



**HAL**  
open science

# État des lieux des études françaises sur la déprescription en soins primaires : une revue ciblée de la littérature

Pol Le Lagadec

## ► To cite this version:

Pol Le Lagadec. État des lieux des études françaises sur la déprescription en soins primaires : une revue ciblée de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04187316

**HAL Id: dumas-04187316**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04187316>**

Submitted on 24 Aug 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.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITÉ**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2022

N°

**THÈSE**

pour le

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

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

**Pol LE LAGADEC**

---

Présentée et soutenue publiquement le 10 janvier 2023

---

**ÉTAT DES LIEUX DES ÉTUDES FRANÇAISES SUR LA  
DÉPRESCRIPTION EN SOINS PRIMAIRES : UNE REVUE  
CIBLÉE DE LA LITTÉRATURE**

---

Présidente : Madame le Professeur Caroline VICTORRI-VIGNEAU  
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jérôme NGUYEN-SOENEN  
Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER  
Monsieur le Docteur Guillaume CHAPELET

## **Remerciements**

**A Madame le Professeur Victorri-Vigneau**, vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury et d'évaluer mon travail, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Jean Pascal Fournier**, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans ce jury, soyez assuré de toute ma reconnaissance. Merci pour vos enseignements toujours dans la bonne humeur et la bienveillance.

**A Monsieur Le Docteur Chapelet**, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans ce jury, soyez assuré de toute ma reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Jérôme Nguyen-Soenen**, je te remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir guidé tout au long de la rédaction de cette thèse. Merci pour ta patience, ton investissement et tes précieux conseils.

## Remerciements

A Laura, la plus belle des mamans, pour ton amour, notre complicité, pour notre Émile. Tu as fait de moi le plus heureux des hommes. Merci pour ton soutien indéfectible, tes encouragements et tes relectures qui ont permis à cette thèse de voir le jour.

A mes parents, qui ont su me donner l'envie de faire cette profession et m'ont toujours soutenu.

A mes frères et sœurs, pour votre présence depuis toujours.

A mes grands-parents, ma tante préférée, mes oncles, mes beaux-parents.

Je n'aurais pu espérer plus belle famille.

A Marion et Pauline, pour m'avoir accueilli, supporté et soutenu pendant ces deux premières années, ma réussite est en partie la vôtre.

A Mélo, Marion Titi, Quentin, Marie, Clem, Paul, Vic, Amé, pour nos rires, nos brillantes idées, nos révisions, nos stages, nos vacances au cours de ces longues années d'études et pour tout ce qui suivra, pendant encore de nombreuses années je l'espère.

A Estelle, Julie, Thomas, Alfred, Julian, pour votre présence et votre soutien depuis de longues années, pour nos vacances et toutes celles qui suivront.

Aux amis de Perros, de Cythère et aux Nantais, puisse nos amitiés perdurer encore longtemps.

A toutes les personnes avec qui j'ai eu la chance de travailler pendant mon internat.

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>2. MÉTHODES</b>	<b>12</b>
2.1. Critères d'éligibilité	12
2.2. Bases de données	13
2.3. Stratégie de recherche	13
2.4. Méthode d'analyse	14
2.5. Correspondance avec les principes de Coe	14
<b>3. RÉSULTATS</b>	<b>15</b>
3.1. Diagramme de Flux	15
3.2. Synthèse des résultats	16
3.2.1. Population cible	24
3.2.2. Date de publication	24
3.2.3. Types de publications et spécialités	24
3.2.4. Représentation des principes de Coe	25
<b>4. DISCUSSION</b>	<b>26</b>
4.1. Forces et faiblesses	26
4.2. Intérêt pour la déprescription	27
4.3. Freins et leviers	28
4.3.1. Freins	28
4.3.2. Leviers	29

<b>4.4. Les réseaux et formations .....</b>	<b>30</b>
<b>4.5. Les outils .....</b>	<b>31</b>
4.5.1. Listes et critères.....	32
4.5.2. Outils informatiques.....	33
4.5.3. Ressources pour le patient .....	34
4.5.4. Ressources pour le praticien .....	34
<b>4.6. Relation du médecin généraliste avec les pharmaciens et les spécialistes.....</b>	<b>35</b>
4.6.1. Les spécialistes .....	35
4.6.2. Le pharmacien .....	35
<b>4.7. Les médicaments.....</b>	<b>36</b>
4.7.1. Inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) .....	36
4.7.2. Psychotropes (antipsychotique et benzodiazépine ou apparentés) .....	37
4.7.3. Autres (Statines, Hypo-uricémiants, Anti-hypertenseurs d'action centrale).....	39
<b>4.8. Les voies d'amélioration.....</b>	<b>39</b>
4.8.1. Communication et pratique interprofessionnelles.....	40
4.8.2. Sensibilisation et promotion de la déprescription .....	40
4.8.3. Réévaluation et alternatives au traitement.....	41
4.8.4. Information des patients et éducation thérapeutique.....	41
4.8.5. La prise en charge financière.....	42
<b>4.9. Mise en perspective des « principes de Coe ».....</b>	<b>42</b>
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>45</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>46</b>

## ABRÉVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AP : AntiPsychotique

APIMED : Amélioration des Pratiques et de l'Information MEDicales

BPM : Bilan Partagé de Médication

BUM : Bon Usage du Médicament

BZD : Benzodiazépine

CMGF (Collège de la Médecine Générale France)

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DCI : Dénomination Commune Internationale

DMP : Décision Médicale Partagée

DP : Déprescription

DUMAS : Dépôts Universitaire de Mémoires Après Soutenance

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FMC : Formation Médicale Continue

FOGD : Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale

HAL : Hyper Article en Ligne

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

INESSS : Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons



M : Médecins

MG : médecins généralistes

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PA : Personnes Âgées

PMI : prescriptions médicamenteuses inappropriées

RADIO : Réseau d'Aide à la Déprescription Interprofessionnel pour Omnipraticiens

RMM : Relation Médecin Malade

ROSP : Revenus Sur Objectif de Santé Publique

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SFPT : Société Française de Pharmacologie et Thérapeutique

SMR : Service Médical Rendu

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

## 1. INTRODUCTION

La consommation de médicaments présente plusieurs bénéfices évidents pour le patient. La prévention et la prise en charge curative des pathologies, l'amélioration des symptômes et l'augmentation de l'espérance de vie sont autant de conséquences positives de la prise de traitements. Cependant, cette consommation n'est pas sans risque et la survenue d'effets indésirables liés aux médicaments augmente avec l'âge et la polymédication (1).

Au 1er janvier 2022, 21 % de la population française avait 65 ans ou plus et 9,8 % avait 75 ans ou plus (2). Le vieillissement de la population crée une augmentation du nombre de maladies chroniques et du nombre de médicaments consommés par les patients. Cette polymédication engendre une majoration du risque de prise de médicaments inappropriés.

Les médicaments potentiellement inappropriés sont définis par la prescription de molécules dont le rapport bénéfice/risque est défavorable ou ceux dont l'efficacité peut être remise en cause par rapport à d'autres solutions thérapeutiques plus sûres (3). Différentes prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) ont été décrites (3,4) :

- « *Overuse* » : l'utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication ou au service médical rendu (SMR) faible.
- « *Misuse* » : l'utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus.
- « *Underuse* » : 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.

Ces PMI sont fréquentes dans la population âgée et peuvent concerner plus de 50% des personnes âgées de plus de 75 ans et jusqu'à 50% des médicaments de leurs ordonnances (5).

La polymédication et les PMI ont été associées à un risque accru d'événements indésirables liés aux médicaments, de syndromes gériatriques, d'hospitalisation et de mortalité (6). En France, en 2007, près de 17% des admissions aux urgences chez les sujets de plus de 70 ans étaient en rapport avec un effet indésirable d'un médicament et dans 25% des cas, cet effet indésirable pouvait être évité (7,8).

De façon simultanée, au-delà des conséquences directes sur le patient, ces évènements ont un impact économique important entraînant une augmentation des dépenses de santé.

Parallèlement, les recommandations et la pharmacopée évoluent rapidement et le vieillissement entraîne une diminution des fonctions hépatique et rénale. La combinaison de ces facteurs engendre des prescriptions devenant inappropriées avec le temps.

Il a été démontré que l'éviction des prescriptions potentiellement inappropriées en soins primaires améliore la qualité de vie du patient et la déprescription a été évaluée comme un acte sûr (9,10). Dans le travail de Garfinkel et *al.*, 88% des patients rapportaient une amélioration globale de leur santé après déprescription, toutes molécules confondues (11).

Toutes ces raisons nous poussent à nous intéresser à la déprescription et ses modalités.

Le terme « *deprescribing* » apparaît pour la première fois dans la littérature anglophone en 2003 dans un article australien de Woodward et *al* (12). Dans cet article, les auteurs décomposaient ce concept en cinq étapes fondatrices :

- 1) Identifier tous les médicaments consommés par le patient ;
- 2) Cibler les médicaments à arrêter, diminuer ou substituer ;
- 3) Planifier un régime de déprescription en accord avec les priorités du patient ;
- 4) Planifier en partenariat avec le patient et les soignants ;
- 5) Réévaluer et accompagner fréquemment le patient.

Alors que Woodward et *al.* ont délimité les contours du concept de la déprescription, d'autres auteurs ont tenté d'en établir une définition. On retrouve le terme « déprescription » en langue française pour la première fois en 2004 dans la presse médicale française via P. Queneau dans "*La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire » (13)*. L'auteur définissait le terme comme « l'arrêt volontariste d'une prescription ». Si l'utilisation du terme « *deprescribing* » est récente et peu répandue, les professionnels de santé sont familiarisés depuis longtemps avec le retrait ou la diminution d'un traitement. Le manque de clarté des différentes définitions et la diversité des termes employés dans les études peuvent pousser certains auteurs à utiliser ce terme à mauvais escient ou au contraire ne pas l'utiliser. Tout ceci rend l'uniformisation des résultats difficile.

C'est pour cette raison qu'en 2015, Reeve et *al.* se sont efforcés d'établir une définition qui fasse consensus (14). La conclusion de leur revue de littérature d'articles abordant les caractéristiques de la déprescription, propose la définition suivante : « *Processus de retrait d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de santé dans le but de gérer la polymédication et d'améliorer les résultats* ».

En 2021, Coe et *al.* ont étoffé le concept de déprescription (15). Ils se sont basés sur les principes directeurs de Woodward et *al.* de 2003 et les ont complétés en ajoutant deux nouvelles étapes. Le principe 0, correspondant à l'engagement des professionnels dans l'éducation et l'identification appropriée des patients et le principe 6 correspondant à l'apport d'un retour aux professionnels.

Sept principes ont ainsi été établis et numérotés de 0 à 6. Ils ont été représentés par les auteurs sous la forme d'une roue, la « Roue de Coe » (Figure 1) :

- 0) Engagement des professionnels dans l'éducation et l'identification appropriée des patients ;
- 1) Réalisation d'un bilan de médication par le médecin ou le pharmacien ;

- 2) Identification des médicaments à cibler pour l'arrêt ;
- 3) Organisation d'un schéma de déprescription ;
- 4) Planification en partenariat avec le patient et les soignants ;
- 5) Réévaluation fréquente et soutien ;
- 6) Apport d'un retour aux professionnels.

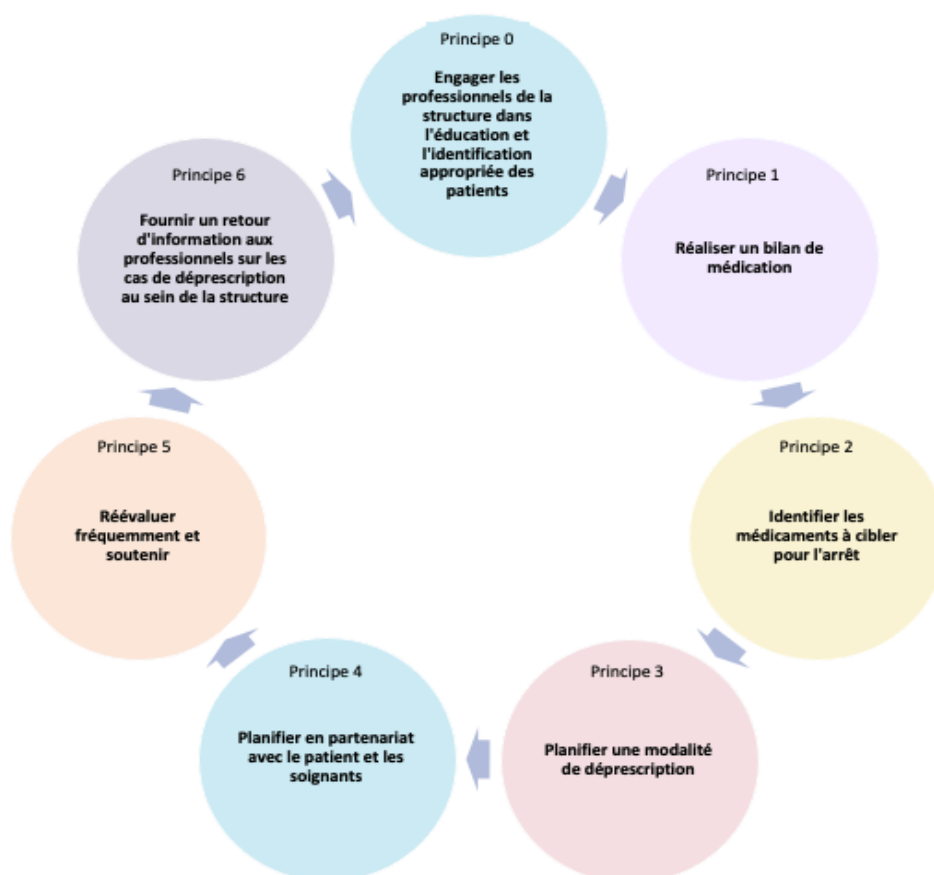


Figure 1. Principes de Coe

L'objectif de cette thèse était de réaliser un état des lieux des recherches, dans la littérature grise, sur la déprescription en soins primaires en France. Premièrement, nous proposerons une synthèse par thèmes, puis secondairement une mise en perspective des concepts de la déprescription tel que définis par Coe *et al.*

## 2. MÉTHODES

Nous avons réalisé une revue ciblée des études françaises sur la déprescription en soins primaires disponibles dans la littérature grise. La littérature grise, englobe des ressources et documents comme des thèses d'exercice, des rapports de recherche, des communications en congrès, ou des recommandations d'instances officielles qui n'ont pas été publiées dans les circuits d'édition ou commerciaux.

### 2.1. Critères d'éligibilité

Les critères d'inclusion sont rassemblés dans le tableau 1. La période d'inclusion s'étendait du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 4 juin 2022. Seules les ressources françaises intéressant la déprescription en soins primaires et disponibles dans la littérature grise ont été retenues. Un seul auteur a participé aux recherches. En cas de doute, un deuxième chercheur, le directeur de thèse, confirmait ou non l'inclusion.

Critères d'inclusions
- Ressources de toute nature
- Ressources françaises
- Ressources accessibles en ligne ou disponibles pour le prêt entre bibliothèques
- Concernent la déprescription
- Concernent les soins primaires
- Appartient à la littérature grise
- Publié entre le 01/01/2015 et le 04/06/2022

Tableau 1 : Critères d'inclusion

## 2.2. Bases de données

Les bases des données utilisées, après consensus entre les chercheurs, étaient les sites internet :

- De dépôt de travaux universitaires : SUDOC (Système Universitaire de Documentation), DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance), HAL (Hyper Article en Ligne) ;
- Des sociétés savantes et leur congrès : CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), CMGF (Collège de la Médecine Générale France), SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie), SFPT (Société Française de Pharmacologie et Thérapeutique) ;
- Gouvernementaux : HAS (Haute Autorité de Santé), ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) ;
- Des groupes qualité : APIMED (Amélioration des Pratiques et de l'Information MEDicales). Il s'agit d'un groupe d'échanges de pratiques. Ils réunissent plus de 300 médecins généralistes en Pays de la Loire.

## 2.3. Stratégie de recherche

Dans un premier temps, et pour tendre à l'exhaustivité, le mot « déprescr\* » a été recherché pour inclure toutes les déclinaisons du mot clé « déprescription » (exemple : « déprescripteur », « déprescrire », « déprescrit », *etc*).

Si aucun résultat n'était obtenu, une recherche manuelle avec le mot « déprescription » « déprescripteur » ou « déprescrire » a été effectuée dans la barre de recherche. Si malgré cela aucun résultat n'apparaissait, une recherche avec « polyméd\* » était effectuée.

Pour les bases de données du CNGE et du CMGF, le système d'archivage en ligne ne permettait pas une recherche par mot-clé. Après avoir accédé aux archives en ligne, nous avons procédé à

une lecture détaillée du programme de chaque congrès depuis 2015. Les données ont ensuite été extraites grâce à la mise en ligne des retranscrits.

## 2.4. Méthode d'analyse

Après la lecture de chaque ressource, un résumé a été fait en dégageant les principaux thèmes abordés par les auteurs. Après la lecture de l'intégralité de nos ressources, plusieurs thématiques sont revenues de manière régulière. Nous les avons triées et organisées sous formes de thèmes et sous thèmes. Après avoir synthétisé ces résultats, nous avons organisé la discussion selon les thèmes relevés pour une meilleure compréhension et une lecture plus fluide.

## 2.5. Correspondance avec les principes de Coe

Nous avons considéré la définition de 2021 de Coe et *al.* comme complète. Nous avons construit un tableau comprenant les différents principes adaptés en français (tableau 2). Nous l'avons complété avec des informations détaillées dans les résultats de Coe et *al.*, plus précises, permettant au lecteur de faciliter l'identification des principes. Puis, pour chaque ressource, après lecture, nous avons relevé les principes de Coe, auxquels les auteurs faisaient référence.

Principe 0	Principe 1	Principe 2	Principe 3	Principe 4	Principe 5	Principe 6
Engagement des professionnels et identification adéquate des patients	Réalisation d'un bilan de médication	Identification des médicaments à cibler pour l'arrêt	Organisation d'un schéma de déprescription	Planification en partenariat avec le patient et les soignants	Réévaluation fréquente et soutien	Apport d'un retour aux professionnels
<ul style="list-style-type: none"> <li>Education et sensibilisation des médecins généralistes à la déprescription (formations, vidéos, atelier, rappels, alertes)</li> <li>Identifier avec quel patient entamer la discussion sur la déprescription</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient fournit tous les médicaments en sa possession au médecin.</li> <li>Les indications d'utilisation des médicaments doivent être établies</li> <li>Evaluation de l'observance du traitement</li> <li>Identifications des effets indésirables des médicaments.</li> </ul>	Cibler les médicaments : <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisés pour une pathologie résolue;</li> <li>Qui engendrent des effets indésirables;</li> <li>Introduit pour traiter des effets indésirables secondaires à un traitement ;</li> <li>Qui n'améliore pas l'état du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prioriser les médicaments à arrêter.</li> <li>Planifier le régime de déprescription en fonction des priorités du patient</li> <li>Collaboration avec l'équipe médicale (médecin, pharmacien, personnel infirmier et patient)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information du patient de l'objectif de la démarche</li> <li>Obtenir la contribution et le consentement du patient et des soignants.</li> <li>Le patient doit accepter le plan</li> </ul>	Réévaluation régulière du patient par l'équipe soignante pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>surveiller les progrès</li> <li>fournir un soutien et des commentaires positifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir une rétroaction au personnel sur les événements de déprescription au sein du cabinet</li> </ul>

Tableau 2 : Principes de Coe adaptés en français



### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. Diagramme de Flux

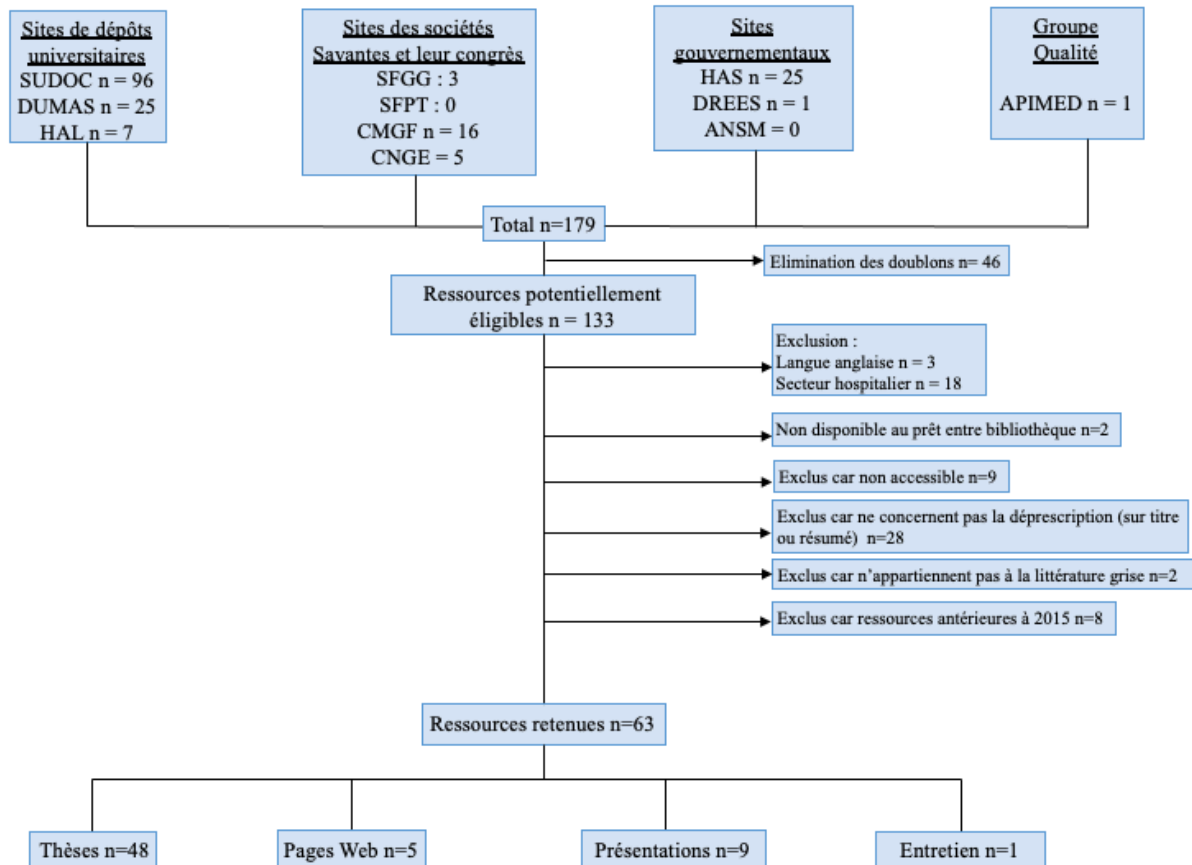


Figure 2 : Diagramme de flux

Au total, notre recherche a identifié 179 ressources.

Suite à cette stratégie de recherche et après exclusion et élimination des doublons, 63 ressources ont été retenues (Figure 2). Il s'agit de :

- 48 thèses d'exercice ;
- 5 pages web ;
- 9 présentations ;
- 1 entretien.

### 3.2. Synthèse des résultats

L'ensemble des ressources retrouvées est présenté dans le tableau de résultats ci-dessous. Les colonnes reprennent le titre, l'auteur, l'année de publication et le type de ressource. La colonne « S » indique la profession des auteurs : les mentions « P » et « M » sont utilisées pour indiquer respectivement si les auteurs sont pharmaciens ou médecins. La mention « M/P » signifie qu'au moins deux de ces professions sont intervenues dans la rédaction.

La colonne « sujet » décrit brièvement les principales thématiques abordées par la ressource.

Dans la colonne « Principe de Coe », des chiffres de 0 à 6 indiquent pour chaque ressource à quel(s) principe(s) de Coe celles-ci font référence.

La dernière colonne mentionne les populations cibles des études.

Titre	S	Auteur	Année	Type de ressource	Sujet	Principe de Coe	Population cible
Comprendre les déterminants de la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons au long cours en soins premiers (21).	M	Baget	2018	Thèse	Identifications des déterminants et des freins à la DP des IPP en médecine général par entretien semi dirigé. Innocuité supposée, difficulté d'accès à la FOGD, manque de temps.	0,3	Médecins généralistes
Efficacité d'une démarche d'aide à la déprescription de médicaments à balance bénéfices risques défavorable: une étude contrôlée randomisée en clusters en Île-de-France (57).	M	Barrielle	2019	Thèse	Taux de DP significativement moins élevé dans le groupe intervention. Diminution de nouvelles prescription de médicaments chroniques ou aiguë. importance d'une sensibilisation des MG à la DP.	0,1,2,3	Patients
Prescription du zolpidem sur une ordonnance sécurisée : regards des médecins généralistes d'Aquitaine sur leurs pratiques de prescription depuis la nouvelle réglementation (24).	M	Bortolin	2019	Thèse	Prise de conscience des médecins et des patients. Intérêt des alternatives thérapeutiques, éducation et sensibilisation des patients sur les effets secondaires. Identifications des freins à la DP.	0,3,4,5	Médecins généralistes
Évaluation des connaissances des patients au sujet de leur traitement par inhibiteur de la pompe à protons et identification des freins à la déprescription (30).	M	Boudoux	2021	Thèse	Questionnaire remis aux patients. Patients réceptifs à la possibilité de DP mais manque de sensibilisation et de connaissance sur leur traitement.	0,1,4	Patients
La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué: expérience et opinion des médecins généralistes de Picardie (18).	M	Boufflet	2016	Thèse	Identification des motivations et freins à la DP et son intégration dans la pratique des MG. La plupart ne connait pas le mot mais le concept.	0, 1,2,3,4	Médecins généralistes
Classification des freins à la déprescription pour les personnes âgées polymédiquées selon les médecins généralistes de la Pevèle du Douaisis en 2020 (28).	M	Bourgeois	2020	Thèse	Identification quantitative des freins à la DP. Peur des conséquences pour le patient, patient polypathologiques, manque de communication entre professionnels de santé.. Le patient doit être au centre du projet.	0,1,2,3,4	Médecins généralistes
Le projet "Yatro" pour limiter la iatrogénie médicamenteuse (69).	M /P	Bréard	2022	Entretien	Présentation du projet « Yatro ». Outil informatique d'aide à la DP pour les MG. Combinaison d'une analyse gériatrique et d'une analyse pharmaceutique du patient.	0,2,4,5	Médecins généralistes
Évaluation du maintien de la déprescription initiée en hospitalisation lors de la première réévaluation ambulatoire (43).	M	Carlot et Choné	2021	Thèse	Taux de maintien des DP hospitalières de 79,3%. Communication Ville-Hôpital correcte même si les MG sont peu consultés.	1,2,5,6	Patients
Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes (85).	M /P	Carrier et al	2017	Page Web	82% utilisent la presse scientifique et 81% l'avis de spécialistes pour s'informer sur les médicaments. Guides de bonnes pratiques utiles pour 80%, mais difficiles à appliquer. Collaboration MG/pharmaciens insuffisante pour > 50%.	0,2	Médecins généralistes
La déprescription en médecine générale: qu'en pensent les patients ? (19).	M	Chauvin	2018	Thèse	Identifications des déterminants et des motivations/frein à a DP chez les patients et leur amélioration.	0,1,2,3,4,5	Patients

Titre	S	Auteur	Année	Type de ressource	Sujet	Principe de Coe	Population cible
Prévention de l'iatrogénie chez la personne âgée en médecine de ville : évolution des pratiques de prescriptions des médecins généralistes de l'Albanais en Haute-Savoie après une formation à l'outil de prescription STOPP/START (25).	M	Chevin	2019	Thèse	Evaluation du nombre d'ordonnances comprenant des critères STOPP et START avant et après une formation médicale et une présentation de l'outil. Résultats : absence d'évolution du nombre de critère.	0,1,2	Médecins généralistes
Impact d'une formation des médecins traitants à la déprescription médicamenteuse sur le nombre de prescriptions potentiellement inappropriées chez les résidents en EHPAD dans le Nord Aveyron (67).	M	Chouquet et al	2021	Thèse	La formation proposée n'a pas mis en évidence d'impact sur la DP en soins primaires. La participation des acteurs en lien avec le MG semble plus efficace.	0,2	Médecins généralistes
Déprescription médicamenteuse (40).	M	Cosset	2020	Dossier documentaire	Présentation du principe de DP. Ses différentes étapes. Mise en avant de l'importance de la DMP dans le processus et l'importance de l'information du patient.	0,1,2,3,4,5	Médecins généralistes
Développement d'une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant: consensus d'experts par une méthode Delphi abaque (39).	M	Defraîne et Labbey	2022	Thèse	5 éléments mise en avant pour une DP efficace. Formation théorique pour le MG. Pas de consultation dédiée systématique. Concertation pluriprofessionnelle. Réalisation d'un BMP. ETP et sensibilisation du patient.	0,1,2,3,4,5	Médecins généralistes
PIM-CHECK un outil interactif d'aide à la détection des prescriptions potentiellement inappropriées en médecine interne générale (49).	P	Desnoyer	2017	Présentation en congrès	Outil d'aide à l'identification des PMI, initialement prévu pour le milieu hospitalier mais adaptable au secteur primaire.	0,1,2	Médecins généralistes
Développement de filtres de recherche pour identifier les articles traitant de la déprescription médicamenteuse dans Pubmed en utilisant la méthode du rappel relatif (59).	M	Doudet	2019	Thèse	Construction d'un filtre dont l'objectif est d'aider les chercheurs et les concepteurs des lignes directrices cliniques à retrouver le plus grand nombre d'article concernant le sujet de la DP.	0,2,3	
Développement d'un filtre de recherche pour identifier les articles traitant de la déprescription médicamenteuse dans Pubmed (51).	M	Doudet et Fournier	2019	Présentation en congrès	Présentation de l'outil sus-cité au congrès du CNGE.	0,2,3	
Prescription inappropriée d'inhibiteur de la pompe à protons: état des lieux en 2019 et proposition d'un outil d'aide à la déprescription pour l'exercice officinal (26).	P	Favier	2019	Thèse	Identification des freins à la DP du côté pharmacien : Limitée par le manque d'accès aux données médicales. Paradoxe financier à la DP. Manque d'ouverture des MG aux remarques des pharmaciens, manque de temps. Proposition d'un algorithme de DP.	0,1,2,3,4	
Évaluation des freins et des solutions à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à proton chez le sujet adulte pour la coconstruction d'un outil d'aide à leur dé-prescription (29).	M	Froment	2020	Thèse	Identifications des déterminants, freins et motivations à la DP d'IPP. Création d'un outils d'aide après interrogatoire des MG.	0,2,3,4,5	Médecins généralistes

Titre	S	Auteur	Année	Type de ressource	Sujet	Principe de Coe	Population cible
Vécus et représentations des patients dont le traitement antidépresseur est en cours de déprescription: analyse qualitative par entretiens semi-directifs (34).	M	Gavdan	2020	Thèse	Analyse du vécus et de leur représentations. Importance du sentiment de stigmatisation, place du MG, de la psychothérapie et de l'information sur le protocole de DP.	3,4,5	Patients
Revue des outils d'information et d'éducation écrites à destination des patients consommateurs de benzodiazépines et apparentés au long cours dans le cadre de l'anxiété et de l'insomnie (37).	M	Hamdouni et al	2021	Thèse	Identification des publications présentant les outils d'information ou d'éducation à destination des patients pour réduire l'usage inapproprié des BZD. 20 outils identifiés, portée difficilement estimable et variable. Participation du patient à l'élaboration seulement dans 31% des cas.	3,4	Patients
Avis n° 2019.0052/AC/SBPP du collège de la HAS relatif au projet de mémo intitulé « Hypertension artérielle de la personne âgée : Déprescription des antihypertenseurs d'action centrale » (84).	M	HAS	2019	Page web	Accord de l'HAS pour la mise en place d'un projet de mémo sur la DP des antihypertenseur d'action central suite à une demande de la CNAM en 2019.	0,2	
Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses (65).	M /P	HAS	2022	Page Web	Enjeu : sécuriser au mieux l'usage des opioïdes, sans restreindre l'accès à ceux qui en ont besoin. Principes généraux d'utilisation des opioïdes, le bon usage des antalgiques opioïdes et la prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses d'opioïdes.	0,2	
Fiche de bon usage du médicament « Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons» (64).	M /P	HAS	2020	Page web	Réévaluation de la fiche « BUM IPP » de 2009. Maintien l'avis favorable pour le remboursement considérant que la promotion du bon usage devrait être la mesure prioritaire avant tout déremboursement ou limitation de la durée de remboursement.	2	
Patients et médecins face à la déprescription médicamenteuse: réactions et bilans (22).	M	Julien	2018	Thèse	Recueil par MG de données sur les patients lors d'une consultation de DP. Le patient ne semble pas être un frein à la DP, mais certains patients peuvent être plus réfractaire que d'autre (BZD).	0,2	Patients
Bilans de médication par le pharmacien d'officine (70).	M	Koné	2018	Thèse	Evaluation des modifications de prescriptions des MG suite aux bilan de médicaments du pharmacien. Taux d'application de 36%.	1,2, 3	Patients
Les déterminants de la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons par les médecins généralistes de Seine-Saint-Denis (31).	M	Lakhiari et al	2021	Thèse	Entretien semi-directifs, identifications des freins et des leviers à la DP et ceux spécifiques au domaines des IPP.	0,1,2,3,4	Médecins généralistes
La déprescription en médecine générale: ses freins et ses déterminants (33).	M	Lancon et Farge	2016	Thèse	Identifications des déterminants et des freins à la DP par entretien semi-directif. Le médecin, le patients, la RMM, les pathologies, les traitements, l'entourage, les confrères. Solutions proposées.	0,1,2,3,4,5	Médecins généralistes
Création d'une consultation dédiée à la déprescription chez les patients âgés de plus de 65 ans en médecine générale: quelles modalités ? (86).	M	Lanot	2020	Thèse	Méthode Delphi pour définir les principales modalités d'une consultation de DP.	0,1,2,3,4,5	Médecins généralistes

Titre	S	Auteur	Année	Type de ressource	Sujet	Principe de Coe	Population cible
La déprescription: perceptions, mise en pratique et perspectives des médecins généralistes (14).	M	Leca	2015	Thèse	Ressenti et connaissances des MG sur la DP, et son intégration dans leur pratique. Place du patient, importance de la iatrogénie.	0,1,2,3,4,5	Médecins généralistes
Suivi à 6 mois de la déprescription des Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) initiée dans un service hospitalier (76).	M	Le Meur	2021	Thèse	Taux de réussite à 6 mois de 66,7% pour les patients traités > 8 semaines et asymptomatiques. « Arrêt » facteur prédictif de réussite vs « à la demande ». Intérêt de l'information et ETP patient.	0,1,3,5	Patients
Vécu des propositions de sevrage en benzodiazépines et apparenté en soins primaires par le patient majeur consommateur chronique d'hypnotiques et/ou d'anxiolytiques (80).	M	Lucenay	2019	Thèse	Analyse du vécu des patients sensibilisé à l'arrêt des BZD, freins, motivations et solutions proposées. Volonté d'être mieux informés avant et accompagné après.	4,5	Patients
Déprescription de médicaments potentiellement inappropriés chez des personnes âgées chuteuses en EHPAD (55).	M	Mairesse	2019	Thèse	Faible diminution des PMI après une chute. Volonté chez les MG de déprescrire les PMI. Identification des facteurs de risques et facteur protecteurs de chute.	2	Sujets âgés
Approche de la polymédication chez le patient âgé multimorbide (71).	M	Maljean	2019	Page web	Proposition d'une approche : Conciliation médicamenteuse. Analyse pharmacologique de la prescription . Plan pharmaco-thérapeutique. Explication au patient et suivi.	0,1,2,3,4,5	Sujets âgés et médecins
Que doit-on penser de la déprescription des statines ? (74).	P	Marcaud	2020	Thèse	Synthèse de l'intérêt et des indications. Remises en cause chez les PA>75 ans en prévention primaire. Place du pharmacien et intérêt de développer un réseau de DP en France.	0,1,2,3,4,5	Patients
Étude observationnelle des prescriptions des IPP chez les personnes de 65 ans et plus en officine (44).	P	Mas	2022	Thèse	58,1% n'ont reçu aucune proposition d'arrêt ou de diminution depuis le début de leur traitement. >50% des patients souhaitent arrêter leur traitement. Faible réévaluation des traitements. Alternatives thérapeutique à proposer. Importance de recommandations plus claires.	0,2,3,4	Sujets âgés
Comment faire accepter la déprescription aux patients lors d'une réévaluation d'ordonnance en médecine générale ? (27).	M	Merlin	2019	Thèse	Entretiens avec des patients pour identifier les motivations et freins sur la prise de médicaments. Vécu de la DP et manière de communiquer pour leur faire accepter.	3,4	Patients
Les enjeux de la déprescription des benzodiazépines (66).	P	Moiras	2018	Thèse	Description de l'usage problématique des BZD. Proposition de protocole de DP, alternative non pharmacologique. La nouvelle place du pharmacien dans la DP et le système de soin.	0,1,2,3,4,5	
Développement et évaluation des performances de filtres de recherche pour identifier les articles traitant de la déprescription dans Pubmed et Embase (60).	M	Morel et Fournier	2021	Présentation en congrès	Présentation d'outils de recherche permettant d'identifier les articles sur la DP. Filtre PubMed : sensibilité de 92% (IC 95% 83%-97%). Filtre Embase : sensibilité de 91% (IC 95% : 82%-96%) a été développé.	0,2,3	



Titre	S	Auteur	Année	Type de ressource	Sujet	Principe de Coe	Population cible
Présentation des solutions proposées par l'assurance maladie pour diminuer la prescription de benzodiazépines (72).	M	Motyka	2017	Présentation en congrès	Deux grands axes, l'accompagnement des prescripteurs par des échanges confraternels et les ROSP . Expérimentation du remboursement de la psychothérapie .	0,2	Médecins généralistes
La déprescription médicamenteuse: analyse de la mise en place et du fonctionnement d'un réseau ville-hôpital d'aide à la déprescription (68).	M / P	Nguyen et Bismuth	2017	Thèse	Présentation et évaluation d'un réseau d'aide à la DP pluridisciplinaire adressé aux MG. Dispositif pluriprofessionnel permettant d'établir des stratégies de DP adaptée à chaque patient.	0,1,2,3, 4	Médecins généralistes
Développement d'un document d'éducation des patients pour la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons : une étude par méthode mixte (61).	M	Nguyen et al	2021	Présentation en congrès	Création d'un outil d'éducation thérapeutique. Création par méthode mixte selon recommandation de l'HAS. Score de lisibilité moyen	4	Patients
La déprescription: des obstacles aux voies d'amélioration (15).	M	Parney	2015	Thèse	Identification et descriptions des obstacles limitant la DP du point de vue du MG et élaboration de solutions	0,1,2,3,4,5	Médecins généralistes
Prescription médicamenteuse du sujet âgé et lien ville-hôpital : enquête sur la population du bassin abbevillois concernant le devenir des modifications d'ordonnances après un évaluation gérontologique (36).	M	Pesquet	2019	Thèse	Identification des PMI à l'aide de l'outil START/STOPP,, modifications de l'ordonnance, puis consultation de suivi à 2 mois. Intérêt de l'outil car réduction du nombre de PMI. Manque de communication entre MG et hôpital. Nécessité d'impliquer le patient dans la démarche.	0,1,2	Sujets âgés
Quel impact d'une sensibilisation des médecins traitant sur l'optimisation des prescriptions d'antipsychotique, chez les résidents déments en EHPAD, présentation de l'étude AP-EHPAD (79).	M	Philippe	2017	Présentation en congrès	Objectif de réduire la prescription d'AP chez le sujet âgé dément après sensibilisation du MG. Arrêt des AP pour 15% des patients à 1 mois, modification de la posologie dans 20% des cas. Nécessité de réévaluer les prescriptions. Pas d'alternative thérapeutique.	0,2,5	Sujets âgés
Freins à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez le sujet âgé de plus de 75 ans suivi en médecine générale (23).	P	Pille Dit Ducamp	2018	Thèse	Identification des principaux freins à la DP chez la PA. Discordances entre : recommandation et applicabilité, France/USA. Intérêt de l'utilisation d'outils numériques pour la DP.	0,1,2	Médecin généralistes
Risque de chute chez la personne âgée lié à la iatrogénie médicamenteuse: expérimentation d'un programme de prévention en officine (63).	P	Porcher	2021	Thèse	Création d'un protocole incluant le BMP, pour identifier les patients à risque de chute et déprescrire les médicaments augmentant ce risque.	0,1,2,3,4,5, 6	Sujets âgés et Médecins généralistes
La déprescription: quelle réalité en médecine générale ? (16).	M	Poutot	2015	Thèse	Identification des freins à la DP. Plusieurs thèmes : liés au médecin, au patient, à la relation médecin/malade, au prescripteur initial, au manque de connaissance sur les modalités de DP.	0,3,4	Médecins généralistes

Titre	S	Auteur	Année	Type de ressource	Sujet	Principe de Coe	Population cible
Déprescription des BZD en soins primaires: regards des médecins et patients sur une intervention en soins premiers (42).	M	Rasolonirina	2021	Thèse	Ressentis des patients ET des médecins sur la DP de BZD au cours d'un essai d'intervention en soins primaires. Importance de la qualité de la RMM dans l'initiation et le suivi du sevrage. Ambivalence des médecin et des patients.	0,3,4,5	Patients et médecins généralistes
Recettes et stratégies des médecins deprescripteurs (35).	M	Serey	2020	Thèse	Leviers importants : motivation, FMC, alternatives, communication, réévaluation systématique de la balance bénéfiques/risques, outils, entretiens motivationnels et éducation thérapeutique. Création d'un guide « réussir une déprescription ».	0,1,2,3,4,5	Médecins généralistes
Rôle du pharmacien d'officine dans le sevrage des médicaments apparentés aux benzodiazépines chez la personne âgée (38).	P	Siomos	2021	Thèse	Présentation de l'étude Empower et d'autres études nord américaine, des alternatives thérapeutique. Essai d'un protocole de sevrage à l'officine.	0,2,3,4,5	Sujets âgés
Déprescription des médicaments à balance bénéfices-risques défavorable dans un cabinet de médecine générale à Gennevilliers (17).	M	Sivarasalingam	2015	Thèse	Analyse des prescriptions après connaissance d'une liste de médicaments « plus dangereux qu'utiles » publié par la revue Prescrire en 2013. Exposition des freins et des facilitateurs.	0,1,2,4	Médecin généralistes
Les déterminants du comportement des médecins généralistes prescripteurs de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée de plus de 75 ans en Limousin (47).	M	Terret	2018	Thèse	Identification des déterminants des PMI et de la DP. Présentation et historique des outils de DP. Outils encore mal connu et non utilisé par les MG.	0,1,2,3,4,5	Médecins généralistes
La déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez les patients de plus de 65 ans: auto-évaluation de la capacité à déprescrire des médecins généralistes et internes de médecine générale du Grand-Est (32).	M	Thomas	2021	Thèse	Création d'un protocole avec un algorithme et des informations claires. Amélioration de la capacité à déprescrire des MG et internes, sensation subjective. Présentation des freins.	0,2,3,4	Médecins généralistes
Étude qualitative des déterminants de la prescription et de la non prescription des inhibiteurs de la xanthine oxydase dans l'hyperuricémie asymptomatique en médecine générale (20).	M	Tourzel	2017	Thèse	Identification des freins à la DP des hypourécémiant en médecine générale. Surprescription du dosage d'acide urique, inertie thérapeutique, méconnaissance des effets indésirables, image positive du médicament, manque de temps.	0,2	Médecins généralistes
Analyse de l'identification des médicaments potentiellement inappropriés dans le contexte des bilans partagés de médication : étude sur 356 BPM réalisés par des 6ème année officine sur l'arc alpin : détection des médicaments potentiellement inappropriés à l'officine : le bilan partagé de médication un outil approprié ? (41).	P	Thibaud et Clavel	2019	Thèse	40,9% des PMI identifiés non détecté par les étudiants. (non aidés par les outils). Nécessité d'améliorer la sensibilisation à la notion PMI et à la DP. Améliorer la relation et la communication entre les différents acteurs du parcours de soin. Enseignement des outils, stage en service de gériatrie.	0,1,2	Patients



Titre	S	Auteur	Année	Type de ressource	Sujet	Principe de Coe	Population cible
La déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez les patients de plus de 65 ans: auto-évaluation de la capacité à déprescrire des médecins généralistes et internes de médecine générale du Grand-Est (32).	M	Thomas	2021	Thèse	Création d'un protocole avec un algorithme et des informations claires. Amélioration de la capacité à déprescrire des MG et internes, sensation subjective. Présentation des freins.	0,2,3,4	Médecins généralistes
La déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons à l'officine (75).	P	Umbricht	2020	Thèse	Présentation de l'intérêt de la DP des IPP en France, indications, effets secondaire et de la place du pharmacien dans le processus de DP.	0,1,2, 4	Patients
Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez les personnes âgées polymédiquées suivies en médecine générale : étude de cohorte FOPAS (50).	M	Vallot	2018	Présentation en congrès	Description des PMI objectivées par l'outil STOPP/START chez les PA polymédiquées suivies en médecine générale et y démontrer son utilité. 99.2% des patients avaient au moins un STOPP (7.7 STOPP en moyenne) et 95.4% avaient au moins un START (2.9 START en moyenne).	0,2	Sujets âgés
Consommation et dé-prescription des benzodiazépines hypnotiques et apparentés en France, vers une collaboration pharmacien-médecin pour une meilleure utilisation de ces traitements: enquête auprès des médecins prescripteurs (62).	P	Verlaguet	2020	Thèse	Enquête sur les stratégies de DP des BZD dans l'insomnie auprès des MG. Méthode de sevrage connue. Certaines alternatives plus utilisées que d'autres, mais pas plus efficace. Importance de la place du pharmacien, véritable partenaire du MG. Création d'une brochure pour les patients.	0,2,3,4,5	Médecins généralistes
Des stratégies de déprescription des benzodiazépines dans l'insomnie à un modèle du rôle du médecin généraliste dans la déstabilisation d'une habitude: étude qualitative (82).	M	Vilar	2020	Thèse	La DP des BZD consiste à faire face aux dérèglements des patients et de leur rituel. Utilisation d'un discours positif, des sensibilisations répétées, d'alternatives médicamenteuses. Le MG est un conciliateur entre le système de sante, la société et le patient.	0,2,3,4	Médecins généralistes
Accompagner la déprescription des neuroleptiques en médecine générale : effets désirables et indésirables, une revue systématique de la littérature. (73).	M	Vromen	2021	Thèse	Identification de 5 thèmes : effets positifs et négatifs du sevrage, facteurs influençant positivement et négativement le sevrage, et les conditions du sevrage. Importance de la communication avec le patient et des alternatives non médicamenteuses.	0,1,2,3,4,5	Patients et médecins généralistes

Tableau 3 : Caractéristiques des ressources incluses

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé ; AP : AntiPsychotique ; BPM : Bilan Partagé de Médication ; BUM : Bon Usage du Médicament ; BZD : Benzodiazépine ; CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants ; CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; DCI : Dénomination Commune Internationale ; DMP : Décision Médicale Partagée ; DP : DéPrescription ; EHPAD : Établissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes ; ETP : Éducation Thérapeutique du Patient ; FMC : Formation Médicale Continue ; FOGD : Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale ; HAS : Haute Autorité de Santé ; IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons ; M : Médecins ; MG : médecins généralistes ; PA : Personnes Âgées ; PMI : prescriptions médicamenteuses inappropriées ; RADIO : Réseau d'Aide à la Déprescription Interprofessionnel pour Omnipraticiens ; RMM : Relation Médecin Malade ; ROSP : Revenus Sur Objectif de Santé Publique ; SMR : Service Médical Rendu

### 3.2.1. Population cible

Parmi les 63 ressources retenues, 33 ciblaient les médecins généralistes, 25 s'intéressaient aux patients et parmi elles, 13 concernaient une population gériatrique. Enfin, 5 s'intéressaient à la fois aux médecins généralistes et aux patients dans leur étude.

### 3.2.2. Date de publication

Nous avons observé un nombre croissant de publication depuis 2015 (Figure 3).

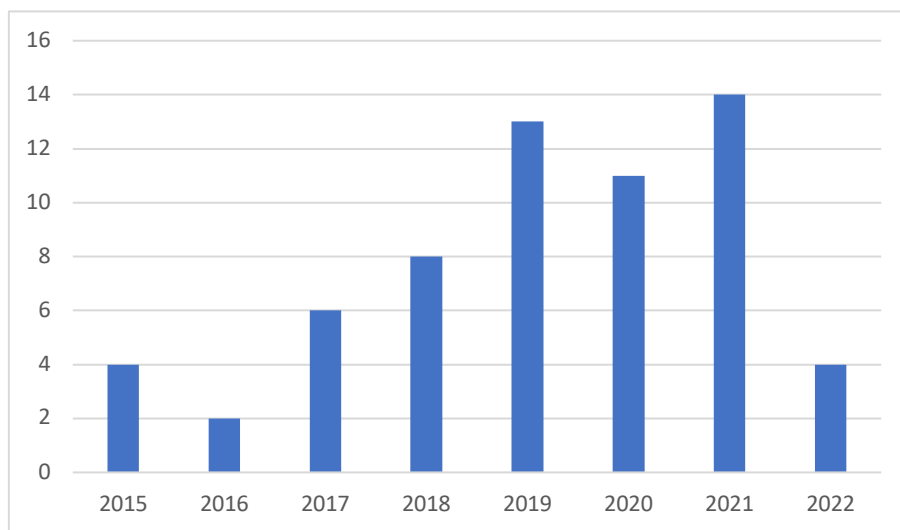


Figure 3 : Nombre de ressources incluses par années

Pour une même période de quatre ans, de 2015 à 2018, 21 ressources ont été recensées et de 2019 à 2022, 42 ressources.

### 3.2.3. Types de publications et spécialités

Parmi les thèses d'exercice, 38 ont été rédigées pour le Diplôme d'état de Docteur en Médecine et 10 pour le Diplôme d'état de Docteur en Pharmacie.

Au sein des 63 ressources retenues, 5 faisaient intervenir plusieurs spécialités (gériatrie, pharmacie, médecine interne), dont 1 entretien, 1 publication de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) et 3 publications de la HAS.

#### 3.2.4. Représentation des principes de Coe

Les principes de Coe sont recensés et présentés dans le tableau 4. Ceux-ci n'ont jamais été cités directement par les auteurs.

Les pourcentages indiquent pour chaque principe, la proportion de ressources dans laquelle il apparaissait. Par exemple le principe 0 était retrouvé dans 22% des ressources retenues. Le 6<sup>ème</sup> principe sur le retour aux professionnels n'étant présent qu'une fois parmi les ressources retenues.

Principes	Ressources n (%)
<u>Principe 0</u> : engager les professionnels	14 (22%)
<u>Principe 1</u> : réaliser un bilan de médication	8 (13%)
<u>Principe 2</u> : Identification des médicaments à cibler pour l'arrêt	13 (21%)
<u>Principe 3</u> : Organisation d'un schéma de déprescription	10 (16%)
<u>Principe 4</u> : Planification en partenariat avec le patient et les soignants	10 (16%)
<u>Principe 5</u> : Réévaluation fréquente et soutien	7 (11%)
<u>Principe 6</u> : Apport d'un retour aux professionnels	1 (1%)

Tableau 4 : Représentation des principes de Coe parmi les ressources incluses.

Le tableau 5 indique le nombre de ressources présentant un ou plusieurs principes simultanément.

Nombre de principes évalués par étude	Nombre de ressources
1	3
2	12
3	13
4	12
5	8
6	13
7	1

Tableau 5. Nombre de principes par étude.

Trois ressources évaluaient un seul principe et une seulement évaluait la totalité des principes.

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Forces et faiblesses

La déprescription en soins primaires en France n'avait pas encore été analysée à travers la littérature grise. La plupart des études s'y intéressaient par le prisme des praticiens ou des patients ou par l'analyse d'une classe médicamenteuse. Nous avons tenté d'avoir une vision globale du sujet.

La littérature grise possède un volume de production important, d'accès gratuit et préserve de l'utilisation des ressources habituelles, médiées par les maisons d'édition commerciales. Elle recense une information récente et variée qui complète les sources traditionnelles et présente l'avantage d'une meilleure objectivité car non soumise au biais de publication (16). Le but est de faire ressortir une objectivité globale forte pour permettre une analyse du concept de déprescription la plus complète possible.

Malgré notre volonté, notre recherche n'a pu être exhaustive. En effet la diversité des moteurs de recherche utilisés pour trouver de la littérature grise est importante et non référencée et, à notre connaissance, il n'existe pas de méthodologie de recherche de la littérature grise en France (liste répertoire par exemple). Il est fort probable et acceptable que nous n'ayons pas exploré l'intégralité des ressources.

De plus, le terme « déprescription » est d'apparition récente et encore peu connu par les professionnels de santé et le grand public. Certains auteurs ne l'utilisent pas clairement dans leurs textes donc ceux-ci sont plus difficiles à trouver. Néanmoins, on observe que le terme « déprescription » est de plus en plus utilisé par l'augmentation du nombre de publications au fil des années.

#### 4.2. Intérêt pour la déprescription

Nous avons observé depuis quelques années une accélération du nombre de publications. Celle-ci est illustrée par la Figure 3. En effet, le terme déprescription est né au début des années 2000 et connaît un essor à partir de 2015.

Initialement, la déprescription concernait surtout le secteur des soins secondaires. Mais depuis une dizaine d'années, nous observons une hausse de l'intérêt du secteur des soins primaires. Ceci est dû aux problématiques liées à une polymédication grandissante, notamment chez les personnes âgées. Les thèses d'exercice les plus anciennes, s'intéressaient surtout au concept même et à sa définition. Les auteurs s'attachaient à évaluer les déterminants, les motivations et freins à la déprescription, ainsi que leur intégration dans la pratique courante de la médecine générale (17–21). Le terme « déprescription » était alors peu connu des médecins même si tous reconnaissaient la pratiquer (17,21). Puis nous nous apercevons que les thématiques traitées se font de plus en plus précises. Certains médicaments étaient directement ciblés, des outils se sont développés ainsi que des protocoles de déprescription. Ces tendances montrent que le concept

s'imprègne petit à petit dans le secteur des soins primaires et intéresse de plus en plus les chercheurs.

### 4.3. Freins et leviers

La plupart des auteurs décrivaient les différents déterminants de la déprescription. Les freins et les leviers étaient régulièrement relevés et analysés pour comprendre les mécanismes qui se jouent lors d'un processus de déprescription.

#### 4.3.1. Freins

La majorité du temps, les freins étaient repartis en 3 catégories : ceux liés aux médecins, ceux liés aux patients et ceux liés à la relation médecin malade.

Concernant les médecins, les principaux freins à la déprescription étaient (19–35):

- Le manque de temps, de motivation, de formation, d'outils disponibles ;
- L'inertie thérapeutique ;
- L'obstacle déontologique lié au primo-prescripteur ;
- La crainte d'un effet rebond ou d'un sevrage, la crainte de rompre une stabilité ;
- La méconnaissance des effets indésirables des médicaments ;
- Le manque de recommandations facilement applicables en médecine de ville.

Pour les professionnels de santé, une ambivalence existe. Alors qu'ils y trouvent un réel intérêt pour le patient et un sentiment d'efficacité professionnelle, la plupart des médecins craignent de la proposer, pensant que le refus du patient est un obstacle majeur à la déprescription. Leurs croyances et leurs représentations apparaissent comme les principales limites à la déprescription.

Concernant les patients, il apparaît plus compliqué de déprescrire chez les patients polyopathologiques, âgés, en perte d'autonomie, isolés, de faible niveau socio-économique, peu observants, anxieux, consommateurs de psychotrope ou de certaines origines ethniques (36). Le concept de « médicament sauveur », le sentiment d'abandon par leur praticien, leurs habitudes de prises sont des représentations très prégnantes et constituent les freins majeurs (36).

Contrairement à ce que perçoivent les médecins, on observe une bonne acceptation de la décision de retrait de traitement, à condition qu'ils reçoivent des explications concernant cette démarche, notamment sur les bénéfices attendus (37).

#### 4.3.2. Leviers

Pour les médecins, plusieurs facteurs facilitent la déprescription. Le fait qu'il existe un réel intérêt pour le patient, l'inobservance, une faible espérance de vie, l'absence d'indication, les risques d'interactions médicamenteuses, une actualité inquiétante ou le coût important pour la société stimulent la prise d'initiative (34). Les médecins déprescripteurs décrivaient que, l'impression d'efficacité liée à la démarche réflexive et l'influence positive d'une génération de jeunes médecins mieux sensibilisés, aidaient à initier la démarche (38).

Pour les patients, les entretiens motivationnels et l'éducation thérapeutique semblent être des facteurs essentiels à utiliser comme leviers pour une acceptation de la déprescription. Ils ont besoin d'une bonne communication avec le prescripteur afin d'envisager le processus (27,38–42). Le but est d'aboutir à une prise de décision partagée (43). L'abandon ou l'altération du rapport entre les deux protagonistes est un des sujets de préoccupation des patients (33,36,44,45). La continuité des soins avec une réévaluation fréquente est également souhaitée

par le patient. (30,39,46,47). L'entretien d'une relation médecin malade de bonne qualité est donc central et apparaît primordial aux yeux des patients.

Que ce soit pour les freins et les leviers, nos résultats étaient cohérents avec ceux retrouvés dans les études réalisées dans d'autres pays (14,48). Ces études internationales insistaient particulièrement sur la nécessité d'une formation et d'une éducation des patients et des professionnels de santé avant toute initiation du processus.

#### 4.4. Les réseaux et formations

Dans la plupart des ressources s'intéressant aux déterminants de la déprescription, les médecins généralistes pointaient un manque de formation et de sensibilisation de leur profession à ce sujet, une méconnaissance des outils, des réseaux et des lacunes en pharmacologie (18,33,49). Des formations existent pourtant, notamment au sein de Groupes Qualité, et permettent aux médecins de mettre à jour leurs connaissances sur certains sujets, comme la déprescription (43). Toutefois, des formations ciblées des médecins généralistes sur la déprescription en soins primaires n'a pas mis en évidence d'impact sur leur pratique, bien qu'il faille tenir compte de la faible puissance de ces études (28,42,50).

Parallèlement, des structures se développent à l'échelle de certains départements. Dans leur travail de thèse, Nguyen et *al.* présentaient le réseau RADIO, (Réseau d'Aide à la Déprescription Interprofessionnel pour Omnipraticiens) (51). Celui-ci a été développé à Toulouse et impliquait différents professionnels de santé (interniste, pharmacologue, médecins généralistes). Le groupe tenait des réunions par téléconférence avec des médecins généralistes qui envoyaient leurs ordonnances par mail en amont. Celles-ci étaient réévaluées en groupe et une stratégie de déprescription était proposée.



Le projet de réseau « Yatro » est lui, porté par un gériatre et un pharmacien (52). Il se déroule actuellement parmi les dix établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupement hospitalier de territoire du Cher. Son objectif est d'apporter une aide à la déprescription pour les médecins traitants. Il combine, pour chaque patient, une analyse des syndromes gériatriques et une analyse pharmaceutique globale des traitements en s'appuyant sur un logiciel informatique incluant les critères de Laroche et de Beers, puis une synthèse est envoyée au médecin prescripteur (3,53). Il permet de donner un point de vue global du traitement.

Ces deux réseaux n'ont pas bénéficié de l'évaluation de leur efficacité, mais les auteurs ont observé l'amélioration de certains critères, notamment celui du potentiel anticholinergique (51) mais surtout d'un intérêt certain des médecins généralistes (52).

Depuis la thèse de Nguyen et *al.*, nous n'avons trouvé aucune trace postérieure à 2017 mentionnant le réseau RADIO. Après avoir contacté l'auteur, celle-ci nous a informé que le projet n'avait pas perduré dans le temps, notamment à cause de la période Covid, mais que le Centre Régional de Pharmacovigilance de Toulouse reprenait le concept depuis peu. Le projet « Yatro » est quant à lui, toujours en cours.

Le succès de ce type de structure ne dépend donc pas uniquement de son intérêt, mais aussi de la motivation des acteurs du projet, des financements, des structures mises à disposition ou encore de leur médiatisation.

#### 4.5. Les outils

En dépit de leur intérêt, les outils disponibles d'aide à la déprescription restaient sous-utilisés et méconnus des médecins généralistes (46,54). Plusieurs supports sont pourtant facilement accessibles. Ils étaient souvent cités dans les ressources retenues et parfois évalués

(28,29,32,39,40,44,54–58). On y retrouve des listes et critères qui permettent une identification des médicaments potentiellement inappropriés.

#### 4.5.1. Listes et critères

**Les critères de Beers** sont publiés pour la première fois en 1991 aux Etats-Unis et revus pour la dernière fois en en 2019 (53,59). Ils comprennent une liste de médicaments à exclure chez la personne âgée. En France le marché des médicaments et le système de santé sont différents. Un nombre important de médicaments de la liste sont donc peu utilisés ou non commercialisés. Par ailleurs, l'omission de prescription (*underuse*) n'est pas prise en compte et certaines classes de médicaments, dont les effets indésirables peuvent être graves, ne sont pas mentionnées. De plus, sa lecture reste chronophage (54).

**La liste de Laroche**, établie en 2007 et publiée deux ans plus tard, est la première liste créée pour la population française (3). Elle est le produit d'un consensus d'experts et propose un inventaire des médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées de 75 ans ou plus, en tenant compte des pratiques médicales françaises. Elle propose également des alternatives thérapeutiques et l'actualisation réalisée en 2021 intègre désormais les omissions de traitements en fonction des contextes cliniques (60). Malgré tout, elle ne s'adresse qu'aux patients de plus de 75 ans, et sa lecture est complexe et fastidieuse. Mairesse et *al.* observait, après une sensibilisation des médecins généralistes et pharmaciens d'EHPAD sur la Liste de Laroche, une diminution de 2,4% des PMI après une chute chez des personnes âgées en EHPAD (61).

L'utilisation de cette liste de Laroche possède donc un intérêt et pourrait être utilisée plus fréquemment en soins primaires.

**La liste Prescrire :** En 2013, la revue Prescrire a publié une liste de 72 médicaments « plus dangereux qu’utiles ». Celle-ci est actualisée chaque année et comptait en 2022, 105 références. « *Il s’agit de médicaments à écarter des soins dans toutes les situations cliniques dans lesquelles ils sont autorisés en France ou dans l’Union européenne* » (62). Mais cette liste comprend également des médicaments peu utilisés en médecine générale et sa lecture est longue (20,63). Sivarasalingam *et al.* et Barielle *et al.* se sont intéressés à l’influence de cette liste sur la prescription des médecins généralistes. Un changement significatif de prescriptions a pu être observé avec taux de déprescription entre 80 et 100% pour 14 médicaments comme les fénofibrates, l’etifoxine, la dompéridone et la venlafaxine. Ceci démontre l’intérêt d’une sensibilisation auprès des médecins.

**Les critères STOPP-START** sont une référence en France. Cette liste d’origine irlandaise a bénéficié d’une traduction française validée (64). Ils permettent d’identifier les traitements au bénéfice-risque défavorable à *stopper* mais également d’introduire des médicaments au bénéfice-risque favorable en tenant compte de l’*underuse*. La liste est organisée par système physiologique. Son utilisation est pratique et reproductible. Les critères STOPP-START sont d’ailleurs régulièrement cités et leur efficacité évaluée dans les thèses d’exercice que nous avons incluses dans notre travail (28,39,57). Ces critères permettent de réduire le nombre de PMI, de chutes et d’hospitalisation (44).

#### 4.5.2. Outils informatiques

L’outil PIM-CHECK est une plateforme informatique, gratuite, disponible en anglais et en français, d’aide à la détection des prescriptions potentiellement inappropriées. Initialement conçu pour le milieu hospitalier, il est également adaptable aux soins primaires selon son auteure, qui a été invitée pour le présenter au congrès du CNGE en 2017 (56). Il est issu d’un

travail collaboratif entre médecins internistes, spécialistes, pharmaciens et pharmacologues cliniciens issus de différents pays francophones (Suisse, France, Belgique, Québec).

D'autres auteurs ont développé un filtre dont l'objectif est d'aider les chercheurs à retrouver le plus grand nombre d'articles concernant le sujet de la déprescription sur des bases de données comme Embase ou PubMed (58,65,66).

#### 4.5.3. Ressources pour le patient

Hamdouni et *al.* se sont attachés à recenser 20 outils d'éducation à destination des patients pour réduire l'usage inapproprié des benzodiazépines (40). Nguyen-Soenen et *al.*, ont, eux, développé un document d'éducation des patients pour la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (67). Barrielle et *al.* et Simvarasalingam et *al.* ont remis aux patients des « Fiches Infos Patient » (Prescrire), concernant certaines pathologies, comme la rhinopharyngite ou la gastro-entérite virale (20,63).

#### 4.5.4. Ressources pour le praticien

Plusieurs thèses d'exercice de pharmacie proposaient des outils, brochures ou manuels d'aide à la déprescription en officine (29,68,69).

Sur le site de la HAS, la recherche « déprescription » a permis de trouver des fiches de bon usage du médicament pour certaines classes thérapeutiques comme les IPP et les médicaments opioïdes (70,71). Elles sont facilement accessibles en consultation mais de lecture longue.

Tous ces outils et supports semblent intéressants pour les praticiens ou les patients. Ils permettent une meilleure connaissance et compréhension du processus de déprescription. Une meilleure diffusion, un accès simple, pour les praticiens mais aussi les patients, sont des pistes

d'amélioration à exploiter. Pour certains outils, leur intérêt a été démontré. Pour d'autres en revanche, bien que les auteurs aient construit leur outil selon des recommandations méthodologiques fiables, leur efficacité reste à démontrer.

#### 4.6. Relation du médecin généraliste avec les pharmaciens et les spécialistes

La relation avec les autres intervenants du système de soin était souvent désignée comme pouvant être un frein au projet de déprescription (34,39,44,49,72,72).

##### 4.6.1. Les spécialistes

La communication entre les médecins généralistes et les confrères d'autres spécialités peut être difficile et les médecins accordent une forte confiance aux prescriptions de leurs confrères. Leur volonté de déprescrire s'opposait parfois à l'obstacle déontologique de la primo-prescription par le spécialiste (19–22,26,29–32,34–36). Malgré le fait que la médecine générale soit reconnue comme une spécialité depuis 2004, cela n'avait pas amélioré la sensation d'infériorité hiérarchique vis-à-vis des confrères spécialistes (36). Différentes études s'intéressaient à l'aide que peut apporter les spécialistes (51,52,73). Et les médecins généralistes se montrent intéressés par ces solutions et sont demandeurs d'aide et d'accompagnement à la déprescription (68,74,75).

##### 4.6.2. Le pharmacien

La place du pharmacien apparaît comme capitale dans le processus de déprescription. Plusieurs thèses d'exercice de pharmaciens s'intéressaient à la déprescription en soins primaires (26,41,47,49,49,56,68,69,76,77).

Depuis 2009 et la loi HPST du 21 juillet, les missions des praticiens en officine ont évolué. Celles-ci concernent des rôles de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique. Depuis 2018, un nouveau dispositif a été mis en place : le « Bilan partagé de médication » (BPM). Ce

programme, rémunéré est réalisé par le pharmacien. Il est destiné aux personnes de plus de 65 ans avec au moins une affection longue durée et au moins 5 médicaments prescrits ou aux plus de 75 ans avec au moins 5 médicaments prescrits. Il consiste en un suivi pharmaceutique personnalisé, dont l'objectif est d'améliorer l'observance et de prévenir l'iatrogénie (44,69,72). Ils sont déjà développés et intégrés dans les pays anglo-saxons et leur efficacité a été démontrée sur la réduction des prescriptions inappropriées et des coûts (72). En France, le bilan partagé de médication reste peu exploité et mal connu (72). Dans leur étude, malgré une faible puissance, Koné et *al.* observaient un taux d'application par les médecins généralistes de 36% des propositions faites suite à des bilans partagés de médication (72).

Si l'on se réfère aux principes de Coe, le pharmacien peut intervenir lors des sept principes décrits, sa place est donc essentielle dans le processus de déprescription. L'instauration du BPM semble être un levier intéressant, mais bien qu'il soit rémunéré, il reste chronophage pour le professionnel de santé.

#### 4.7. Les médicaments

Au cours de notre lecture, nous avons pu relever que plusieurs auteurs s'intéressaient à des classes de médicaments particulières, notamment les pharmaciens.

##### 4.7.1. Inhibiteurs de la pompe à proton (IPP)

De nombreux auteurs ont abordé le sujet des IPP. Leur consommation est de plus en plus importante en France et des études de portée internationale ont fait état de potentiels effets indésirables au long court (24,78). L'HAS a d'ailleurs prévu de réévaluer en 2020 sa fiche de Bon usage établie initialement en 2009 (70).

Pour les médecins généralistes, la méconnaissance des effets indésirables des IPP, leur innocuité supposée, ainsi que des recommandations d'utilisation difficilement applicable (accès

à la fibroscopie par exemple) en font des médicaments facilement prescrits (24,26,29,32,34,78). Une formation spécialisée et des outils semblent pourtant améliorer le processus de déprescription des médecins (35,79).

Parallèlement, Umbricht *et al.* et Boudoux *et al.* mettaient en évidence un manque de connaissances des patients sur leur traitement par IPP, notamment concernant les effets secondaires, la durée de traitement, le rebond d'acidité à l'arrêt et parfois même l'indication initiale (33,77).

De ce fait leur surconsommation, souvent en dehors des indications de la HAS, et leur accès en automédication font des IPP des médicaments de choix à déprescrire. Peu de facteurs semblent influencer la réussite ou non de leur déprescription mais les patients semblaient demandeurs d'une meilleure sensibilisation à l'introduction du traitement et un accompagnement à l'arrêt (33,78,79). C'est d'ailleurs ce que tentaient de mettre en place Nguyen-Soenen *et al.* en développant un document d'éducation destiné au patient, mais son impact n'a pas encore été évalué (67).

#### 4.7.2. Psychotropes (antipsychotique et benzodiazépine ou apparentés)

En 2017, même si la consommation des benzodiazépines (BZD) a légèrement diminué ces dernières années, la France était au 2<sup>ème</sup> rang des consommateurs en Europe (80).

Les psychotropes sont très pourvoyeurs d'effets indésirables (troubles de la vigilance, de la mémoire, du comportement, chute, etc), notamment chez la personne âgée (49,81). Ces molécules sont souvent prescrites pour une durée supérieure à celle recommandées ou co-prescrites avec d'autres psychotropes, ce qui augmente le risque iatrogénique (81). De plus, différentes études ont observé un possible lien entre une exposition prolongée et une altération des fonctions cognitives (49,68,74).

La déprescription de ces traitements est difficile. Les BZD, par exemple, sont la classe thérapeutique que les médecins souhaitent le plus souvent déprescrire (17). Mais contrairement à la déprescription d'autres classes médicamenteuses, le patient consommateur de psychotrope est un frein à la déprescription. Ce frein est lié au processus de sevrage consécutif à l'arrêt de ces médicaments (36). La relation médecin malade est donc primordiale et centrale car plusieurs auteurs déploraient un sentiment de stigmatisation du patient ou parfois de honte à parler de leur traitement (37,45). D'autres rapportaient une volonté des patients d'avoir une meilleure information sur les traitements et leur effets indésirables avant leur initiation (82). L'éducation thérapeutique des patients, présentée dans plusieurs thèses d'exercice est un outil qui a fait ses preuves au Canada, notamment dans l'essai EMPOWER (40,41) (83).

D'autres outils peuvent aider le médecin ou le patient (40). On peut citer les alternatives médicamenteuses (Mélatonine, Doxylamine, phytothérapies) ou non médicamenteuses (hygiène du sommeil, stimulus, agenda, etc..). Ces dernières étaient souvent désignées comme les plus efficaces (41,49,68,82,84). La psychothérapie peut aussi être d'une aide importante dans l'accompagnement des patients au sevrage. Depuis avril 2022, jusqu'à huit séances avec le psychologue sont maintenant remboursées (85).

Comme évoqué précédemment, développer le rôle du pharmacien apparaît comme une piste intéressante pour accompagner et renforcer le processus de déprescription (49,82,84).

L'assurance maladie a également mis en place l'accompagnement des prescripteurs par des échanges confraternels via des campagnes d'échange annuelles auprès des MG et des Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Ces campagnes ont permis une discrète amélioration des chiffres (74).



#### 4.7.3. Autres (Statines, Hypo-uricémiants, Anti-hypertenseurs d'action centrale)

D'autres médicaments étaient également évoqués mais concernaient un nombre moins important de ressources. Marcaud et *al.* se sont attaché à synthétiser les indications et rediscuter l'intérêt des statines chez les personnes âgées (76). Tourzel et *al.* se sont intéressés aux déterminants de la prescription ou non de la xanthine oxydase dans l'hyperuricémie asymptomatique en médecine générale (23). Les freins et leviers identifiés étaient semblables à ceux décrits précédemment. Suite à une demande de la CNAM, la HAS a donné son accord en 2019 pour la réalisation d'un mémo sur la déprescription des anti-hypertenseurs d'action centrale. Les résultats de ce projet n'ont pas encore été diffusés (86).

Ainsi, l'étude d'une classe médicamenteuse est un des sujets les plus fréquents puisque près de la moitié (40%) des ressources incluses dans notre revue concernait spécifiquement la déprescription d'un médicament. Le nombre d'études concernant la déprescription des IPP et des psychotropes s'accroissent ces dernières années. La prise de conscience de l'utilisation problématique de ces classes pharmaceutiques n'est pas récente, mais l'étude de leur déprescription est le signe d'un passage à l'acte dans la volonté d'améliorer leur usage.

#### 4.8. Les voies d'amélioration

La déprescription est un processus complexe dont la définition est récente et le concept reste méconnu, bien qu'il s'intègre petit à petit en France. (17,36).

Le développement de réseaux ou outils par le secteur secondaire (RADIO, YATRO, PIM-Check, Liste de Laroche, START/STOPP, etc), décrits précédemment, sont de bons exemples de l'implication des professionnels médicaux. Ceux-ci portent un réel intérêt aux risques iatrogéniques et à la nécessité de déprescrire. Plusieurs hypothèses étaient émises dans les ressources retenues pour améliorer la déprescription dans le secteur de soins primaires.

#### 4.8.1. Communication et pratique interprofessionnelles

Précédemment, la relation interprofessionnelle a été décrite comme essentielle à la réussite d'un projet de déprescription. Les médecins généralistes étaient d'ailleurs souvent demandeurs d'aide d'autres professionnels de santé et reconnaissaient un défaut de formation et de connaissance en pharmacologie (18,21,36). Les pharmaciens pourraient donc compléter ou renforcer les discours du médecin et conseiller les patients dans leur démarche (36,68). Les échanges avec le spécialiste revenaient souvent comme étant un frein à la déprescription et notamment l'accessibilité. Discuter de vive voix avec un confrère pour réévaluer l'intérêt d'un patient est chronophage voire impossible certains jours de semaines.

Or, dans son rapport de 2017, la DREES indiquait que 64 % des médecins généralistes seraient intéressés par des réunions pluriprofessionnelles sur les dossiers de certains patients, considérant que cela pouvait aider dans le suivi des patients multimorbides (87).

L'amélioration de la communication interprofessionnelle semble indispensable et doit passer par l'évolution de la relation entre médecin, pharmaciens et spécialiste. Elle permettrait une prise en charge plus complète du patient. Cela pourrait également inciter à promouvoir des actions de déprescription à l'hôpital, chez les spécialistes en milieu libéral ou directement à l'officine.

Cet axe rejoint les propositions de travail en équipe souvent mises en avant comme point d'amélioration (36,51,63). La pratique en MSP (Maison de Santé pluriprofessionnelle), le rôle d'une infirmière d'éducation thérapeutique et d'un psychologue serait intéressant à évaluer, notamment dans le suivi ou l'identification des patients éligibles à une déprescription.

#### 4.8.2. Sensibilisation et promotion de la déprescription

D'autres auteurs se sont intéressés à l'intérêt d'une consultation dédiée à la déprescription (42,88). Mais avant même d'en évaluer l'intérêt, il semble primordial de renforcer la formation

théorique des médecins pour mener à bien leur objectif et prendre en compte les différentes étapes du processus. En effet, la possibilité de promouvoir la déprescription dès le début des études de médecine est une solution (89). À défaut, la sensibilisation et la formation des jeunes médecins à la déprescription doit être envisagée pour qu'elle fasse partie de leur pratique, cela fait d'ailleurs partie des thèmes de certaines formations médicales continues ou groupes qualités.

#### 4.8.3. Réévaluation et alternatives au traitement

Certains médecins interrogés proposaient de modifier le terme « renouvellement de traitement » pour « réévaluation de traitement » (30,36,38,63,88). Leur argument était que la consultation de renouvellement peut parfois être banalisée et réalisée de manière trop hâtive sans une réelle analyse des traitements. Le manque de temps, de volonté, la fatigue ou d'autres événements intercurrents font que la balance bénéfice risque de chaque médicament n'est pas systématiquement réévaluée (38,63).

L'intérêt d'une réévaluation systématique de cette balance peut permettre de suspendre, ou réduire un traitement si le praticien le juge nécessaire. La connaissance des alternatives non médicamenteuses est parfois d'une aide précieuse pour accompagner le patient dans le processus d'arrêt mais celles-ci restent méconnues par les praticiens (27,38,41,68,75,82,84).

#### 4.8.4. Information des patients et éducation thérapeutique

La place du patient est centrale dans un projet de déprescription. Le souhait du patient d'être informé et sensibilisé dès l'initiation d'un médicament pourrait permettre de mieux anticiper son arrêt. L'éducation thérapeutique au moment d'initier la déprescription d'un médicament est également un axe d'amélioration désiré par les patients.

#### 4.8.5. La prise en charge financière

L'argument financier fait également partie des voies d'amélioration et plusieurs mesures adressées aux médecins ou aux patients sont déjà en place en France.

La mise en place de la ROSP dans la prescription des IPP associés aux AINS ou encore des benzodiazépines, a permis à certains médecins d'être plus vigilants sur leur prescription (34,45,74). La ROSP est un des seuls moyens pour les médecins généralistes d'avoir une vision globale de leurs prescriptions et ainsi d'améliorer le suivi de leur pratique et de valoriser les efforts fournis (90).

Parallèlement, le déremboursement d'un médicament à service médical rendu (SMR) faible fait partie des réponses proposées pour lutter contre la polymédication. Des médicaments comme les mucolytiques, les veinotoniques ou les anti-alzheimer en sont un exemple ces dernières années en France. Au Canada des « *mesures administratives ont été prises pour encadrer les durées de remboursement des médicaments de la classe des IPP en s'appuyant sur les recommandations de l'Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS)* » (91). En France, en 2020, la HAS a considéré que le SMR des IPP est trop important pour discuter l'arrêt de leur remboursement (36,70).

L'automédication, avec l'accès à certains médicaments en vente libre et accessibles sans ordonnance, pourrait également être mieux contrôlée ou plus restreinte. Cela renforcerait la place du pharmacien dans la prévention de l'iatrogénie et de la polymédication.

#### 4.9. Mise en perspective des « principes de Coe »

Dans les différentes ressources que nous avons retenues, les auteurs ne s'intéressaient pas à la définition ou à la délimitation du concept de déprescription. Celles-ci portaient directement sur

des sujets précis de la déprescription et ses voies d'amélioration. Malgré cela, les principes directeurs décrits par Coe et *al.* sont très présents.

Ainsi au moins un principe de Coe a pu être identifié dans chaque ressource que nous avons incluse, preuve que la définition proposée par Coe et *al.* englobe tous les aspects du concept. De plus l'aspect multidimensionnel de la déprescription y était bien reflété car la plupart des ressources faisaient référence à plusieurs principes simultanément. La proportion des principes étudiés était également répartie de manière assez équilibrée sur les six premiers principes. Cette hétérogénéité était d'ailleurs relevée et décrite par Coe et *al.* dans leur article (15).

Si l'on s'intéresse aux deux nouveaux principes ajoutés par Coe et *al.*, il apparaît que le dernier principe (principe 6 : Apport d'un retour aux professionnels) ne représente que seulement 1% des principes relevés. Ce résultat concordait également avec ceux de Coe et *al.* qui ne retrouvaient que 3 études sur les 50 retenues. Au-delà du fait qu'il soit d'introduction récente, l'apport d'une rétroaction pourrait permettre aux professionnels de santé de récupérer des informations sur leur manière de déprescrire et il pourrait apporter des modifications à leur pratique et améliorer l'initiation au processus de déprescription. Ce principe numéro 6 pourrait être complété et amélioré car peu présent ou étudié dans la littérature.

Parallèlement, le principe 0 (engagement et formation des professionnels, identification adéquate des patients) est celui le plus représenté parmi nos ressources. Ces résultats étaient semblables à ceux de l'étude de Coe et *al.* et traduisaient un réel manque dans la définition de la déprescription de Woodward et la nécessité de la compléter. L'identification adéquate des patients et la formation des professionnels de santé semblent être des atouts indispensables aux professionnels pour aborder le sujet et s'engager dans un processus déprescription avec les patients et ainsi espérer augmenter leur nombre de projet de déprescription.

La définition de la déprescription par Coe et *al.* semble complète. Contrairement à celle de Woodward, elle est axée spécifiquement, sur les différentes activités liées à la déprescription, recensées en médecine générale, elle est donc adaptée spécifiquement aux soins primaires. Son caractère exhaustif et facilement accessible, pourrait servir de référentiels aux professionnels de santé en soins primaires. Ainsi elle pourrait permettre au professionnel de santé de vérifier où il se situe dans le processus de déprescription et compléter les informations potentiellement oubliées grâce à la lecture des activités décrites pour chaque principe.

Bien que le terme déprescription ne soit pas encore connu de tous, le concept, lui, semble bien ancré dans la pratique des médecins généralistes (17,88). Nous avons également pu observer que les pharmaciens en officines s’y intéressaient également de plus en plus. Dans nos ressources, la plupart des populations cibles, suggèrent une meilleure coordination entre les acteurs des soins primaires. Avec l’ajout récent de deux nouveaux principes, de nombreuses voies d’amélioration sont mise en lumière, et comme le soulignaient Coe et *al.*, les principes décrits n’ont pas encore fait l’objet d’évaluation et de test en pratique. Le côté cyclique du processus de déprescription doit notamment être étudié. Les points d’amélioration pour réussir une déprescription restent donc nombreux.

## 5. CONCLUSION

À notre connaissance, notre étude est la seule à répertorier les recherches sur la déprescription dans le secteur des soins primaires en France via la littérature grise.

La déprescription est un concept en plein essor dans un contexte de vieillissement de la population, de polymédication mais également dans une optique de bonne pratique des professionnels de santé. Le concept semble plus avancé dans la littérature anglophone, influencé par les équipes canadiennes, mais il est d'un intérêt croissant chez les chercheurs français, comme en atteste l'accélération du nombre de ressources ces dernières années.

Les différentes définitions et notamment celle de Coe et *al.* permettent d'avoir une vision globale sur le concept de déprescription et pourrait servir de référentiel aux différents acteurs du système de soins. Cependant, des études sont encore nécessaires pour évaluer les deux nouveaux principes récemment ajoutés, le principe 0 (engagement et formation des professionnels) et le principe 6 (Apport d'un retour aux professionnels). De nombreuses voies d'amélioration du concept sont proposées par les auteurs, mais n'ont jamais été évaluées. Au-delà d'une meilleure communication entre les différents intervenants, une meilleure connaissance et une diffusion plus importante ou plus précoce du concept dans le parcours professionnel et auprès des patients, semblent être des pistes intéressantes.

La déprescription pourrait devenir une démarche réflexive quotidienne pour tous les professionnels de santé afin d'accompagner au mieux le patient dans ce processus.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 29 août 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires)
2. INSEE. Bilan démographique 2021 - Insee Première - 1889 [Internet]. 2022 [cité 29 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
3. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
4. HAS. PMSA - Programmes complets [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2009 [cité 29 août 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_656210/fr/pmsa-programmes-complets](https://www.has-sante.fr/jcms/c_656210/fr/pmsa-programmes-complets)
5. Pérez T, Moriarty F, Wallace E, McDowell R, Redmond P, Fahey T. Prevalence of potentially inappropriate prescribing in older people in primary care and its association with hospital admission: longitudinal study [Internet]. *BMJ. British Medical Journal Publishing Group*; 2018 [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/363/bmj.k4524>
6. Wallace E, McDowell R, Bennett K, Fahey T, Smith SM. Impact of Potentially Inappropriate Prescribing on Adverse Drug Events, Health Related Quality of Life and Emergency Hospital Attendance in Older People Attending General Practice: A Prospective Cohort Study. *GERONA*. févr 2017;72(2):271-7.
7. Trinh-Duc A, Doucet J, Bannwarth B, Trombert-Paviot B, Carpentier F, Bouget J, et al. Admissions des sujets âgés aux Services d'Accueil des Urgences pour effets indésirables médicamenteux. *Thérapie*. oct 2007;62(5):437-41.



8. Kanagaratnam L, Abou Taam M, Heng M, De Boissieu P, Roux MP, Trenque T. Serious Adverse Drug Reaction and Their Preventability in the Elderly Over 65 Years. *Thérapie*. oct 2015;70(5):477-84.
9. Cahir C, Bennett K, Teljeur C, Fahey T. Potentially inappropriate prescribing and adverse health outcomes in community dwelling older patients. *Br J Clin Pharmacol*. janv 2014;77(1):201-10.
10. Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Ber CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. sept 2016;82(3):583-623.
11. Garfinkel D. Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: efficacy and safety. *Ther Adv Drug Saf*. janv 2018;9(1):25-43.
12. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2003;33(4):323-8.
13. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de "dé-prescrire". *Presse Medicale*. 1 mai 2004;33:583-5.
14. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient Barriers to and Enablers of Deprescribing: a Systematic Review. *Drugs Aging*. oct 2013;30(10):793-807.
15. Coe A, Kaylor-Hughes C, Fletcher S, Murray E, Gunn J. Deprescribing intervention activities mapped to guiding principles for use in general practice: a scoping review. *BMJ Open*. sept 2021;11(9):e052547.
16. Schöpfel J. Comprendre la littérature grise. *I2D - Information, données & documents*. 2015;52(1):30.
17. Leca F. La déprescription: perceptions, mise en pratique et perspectives des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.

18. Parney A. La déprescription: des obstacles aux voies d'amélioration [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
19. Poutot E. La déprescription: quelle réalité en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2015.
20. Sivarasalingam Vijayandran K. Déprescription des médicaments à balance bénéfices-  
risques défavorable dans un cabinet de médecine générale à Gennevilliers [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2015.
21. Boufflet C. La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédique: expérience et opinion des médecins généralistes de Picardie [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016. Disponible sur: <http://docplayer.fr/58043174-La-deprescription-en-medecine-generale-chez-le-sujet-age-polymedique-experience-et-opinion-des-medecins-generalistes-de-picardie.html>
22. Chauvin D. La déprescription en médecine générale qu'en pensent les patients ? [Internet]. 2017 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01799006>
23. Tourzel E. Étude qualitative des déterminants de la prescription et de la non prescription des inhibiteurs de la xanthine oxydase dans l'hyperuricémie asymptomatique en médecine générale [Internet]. 2017 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01889012>
24. Baget A. Comprendre les déterminants de la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons au long cours en soins premiers [Internet]. 2018 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02952221>
25. Julien C. Patients et médecins face à la déprescription médicamenteuse: réactions et bilans [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.
26. Pille Dit Ducamp D. Freins à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez le sujet âgé de plus de 75 ans suivi en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]:

Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2018.

27. Bortolin É. Prescription du zolpidem sur une ordonnance sécurisée : regards des médecins généralistes d'Aquitaine sur leurs pratiques de prescription depuis la nouvelle réglementation [Internet]. 2019 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02441450>
28. Chevin A. Prévention de l'iatrogénie chez la personne âgée en médecine de ville : évolution des pratiques de prescriptions des médecins généralistes de l'Albanais en Haute-Savoie après une formation à l'outil de prescription STOPP/START (screening tool of older people prescription / screening tool to alert doctors to right treatment) [Internet]. 2019 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02313041>
29. Favier C. Prescription inappropriée d'inhibiteur de la pompe à protons: état des lieux en 2019 et proposition d'un outil d'aide à la déprescription pour l'exercice officinal [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2019.
30. Merlin L, Cunin M. Comment faire accepter la déprescription aux patients lors d'une réévaluation d'ordonnance en médecine générale ? 2018-2021, France: Université de Lille; 2019.
31. Bourgeois C. Classification des freins à la déprescription pour les personnes âgées polymédiquées selon les médecins généralistes de la Pévèle du Douaisis en 2020 [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2020 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2020/2020LILUM258.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM258.pdf)
32. Froment L. Évaluation des freins et des solutions à la dé-prescription des inhibiteurs de la pompe à proton chez le sujet adulte pour la coconstruction d'un outil d'aide à leur déprescription [Internet]. 2020 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02961392>

33. Boudoux L. Évaluation des connaissances des patients au sujet de leur traitement par inhibiteur de la pompe à protons et identification des freins à la déprescription [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2021.
34. Lakhiari N. Les déterminants de la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons par les médecins généralistes de Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2021.
35. Thomas A. La déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez les patients de plus de 65 ans: auto-évaluation de la capacité à déprescrire des médecins généralistes et internes de médecine générale du Grand-Est [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2021 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2021/2021\\_THOMAS\\_Aurelien.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_THOMAS_Aurelien.pdf)
36. Lancon A, Farge T. La déprescription en médecine générale: ses freins et ses déterminants. Lyon, France: Université Claude Bernard; 2016.
37. Gavdan A, Vanwassenhove L, Brutus L, Senand R. Vécu et représentations des patients dont le traitement antidépresseur est en cours de déprescription: analyse qualitative par entretiens semi-directifs [Internet]. 1962-2021, France; 2020 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=7c8326e3-6791-4273-9124-cc16bdd3befe>
38. Serey LW de W. Recettes et stratégies des médecins deprescripteurs [Internet]. 2020 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03481330>
39. Pesquet F. Prescription médicamenteuse du sujet âgé et lien ville-hôpital : enquête sur la population du bassin abbevillois concernant le devenir des modifications d'ordonnances après un évaluation gériatrique [Internet]. 2019 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02162142>
40. Hamdouni M, Fares A. Revue des outils d'information et d'éducation écrites à

destination des patients consommateurs de benzodiazépines et apparentés au long cours dans le cadre de l'anxiété et de l'insomnie. France: Université de Bourgogne; 2021.

41. Siomos JO. Rôle du pharmacien d'officine dans le sevrage des médicaments apparentés aux benzodiazépines chez la personne âgée [Internet]. 2021 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03361278>

42. Defraigne J, Labbey S. Développement d'une intervention de déprescription médiée par le médecin traitant: consensus d'experts par une méthode Delphi abaque [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-....., France]: Université Grenoble Alpes; 2022 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03648606/document>

43. Cosset E. Deprescription médicamenteuse [Internet]. 2020 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/10/De%CC%81-prescription-me%CC%81dicamenteuse-Dossier-documentaire.pdf>

44. Thibaud A, Clavel-Coibrié A. Analyse de l'identification des médicaments potentiellement inappropriés dans le contexte des bilans partagés de médication : étude sur 356 BPM réalisés par des 6 ème année officine sur l'arc alpin : détection des médicaments potentiellement inappropriés à l'officine : le bilan partagé de médication un outil approprié ? [Internet]. 2019 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03030521>

45. Rasolonirina VL. Déprescription des BZD en soins primaires: regards des médecins et patients sur une intervention en soins premiers [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2021.

46. Carlot L, Choné G. Évaluation du maintien de la déprescription initiée en hospitalisation lors de la première réévaluation ambulatoire [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-....., France]: Université Grenoble Alpes; 2021 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03344150/document>

47. Mas A. Étude observationnelle des prescriptions des IPP chez les personnes de 65 ans

et plus en officine [Internet]. 2022 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03578138>

48. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. déc 2014;4(12):e006544.

49. Moiras M. Les enjeux de la déprescription des benzodiazépines [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-....., France]: Aix-Marseille Université; 2018 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01827365>

50. Chouquet L, Chicoulaa B, Nekrouf P. Impact d'une formation des médecins traitants à la déprescription médicamenteuse sur le nombre de prescriptions potentiellement inappropriées chez les résidents en EHPAD dans le Nord Aveyron [Internet]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2021 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3001/>

51. Nguyen L, Bismuth S. La déprescription médicamenteuse: analyse de la mise en place et du fonctionnement d'un réseau ville-hôpital d'aide à la déprescription [Internet]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2075/>

52. Bréard. Le projet "Yatro" pour limiter la iatrogénie médicamenteuse [Internet]. 2022 [cité 4 juin 2022]. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/revue-de-presse/le-projet-yatro-pour-limiter-la-iatrogenie-medicamenteuse-itv-dr-vianney-breard/>

53. 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*. avr 2019;67(4):674-94.

54. Terret A, Lauchet N. Les déterminants du comportement des médecins généralistes

prescripteurs de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée de plus de 75 ans en Limousin [Internet]. France: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2018 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/798ea0c5-c7b7-4830-8785-6fb65c44110a/blobholder:0/M20183205.pdf>

55. Morel C. Comment aborder et réussir une déprescription chez les sujets âgés ? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes [Internet]. 2014 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01072460>

56. Desnoyer A. PIM-CHECK un outil interactif d'aide à la détection des prescriptions potentiellement inappropriées en médecine interne générale [Internet]. CMGF présenté à; 2017. Disponible sur: <http://presentations.congresmg.fr/presentations-2017/videos/1-%20Aude%20Desnoyer%20-%20PIM-CHECK%20un%20outil%20interactif.mp4>

57. Vallot S. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez les personnes âgées polymédiquées suivies en médecine générale: étude de cohorte FOPAS [Internet]. 2018 [cité 30 mai 2022]; Congrès CNGE 2018 Tours. Disponible sur: <https://congrescngc.fr/abstract2018/>

58. Fournier JP, Doudet I. Développement d'un filtre de recherche pour identifier les articles traitant de la déprescription médicamenteuse dans Pubmed [Internet]. 2019 nov [cité 26 mai 2022]; Nantes, France. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03545845>

59. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch Intern Med. sept 1991;151(9):1825-32.

60. Roux B, Berthou-Contreras J, Beuscart JB, Charenton-Blavignac M, Doucet J, Fournier JP, et al. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. Eur J Clin Pharmacol. nov

2021;77(11):1713-24.

61. Mairesse H. Déprescription de médicaments potentiellement inappropriés chez des personnes âgées chuteuses en EHPAD [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2019. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2019/2019LILUM286.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM286.pdf)
62. Prescrire.org. Médicaments à écarter pour mieux soigner - bilan 2022 [Internet]. [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/202/1834/55640/0/PositionDetails.aspx>
63. Barrielle C. Efficacité d'une démarche d'aide à la déprescription de médicaments à balance bénéfices risques défavorable: une étude contrôlée randomisée en clusters en Île-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2019.
64. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. déc 2015;15(90):323-36.
65. Doudet-Bouget L, Fournier JP, Trochu JN, Victorri-Vigneau C, Hild S. Développement de filtres de recherche pour identifier les articles traitant de la déprescription médicamenteuse dans Pubmed en utilisant la méthode du rappel relatif [Internet]. Nantes, France: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2019 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=fb9ebbfd-dee3-4c1f-b536-d5a2ee7d88b4>
66. Morel T, Nguyen-Soenen J, Thompson WG, JP. F. Développement et évaluation des performances de filtres de recherche pour identifier les articles traitant de la déprescription dans Pubmed et Embase [Internet]. 2021 déc [cité 30 mai 2022]; Lille, France. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03545165>



67. Nguyen-Soenen J, Jourdain M, JP. F. Développement d'un document d'éducation des patients pour la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons : une étude par méthode mixte [Internet]. 2021 déc [cité 30 mai 2022]; Lille, France. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03545228>
68. Verlaguet T. Consommation et dé-prescription des benzodiazépines hypnotiques et apparentés en France, vers une collaboration pharmacien-médecin pour une meilleure utilisation de ces traitements: enquête auprès des médecins prescripteurs [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2020.
69. Porcher F, Jost J, Fougère E. Risque de chute chez la personne âgée lié à la iatrogénie médicamenteuse: expérimentation d'un programme de prévention en officine [Internet]. France: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2021 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/fac40d1d-eca8-42df-8683-573db5e60b84/blobholder:0/P20213345.pdf>
70. HAS. Fiche de bon usage du médicament « Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons» [Internet]. 2020 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/bon\\_usage\\_des\\_inhibiteurs\\_de\\_la\\_pompe\\_a\\_protons\\_note\\_de\\_cadrage\\_2020-12-02\\_12-01-0\\_843.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/bon_usage_des_inhibiteurs_de_la_pompe_a_protons_note_de_cadrage_2020-12-02_12-01-0_843.pdf)
71. HAS. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses [Internet]. 2022 [cité 4 juin 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco\\_opioides.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco_opioides.pdf)
72. Kone R, Chicoulaa B. Bilans de médication par le pharmacien d'officine [Internet]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2018 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2113/>
73. Maljean L. Approche de la polymédication chez le patient âgé multimorbide [Internet].

Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2019 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/congres-journees-et-colloques/eugms/15e-congres-europeen-de-geriatrie-eugms-la-france-tres-bien-representee/>

74. Motyka. Présentation des solutions proposées par l'assurance maladie pour diminuer la prescription de benzodiazépines [Internet]. CMGF présenté à; 2017. Disponible sur: <http://presentations.congresmg.fr/presentations-2017/videos/3%20-%20Genevi%C3%A8ve%20Motyka%20-%20Les%20actions%20de%20l'Assurance%20Maladie.mp4>

75. Vromen M. Accompagner la déprescription des neuroleptiques en médecine générale : effets désirables et indésirables, une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2021.

76. Marcaud N, Laroche ML. Que doit-on penser de la déprescription des statines ? [Internet]. France: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2020 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/bd791cfa-6ac3-4b59-89d3-72e299068d27/blobholder:0/P20203322.pdf>

77. Umbricht V. La déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons à l'officine [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2020 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043129>

78. Le Meur S, Bleher Y, Hamidou M, Victorri-Vigneau C, Jeanmougin P. Suivi à 6 mois de la déprescription des Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) initiée dans un service hospitalier [Internet]. Nantes, France; 2021 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=d828d776-60a9-4394-a1aa-60bb8505f210>

79. Flores J. Évaluation de l'interruption d'un traitement prolongé et potentiellement inadapté par inhibiteur de la pompe à protons chez le sujet âgé: une étude de cohorte prospective

[Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2021.

80. ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2017 [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>

81. Philippe AS. Quel impact d'une sensibilisation des médecins traitants sur l'optimisation des prescriptions d'antipsychotiques chez les résidents déments en EHPAD [Internet]. CMGF présenté à; 2017. Disponible sur: <http://presentations.congresmg.fr/presentations-2017/videos/2%20-%20Anne-Sophie%20Philippe%20-%20Quel%20impact%20d'une%20sensibilisation%20des%20médecins%20traitants.mp4>

82. Lucenay LL, Prévost C. Vécu des propositions de sevrage en benzodiazépines et apparenté en soins primaires par le patient majeur consommateur chronique d'hypnotiques et/ou d'anxiolytiques [Internet]. France: UPEC. Faculté de médecine; 2019 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://athena.u-pec.fr/prim-explore/search?query=any,exact,997718429304611&vid=upec>

83. Martin P, Tannenbaum C. A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the EMPOWER trial. *BMJ Open*. 1 avr 2017;7(4):e015959.

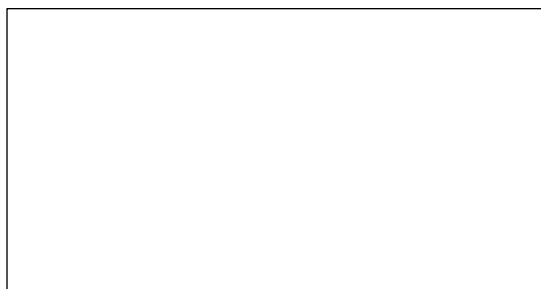
84. Vilar M. Des stratégies de déprescription des benzodiazépines dans l'insomnie à un modèle du rôle du médecin généraliste dans la déstabilisation d'une habitude: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Cité. Faculté de santé; 2020.

85. CNAMTS. « Mon Psy »: 8 séances annuelles d'accompagnement psychologique remboursées [Internet]. 2022 [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15522>

86. HAS. Avis de la HAS : « Hypertension artérielle de la personne âgée : Déprescription

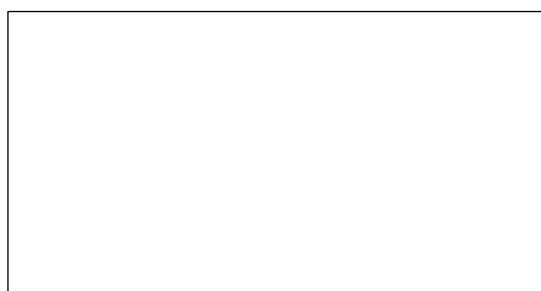
- des antihypertenseurs d'action centrale » [Internet]. 2019 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/ac\\_2019\\_0052\\_memo\\_cnam\\_hta\\_personne\\_agee\\_cd\\_2019\\_09\\_18\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/ac_2019_0052_memo_cnam_hta_personne_agee_cd_2019_09_18_vd.pdf)
87. DREES. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes [Internet]. DREES. 2017 [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er\\_103.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_103.pdf)
88. Lanot M. Création d'une consultation dédiée à la déprescription chez les patients âgés de plus de 65 ans en médecine générale: quelles modalités ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2020 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/211ec254-37b6-4ac4-89c7-ab2f2b2d8f5b>
89. De Wailly L. Recettes et stratégies des médecins déprescripteurs [Internet]. 2020; CNGE 2020 Bordeaux. Disponible sur: <http://abstracts.congrescng.fr/2021/>
90. CNAMTS. La rémunération sur objectif de santé publique 2019. 2019.
91. INESSS. Modalités de remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans une perspective d'usage optimal [Internet]. 2016 [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances\\_collectives/IPP/IPP\\_Prescripteur.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/IPP/IPP_Prescripteur.pdf)

**Vu, le Président du jury,**



Professeur Victorri-Vigneau

**Vu, Le Directeur de Thèse,**



Docteur Jérôme Nguyen-Soenen

**Vu, Le doyen de la faculté,**



Professeur Pascale Jolliet

**NOM : LE LAGADEC**

**PRENOM : POL**

**Titre de Thèse :** État des lieux des études françaises sur la déprescription en soins primaires : une revue ciblée de la littérature

---

## **RESUME**

**Introduction :** Le vieillissement de la population et la polymédication engendrent des prescriptions potentiellement inappropriées. Celles-ci sont responsables d'effets indésirables graves et de conséquences économiques pour les patients et la société. La déprescription doit être envisagée lorsque des prescriptions inappropriées sont repérées.

**Objectif :** Réaliser un état des lieux de la déprescription en soins primaires en France et mise en perspective avec les principes de la déprescription définis par Coe et *al.*

**Méthodes :** Nous avons effectué une revue ciblée de littérature grise avec analyse thématique des ressources retenues. La période d'inclusion s'étendait du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 4 juin 2022. Ont été incluses des ressources de toute nature, françaises, intéressant la déprescription en soins primaires. Nous avons utilisé les sites des sociétés savantes et leur congrès, des sites gouvernementaux, de dépôt de travaux universitaires et de groupes qualités.

**Résultat :** Au total 63 ressources ont été incluses, dont 48 thèses d'exercice. Les thématiques abordées étaient nombreuses. Elles présentaient des freins et des leviers concernant la déprescription, des formations, outils ou supports à disposition des professionnels de santé ou des patients. Certaines classes médicamenteuses spécifiques étaient ciblées. Malgré la complexité du processus de déprescription, de nombreuses voies d'amélioration étaient proposées par les auteurs. La relation médecin malade et la collaboration interprofessionnelle dans le processus de déprescription étaient souvent citées. Parmi les principes de Coe, celui le plus représenté dans nos ressources étaient le principe 0 (Engagement des professionnels et Identification adéquate des patients), le moins représenté étaient le principe 6 (Apport d'un retour aux professionnels). La plupart des ressources faisaient référence à plusieurs principes simultanément traduisant bien l'aspect multidimensionnel de la déprescription. Ces résultats étaient cohérents avec ceux de Coe et *al.*

**Conclusion :** En France, le concept de déprescription s'intègre peu à peu dans la pratique. Une meilleure connaissance et diffusion du concept pourrait servir de référentiel aux acteurs du système de soins primaires et améliorer la réussite des processus de déprescription.

---

## **MOTS-CLES**

Déprescription- Polypharmacie - Prescription inappropriée - Soins primaires