1,6)	7 (5 - 8,25)	<b>2</b>	7,0 (1,5)	8 (5-9)	<b>2</b>
<b>La discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique</b>	6,9 (1,0)	7 (5 - 8)	<b>3</b>	7,6 (3,1)	8 (7 - 9)	<b>2</b>	7,2 (1,7)	8 (6 - 9)	<b>1</b>	6,5 (1,4)	7 (5 - 8)	<b>3</b>
<b>La peur d'une conséquence négative chez le patient</b>	6,2 (0,9)	7 (4 - 8)	4	6,2 (2,6)	7 (3,5 - 8)	6	6,2 (1,4)	6 (4,75 - 8)	5	6,2 (1,3)	7 (3,75 - 8)	5
<b>Le patient est réticent vis-à-vis de l'arrêt d'un médicament qu'il prend depuis des années</b>	6,1 (0,9)	6 (5 - 8)	5	5,5 (2,4)	5 (4 - 7)	9	6,6 (1,5)	7 (5 - 8)	4	5,9 (1,3)	6 (5 - 8)	6
<b>Un manque de connaissance dans l'approche de la personne âgée</b>	5,9 (0,9)	7 (3 - 8)	6	6,5 (2,7)	7 (5,5 - 8)	5	5,1 (1,4)	6 (3 - 8)	11	6,4 (1,3)	7 (5 - 8)	4
<b>Le manque d'outils d'aide à la déprescription</b>	5,8 (0,9)	6 (4 - 8)	7	7,1 (2,9)	8 (6,5 - 9)	4	5,3 (1,4)	5 (3 - 7,25)	10	5,9 (1,3)	6 (4,75 - 8)	6
<b>Un défaut de communication (médecins, pharmaciens, infirmières, aides-soignants...)</b>	5,6 (0,9)	5 (4 - 7)	8	5,7 (2,5)	5 (4 - 8)	8	5,5 (1,4)	5,5 (4 - 7)	9	5,6 (1,3)	5,5 (3,75 - 8)	8
<b>Les contraintes de temps</b>	5,4 (0,9)	6 (3 - 7)	9	6,2 (2,6)	7 (4,5 - 8)	6	4,8 (1,4)	5 (2,75 - 7)	<b>13</b>	5,6 (1,3)	6 (3 - 7,25)	8
<b>Le manque de recommandations et d'essais cliniques concernant les conséquences et les modalités de l'arrêt d'un médicament chez les personnes âgées</b>	5,2 (0,9)	5 (3 - 7)	10	4,8 (2,4)	5 (2,5 - 6,5)	12	5,7 (1,4)	6 (4,75 - 8)	8	4,8 (1,2)	5 (3 - 7)	12
<b>Le manque d'alternatives thérapeutiques efficaces</b>	5,5 (0,9)	6 (4 - 7)	11	5,1 (2,4)	5 (3,5 - 7)	10	5,8 (1,4)	6,5 (4 - 7)	6	5,5 (1,2)	5 (4,75 - 8)	10
<b>La pression exercée par le patient et/ou la famille du patient pour la prescription de thérapeutiques</b>	5,2 (0,9)	5 (3 - 7)	12	4,2 (2,5)	4 (2 - 6)	<b>13</b>	5,8 (1,4)	6 (4 - 7)	6	4,9 (1,2)	5 (3 - 6,25)	11
<b>La pression exercée par d'autres professionnels de santé non médicaux (infirmières, aides-soignants...)</b>	4,1 (0,9)	4 (2 - 5)	<b>13</b>	4,1 (2,5)	4 (2 - 5,5)	<b>14</b>	4,1 (1,4)	4 (3 - 5)	<b>14</b>	4,0 (1,3)	4 (2 - 5)	<b>14</b>
<b>La perspective d'un échec de déprescription</b>	4,4 (0,9)	4 (3 - 6)	<b>14</b>	5,1 (2,4)	5 (3 - 8)	10	5,0 (1,4)	4 (3 - 6)	12	4,2 (1,3)	3 (2,75 - 6)	<b>13</b>
<b>La peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient</b>	3,8 (0,9)	3 (2 - 5)	<b>15</b>	3,7 (2,6)	3 (2 - 5)	<b>15</b>	3,9 (1,4)	4 (2 - 5)	<b>15</b>	3,8 (1,3)	3 (2 - 5)	<b>15</b>

IQ = intervalle interquartile

\* Les rangs ont été déterminés sur la moyenne



## II.2.4. Les leviers à la déprescription

Parmi les actions pouvant favoriser la déprescription, la formation à la déprescription et une meilleure communication ville-hôpital ont été jugées utiles par la moitié des praticiens ayant répondu à l'étude (55,0% et 57,0% respectivement). La collaboration avec le pharmacien et la création de consultations médicales dédiées étaient estimées comme étant utiles voire très utiles (47,7% vs 41,1% et 45,7% vs 31,8% respectivement). Néanmoins, la communication grand public et les recommandations des tutelles ou des sociétés savantes divisaient les prescripteurs. En effet, la moitié des prescripteurs considérait que ces recommandations seraient peu utiles voir inutiles pour aider leur pratique de la déprescription (Tableau 8).

Tableau 8 : Actions favorisant la déprescription

	n	%
<b>Formations à la déprescription</b>		
Inutile	4	2,6
Peu utile	16	10,6
Utile	83	55,0
Très utile	48	31,8
<b>Meilleure communication Ville-Hôpital</b>		
Inutile	1	0,7
Peu utile	14	9,3
Utile	86	57,0
Très utile	50	33,1
<b>Collaboration avec le pharmacien</b>		
Inutile	3	2,0
Peu utile	14	9,3
Utile	72	47,7
Très utile	62	41,1
<b>Communication grand public</b>		
Inutile	11	7,3
Peu utile	40	26,5
Utile	64	42,4
Très utile	36	23,8
<b>Recommandations des tutelles</b>		
Inutile	14	9,3
Peu utile	55	36,4
Utile	61	40,4
Très utile	21	13,9
<b>Consultations médicales dédiées</b>		
Inutile	10	6,6
Peu utile	24	15,9
Utile	69	45,7
Très utile	48	31,8

## III. Etude 2 : Les déterminants anthropologiques de la déprescription du point de vue des patients

---

### III.1. Méthodologie

#### III.1.1. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale menée dans 30 officines réparties sur le territoire de la Haute-Vienne. Les patients ont été inclus dans leur pharmacie d'officine et ont été invité à répondre à un questionnaire. L'étude s'est déroulée entre avril 2021 et août 2021.

#### III.1.2. Comité d'éthique

L'avis favorable du comité d'éthique du CHU de Limoges a été obtenu le 19 avril 2021. Il a été enregistré sous le numéro 471-2021-127.

#### III.1.3. Outil de recueil des données

Les données ont été recueillies en utilisant un questionnaire anonymisé (**Annexe 2**) élaborée en collaboration entre l'unité de Pharmacie clinique de la Pharmacie à Usage Intérieur et le service de Gériatrie du CHU de Limoges.

Le questionnaire est composé d'items fermés (hormis l'âge). Il a été élaboré afin de recueillir des données épidémiologiques (âge, sexe), des données de santé (antécédents, traitement chronique), d'évaluer l'autonomie du patient à domicile (profil chuteur ou non chuteur), l'observance du patient, la connaissance de son traitement chronique (indications thérapeutiques) et son opinion vis-à-vis de la déprescription.

Une recherche bibliographique a été menée sur la base MedLine (Pubmed) afin d'identifier les molécules pour lesquelles il existe des données sur leur déprescription [24,35–40,46]. Les mots clés utilisés étaient « deprescription », « ceasing prescribing », « stop prescribing » et « inappropriate prescription ». A partir de l'identification de ces molécules et de leur indication, les questions portant sur les antécédents et les traitements chroniques possibles ont été construites, expliquant ainsi le caractère restrictif de ces items.

Afin d'évaluer l'observance des patients, le score de Morisky à 4 items a été inclus dans le questionnaire (**Annexe 3**). Le premier item du score de Morisky à 4 items portant sur l'oubli de la prise médicamenteuse a été adapté en ajoutant une notion de fréquence afin d'obtenir des réponses plus nuancées, représentatives de la prise médicamenteuse au quotidien. Cependant, pour le calcul du score, cet item a été considéré comme binaire (oui = parfois, souvent, tout le temps ; non = jamais/rarement, de temps en temps). A chaque item, un point était attribué pour un « oui » et zéro point pour un « non ». En fonction de la réponse du patient à chaque item, un score final compris entre 0 et 4 était obtenu. Le score de Morisky a été interprété de la façon suivante : haute adhérence (score = 0), adhérence intermédiaire (score = 1 ou 2), faible adhérence (score = 3 ou 4). Le patient était qualifié comme « observant » s'il obtenait un score  $\leq 2$  et « non observant » pour un score  $> 2$ .

Les obstacles à la déprescription liés au patient ont été identifiés par une recherche dans la littérature [23–25]. La recherche a été menée sur la base MedLine (Pubmed) en utilisant les mots-clés suivants : « patient barriers deprescription » et « deprescribing barriers ». Les items présents dans le questionnaire ont été construits sur la base de cette recherche afin d'identifier les freins majoritaires dans la population en Haute-Vienne.

### **III.1.4. Recrutement et administration du questionnaire**

#### **III.1.4.1. Sélection des officines**

Les villes en Haute-Vienne ont été classées selon leur densité de population/km<sup>2</sup> et selon leur offre de soins hospitalière. Ainsi, trois groupes ont été définis :

- Groupe 1 (zone urbaine) : villes avec Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et/ou densité  $\geq 200$  habitants/km<sup>2</sup>
- Groupe 2 (zone semi-rurale) : villes avec Centre Hospitalier (CH) et/ou 60 habitants/km<sup>2</sup>  $\leq$  densité  $< 200$  habitants/km<sup>2</sup>
- Groupe 3 (zone rurale) : ville sans structure hospitalière et densité  $< 60$  habitants/km<sup>2</sup>

Les 159 officines présentes sur le département ont été répertoriées via l'Ordre National des Pharmaciens. Elles ont été classées dans chaque groupe en fonction de la commune dans laquelle elles se situent. Dans chaque groupe, 10 officines ont été tirées au sort et ont été contactées afin d'obtenir le consentement des titulaires des pharmacies d'officine pour participer à l'étude. En cas de refus de participer, un nouveau tirage au sort était effectué afin d'obtenir 10 officines participantes dans chaque groupe.

#### **III.1.4.2. Population étudiée**

Les critères d'inclusion regroupaient les personnes âgées de plus de 55 ans, atteintes d'au moins une maladie chronique et polymédiquées avec au moins cinq traitements chroniques.

Les critères de non inclusion concernaient les patients avec une prise en charge palliative, les patients institutionnalisés ou ayant une espérance de vie inférieure à un an.

Le consentement éclairé individuel des patients était obtenu oralement par le pharmacien d'officine lors du remplissage des questionnaires.

#### **III.1.4.3. Collecte des données**

Les questionnaires ont été envoyés par mail ou déposés dans les officines sélectionnées en fonction du choix du titulaire. Lors de la distribution des questionnaires, un document présentant l'étude, les critères d'inclusion et d'exclusion des patients et les personnes à contacter en cas de problèmes a été remis à l'équipe officinale (**Annexe 4**). Vingt-cinq exemplaires ont été remis par officine.

L'équipe officinale proposait aux patients respectant les critères d'inclusions et d'exclusions de participer à l'étude et de remplir le questionnaire de façon anonyme lors de la dispensation au comptoir.

Un coaching téléphonique a été effectué chaque semaine afin de suivre l'évolution du remplissage des questionnaires et de palier aux problèmes auxquels les professionnels de santé seraient confrontés lors du remplissage des questionnaires.

Un numéro de centre était attribué à chaque officine afin d'identifier les questionnaires lors de la récolte des données. Les questionnaires ont été récoltés trois semaines après leurs dépôts.

### III.1.5. Calcul de la taille d'échantillon

Un calcul du nombre de sujets nécessaires (NSN) a été effectué pour déterminer le nombre de patients à inclure dans l'étude. Dans la littérature, il a été identifié que 38,0% des patients étaient réfractaires à la déprescription [48]. En considérant un risque  $\alpha$  de 5% et une précision de 5%, le nombre de sujets à inclure pour identifier une différence significative était de 362. La formule suivante a été utilisée :

$$n = 1,96 \times \frac{pq}{i^2}$$

### III.1.6. Analyses statistiques

Les données recueillies par l'intermédiaire des questionnaires ont permis de récolter des variables quantitatives (âge, nombre d'antécédents), qualitatives binaires (sexe, antécédents, profil chuteur, connaissance du traitement, médicament chronique, sentiment de prendre trop de médicament, sentiment de traitement contraignant, patient observant, acceptation déprescription, médicament pouvant être arrêté) et qualitatives catégorielles (nombre de médicaments quotidiens).

Lors de la création de la base de données, la variable quantitative « âge » a été transformée en variable qualitative catégorielle. Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant les indices de position et de dispersion (moyenne, écart-type). Les variables qualitatives ont été décrites en utilisant les fréquences et les pourcentages.

Concernant les analyses univariées, le test du Chi-2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives dont les conditions d'application du test étaient vérifiées. En cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5, le test exact de Fisher était appliqué. Le test de Shapiro-Wilk a été utilisé pour tester la normalité de la distribution de nos variables. Les variables quantitatives ne suivaient pas la loi normale. Le test non paramétrique de Mann-Whitney était utilisé pour comparer une variable quantitative et une variable qualitative binaire (deux groupes indépendants). Pour comparer une variable quantitative et une variable qualitative avec plusieurs groupes indépendants, le test non paramétrique de Kruskal-Wallis était appliqué. Chaque test était réalisé après vérification des conditions d'application.

Un modèle multivarié par régression logistique pas-à-pas descendant a été construit pour évaluer les forces d'associations de variables indépendantes avec la variable refus de la déprescription (oui/non). Un autre modèle multivarié par régression logistique pas-à-pas descendant a été développé pour évaluer les facteurs associés au refus de la déprescription en fonction de l'âge des patients. Les variables incluses dans le modèle étaient celles significatives avec une valeur de  $p < 0,25$  en analyse univariée. Des variables non significatives en analyse univariée mais jugées pertinentes cliniquement ont également été incluses dans le modèle. Un autre modèle multivarié a été développé en utilisant une méthode par régression logistique multinomiale afin d'évaluer les facteurs associés au refus de la déprescription en fonction de la localisation géographique. La méthode « pas à pas descendant » a également été utilisée dans ce modèle.

Toutes les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel 2016. Le logiciel STATA 14.1 a été utilisé pour réaliser les analyses statistiques.

## III.2. Résultats

### III.2.1. Sélection des officines

En Haute-Vienne, 159 officines étaient réparties sur le territoire. En fonction de leur localisation géographique, 30 officines ont été tirées au sort. Parmi les 30 officines, 6 n'ont pas souhaité participer à l'étude. Un second tirage au sort a été réalisé afin d'avoir 10 officines dans chaque groupe. Les officines ayant participé sont retrouvées dans le **Tableau 9**. Les différents groupes sont illustrés sur la **Figure 7**.

Tableau 9 : Pharmacies d'officine participantes à l'étude

<b>Groupe 1</b> (n = 10)	<b>Groupe 2</b> (n = 10)	<b>Groupe 3</b> (n = 10)
Villes avec CHU et/ou densité $\geq 200$ habitants/km <sup>2</sup>	Villes avec CH et/ou 60 habitants/km <sup>2</sup> $\leq$ densité < 200 habitants/km <sup>2</sup>	Ville sans structure hospitalière et densité < 60 habitants/km <sup>2</sup>
Pharmacie du Vignal	Pharmacie Debest	Pharmacie Moutier-Dumas
Pharmacie Roussenque	Pharmacie Chevalier	Pharmacie Domenger
Pharmacie du Mas Cerise	Pharmacie Taurion	Pharmacie Cluzel
Pharmacie de Beaublanc	Pharmacie Vacari	Pharmacie de Dournazac
Pharmacie de la Monnerie	Pharmacie de la Briance	Pharmacie Etoubleau
Pharmacie de Gay Lussac	Pharmacie du Progrès	Pharmacie Boyer
Pharmacie Aristide Briand	Pharmacie Courtioux-Basset	Pharmacie Malterre-Pouyade
Pharmacie des Bayles	Pharmacie Brissaud-Soury	Pharmacie de Châteauponsac
Pharmacie de l'Europe	Pharmacie du Champ de Foire	Pharmacie Raynaud
Pharmacie Peyrafort	Pharmacie de la Météorite	Pharmacie Chaumette

### La densité de population en Haute-Vienne

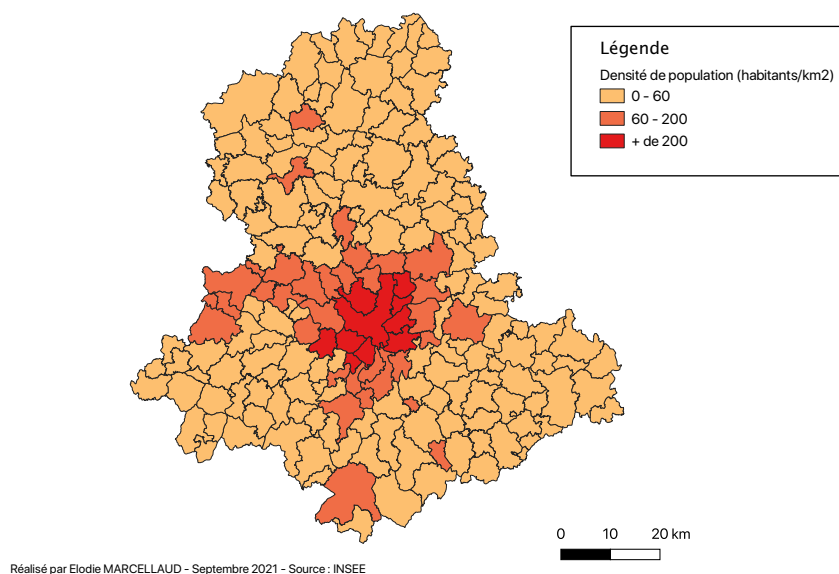


Figure 7 : Répartition géographique des Groupes constitués

Entre avril 2021 et août 2021, 362 patients répondants aux critères d'inclusion ont accepté de répondre aux questionnaires.

### **III.2.2. Description de la population étudiée**

Trois cent soixante-deux patients âgés de plus de 55 ans ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des répondants était de 71,8 ans ( $\pm$  8,9 ans). Parmi eux, 46,7% était âgé entre 65 ans et 74 ans. Les patients participant à l'étude étaient répartis équitablement entre les différentes zones géographiques, 30,4% dans le Groupe 1, 37,8% dans le Groupe 2 et 31,8% dans le Groupe 3 (**Tableau 10**).

En moyenne, les patients présentaient 3 comorbidités parmi celles proposées dans le questionnaire. Les antécédents les plus fréquemment retrouvés étaient l'hypertension artérielle (65,7%), l'hypercholestérolémie (51,1%) et les maladies cardiovasculaires (42,5%). Dans notre population, les molécules les plus fréquemment prescrites étaient les antihypertenseurs (69,9%) tels que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARAII) et les statines (52,2%). Les patients avaient majoritairement 5 traitements chroniques (38,7%).

Les patients interrogés estimaient connaître l'indication de l'ensemble de leur médicament (63,3%). Selon le score de Morisky à 4 items, la population étudiée était observante (93,1%). Néanmoins, 42,3% ressentait le sentiment de prendre trop de médicaments au quotidien et 36,5% trouvaient leur traitement chronique contraignant. Les patients étaient en faveur de la déprescription (73,8%).

Tableau 10 : Caractéristiques de la population incluse dans l'étude (n = 362)

	n	%	m	sd
<b>Homme</b>	181	50		
<b>Age (ans)</b>			71,8	8,9
<b>Catégorie d'âge</b>				
55 ans - 64 ans	73	20,2		
65 ans - 74 ans	169	46,7		
75 ans - 79 ans	36	9,9		
> 80 ans	84	23,2		
<b>Localisation géographique</b>				
Groupe 1	110	30,4		
Groupe 2	137	37,8		
Groupe 3	115	31,8		
<b>Chutes</b>	65	18		
<b>Nombre de comorbidités</b>	3,4*	1,5**		
<b>Antécédents</b>				
Troubles cardiaques	154	42,5		
Hypertension artérielle	238	65,7		
Hypercholestérolémie	185	51,1		
Diabète	131	36,2		
Reflux gastro-œsophagien	110	30,4		
Constipation	81	22,4		
Dépression/Anxiété	128	35,4		
Trouble du sommeil	134	37		
Incontinence urinaire	59	16,3		
<b>Traitements chroniques</b>				
IEC/ARAII	253	69,9		
Bétabloquants	116	32		
Diurétiques de l'anse	44	12,2		
Statines	189	52,2		
Antidiabétiques oraux	123	34		
Inhibiteurs de la pompe à protons	122	33,7		
Laxatifs	61	16,9		
Antidépresseurs	79	21,8		
Anxiolytiques	92	25,4		
Hypnotiques	108	29,8		
Antispasmodiques urinaire	36	9,9		
<b>Nombre de médicaments</b>				
5 médicaments	140	38,7		
6 médicaments	56	15,5		
7 médicaments	44	12,2		
8 médicaments	38	10,5		
9 médicaments	23	6,4		
Plus de 10 médicaments	61	16,9		
<b>Connaissance médicament</b>				
Oui tous	229	63,3		
Oui majorité	83	22,9		
Oui certains	35	9,7		
Non	15	4,1		
<b>Sentiment trop médicament</b>	153	42,3		
<b>Sentiment traitement contraignant</b>	132	36,5		
<b>Patient observant</b>	337	93,1		
<b>Acceptation déprescription</b>	267	73,8		

*m : moyenne / sd : écart-type*

### III.2.2.1. Analyse de sous-groupe en fonction de l'âge

En analysant les données en fonction de l'âge des participants, on remarque que les patients âgés de plus de 75 ans présentaient plus de comorbidités que les patients plus jeunes ( $p=0,0005$ ). Les troubles cardiaques ( $p<0,0001$ ) et les problèmes d'incontinence urinaire ( $p<0,0001$ ) étaient plus représentés chez les sujets âgés de plus de 75 ans tandis que les sujets plus jeunes présentaient davantage de problèmes de constipation ( $p=0,029$ ). Les sujets âgés étaient également plus à risque de chutes ( $p<0,0001$ ) (**Tableau 11**).

Tableau 11 : Description de la population en fonction de l'âge

	Age < 75 ans (n = 242)		Age ≥ 75 ans (n = 120)		p
	n (%)	m (sd)	n (%)	m (sd)	
<b>Homme</b>	127 (70,2)		54 (29,8)		0,180
<b>Localisation géographique</b>					0,066
Groupe 1	74 (67,3)		36 (32,7)		
Groupe 2	100 (73,0)		37 (27,0)		
Groupe 3	68 (59,1)		47 (40,9)		
<b>Chutes</b>	29 (44,6)		36 (55,4)		<b>&lt;0,0001</b>
<b>Nombre de comorbidités</b>		3,2 (1,3)		3,7 (1,6)	<b>0,0005</b>
<b>Antécédents</b>					
Troubles cardiaques	87 (56,5)		67 (43,5)		<b>&lt;0,0001</b>
Hypertension artérielle	159 (66,8)		79 (33,2)		0,98
Hypercholestérolémie	126 (68,1)		59 (31,9)		0,603
Diabète	94 (71,8)		37 (28,2)		0,260
Reflux gastro-œsophagien	71 (64,5)		39 (35,5)		0,538
Constipation	46 (56,8)		35 (43,2)		<b>0,029</b>
Dépression/Anxiété	79 (61,7)		49 (38,3)		0,125
Trouble du sommeil	87 (64,9)		47 (35,1)		0,551
Incontinence urinaire	26 (44,1)		33 (55,9)		<b>&lt;0,0001</b>
<b>Traitements chroniques</b>					
IEC/ARAI	167 (66,0)		86 (34,0)		0,604
Bétabloquants	71 (61,2)		45 (38,8)		0,117
Diurétiques de l'anse	21 (47,7)		23 (52,3)		<b>0,004</b>
Statines	127 (67,2)		62 (32,8)		0,884
Antidiabétiques oraux	87 (70,7)		36 (29,3)		0,260
Inhibiteurs de la pompe à protons	79 (64,8)		43 (35,2)		0,546
Laxatifs	31 (50,8)		30 (49,2)		<b>0,004</b>
Antidépresseurs	47 (59,5)		32 (40,5)		0,116
Anxiolytiques	61 (66,3)		31 (33,7)		0,897
Hypnotiques	74 (68,5)		34 (31,5)		0,660
Antispasmodiques urinaire	16 (44,4)		20 (55,6)		<b>0,003</b>
<b>Nombre de médicaments</b>					<b>0,002</b>
5 médicaments	108 (77,1)		32 (22,9)		
6 médicaments	36 (64,3)		20 (35,7)		
7 médicaments	31 (70,5)		13 (29,5)		
8 médicaments	21 (55,3)		17 (44,7)		
9 médicaments	9 (39,1)		14 (60,9)		
Plus de 10 médicaments	37 (60,7)		24 (39,3)		
<b>Connaissance médicament</b>					<b>&lt;0,0001</b>
Oui tous	173 (75,5)		56 (24,5)		
Oui majorité	46 (55,4)		37 (44,6)		
Oui certains	17 (48,6)		18 (51,4)		
Non	6 (40,0)		9 (60,0)		
<b>Sentiment trop médicament</b>	97 (63,4)		56 (36,6)		0,233
<b>Sentiment traitement contraignant</b>	81 (61,4)		51 (38,6)		<b>0,093</b>
<b>Patient observant</b>	229 (68,0)		108 (32,0)		0,102
<b>Acceptation déprescription</b>	182 (68,2)		85 (31,8)		0,373

m : moyenne / sd : écart-type



Concernant les traitements chroniques, les sujets de plus de 75 ans étaient davantage traités par des diurétiques de l'anse ( $p=0,004$ ) et des antispasmodiques urinaires ( $p=0,003$ ) comparativement aux sujets plus jeunes qui eux, étaient plus sujets à être traités par des laxatifs ( $p=0,004$ ).

Les participants plus jeunes estimaient mieux connaître les indications de leur traitement que leur aînés ( $p<0,0001$ ). Par ailleurs, ils considéraient leur traitement plus contraignant ( $p=0,093$ ).

### III.2.2.2. Analyse de sous-groupe en fonction de la localisation géographique

En fonction de la localisation géographique, 3 groupes ont été créés et définis comme urbain (Groupe 1, villes avec Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et/ou densité  $\geq 200$  habitants/km<sup>2</sup>), semi-rural (Groupe 2, villes avec Centre Hospitalier (CH) et/ou  $60 \leq$  densité  $< 200$  habitants/km<sup>2</sup>) et rural (Groupe 3, ville sans structure hospitalière et densité  $< 60$  habitants/km<sup>2</sup>).

Les patients habitants en zone rurale (Groupe 3) étaient plus âgés ( $p=0,054$ ) et plus à risque de chuter ( $p=0,020$ ). En zone semi-rurale (Groupe 2), les patients présentaient davantage de problèmes de reflux gastro-œsophagien ( $p=0,029$ ). Les participants localisés en zone urbaine (Groupe 1) étaient plus souvent traités par des hypnotiques.

En zone rurale, les patients étaient plus souvent hyperpolymédiqués (plus de 9 médicaments) tandis que les patients en zone urbaine prenaient entre 7 et 9 médicaments différents et en zone semi-urbaine entre 5 et 6 médicaments différents ( $p=0,048$ ). Les patients du groupe 2 étaient plus observant ( $p=0,040$ ). (**Tableau 12**)

Tableau 12 : Description de la population en fonction de la localisation géographique

	<b>Groupe 1 (n = 110)</b>		<b>Groupe 2 (n = 137)</b>		<b>Groupe 3 (n = 115)</b>		<i>p</i>
	n (%)	m (sd)	n (%)	m (sd)	n (%)	m (sd)	
<b>Homme</b>	52 (28,7)		64 (35,4)		65 (35,9)		0,238
<b>Age (ans)</b>		71,0 (8,2)		71,3 (8,9)		73,3 (9,4)	0,158
<b>Catégorie d'âge</b>							<b>0,054</b>
55 ans - 64 ans	25 (34,2)		29 (39,7)		19 (26,0)		
65 ans - 74 ans	49 (29,0)		71 (42,0)		49 (29,0)		
75 ans - 79 ans	16 (44,4)		6 (16,7)		14 (38,9)		
> 80 ans	20 (23,8)		31 (36,9)		33 (39,3)		
<b>Chutes</b>	17 (26,2)		18 (27,7)		30 (46,2)		<b>0,020</b>
<b>Nombre de comorbidités</b>		3,2 (1,3)		3,5 (1,4)		3,4 (1,7)	0,457
<b>Antécédents</b>							
Troubles cardiaques	43 (27,9)		56 (36,4)		55 (35,7)		0,367
Hypertension artérielle	70 (29,4)		89 (37,4)		79 (33,2)		0,705
Hypercholestérolémie	55 (29,7)		68 (36,8)		62 (33,5)		0,765
Diabète	36 (27,5)		47 (35,9)		48 (36,6)		0,314
Reflux gastro-œsophagien	34 (30,9)		51 (46,4)		25 (22,7)		<b>0,029</b>
Constipation	25 (30,9)		34 (42,0)		22 (27,2)		0,556
Dépression/Anxiété	34 (26,6)		53 (41,4)		41 (32,0)		0,445
Trouble du sommeil	44 (32,8)		50 (37,3)		40 (29,9)		0,711
Incontinence urinaire	14 (23,7)		26 (44,1)		19 (32,2)		0,416
<b>Traitements chroniques</b>							
IEC/ARAI	75 (29,6)		93 (36,8)		85 (33,6)		0,552
Bétabloquants	27 (23,3)		49 (42,2)		40 (34,5)		0,128
Diurétiques de l'anse	7 (15,9)		19 (43,2)		18 (40,9)		0,076
Statines	54 (28,6)		73 (38,6)		62 (32,8)		0,731
Antidiabétiques oraux	35 (28,5)		46 (37,4)		42 (34,1)		0,752
Inhibiteurs de la pompe à protons	37 (30,3)		55 (45,1)		30 (24,6)		0,063
Laxatifs	18 (29,5)		27 (44,3)		16 (26,2)		0,466
Antidépresseurs	22 (27,8)		34 (43,0)		23 (29,1)		0,560
Anxiolytiques	24 (26,1)		40 (43,5)		28 (30,4)		0,396
Hypnotiques	43 (39,8)		38 (35,2)		27 (25,0)		<b>0,030</b>
Antispasmodiques urinaires	6 (16,7)		16 (44,4)		14 (38,9)		0,167
<b>Nombre de médicaments</b>							<b>0,048</b>
5 médicaments	47 (33,6)		62 (44,3)		31 (22,1)		
6 médicaments	15 (26,8)		21 (37,5)		20 (35,7)		
7 médicaments	16 (36,4)		15 (34,1)		13 (29,5)		
8 médicaments	14 (36,8)		13 (34,2)		11 (28,9)		
9 médicaments	6 (26,1)		6 (26,1)		11 (47,8)		
Plus de 10 médicaments	12 (19,7)		20 (32,8)		29 (47,5)		
<b>Connaissance médicament</b>							0,591
Oui tous	75 (32,8)		87 (38,0)		67 (29,3)		
Oui majorité	20 (24,1)		31 (37,3)		32 (38,6)		
Oui certains	9 (25,7)		15 (42,9)		11 (31,4)		
Non	6 (40,0)		4 (26,7)		5 (33,3)		
<b>Sentiment trop médicament</b>	51 (33,3)		49 (32,0)		53 (34,6)		0,148
<b>Sentiment traitement contraignant</b>	33 (25,0)		51 (38,6)		48 (36,4)		0,183
<b>Patient observant</b>	108 (32,0)		124 (36,8)		105 (31,2)		<b>0,040</b>
<b>Acceptation déprescription</b>	88 (33,0)		94 (35,2)		85 (31,8)		0,129

*m* : moyenne / *sd* : écart-type

### III.2.2.3. Analyse de sous-groupe en fonction de l'acceptation à la déprescription

Les patients souffrant de troubles du sommeil étaient plus favorables à la déprescription ( $p=0,015$ ). Les personnes traitées par diurétiques de l'anse au long cours étaient plus enclin à accepter la déprescription ( $p=0,043$ ). Les participants acceptant la déprescription ressentait davantage le sentiment de prendre trop de médicaments au quotidien ( $p=0,007$ ) et percevaient leur traitement comme étant une contrainte ( $p=0,017$ ) (Tableau 13).

Tableau 13 : Description de la population en fonction de l'acceptation ou du refus à la déprescription

	Acceptation (n = 267)		Refus (n = 95)		p
	n (%)	m (sd)	n (%)	m (sd)	
<b>Homme</b>	139 (76,8)		42 (23,2)		0,189
<b>Age (ans)</b>		71,6 (9,0)		72,5 (8,5)	0,317
<b>Catégorie d'âge</b>					0,611
55 ans - 64 ans	58 (79,5)		15 (20,5)		
65 ans - 74 ans	124 (73,4)		45 (26,6)		
75 ans - 79 ans	26 (72,2)		10 (27,8)		
> 80 ans	59 (70,2)		25 (29,8)		
<b>Localisation géographique</b>					0,129
Groupe 1	88 (80,0)		22 (20,0)		
Groupe 2	94 (68,6)		43 (31,4)		
Groupe 3	85 (73,9)		30 (26,1)		
<b>Chutes</b>	51 (78,5)		14 (21,5)		0,342
<b>Nombre de comorbidités</b>		3,4 (1,4)		3,4 (1,6)	0,869
<b>Antécédents</b>					
Troubles cardiaques	116 (75,3)		38 (24,7)		0,560
Hypertension artérielle	181 (76,1)		57 (23,9)		0,169
Hypercholestérolémie	143 (77,3)		42 (22,7)		0,118
Diabète	98 (74,8)		33 (25,2)		0,732
Reflux gastro-œsophagien	81 (73,6)		29 (26,4)		0,973
Constipation	54 (66,7)		27 (33,3)		0,100
Dépression/Anxiété	94 (73,4)		34 (26,6)		0,919
Trouble du sommeil	89 (66,4)		45 (33,6)		<b>0,015</b>
Incontinence urinaire	39 (66,1)		20 (33,9)		0,144
<b>Traitements chroniques</b>					
IEC/ARAII	190 (75,1)		63 (24,9)		0,337
Bétabloquants	91 (78,4)		25 (21,6)		0,164
Diurétiques de l'anse	38 (86,4)		6 (13,6)		<b>0,043</b>
Statines	145 (76,7)		44 (23,3)		0,181
Antidiabétiques oraux	96 (78,0)		27 (22,0)		0,183
Inhibiteurs de la pompe à protons	88 (72,1)		34 (27,9)		0,616
Laxatifs	41 (67,2)		20 (32,8)		0,203
Antidépresseurs	61 (77,2)		18 (22,8)		0,429
Anxiolytiques	66 (71,7)		26 (28,3)		0,610
Hypnotiques	77 (71,3)		31 (28,7)		0,488
Antispasmodiques urinaires	25 (69,4)		11 (30,6)		0,535
<b>Nombre de médicaments</b>					0,267
5 médicaments	95 (67,9)		45 (32,1)		
6 médicaments	46 (82,1)		10 (17,9)		
7 médicaments	35 (79,5)		9 (20,5)		
8 médicaments	30 (78,9)		8 (21,1)		
9 médicaments	18 (78,3)		5 (21,7)		
Plus de 10 médicaments	43 (70,5)		18 (29,5)		
<b>Connaissance médicament</b>					0,401
Oui tous	164 (71,6)		65 (28,4)		
Oui majorité	61 (73,5)		22 (26,5)		
Oui certains	29 (82,9)		6 (17,1)		
Non	13 (86,7)		2 (13,3)		
<b>Sentiment trop médicament</b>	124 (81,0)		29 (19,0)		<b>0,007</b>
<b>Sentiment traitement contraignant</b>	107 (81,1)		25 (18,9)		<b>0,017</b>
<b>Patient observant</b>	249 (73,9)		88 (26,1)		0,836

m : moyenne / sd : écart-type

### III.2.3. Facteurs associés au refus de la déprescription

Dans la population totale, les troubles du sommeil étaient significativement associés au refus de la déprescription ( $p = 0,005$ ). La présence d'une incontinence urinaire semblait également lier au refus de la déprescription mais le résultat n'était pas significatif ( $p = 0,069$ ). Au contraire, le sentiment de prendre trop de médicament au quotidien était significativement associé à l'acceptation de la déprescription ( $p = 0,025$ ). Cette tendance s'observait également pour les sujets traités par diurétique de l'anse mais le résultat n'était pas significatif ( $p = 0,053$ ) (**Tableau 14**).

Tableau 14 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription dans la population totale

Variables	aOR	IC95%	<i>p value</i>
<b>Localisation géographique</b>	1,25	0,91 – 1,71	<i>0,161</i>
<b>Sentiment trop de médicament</b>	0,52	0,30 – 0,92	<b>0,025</b>
<b>Traitement contraignant</b>	0,66	0,37 – 1,18	<i>0,159</i>
<b>Antécédents</b>			
Incontinence urinaire	1,80	0,96 – 3,39	<i>0,069</i>
Troubles du sommeil	2,04	1,24 – 3,35	<b>0,005</b>
<b>Traitements chroniques</b>			
Diurétiques de l'anse	0,40	0,16 – 1,01	<i>0,053</i>

*aOR : adjusted Odds Ratio*

En comparant les sujets âgés de moins de 75 ans aux sujets âgés de plus de 75 ans, les facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription étaient modifiés. En effet, un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons était significativement associé à un refus de la déprescription chez les personnes âgées de moins de 75 ans ( $p = 0,033$ ). Le sexe masculin semblait être un facteur prédictif d'un refus de la déprescription chez les sujets de moins de 75 ans. Néanmoins, le résultat n'était pas significatif. Le risque de chute était significativement associé à un refus de la déprescription chez les personnes âgées de plus de 75 ans ( $p = 0,020$ ) mais l'intervalle de confiance était large (**Tableau 15**).

Tableau 15 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription chez les sujets âgés de moins de 75 ans versus les sujets âgés de plus de 75 ans

Variables	aOR	IC95%	<i>p value</i>
<b>Homme</b>	0,39	0,15 – 1,06	<i>0,065</i>
<b>Chutes</b>	4,51	1,27 – 15,99	<b>0,020</b>
<b>Traitement contraignant</b>	2,26	0,81 – 6,29	<i>0,117</i>
<b>Traitements chroniques</b>			
Hypnotiques	0,42	0,15 – 1,22	<i>0,112</i>
Inhibiteurs de la pompe à protons	0,31	0,10 – 0,91	<b>0,033</b>
Diurétiques de l'anse	4,35	0,71 – 26,51	<i>0,111</i>

*aOR : adjusted Odds Ratio*

Les facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription déjà identifiés auparavant étaient retrouvés lors d'une analyse en fonction de la localisation géographique. Le groupe 1 correspondant au groupe urbain avait été pris comme référence. Dans le groupe 2 (groupe semi-rural), aucun facteur prédictif avait été identifié. Dans le groupe 3 correspondant aux zones rurales du département, le sexe masculin et le risque de chute étaient significativement associés à un refus de la déprescription ( $p = 0,017$  et  $p = 0,025$  respectivement) (**Tableau 16**).

Tableau 16 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription en fonction de la localisation géographique

Localisation géographique	Variables	RRR	IC95%	<i>p value</i>
<b>Groupe 1</b>	<i>Référence</i>	-	-	-
<b>Groupe 2</b>				
	<b>Homme</b>	1,79	0,57 – 5,59	0,320
	<b>Chutes</b>	3,04	0,24 – 38,96	0,393
	<b>Nombre de médicaments</b>	0,78	0,57 – 1,08	0,528
	<b>Traitements chroniques</b>			
	Bétabloquants	0,68	0,20 – 2,29	0,528
	Inhibiteurs de la pompe à protons	2,21	0,76 – 6,05	0,182
<b>Groupe 3</b>				
	<b>Homme</b>	5,00	1,33 – 18,84	<b>0,017</b>
	<b>Chutes</b>	16,93	1,44 – 199,56	<b>0,025</b>
	<b>Nombre de médicaments</b>	1,28	0,91 – 1,81	0,154
	<b>Traitements chroniques</b>			
	Bétabloquants	0,24	0,05 – 1,15	0,074
	Inhibiteurs de la pompe à protons	0,78	0,19 – 3,16	3,16

RRR : réduction relative du risque

#### III.2.4. Leviers et freins à la déprescription

Parmi les leviers à la déprescription présents dans la population en Haute-Vienne, 26,6% des sujets considéraient que certains de leurs médicaments n'étaient pas nécessaires et 27,3% émettaient le souhait que leur médecin traitant diminue le nombre de médicaments qu'ils prennent au quotidien. Néanmoins, 31,5% des participants ont répondu « Autre » et ont justifié de façon manuscrite qu'ils faisaient confiance à leur médecin généraliste (**Tableau 17**).

Concernant les freins potentiels présents dans cette population, 59% des patients considéraient que leur traitement était efficace et ne devait pas être modifié. Par ailleurs, 32,6% exprimaient leur peur de retomber malade à l'arrêt d'un médicament. Des sujets ont vécu une mauvaise expérience à l'arrêt d'un médicament (13,7%).

Tableau 17 : Les leviers et les freins à la déprescription présents dans la population en Haute-Vienne

	Acceptation déprescription (n = 267)		Refus déprescription (n = 95)	
	Leviers	n (%)	Freins	n (%)
Médicament non nécessaire		71 (26,6)	Peur de retomber malade	31 (32,6)
Traitement non efficace		42 (15,7)	Traitement efficace	56 (59,0)
Effets indésirables		39 (14,6)	Mauvaise expérience à l'arrêt d'un médicament	13 (13,7)
Diminution du nombre de médicaments		73 (27,3)	Sentiment de refus de soin	4 (4,2)
Autre		84 (31,5)	Autre	20 (21,1)

### III.2.5. Classes médicamenteuses à déprescrire

A la fin du questionnaire, les patients ont été invité à répondre à la question suivante : « Parmi les médicaments suivants, lesquels seriez-vous prêt à arrêter sur préconisation de votre médecin traitant ? ».

Parmi les différentes classes médicamenteuses proposées, les patients seraient prêts à arrêter leurs traitements antihypertenseurs tels que les IEC et les ARAII ( $p=0,019$ ) et leurs antidiabétiques oraux ( $p=0,004$ ) sur préconisation de leur médecin généraliste (**Tableau 18**).

Parmi les personnes réfractaires à la déprescription, 51,6% seraient tout de même prêtes à arrêter un traitement chronique.

Tableau 18 : Arrêt des classes thérapeutiques en fonction de l'acceptation à la déprescription

Classe thérapeutique	Acceptation déprescription (n = 267)	Refus déprescription (n = 95)	Total (n = 362)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Hypnotiques	56 (21,0)	13 (13,7)	69 (19,1)	0,120
Antispasmodiques urinaires	13 (4,9)	7 (7,4)	20 (5,5)	0,360
IEC/ARAI	50 (18,7)	8 (8,4)	58 (16,0)	<b>0,019</b>
Bétabloquants	21 (7,9)	3 (3,2)	24 (6,6)	0,113
Diurétiques de l'anse	11 (4,1)	2 (2,1)	13 (3,6)	0,527
Statines	66 (24,7)	17 (17,9)	83 (22,9)	0,174
Antidiabétiques oraux	33 (12,4)	2 (2,1)	35 (9,7)	<b>0,004</b>
Inhibiteurs de la pompe à protons	33 (12,4)	10 (10,5)	43 (11,9)	0,635
Laxatifs	18 (6,7)	6 (6,3)	24 (6,6)	0,886
Antidépresseurs	35 (13,1)	7 (7,4)	42 (11,6)	0,134
Anxiolytiques	44 (16,5)	11 (11,6)	55 (15,2)	0,253

## IV. Discussion

---

Les patients inclus dans l'étude étaient âgés de 71,8 ans ( $\pm$  8,9 ans) et présentaient des antécédents cardiovasculaires (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladies cardiovasculaires). Les caractéristiques de cet échantillon sont en cohérence avec celles de la population générale où les antécédents cardiovasculaires sont prépondérants (2<sup>ème</sup> cause de mortalité en France). En analysant les caractéristiques des sujets inclus en fonction de l'âge, il a été retrouvé que les patients âgés de plus de 75 ans présentaient plus de comorbidités (incontinence urinaire, maladies cardiovasculaires), de risque de chutes et étaient davantage polymédiqués et moins informés sur leur traitement. Ce profil de patient était par ailleurs davantage retrouvé en zone rurale. La population interrogée était observante (93,1%), évaluée de manière déclarative à travers un auto-questionnaire.

Dans notre étude, 73,8% des patients ont répondu être favorable à la déprescription. Reeve *et al.* ont montré que plus de 90,0% des personnes sont prêtes à essayer d'arrêter de prendre des médicaments si leur médecin le juge approprié [49]. L'âge n'avait pas d'influence sur ce point, 89% des adultes plus âgés étant prêts à essayer d'arrêter de prendre des médicaments. Néanmoins, l'acceptation de l'arrêt des médicaments dans une situation réelle peut ne pas être aussi élevée. Deux études sur l'arrêt des médicaments inappropriés chez les personnes âgées après réalisation d'un bilan de médication, dans lesquelles les participants étaient informés des raisons de l'arrêt et avaient la décision finale quant à l'arrêt du médicament, ont montré des taux d'acceptation étonnamment différents de 82% en Israël et de 33% aux États-Unis [50,51].

La différence des taux d'acceptation retrouvés dans la littérature peut être due aux classes de médicaments concernés et aux risques d'effets indésirables liés à un arrêt non maîtrisé. L'étude présentant le taux d'acceptation le plus faible a révélé que le manque d'acceptation était particulièrement prononcé avec les benzodiazépines et les opioïdes. Une étude visant l'arrêt des benzodiazépines chez les patients à long terme a permis de réduire la dose chez moins de 20,0% des participants [52] alors que l'acceptation de l'arrêt des antihypertenseurs peut atteindre 80,0% [53]. Cette observation est retrouvée au sein même de notre étude où les médicaments plébiscités pour un arrêt potentiel par les patients étaient les antihypertenseurs et les antidiabétiques oraux. Par ailleurs, les personnes traitées par diurétiques de l'anse au long cours étaient plus enclin à accepter la déprescription ( $p=0,043$ ), notamment du fait des effets indésirables de cette classe médicamenteuse. Les inhibiteurs de la pompe à protons seraient prédictifs d'une acceptation de la déprescription chez les personnes âgées de moins de 75 ans. Parallèlement, les prescripteurs participant à notre étude déprescrivaient davantage les inhibiteurs de la pompe à protons, les benzodiazépines et les hypnotiques.

Parmi les leviers à la déprescription, le sentiment du patient de prendre trop de médicament au quotidien ( $p=0,007$ ) et la perception de leur traitement comme un fardeau ( $p=0,017$ ) favorisaient de manière significative une attitude positive face à la déprescription. Par ailleurs, dans notre questionnaire, de nombreux patients acceptant la déprescription ont justifié leur choix en cochant la case « autre ». Le retour des pharmaciens d'officine participants à l'étude et les justifications écrites des patients signifiaient qu'ils faisaient confiance au médecin traitant dans la gestion de leur traitement. Dans la littérature, il a été retrouvé que les patients exprimaient une grande confiance en leur médecin habituel. Ainsi, les médecins généralistes auraient probablement un rôle prépondérant dans la mise en œuvre

de la déprescription, au moins à l'initiation du processus. Des études interventionnelles ont montré que les interventions visant à réduire l'usage inapproprié des médicaments impliquant le médecin généraliste étaient plus efficaces que celles n'impliquant pas le médecin généraliste [54,55]. Une étude Québécoise a trouvé des résultats similaires [25]. Néanmoins, ils ont identifié que les personnes âgées incluses montraient moins d'enthousiasme à la prise en charge de la déprescription par le pharmacien [25].

Parmi les freins à la déprescription présents chez les patients, les problèmes de sommeil ( $p = 0,005$ ) ont été significativement associés à un refus de la déprescription dans notre étude. Ce résultat n'a pas été confirmé en s'intéressant uniquement aux hypnotiques. En fonction de la localisation géographique, le sexe masculin et le profil chuteur du patient ont été identifiés comme des freins potentiels en zone rurale. Néanmoins, ce résultat est à pondérer avec la description de la population totale où les sujets habitants en zone rurale étaient plus âgés et plus à risque de chute.

La déprescription est un concept qui existe depuis les années 80. La majorité des prescripteurs a été sensibilisée à la déprescription pendant leurs études et 86,8% la pratique dans leur exercice quotidien. C'est un sujet qui doit continuer d'être enseigné à la faculté en formation initiale mais également en formation continue car un tiers des prescripteurs n'ont pas été formés initialement.

Le frein le plus important identifié chez les prescripteurs dans notre étude était la prescription d'un médicament par un autre spécialiste. Le pharmacien clinicien peut atténuer ce frein en réalisant, par exemple, la conciliation médicamenteuse de sortie avec un courrier envoyé au médecin généraliste et aux médecins spécialistes prenant en charge le patient. Il convient d'informer l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge du patient. En effet, en fonction du médicament concerné, le médecin généraliste peut être réticent à interrompre le traitement par peur de déséquilibrer la prise en charge thérapeutique du patient et entraîner une décompensation de la maladie chronique. Par exemple, le médecin généraliste sera plus réticent à arrêter un traitement par bêtabloquant alors que le cardiologue réévaluera plus facilement le traitement. Ainsi, le rôle du pharmacien clinicien est un maillon essentiel du lien ville-hôpital.

Les autres freins prédominants chez les prescripteurs étaient les lacunes dans le dossier médical du patient et la discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique. La manque de connaissance dans l'approche de la personne âgée n'était pas un frein pour les prescripteurs en médecine générale et en gériatrie contrairement aux spécialités chirurgicales et aux autres spécialités médicales. Ainsi, les prescripteurs ayant des connaissances chez les personnes âgées sont plus enclin à initier le processus de déprescription et moins susceptibles de subir la pression de suivre les lignes directrices de la pratique clinique. Les contraintes de temps pour les médecins généralistes et les gériatres étaient un des freins les moins importants. La réticence du patient vis-à-vis de l'arrêt d'un médicament constituait un frein très important pour les prescripteurs âgés de plus de 35 ans comparé aux prescripteurs plus jeunes.

La collaboration entre le médecin et le pharmacien est soulignée dans notre étude. En effet, grâce aux activités de pharmacie clinique telles que la conciliation médicamenteuse d'entrée, la conciliation médicamenteuse de sortie, l'analyse pharmaceutique, les entretiens patients ciblés et l'éducation thérapeutique, le pharmacien peut identifier les médicaments inadaptés et, en collaboration avec le médecin et le patient, déterminer lesquels devraient être déprescrits.



L'éducation thérapeutique est un des axes importants pour améliorer la prise en charge de façon holistique d'une maladie chronique, et notamment vis-à-vis de la gestion et du bon usage du médicament. Un tiers des patients inclus dans notre étude ne connaissait pas l'ensemble des indications de leur traitement. En devenant acteur de sa santé, le patient pourrait contribuer à diminuer les lacunes présentes dans son dossier médical et ainsi être partenaire du processus de déprescription.

Le manque d'outils d'aide à la déprescription représente un frein prépondérant chez les chirurgiens. La création d'un outil pourrait améliorer la déprescription chez les spécialités chirurgicales.

A l'ère de la digitalisation de la médecine, le développement d'outils (site internet, application mobile, etc.) regroupant des définitions et des explications sur le processus de déprescription, des recommandations dans l'initiation et le développement de ce processus et les classes médicamenteuses concernées à destination des professionnels de santé mais également du patient pourrait se révéler utile. Via ces outils, il conviendrait d'imaginer un suivi du patient durant le processus de déprescription avec l'implication de l'ensemble des professionnels de santé concernés (médecins, pharmaciens, infirmières). La combinaison de ces outils avec des actions pluri-professionnelles dédiées à la déprescription pourrait faire évoluer la pratique de la déprescription.

Le grand nombre de patients inclus est l'une des forces de notre étude. Cet échantillon nous a permis d'obtenir des nombreuses données et notamment des données quantitatives au niveau des freins.

Les réponses aux questionnaires étaient déclaratives et anonymisées, un biais d'information est donc possible (antécédents, traitements chroniques). Ce biais constitue une des principales limites de notre étude. Par ailleurs, la construction du questionnaire ne permet pas d'obtenir des données sur certaines classes médicamenteuses inappropriées chez les sujets âgés comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens car ils ne possèdent pas d'indication en traitement chronique chez les sujets âgés. De même, les laxatifs présents dans le questionnaire peuvent être prescrits de façon continue lorsqu'ils sont associés aux morphiniques mais également de façon symptomatique. Ils ne sont alors probablement jamais voire peu utilisés. Le mode de prise (continue versus si besoin) n'a été étudié dans notre étude, constituant une limite supplémentaire. Il pourrait alors être intéressant d'étudier les traitements symptomatiques (antalgiques, laxatifs, antispasmodiques digestif, anti-nauséeux, anti-diarrhéiques...). L'utilisation d'un questionnaire pour l'identification des leviers et des freins à la déprescription chez les patients et les prescripteurs peut être à l'origine d'un biais d'interprétation.

Notre étude est une étude préliminaire qui a permis de déterminer de manière quantitative les freins et les leviers prédominants sur le territoire de la Haute-Vienne. Il peut être envisagé des études plus approfondies avec une approche anthropologique par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés. Une étude avec une telle approche permettrait de mieux analyser les comportements des patients associés à la déprescription. Néanmoins, au niveau de la Haute-Vienne, notre étude servira de base pour élaborer des initiatives à mettre en place au niveau local pour développer cette pratique. La formation est un des axes forts à structurer, en formation initiale mais aussi continue pour permettre une réactualisation régulière des connaissances sur les médicaments inappropriés chez les personnes âgées. Par ailleurs, la pharmacie clinique semble s'inscrire comme l'une des meilleures solutions pour optimiser la prise en charge de cette population particulière en favorisant le lien ville-hôpital et

la coopération interprofessionnels autour du patient. Au niveau national, la France va devoir engager dans les années futures une politique de santé autour de la déprescription afin de fournir aux acteurs de santé les moyens nécessaires pour mener des actions de prévention des risques liés au vieillissement de la population et notamment, les risques liés à la polymédication à court et à moyen terme.

Une étude similaire basée sur la même méthodologie est en cours dans le département de la Dordogne. La confrontation des différents résultats sera intéressante afin de vérifier la concordance et l'extrapolation des résultats dans des territoires différents.

## Conclusion

---

Dans les années futures, la part des personnes âgées dans la population va prendre une place plus importante. Avec ce vieillissement de la population, les polyopathologies et la polymédication vont devenir de plus en plus des enjeux majeurs de santé publique. En effet, l'iatrogénie médicamenteuse risque de prendre une part prépondérante avec des impacts sociétaux sur le plan économique mais aussi individuel sur la qualité de vie.

L'optimisation thérapeutique devient un des objectifs importants dans la prise en charge des personnes âgées. La déprescription s'inscrit alors comme un outil majeur de santé publique pour travailler sur la iatrogénie évitable et ainsi diminuer les coûts de santé et améliorer la santé des populations.

L'identification des freins et des leviers à la déprescription présentes dans la population et chez les prescripteurs est importante pour mettre des actions en lien pour développer davantage cette pratique qui doit devenir à terme une pratique courante.

La pharmacie clinique est une discipline totalement adaptée pour contribuer et être un acteur majeur dans l'amélioration de cette pratique. En effet, de part ces activités, le pharmacien clinicien travaille en collaboration avec différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient et facilite le lien ville-hôpital, notamment grâce aux bilans de médication et aux conciliations médicamenteuses de sortie. Au niveau national, il est retrouvé seulement quelques initiatives locales de promotion de la déprescription. La France va devoir dans les prochaines années engager une politique de promotion de la déprescription afin de rattraper son retard face à certains pays comme le Canada, les États-Unis, l'Australie ou encore l'Angleterre.

Pour finir, la déprescription est un processus qui peut concerner les patients à tout âge et pas seulement les personnes âgées. La réévaluation médicamenteuse régulière permet d'éviter les risques iatrogéniques à long terme. Il est important de souligner que les jeunes d'aujourd'hui sont les futurs vieux de demain.

## Références bibliographiques

---

1. Dossier complet – Département de la Haute-Vienne (87) | Insee.
2. Atlas\_VF\_29012019.pdf.
3. note\_methodologique\_polyopathie\_de\_la\_personne\_agee.pdf.
4. Rapport Mondial sur Vieillesse et la Santé - Organisation Mondiale de la Santé - 2016.
5. SPF. La Santé en action, Mars 2018, n°443 Promouvoir la participation sociale des personnes âgées.
6. Les différents modèles de vieillissement Pathologique, Fragilité, et vieillissement Réussi. Pr Yves Rolland - PDF Free Download.
7. Projection de population par grand groupe d'âge | Insee.
8. Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2021 | Insee.
9. Use of Prescription and Over-the-counter Medications and Dietary Supplements Among Older Adults in the United States. *JAMA* 2008;**300**:2867.
10. Bradley SF. Principles of Antimicrobial Therapy in Older Adults. *Clin Geriatr Med* 2016;**32**:443–57.
11. Trivalle C. Antibiothérapie et personnes âgées.pdf. *Antibiotiques*. sept 2004;6(3):164-8.
12. Péhourcq et al. Pharmacocinétique chez le sujet âgé. *Rev Mal Respir*. nov 2004;21(5):25-32.
13. Pont L, Alhawassi T, Bajorek B *et al*. A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clin Interv Aging* 2014:2079.
14. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005:16.
15. Rochon et al. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 1997 Oct 25;315(7115):1096-9.
16. Dobrzanski S, Hammond I, Khan G *et al*. The nature of hospital prescribing errors. *Br J Clin Gov* 2002;**7**:187–93.
17. Coleman et al. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med*. 2005 Sep 12;165(16):1842-7.
18. Viktil KK, Blix HS, Moger TA *et al*. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2007;**63**:187–95.
19. Cabré et al. Avoidable hospitalizations due to adverse drug reactions in an acute geriatric unit. Analysis of 3,292 patients. *Med Clin (Barc)*. 2018 Mar 23;150(6):209-214.
20. Naunton M, Peterson GM. Evaluation of Home-Based Follow-Up of High-Risk Elderly Patients Discharged from Hospital. *J Pharm Pract Res* 2003;**33**:176–82.

21. Pitkälä KH, Juola A-L, Kautiainen H *et al.* Education to Reduce Potentially Harmful Medication Use Among Residents of Assisted Living Facilities: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc* 2014;**15**:892–8.
22. Reeve E, Gnjjidic D, Long J *et al.* A systematic review of the emerging definition of ‘deprescribing’ with network analysis: implications for future research and clinical practice.: The emerging definition of ‘deprescribing.’ *Br J Clin Pharmacol* 2015;**80**:1254–68.
23. Reeve E, To J, Hendrix I *et al.* Patient Barriers to and Enablers of Deprescribing: a Systematic Review. *Drugs Aging* 2013;**30**:793–807.
24. Sirois C, Ouellet N. La déprescription chez les aînés et le rôle des infirmières pour tendre vers des polymédications appropriées, une revue narrative de la littérature. *Rev Francoph Int Rech Infirm* 2018;**4**:20–9.
25. Sirois C, Ouellet N, Reeve E. Community-dwelling older people’s attitudes towards deprescribing in Canada. *Res Soc Adm Pharm* 2017;**13**:864–70.
26. Anderson K, Stowasser D, Freeman C *et al.* Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 2014;**4**:e006544.
27. Schuling J, Gebben H, Veehof LJG *et al.* Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2012;**13**:56.
28. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: 2019 AGS BEERS CRITERIA® UPDATE EXPERT PANEL. *J Am Geriatr Soc* 2019;**67**:674–94.
29. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L *et al.* Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d’une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne* 2009;**30**:592–601.
30. O’Mahony D, O’Sullivan D, Byrne S *et al.* STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2014;**44**:213–8.
31. Lang PO, Dramé M, Guignard B *et al.* Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* 2015;**15**:323–36.
32. Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol* 2015;**71**:861–75.
33. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP *et al.* A method for assessing drug therapy appropriateness☆. *J Clin Epidemiol* 1992;**45**:1045–51.
34. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant. *Haute Aut Santé*.
35. Farrell B, Pottie K, Thompson W *et al.* Deprescribing proton pump inhibitors. *Can Fam Physician* 2017;**63**:354–64.
36. Reeve E, Farrell B, Thompson W *et al.* Deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in dementia: guideline summary. *Med J Aust* 2019;**210**:174–9.

37. Luymes CH, van der Kleij RMJJ, Poortvliet RKE *et al.* Deprescribing Potentially Inappropriate Preventive Cardiovascular Medication: Barriers and Enablers for Patients and General Practitioners. *Ann Pharmacother* 2016;**50**:446–54.
38. Essais cliniques sur Heart Failure: Bêta-bloquants - Registre des essais cliniques - ICH GCP.
39. Gestion des antihypertenseurs. 2017:20.
40. Tjia J, Kutner JS, Ritchie CS *et al.* Perceptions of Statin Discontinuation among Patients with Life-Limiting Illness. *J Palliat Med* 2017;**20**:1098–103.
41. Cahier+thématique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf.
42. guide\_conciliation\_des\_traitements\_medicamenteux\_en\_etablissement\_de\_sante.pdf.
43. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. *Haute Aut Santé*.
44. Juste M. Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique. *Pharm Hosp Clin* 2012;**47**:293–5.
45. Éducation thérapeutique du patient - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens.
46. Algorithmes pour la déprescription. *Deprescribing.org*.
47. Bourgeois C. Classification des freins à la déprescription pour les personnes âgées polymédiquées selon les médecins généralistes de la Pévèle du Douaisis en 2020. Thèse de doctorat : médecine. 2020.
48. Komagamine J, Sugawara K, Hagane K. Characteristics of elderly patients with polypharmacy who refuse to participate in an in-hospital deprescribing intervention: a retrospective cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2018;**18**:96.
49. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I *et al.* People's Attitudes, Beliefs, and Experiences Regarding Polypharmacy and Willingness to Deprescribe. *J Am Geriatr Soc* 2013;**61**:1508–14.
50. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R *et al.* The Short-Term Effect of Interdisciplinary Medication Review on Function and Cost in Ambulatory Elderly People: MEDICATION REVIEW IN AMBULATORY ELDERLY PEOPLE. *J Am Geriatr Soc* 2004;**52**:93–8.
51. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults: Addressing Polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010;**170**, DOI: 10.1001/archinternmed.2010.355.
52. Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract* 1994;**44**:408–12.
53. Espeland MA, Whelton PK, Kostis JB *et al.* Predictors and Mediators of Successful Long-term Withdrawal From Antihypertensive Medications. *Arch Fam Med* 1999;**8**:228.
54. Ostini R, Jackson C, Hegney D *et al.* How Is Medication Prescribing Ceased?: A Systematic Review. *Med Care* 2011;**49**:24–36.

55. Reeve E, Shakib S, Hendrix I *et al.* Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process: Patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol* 2014;**78**:738–47.

## Annexes

---

Annexe 1. Questionnaires prescripteurs .....	66
Annexe 2. Questionnaires patients .....	72
Annexe 3. Score de Morisky à 4 items.....	76
Annexe 4. Document de formation à l'étude destiné aux pharmaciens d'officine .....	77



## Annexe 1. Questionnaires prescripteurs

### CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_ ans

Êtes-vous ?

- Interne en médecine
- Docteur en médecine

Quelle est votre spécialité ? \_\_\_\_\_

Si vous êtes médecin thésé, depuis combien d'années exercez-vous ? \_\_\_\_\_ ans

Si vous êtes interne, en quel semestre êtes-vous ? \_\_\_\_\_

Dans quelle structure exercez-vous actuellement ?

- En établissement hospitalier universitaire
- En établissement hospitalier public (non universitaire)
- En établissement hospitalier privé
- En établissement médico-social
- En libéral, en cabinet de groupe
- En libéral, seul

Quel est votre mode d'exercice ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

Quel est le code postal de la ville où vous exercez ? \_\_\_\_\_

Quel est le pourcentage de votre patientèle gériatrique (> 75 ans) ?

- 0 – 25%
- 25% – 50%
- 50% – 75%
- 75% – 100%

## PRATIQUE DE LA DEPRESRIPTION

Lors de vos études de médecine, avez-vous été sensibilisé à la déprescription ?

- Oui
- Non

Dans votre exercice courant, pratiquez-vous la déprescription ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- Très régulièrement (tous les jours)
- Régulièrement (plusieurs patients dans la semaine)
- Peu régulièrement (quelques patients dans le mois)
- Rarement (quelques patients dans l'année)

Que pensez-vous de l'utilité de la déprescription chez la personne âgée ?

- Inutile
- Peu utile
- Utile
- Très utile

Selon vous, à quelles populations peut s'adresser la déprescription ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Patients âgés de 0 à 24 ans
- Patients âgés de 25 à 44 ans
- Patients âgés de 45 à 64 ans
- Patients âgés de 65 à 74 ans
- Patients âgés de plus de 75 ans

Parmi les propositions suivantes, laquelle peut correspondre à votre vision de la déprescription ?

*(Plusieurs réponses possibles)*

- Un moyen d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients
- Un moyen de réduire le risque iatrogénique
- Une pratique qui a peu d'intérêt pour la prise en charge du patient
- Une perte de chance pour le patient
- Aucune de ces réponses

Parmi les classes médicamenteuses suivantes, lesquelles avez-vous déjà déprescrites et à quelle fréquence ?

	Très régulièrement	Régulièrement	Peu régulièrement	Rarement	Jamais
Inhibiteurs de la pompe à proton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazépines et hypnotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsychotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabétiques oraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laxatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihypertenseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statines en prévention primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bétabloquants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antispasmodiques urinaires ( <i>ex : oxybutynine</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhibiteurs de la cholinestérase ( <i>donézépil, rivastigmine, glantamine</i> ) et la mémantine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EVALUATION DES FREINS A LA DEPRESCRIPTION

**Vous êtes dans une démarche de déprescription. Dans quelles mesures les propositions suivantes peuvent-elles vous influencer ?**

Entourez la valeur que vous jugez appropriée :

0 = pas d'influence sur la déprescription ; 10 = obstacle majeur à la déprescription

**Q1. Un manque de connaissance dans l'approche de la personne âgée**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q2. La peur d'une conséquence négative chez le patient**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q3. Des lacunes dans le dossier médical du patient**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q4. La pression exercée par le patient et/ou la famille du patient pour la prescription de thérapeutiques**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q5. Les contraintes de temps**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q6. Le médicament a été prescrit initialement par un autre spécialiste**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q7. Un défaut de communication (médecins, pharmacien, infirmières, aides-soignants...)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q8. Le patient est réticent vis-à-vis de l'arrêt d'un médicament qu'il prend depuis des années**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q9. La pression exercée par d'autres professionnels de santé non médicaux (infirmières, aide soignants...)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q10. La perspective d'un échec de déprescription**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q11. Le manque de recommandations et d'essais cliniques concernant les conséquences et les modalités d'un arrêt de médicament chez les personnes âgées**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Q12. La peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Q13. Le manque d'alternatives thérapeutiques efficaces

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Q14. Le manque d'outils d'aide à la déprescription

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Q15. La discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## CONCLUSION

Dans quelles mesures ces propositions pourraient vous être utile dans une démarche à la déprescription ?

	Inutile	Peu utile	Utile	Très utile
Formations à la déprescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meilleure communication ville-hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaboration avec le pharmacien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication grand public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommandations adaptées par des tutelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultations médicales dédiées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires libres

## Annexe 2. Questionnaires patients



Numéro de centre :

### ENQUETE SUR L'UTILISATION DES MEDICAMENTS

*Cette enquête est destinée à étudier l'utilisation des médicaments chez les personnes de plus de 55 ans. Les résultats serviront à étudier la pratique de la déprescription en Haute-Vienne dans le cadre d'une thèse d'exercice en pharmacie.*

*Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes pour répondre au questionnaire ci-joint.*

*Vos réponses sont anonymes.*

**1. Vous êtes :**

- Un homme
- Une femme

**2. Quel âge avez-vous ? ..... ans**

**3. Avez-vous des problèmes :** *(Plusieurs réponses possibles)*

- De cœur
- De diabète
- De moral/d'anxiété
- De tension
- D'estomac
- De sommeil
- De cholestérol
- De constipation
- D'incontinence urinaire

**4. Avez-vous chuté au cours des 12 derniers mois ?**

- Oui
- Non

**5. Combien de médicaments différents prenez-vous chaque jour (hors homéopathie, phytothérapie) ?**

- 5 médicaments
- 8 médicaments
- 6 médicaments
- 9 médicaments
- 7 médicaments
- Plus de 10 médicaments

**6. Connaissez-vous l'indication pour laquelle chacun de vos médicaments vous a été prescrit ?**

- Oui, je connais l'indication de tous mes médicaments
- Oui, pour la majorité de mes médicaments
- Oui, pour certains de mes médicaments
- Non, je ne connais pas l'indication de mes médicaments

**7. Pour quelles pathologies, prenez-vous des médicaments au quotidien ?**

- Pour la tension (*exemple : ramipril TRIATEC®, irbésartan APROVEL®...*)
- Pour ralentir le cœur (*exemple : bisoprolol BISOCE®, céliprolol CELECTOL®, ...*)
- Pour diminuer les œdèmes (*exemple : furosémide LASILIX®*)
- Pour diminuer le cholestérol (*exemple : rosuvastatine CRESTOR®, atorvastatine TAHOR®...*)
- Pour le diabète (*exemple : metformine GLUCOPHAGE®, gliclazide DIAMICRON®, ...*)
- Pour les maux d'estomac (*exemple : ésoméprazole INEXIUM®, lansoprazole OGASTORO®...*)
- Pour la constipation (*exemple : macrogol FORLAX®, huile de paraffine LANSOYL®...*)
- Pour le moral (*exemple : paroxétine DEROXAT®, mirtazapine NORSET®...*)
- Pour l'anxiété (*exemple : alprazolam XANAX®, bromazépam LEXOMIL®...*)
- Pour les problèmes du sommeil (*exemple : zolpidem STILNOX®, zopiclone IMOVANE®*)
- Pour l'incontinence urinaire (*exemple : solifénacine VESICARE®, oxybutynine DITROPAN®...*)

**8. Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ?**

- Oui
- Non

**9. Est-ce qu'il vous arrive parfois d'oublier de prendre vos médicaments ?**

- Jamais – rarement
- De temps en temps (1 fois par mois)
- Parfois (1 fois toutes les deux semaines)
- Souvent (1 fois par semaine)
- Tout le temps – tous les jours

**10. Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre certains de vos médicaments ?**

- Oui
- Non

**11. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'arrêter de prendre vos médicaments de vous-même, sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien lorsque vous les preniez ?**

- Oui
- Non



**12. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'arrêter de prendre vos médicaments de vous-même, sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez mieux ou guéri(e) ?**

- Oui
- Non

**13. Pour beaucoup de gens, prendre ses médicaments tous les jours est contraignant. Est-ce le cas pour vous ?**

- Oui
- Non

**14. Si votre médecin vous préconisait d'arrêter un de vos médicaments habituels, seriez-vous prêt à le faire ?**

- Oui**, je serais prêt(e) à arrêter un de mes médicaments habituels
  - a. Si oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**
    - Je pense que je n'ai plus besoin de certains médicaments
    - Je pense que certains de mes médicaments ne sont peut-être pas efficaces
    - Certains de mes médicaments me donnent des effets indésirables
    - Je souhaiterais que mon médecin diminue le nombre de médicaments que je prends tous les jours
    - Aucune de ces propositions
  - Non**, je suis réticent(e) à arrêter un médicament que je prends depuis longtemps
    - b. Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**
      - J'ai peur de retomber malade, d'avoir des problèmes de santé à l'arrêt de l'un de mes médicaments
      - Je pense que tous mes médicaments sont efficaces
      - J'ai déjà eu une mauvaise expérience à l'arrêt d'un médicament
      - Si mon médecin me proposait d'arrêter un de mes médicaments, j'aurais l'impression qu'il refuse de me soigner
      - Aucune de ces propositions

Numéro de centre :

**15. Parmi les médicaments suivants, lesquels seriez-vous prêt à arrêter sur préconisation de votre médecin traitant ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Pour les problèmes du sommeil (exemple : zolpidem STILNOX®, zopiclone IMOVANE®)
- Pour l'incontinence urinaire (exemple : solifénacine VESICARE®, oxybutynine DITROPAN®...)
- Pour la tension (exemple : ramipril TRIATEC®, irbésartan APROVEL®...)
- Pour ralentir le cœur (exemple : bisoprolol BISOCE®, céliprolol CELECTOL®, ...)
- Pour diminuer les œdèmes (exemple : furosémide LASILIX®)
- Pour diminuer le cholestérol (exemple : rosuvastatine CRESTOR®, atorvastatine TAHOR®...)
- Pour le diabète (exemple : metformine GLUCOPHAGE®, gliclazide DIAMICRON®, ...)
- Pour les maux d'estomac (exemple : ésoméprazole INEXIUM®, lansoprazole OGASTORO®...)
- Pour la constipation (exemple : macrogol FORLAX®, huile de paraffine LANSOYL®...)
- Pour le moral (exemple : paroxétine DEROXAT®, mirtazapine NORSET®...)
- Pour l'anxiété (exemple : alprazolam XANAX®, bromazépam LEXOMIL®...)

**Remarques**

Merci pour votre participation

### Annexe 3. Score de Morisky à 4 items

#### Morisky Medication-Taking Adherence Scale-MMAS (4-item)

Version anglaise

	Yes	No
1. Do you ever forget to take your medicine ?	1 point	0 point
2. Do you ever have problems remembering to take your medication ?	1 point	0 point
3. When you feel better, do you sometimes stop taking your medicine ?	1 point	0 point
0 Sometimes if you feel worse when you take your medicine, do you stop taking it ?	1 point	0 point

Traduction en français pour le questionnaire

	Oui	Non
1. Est-ce qu'il vous arrive parfois d'oublier de prendre vos médicaments ?	1 point	0 point
2. Avez-vous du mal à vous rappeler de prendre certains de vos médicaments ?	1 point	0 point
3. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'arrêter de prendre vos médicaments de vous-même, sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien lorsque vous les preniez ?	1 point	0 point
4. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'arrêter de prendre vos médicaments de vous-même, sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez mieux ou guéri(e) ?	1 point	0 point

#### Interprétation

Score 0 = haute adhérence

Score 1 ou 2 = adhérence intermédiaire

Score 3 ou 4 = faible adhérence

Attention : Item 1 subdivisé en fréquence. Il faut considérer les points suivants :

- « Jamais – rarement » & « de temps en temps » : NON = 0 point
- « Parfois » & « Souvent » & « Tout le temps – tous les jours » : OUI = 1 point

## Annexe 4. Document de formation à l'étude destiné aux pharmaciens d'officine



### ENQUETE SUR L'UTILISATION DES MEDICAMENTS

*Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette étude. Les résultats serviront à étudier la pratique de la déprescription en Haute-Vienne dans le cadre d'une thèse d'exercice en pharmacie.*

*Vous trouverez sur cette fiche les principales informations qui vous seront nécessaires afin de mener à bien le remplissage des questionnaires.*

#### **RECAPITULATIF DE L'ETUDE**

Dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice en pharmacie, nous étudions la pratique de la déprescription en Haute-Vienne. Le but de ce travail est d'établir un état des lieux de la déprescription en Haute-Vienne, de proposer des axes d'amélioration en fonction des différents freins à la déprescription identifiés chez les patients et de sensibiliser les prescripteurs aux réticences identifiées chez les patients.

Afin de mener à bien ce travail, nous avons conçu un questionnaire anonymisé permettant de recueillir des données épidémiologiques et de santé, d'évaluer l'autonomie et l'observance des patients ainsi que leurs réticences face à un arrêt potentiel d'un traitement chronique. Le questionnaire a été conçu de manière à être complété le plus rapidement possible en excluant le texte libre et en simplifiant au maximum la formulation des questions afin qu'elles soient accessibles au grand public. Le remplissage de ce questionnaire peut se faire au comptoir pendant la délivrance ou à posteriori par le patient. Par ailleurs, nous accordons une grande importance quant à votre mobilisation afin de soutenir un patient rencontrant des difficultés lors du remplissage du questionnaire.

#### **OBJECTIF**

L'objectif pour chaque officine sélectionnée est de récolter au moins 20 questionnaires afin d'obtenir un total de 600 questionnaires complétés en 15 jours.

#### **CRITERES D'ELIGIBILITE**

CRITERES D'INCLUSIONS	CRITERES D'EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none"><li>• Age &gt; 55 ans</li><li>• Atteint d'au moins 1 maladie chronique</li><li>• Patient polymédiqué (traitement chronique &gt; 5 médicaments hors phytothérapie et homéopathie)</li><li>• Patient autonome à domicile</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patient en soins palliatifs</li><li>• Patient institutionnalisé</li><li>• Espérance de vie &lt; 3 mois</li></ul>

#### **SUIVI DE L'ETUDE**

Nous vous recontacterons une fois par semaine afin de suivre le taux de remplissage des questionnaires et les difficultés auxquelles vous seriez éventuellement confrontés.

Elodie MARCELLAUD

## Serment De Galien

---

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

## Les déterminants anthropologiques de la déprescription en Haute-Vienne

**Contexte** : La polymédication engendrée par la concomitance de maladies chroniques chez un même patient augmente le risque d'iatrogénie médicamenteuse. La pratique de la déprescription est limitée par des freins encore peu évalués présents chez les patients et chez les prescripteurs.

**Objectifs** : Décrire les déterminants associés à une réticence de la déprescription chez les prescripteurs en ville et à l'hôpital et chez les patients en ambulatoire.

**Matériels et méthodes** : Deux études observationnelles transversales. Évaluation des leviers et des freins à la déprescription par l'intermédiaire de questionnaires anonymisés.

**Résultats** : 362 patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de 71,8 ans  $\pm$  8,9 ans. 26,2% étaient réfractaires à la déprescription. Un traitement efficace (59,0%) et la peur de retomber malade (32,6%) étaient les principaux freins à la déprescription retrouvés chez les patients. 151 prescripteurs avec une prédominance féminine (58,3%) ont été inclus avec une moyenne d'âge de 35 ans  $\pm$  11 ans. Les principaux freins retrouvés chez les prescripteurs étaient la prescription initiale d'un médicament par un autre spécialiste, des lacunes dans le dossier médical du patient et la discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique.

**Conclusion** : Cette étude a permis de déterminer de manière quantitative les freins et les leviers à la déprescription prédominants au niveau des patients et des prescripteurs. Elle appuiera l'élaboration d'initiatives locales et la mise en place d'axes d'amélioration pour développer cette pratique en Haute-Vienne.

**Mots clés** : Gériatrie, Médicaments potentiellement inappropriés, Déprescription, Pharmacie clinique

---

## Anthropological determinants of deprescription in Haute-Vienne

**Background**: Polymedication caused by concomitance of chronic diseases in patient increases the risk of drug-related iatrogenia. The practice of deprescribing is limited by patient barriers and physician barriers.

**Objectives**: To describe the determinants associated with a reluctance to deprescribe among prescribers in the city and in the hospital and among outpatients.

**Materials and methods**: Two cross-sectional observational studies. Assessment of facilitators and barriers to deprescribing by means of anonymized questionnaires.

**Results**: 362 patients were included with an average age of 71.8 years  $\pm$  8.9 years. 26.2% were refractory to deprescription. An effective treatment (59.0%) and the fear of falling ill again (32.6%) were the main barriers to deprescribing found among the patients. 151 prescribers with a predominance of women (58.3%) were included with an average age of 35 years  $\pm$  11 years. The main barriers found among the prescribers were the initial prescription of a drug by another specialist, gaps in the patient's medical record and the discrepancy between the recommendations and the complexity of clinical practice.

**Conclusion**: This study quantitatively identified predominant barriers and facilitators to deprescribing at the patient and prescriber levels. It will support the development of local initiatives and the implementation of improvement axes to develop this practice in Haute-Vienne.

**Keywords**: Geriatrics, Potentially Inappropriate Medications, Deprescription, Clinical Pharmacy

---