

**THESE POUR LE  
DOCTORAT DE MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

Emilie GOUJON épouse BOISDIN

Née le 31 mars 1983 à Mont Saint Aignan (76)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 30 juin 2011

**Etude prospective sur les déterminants de la  
Déprescription des médicaments en  
Médecine Générale.**

PRESIDENT DE JURY : Pr Jean DOUCET  
DIRECTEUR DE THESE : Pr Jean DOUCET  
MEMBRES DU JURY : Pr Jean-Loup HERMIL, Pr Hervé LEVESQUE, Pr Olivier  
VITTECOQ, Dr Jean THIBERVILLE.

# Sommaire

Remerciements .....	Erreur ! Signet non défini.
Abréviations .....	5
Introduction .....	6
Matériel et méthode .....	8
1. Sélection du matériel de travail .....	9
2. Méthode d'observation.....	9
2.1. Questionnaire préalable.....	9
2.2. Les « fiches consultations » .....	10
2.3. Enquête pilote préalable et modifications .....	12
2.4. Envoi des questionnaires.....	13
2.5. Relances .....	13
3. Méthodes d'évaluation .....	14
3.1. Critères de jugement.....	14
3.2. Méthode d'analyse.....	14
Résultats.....	16
1. Caractéristiques de la population étudiée .....	17
2. Utilisation de l'informatique en consultation .....	17
3. La « Consultation de synthèse annuelle ALD ».....	18
4. Formation médicale .....	19
5. Le « programme pour l'amélioration de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé » de la HAS .....	20
6. Attitude face à la déprescription : déclarations des médecins préalables à l'étude sur trois jours .....	21
7. Résultats de consultation .....	22
8. Evaluation des paramètres pouvant influencer sur la déprescription.....	26
8.1. Age des médecins.....	26
8.2. Participation à des groupes de pairs .....	27
8.3. Formation et déprescription .....	28
8.4. Nombre d'actes et déprescription .....	29
Discussion.....	30
1. Commentaires généraux .....	31
2. Commentaires sur la population médicale étudiée .....	32

3.	Bilan sur les outils disponibles d'aide à la déprescription .....	33
3.1.	L'informatique .....	33
3.2.	La formation médicale.....	33
3.3.	Le PMSA.....	34
3.4.	La consultation de synthèse annuelle ALD .....	35
3.5.	Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) .....	35
4.	Quelle est l'attitude des médecins face à la déprescription ?.....	36
5.	Quels étaient les médicaments déprescrits ?.....	37
5.1.	Médicaments psychotropes : au centre de la pratique de déprescription. ....	37
5.2.	Médicaments de la douleur : une déprescription logique. ....	38
5.3.	Médicaments à visée neurologique : les recommandations étaient suivies.....	38
5.4.	Médicaments de cardiologie et angéiologie : déprescription importante des veinotoniques.....	39
5.5.	Autres classes médicamenteuses.....	39
6.	Quelles étaient les indications de la déprescription ?.....	40
6.1.	Absence d'indication : quelle durée pour un traitement ? .....	40
6.2.	Excès de médicaments : de la polymédication à la surconsommation .....	41
6.3.	Iatrogénèse constatée et sa prévention.....	42
6.4.	Service médical rendu .....	42
6.5.	Coût du médicament .....	43
6.6.	Prescriptions inappropriées. ....	43
6.7.	Absence de bénéfice attendu par rapport à l'espérance de vie : des études insuffisantes chez les personnes âgées .....	44
6.8.	Observance.....	44
6.9.	Remarque .....	44
7.	Quelles étaient les causes d'échec de la déprescription ?.....	45
7.1.	Le patient : frein majeur de la déprescription.....	45
7.2.	L'obstacle déontologique .....	45
7.3.	Risque de syndrome de sevrage et/ou d'effet rebond.....	46
7.4.	Influence de l'entourage .....	46
7.5.	Le manque de temps.....	46
8.	Autres facteurs influents sur la déprescription .....	46
8.1.	L'âge du médecin .....	47
8.2.	Le nombre d'actes quotidiens .....	47
8.3.	La formation à la déprescription .....	47

8.4. Groupes de pairs .....	48
9. Le médecin généraliste au centre de la problématique de déprescription .....	48
10. Problèmes méthodologiques de notre étude. ....	49
Conclusion .....	50
Annexes .....	52
Références bibliographiques .....	61

# Abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD	Affection de Longue Durée exonérante
APNET	Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique
CAP	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
EBM	Evidence Based Medicine
HAS	Haute Autorité de Santé
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PMSA	Programme pour l'amélioration de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
SMR	Service Médical Rendu

# Introduction

La « dé-prescription » est un néologisme qui traduit « l'acte visant à arrêter de façon volontariste une prescription ».<sup>1</sup>

Fréquemment, nous sommes confrontés à des patients dont les trop longues ordonnances laissent mal à l'aise. La plupart des médecins sont d'accord pour admettre que si la polymédication est une chance, elle laisse aussi présager des complications à plus ou moins court terme : mauvaise observance, risque iatrogène, coût. La simplification théorique d'une ordonnance est donc une démarche intellectuellement très satisfaisante et s'avère même plutôt ludique. Pourtant la pratique n'est pas si simple, et nous nous retrouvons parfois même otages de nos propres prescriptions...

C'est donc à ce paradoxe que nous avons voulu nous intéresser : que se passe-t-il dans nos cabinets pour que perdurent ces ordonnances ?

La littérature est assez pauvre en ce qui concerne la « déprescription ». On trouve quelques articles qui décrivent le concept en France émanant de membres de l'APNET (Collège des Enseignants de Thérapeutique), avec un équivalent dans la littérature anglo-saxonne.<sup>2,3</sup>

Plusieurs thèses ont également abordé le sujet mais une seule concerne la médecine ambulatoire.<sup>4,5,6</sup> Il n'existe à notre connaissance pas d'autre étude traitant du sujet.

Notre hypothèse de travail était la suivante : nous pensions que les médecins généralistes souhaitaient simplifier leurs ordonnances mais qu'ils se heurtaient à des freins que nous souhaitions connaître.

L'objectif principal de ce travail prospectif était donc d'étudier le comportement des médecins généralistes face à la déprescription, en répondant aux questions suivantes :

- Quelles classes médicamenteuses sont principalement déprescrites ?
- Quelles raisons poussent les médecins généralistes à déprescrire ?
- Quels sont les freins à la déprescription ?

# Matériel et méthode

## 1. Sélection du matériel de travail

Notre étude se déroulait en deux parties. Le médecin était soumis à un auto-questionnaire à l'issue duquel était proposée une étude prospective.

Critère d'inclusion : être médecin généraliste installé ou remplaçant.

Le niveau de réponse habituellement constaté pour les enquêtes par auto-questionnaires est en général très faible, de l'ordre de 10 à 25%.<sup>7</sup> Pour ce qui est de l'expérience des thèses d'internes, le taux de réponses semble se situer dans le bas de cette fourchette. Pour cette raison nous avons choisi de solliciter les médecins généralistes par connaissance. Nous espérons ainsi réduire le taux de non-réponses.

## 2. Méthode d'observation

Les médecins généralistes ont été sollicités par courrier, envoyé par la poste en octobre 2010. Ce courrier était accompagné d'une lettre de présentation (Annexe 1).

### 2.1. Questionnaire préalable

Les médecins participant à l'étude étaient soumis à un auto-questionnaire préalable (Annexe 2).

Les critères suivants ont été choisis pour réaliser ce questionnaire :

- Caractéristiques démographiques de la population étudiée (âge, mode d'exercice, lieu d'exercice...)
- Test d'items qui nous semblaient pouvoir être liés à une attitude de déprescription :
  - Nombre moyen d'actes par journée de travail
  - Informatisation des prescriptions. Utilisation des alertes électroniques pour les contre indications et interactions médicamenteuses
  - Pratique de la « Consultation annuelle de synthèse ALD »
  - Formation médicale continue



Afin que le temps passé à remplir ces fiches en consultation soit acceptable, nous sommes limités à 5 questions, sous forme de cases à cocher le plus souvent.

**Question 1 :** Nombre de médicaments sur l'ordonnance ?

**Question 2 :** Nom du (ou des) médicament(s) à déprescrire sur cette ordonnance ?

**Question 3 :** Pourquoi le(s) déprescrire ?

Il y avait alors un certain nombre d'arguments proposés :

- Présence d'un effet indésirable
- Risque majoré par le contexte pathologique (fièvre, déshydratation, insuffisance rénale...)
- Interaction médicamenteuse dangereuse
- Prescription inappropriée (demi-vie longue chez le sujet âgé, «neuroleptique caché»...)
- Absence actuelle ou disparition d'indication
- Jugé inutile, efficacité non prouvée
- Mauvaise observance
- Contre indication
- Trop de médicaments
- Risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu
- Diminution des coûts de santé
- Pas de bénéfice attendu par rapport à l'espérance de vie
- Grossesse
- Je connais mal ce médicament
- Autre. Préciser : ...

**Question 4 :** Avez-vous finalement déprescrit ce médicament à la fin de la consultation ?

**Question 5 :** Si non, pourquoi ?

Là encore plusieurs arguments étaient proposés :

- Refus du patient
- Crainte d'une rupture de confiance avec le patient
- Intervention de l'entourage du patient
- Vous n'êtes pas l'initiateur de la prescription
- Manque de temps
- Crainte d'un sevrage et /ou d'effet rebond
- Autre. Préciser : ...

## **2.3. Enquête pilote préalable et modifications**

Nous avons effectué un test préliminaire des questionnaires entre juin et août 2010 afin d'apprécier leur faisabilité.

### **2.3.1. Population**

- Un médecin homme généraliste enseignant en milieu semi-urbain
- Un médecin femme généraliste en milieu rural
- Un médecin homme généraliste remplaçant
- Un médecin homme généraliste enseignant en milieu urbain
- Un enseignant-chercheur de Thérapeutique et de Gériatrie

### **2.3.2. Sur la forme**

Il a été tenu compte de nombreux conseils pour la rédaction et la présentation des questions

Le temps de l'étude, proposé sur une journée est apparu comme catégoriquement insuffisant pour chacun des participants. En effet, plusieurs journées complètes de consultations ont abouti à ne remplir aucune « fiche consultation », malgré la motivation des participants. En prolongeant sur une semaine on obtenait entre 0 et 5 fiches par jour. Après discussion avec les médecins généralistes il est apparu qu'un délai de 3 jours semblait raisonnable pour obtenir plusieurs actions de déprescription. Cette période apparaissait assez courte pour ne pas décourager les médecins sollicités.

Nous avons envoyé 8 fiches-patient à chaque médecin pour ces 3 jours.

### **2.3.3. Sur le fond**

De nouveaux items ont été proposés :

Comme motif de déprescription : « Non remboursé ». Il s'agissait d'une patiente sous Tanakan® que le médecin souhaitait déprescrire sans succès depuis un certain temps. C'est finalement le déremboursement de cette spécialité qui l'a poussé à s'en séparer.

Concernant l'échec de déprescription (mais il s'agit en fait d'une alternative) : « Diminution progressive de posologie »

Enfin, l'item suivant a été par 2 fois proposé : « efficacité insuffisante ». Cette proposition a donné lieu à réflexion car dans les 2 cas il s'agissait de remplacer la molécule inefficace par une autre. Il y a donc bien une action de déprescription mais celle-ci s'accompagnant immédiatement d'une nouvelle prescription. Il semblait donc que cet item nous éloignait de l'essence même du concept de déprescription : simplification de l'ordonnance, afin d'obtenir les avantages précédemment cités. Nous ne l'avons donc pas retenu.

## **2.4. Envoi des questionnaires**

Les questionnaires ont été envoyés le 15 septembre 2010 avec une demande de renvoi avant le 15 octobre 2010. Ces questionnaires ont été imprimés sur du papier coloré afin de ne pas être égarés sur les bureaux des médecins pendant les 3 jours de l'étude.

## **2.5. Relances**

Les médecins généralistes ont été dans la mesure du possible contactés par téléphone dans la semaine suivant l'envoi des questionnaires, afin de les inciter à répondre. Soixante quinze médecins contactés directement étaient d'accord oralement pour participer à l'étude ; 3 ont refusé par manque de temps. Les 22 autres n'ont pas pu être joints directement, un message a été laissé à leur secrétariat. Ce premier contact a permis quelques échanges intéressants sur la déprescription que nous développerons dans la discussion. Par ailleurs cela nous a aussi permis d'expliquer le déroulement de l'étude à un certain nombre de médecins qui n'avaient pas eu le temps de lire le courrier ou l'avaient parcouru très rapidement.

Une seconde relance a été réalisée fin octobre 2010 auprès des secrétariats de chaque médecin.

### **3. Méthodes d'évaluation**

#### **3.1. Critères de jugement**

Le critère de jugement principal était l'analyse de l'attitude de déprescription chez les médecins généralistes

- Spécialités déprescrites
- Motifs de déprescription
- Freins à la déprescription

Les critères secondaires de jugement étaient:

- Description de la population de médecins
- Utilisation des outils d'aide à la déprescription
- Recherche d'un lien entre l'utilisation des outils d'aide à la déprescription, les souhaits et la réelle déprescription.

#### **3.2. Méthode d'analyse**

Les données ont été recueillies à l'aide d'un fichier Excel®.

Dans ce tableau les différentes spécialités ont été regroupées par systèmes. Afin d'assurer une meilleure reproductibilité, ces systèmes ont été inspirés du « classement des médicaments par famille pharmacothérapeutique » du dictionnaire Vidal® :

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| - Allergologie                 | - Métabolisme                            |
| - Douleur                      | - Neurologie                             |
| - Cardiologie, angiologie      | - Oto-rhino-laryngologie et stomatologie |
| - Dermatologie                 | - Pneumologie                            |
| - Gastro-entéro-hépatologie    | - Psychiatrie                            |
| - Gynécologie                  | - Rhumatologie                           |
| - Hémostase, hématopoïèse      | - Urologie, néphrologie                  |
| - Infectiologie, parasitologie |  |

Le système « douleur » regroupait les familles «Antalgiques, antipyrétiques et antispasmodiques » et « Anti-inflammatoires »

Le système « métabolisme » regroupait les familles « Métabolisme, diabète, nutrition » et « Endocrinologie »

Nous n'avons pas retenu les familles « Anesthésie, réanimation », « Cancérologie, hématologie », « Immunologie et transplantation », « Produits de diagnostic », « Toxicologie », d'utilisation marginale en médecine générale.

Quelques médicaments ont donné lieu à discussion car ils pouvaient intégrer 2 systèmes :

- IEC et ARA ont été classés en cardiologie (et non en uro-néphrologie)
- les vasodilatateurs du type Trivastal®, Tanakan® ... ont été classés en neurologie. Il semblait en effet que la discussion de déprescription soit plus fréquente dans l'indication « déficit pathologique cognitif et neurosensoriel du sujet âgé » que dans le traitement symptomatique de la claudication intermittente.
- les anti-vertigineux étaient classés en neurologie par la classification du Vidal®
- Les antiagrégants plaquettaires ont été classés en hémostase et non en cardiologie

# Résultats

## 1. Caractéristiques de la population étudiée

Cinquante médecins généralistes ont répondu : 46 (92%) médecins installés, dont 8 (16%) généralistes enseignants ou maîtres de stage ; 4 (8%) médecins remplaçants.

L'âge moyen de ces médecins était de 50,0 ans (médiane : 54 ans)

Mode d'exercice	n (%)
Cabinet de groupe	44 (88%)
Seul	4 (8%)
Maison pluridisciplinaire de santé	2 (4%)

Ville d'exercice	n (%)
< 5000 habitants	19 (38%)
5000 à 50000 habitants	21 (42%)
> 50000 habitants	10 (20%)

Nombre moyen d'actes par journée de travail : 29,4 (minimum : 18 actes par jour ; maximum : 50 actes par jour)

## 2. Utilisation de l'informatique en consultation

Le dossier médical était informatisé chez 42 (84%) médecins.

Parmi ces médecins, 21 (50 %) utilisaient systématiquement les alertes électroniques comme aide à la rédaction des ordonnances (pour les contre-indications et interactions médicamenteuses).

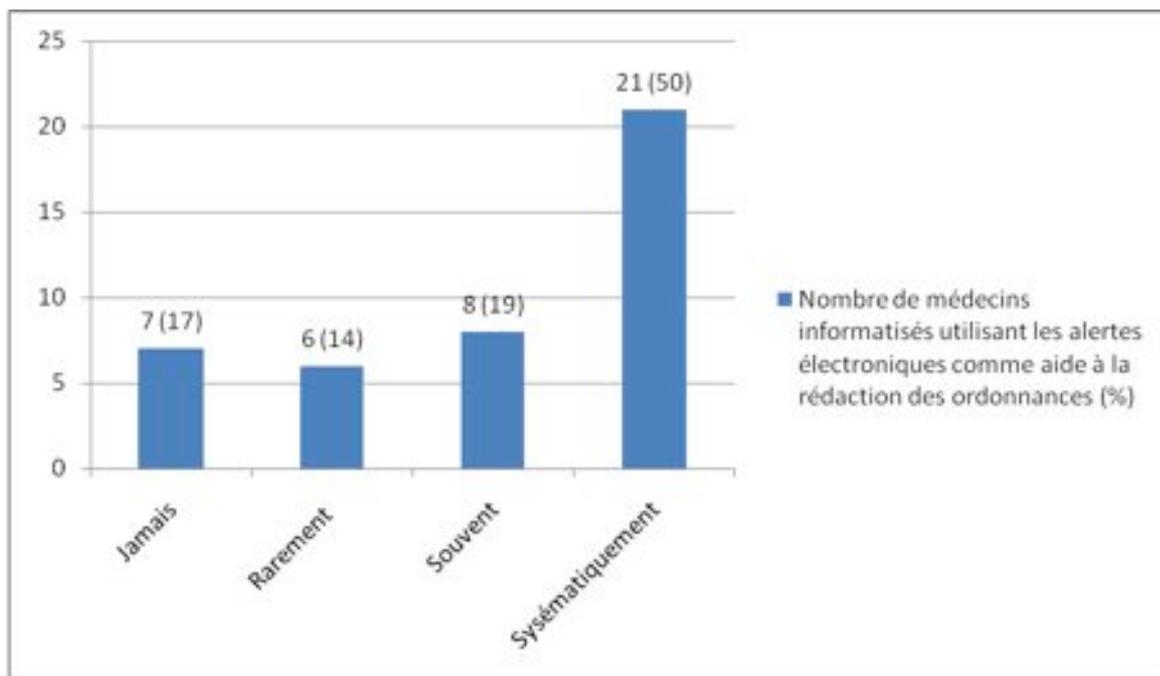


Tableau I

### 3. La « Consultation de synthèse annuelle ALD »

Quarante trois médecins (86 %) n'effectuaient cette consultation que rarement ou jamais.

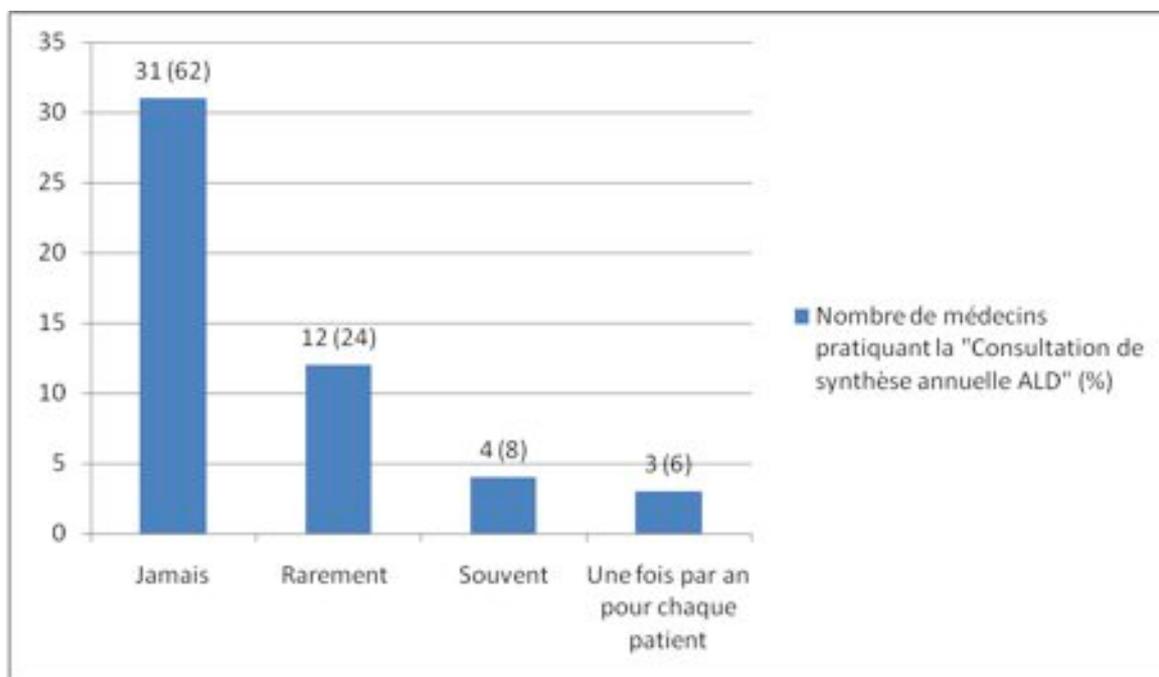


Tableau II

## 4. Formation médicale

Dix-sept médecins (34%) estimaient avoir été formés à la déprescription souvent ou suffisamment.

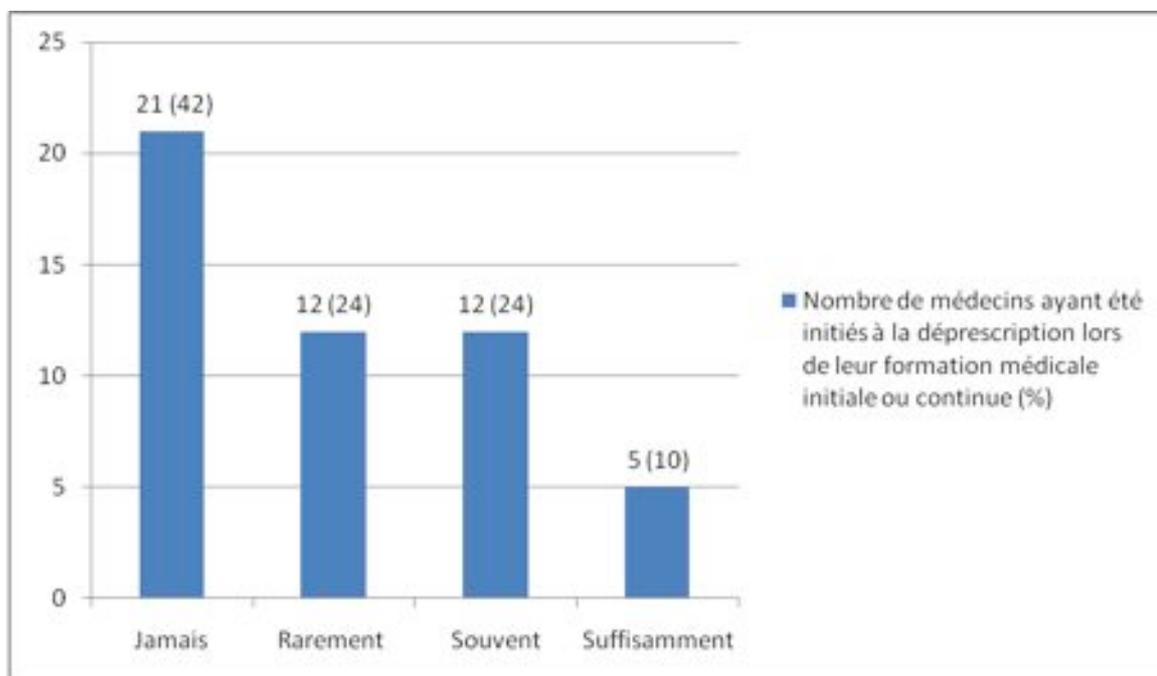


Tableau III

Mode de formation médicale continue dans l'année passée		
	Nombre de médecins utilisant ce mode de formation (%)	Nombre de journées passées en formation dans l'année pour les 50 médecins
Abonnement à une revue médicale	37 (74%)	
Soirée organisée par un laboratoire	34 (68)	143
FMC facultaire	32 (64)	168
Congrès	26 (52)	45
Groupe de pairs	19 (38)	153
Abonnement à un périodique électronique	12 (24)	
EPP	8 (16)	30
Autre	8 (16)	39
		Total : 578 soit 12 journées par an/médecin

Tableau IV

Les « autres FMC » étaient « FMC locale associative » et « FMC conventionnelle »

Il est à noter que 19 médecins (38%) lisaient la revue « Prescrire »

Lors de ces formations le thème de la déprescription a été abordé pour 14% des médecins ; celui de la iatrogénèse pour 58% des médecins.

A la question « Sur quels aspects de la déprescription souhaiteriez vous avoir une information complémentaire », les réponses ont été les suivantes :

« Comment concilier les prescriptions des différents spécialistes ? »

« Consensus sur les âges pour cesser les traitements »

« Sevrage des hypnotiques et psychotropes en ambulatoire »

« Outils pour l'aide à la déprescription. Apport du support électronique »

« Communication au patient »

« Balance bénéfice-risque »

« Aucun »

## 5. Le « programme pour l'amélioration de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé » de la HAS

Dix neuf médecins (38%) ne connaissaient pas l'existence du PMSA.

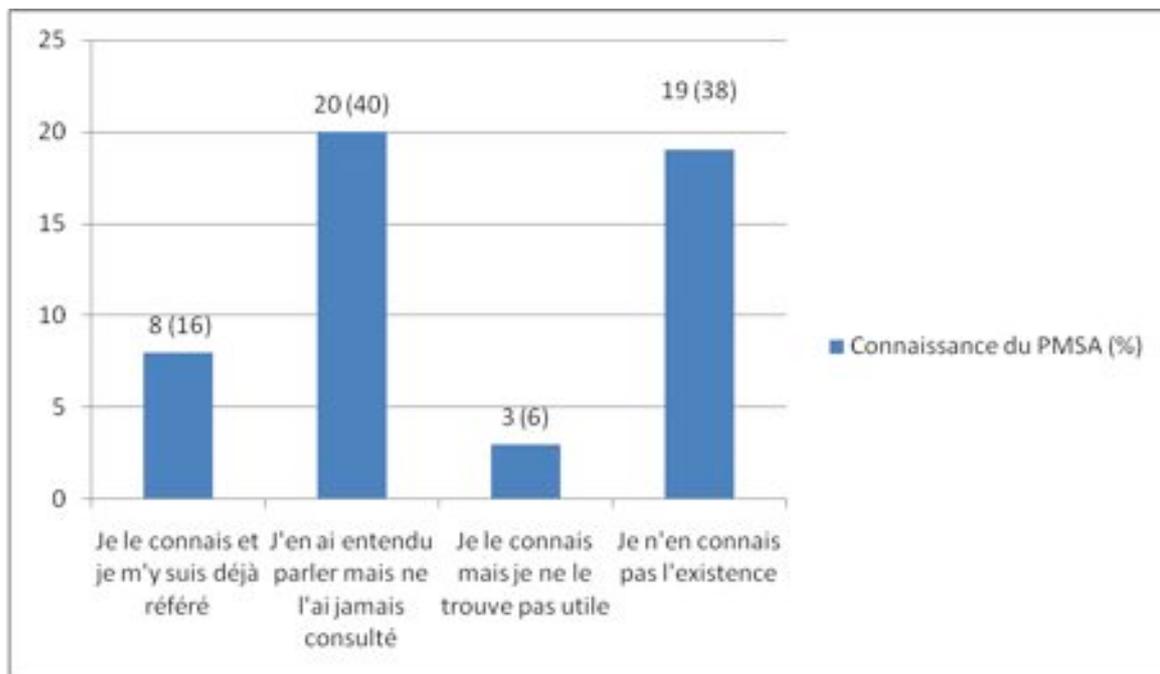


Tableau V

## 6. Attitude face à la déprescription : déclarations des médecins préalables à l'étude sur trois jours

<b>Freins</b>	<b>Note moyenne sur échelle visuelle analogique (/10)</b>
Risque de syndrome de sevrage et /ou d'effet rebond (quand il existe)	5,4
Réticence du patient	4,6
Obstacle « déontologique » si vous n'êtes pas l'initiateur de la prescription	4,0
Manque de temps	3,4
Insistance de l'entourage (famille, infirmière) pour maintenir le traitement	2,9
Risque de rupture de confiance avec le patient	2,6

<b>Avantages</b>	<b>Note moyenne sur échelle visuelle analogique (/10)</b>
Réduire les effets indésirables médicamenteux	7,9
Se recentrer sur les médicaments indispensables	7,6
Réduire les coûts de santé publique	5,7
Améliorer l'observance	5,7

Tableau VI

## 7. Résultats de consultation

<b>Résultats généraux</b>	
Nombre de patients inclus sur 3 jours	n=249 soit 5,3 patients par médecin
Nombre moyen de médicaments sur les ordonnances	n=6,6 (médiane = 6,25)
Nombre total de médicaments que les médecins ont souhaité déprescrire	n=314 soit 6,7 médicaments par médecin
Nombre total de médicaments réellement déprescrits à l'issue de la consultation	n=206 soit 4,4 médicaments par médecin

Tableau VII

Trois médecins n'ont eu aucun souhait de déprescription sur les 3 jours de l'étude.

Trois médecins n'ont répondu qu'au questionnaire préalable et n'ont pas réalisé l'étude sur 3 jours.

Les résultats qui suivent correspondent donc à un groupe de 47 médecins ayant participé à l'étude sur 3 jours.

Résultats par système	Nombre de médicaments ayant suscité un souhait de dé-prescription de la part du médecin (%)	Nombre de médicaments réellement déprescrits (%)	Pourcentage de déprescription
Psychiatrie	85 (27%)	28 (13,6%)	32,9%
Douleur	38 (12,1%)	30 (14,6%)	78,9
Neurologie	36 (11,5%)	30 (14,6%)	83,3
Cardiologie, angéiologie	31 (9,9%)	24 (11,6%)	77,4
Métabolisme	30 (9,6%)	22 (10,7%)	73,3
Gastro-entéro-hépatologie	23 (7,3%)	15 (7,3%)	65,2
Rhumatologie	23 (7,3%)	18 (8,7%)	78,3
Urologie, néphrologie	20 (6,4%)	19 (9,2%)	95,0
Allergologie	11 (3,5%)	5 (2,4%)	45,5
Pneumologie	9 (2,9%)	7 (3,4%)	77,8
Oto-rhino-laryngologie, stomatologie	4 (1,3%)	3 (1,5%)	75,0
Hémostase	2 (0,7%)	2 (1,0%)	100,0
Dermatologie	2 (0,7%)	2 (1,0%)	100,0
Ophtalmologie	1 (0,3%)	1 (0,5%)	100,0
Gynécologie	0 (0%)		
Infectiologie, parasitologie	0 (0%)		
<b>Total</b>	<b>314 (100%)</b>	<b>206 (100%)</b>	<b>65,6%</b>

Tableau VIII

<b>Arguments ayant été cités comme motivations à la déprescription pour les 314 médicaments inclus</b>	
<b>Absence actuelle ou disparition d'indication</b>	n=98 (16,2%)
<b>Excès de médicaments</b>	n=95 (15,7%)
<b>Présence d'un effet indésirable</b>	n=81 (13,4%)
<b>Risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu</b>	n=80 (13,2%)
<b>Jugé inutile, efficacité non prouvée</b>	n=45 (7,4%)
<b>Diminution des coûts de santé</b>	n=44 (7,3%)
<b>Prescription inappropriée (demi-vie longue chez le sujet âgé, «neuroleptique caché»...)</b>	n=40 (6,6%)
<b>Pas de bénéfice attendu par rapport à l'espérance de vie</b>	n= 32 (5,3%)
<b>Mauvaise observance</b>	n=22 (3,6%)
<b>Risque majoré par le contexte pathologique (fièvre, déshydratation, insuffisance rénale...)</b>	n=20 (3,3%)
<b>Interaction médicamenteuse dangereuse</b>	n=20 (3,3%)
<b>Non remboursé</b>	n=14 (2,3%)
<b>Contre indication</b>	n=7 (1,2%)
<b>Autre</b>	n=6 (1,0%)
<b>Je connais mal ce médicament</b>	n=1 (0,2%)
<b>Grossesse</b>	n=1 (0,2%)

Tableau IX

Les arguments « autres » étaient :

- « *double emploi* » pour Uvedose® et CacitD3®
- « *prescriptions associées* » lors de l'arrêt d'un inhibiteur de la pompe à protons prescrit en association à un anti-inflammatoire
- « *jugé inefficace par le patient* », « *inefficace* »

<b>Causes d'échec de déprescription ( 108 médicaments )</b>	
<b>Refus du patient</b>	n=74 (43,5%)
<b>Vous n'êtes pas l'initiateur de la prescription</b>	n=28 (16,5%)
<b>Préférence pour une diminution progressive de posologie</b>	n=27 (15,9%)
<b>Crainte d'une rupture de confiance avec le patient</b>	n=10 (5,9%)
<b>Crainte d'un sevrage et /ou d'effet rebond</b>	n=10 (5,9%)
<b>Intervention de l'entourage du patient</b>	n=9 (5,3%)
<b>Manque de temps</b>	n=7 (4,1%)
<b>Autre</b>	n=5 (2,9%)

Tableau X

Le motif « refus du patient » a donc été mentionné pour 68,5% des échecs de déprescription.

Les causes « autres » étaient :

- Sur une fiche de médecin remplaçant : « *Préfère attendre le retour de son médecin traitant* »
- Concernant une prescription d'Hémigoxine® avec « Risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu », le traitement a été maintenu par crainte de déséquilibrer un état clinique stable.
- « *Doute* » sur l'indication ou non du traitement
- Dé-prescription reportée à la prochaine consultation : « *Attente du bilan lipidique avant l'arrêt probable du Fénofibrate®* »

## 8. Evaluation des paramètres pouvant influencer sur la déprescription.

Nous avons recherché si l'âge des médecins, leur pratique de groupes de pairs, une initiation à la déprescription ou le nombre d'actes par jour pouvaient influencer sur la déprescription, en ne prenant en compte que les 47 médecins qui avaient répondu aux fiches-consultations.

### 8.1. Age des médecins.

Nous avons comparé les 25 médecins de 54 ans et moins aux 22 médecins de plus de 54 ans puisque la médiane des âges était 54 ans (Tableau XI).

	Médecins ≤ 54 ans	Médecins > 54 ans	
	n= 25	n= 22	
Age moyen	41,4 ans	59,1 ans	
Nombre de patients concernés	131	118	NS
Souhaits de déprescription	176	138	NS
Déprescriptions réelles	98	108	$\chi^2=4,10$ $p < 0,05$
Ratio Réel/Souhait de déprescription	55,58%	78,68%	$\chi^2=17,47$ $p < 0,001$

Tableau XI

Alors que les 2 groupes ne différaient pas significativement quant aux milieux d'exercice et aux nombres d'actes, nous n'avons pas noté de différence significative sur les souhaits de déprescription et le nombre de patients concernés. En revanche, le nombre de déprescriptions réelles et le ratio entre les souhaits de déprescription et les déprescriptions réellement réalisées étaient significativement plus élevés chez les médecins de plus de 54 ans.

## 8.2. Participation à des groupes de pairs.

Nous avons comparé les 17 médecins faisant partie d'un groupe de pairs et les 30 médecins qui n'en faisaient pas partie. (Tableau XII).

	Médecins avec groupe de pairs	Médecins sans groupe de pairs	
	n= 17	n= 30	
Age moyen	50,9 ans	46,7 ans	
Nombre de patients concernés	80	169	NS
Souhaits de déprescription	102	212	NS
Déprescriptions réelles	71	135	NS
Ratio Réel/Souhait de déprescription	69,61%	63,68%	NS

Tableau XII

Les deux groupes ne différaient pas significativement quant au nombre de médecins généralistes installés, remplaçants ou enseignants, leur mode et lieu d'exercice, l'informatisation, la formation à la déprescription et la connaissance du PMSA.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les souhaits de déprescription, la déprescription réelle, le nombre de patients concernés et le ratio entre les souhaits de déprescriptions et la réalité.

### 8.3. Formation et déprescription

Nous avons constitué deux groupes de médecins selon qu'ils aient été initiés ou non à la déprescription. Ainsi, 30 médecins avaient considéré avoir été formés « jamais » ou « rarement » à la déprescription pendant leur formation médicale initiale ou continue. Dix-sept médecins y avaient été formés « souvent » ou « suffisamment ». (Tableau XIII).

	Médecins initiés à la déprescription	Médecins non initiés à la déprescription	
	n= 17	n= 30	
Age moyen	43,9 ans	53,0 ans	
Nombre de patients concernés	102	147	NS
Souhaits de déprescription	131	183	NS
Déprescriptions réelles	77	129	NS
Ratio Réel/Souhait de déprescription	58,78%	70,49%	$\chi^2=4,64$ $p < 0,05$

Tableau XIII

Les deux groupes n'étaient pas significativement différents en ce qui concernait le mode et le lieu d'exercice, le nombre d'actes, l'utilisation de l'informatique.

Alors que les deux populations ne différaient pas significativement quant au nombre de patients inclus et aux souhaits de déprescription, le ratio entre le souhait et les réelles déprescriptions était significativement supérieur chez les médecins non initiés à la déprescription.

#### 8.4. Nombre d'actes et déprescription

Nous avons comparé les 33 médecins pratiquant 30 actes et moins par jour, aux 14 médecins pratiquant plus de 30 actes quotidiens, puisque la médiane du nombre d'actes était de 30 (Tableau XIV).

	Médecins ≤ 30 actes	Médecins > 30 actes	
	n= 33	n= 14	
Age moyen	48,6 ans	52,2 ans	
Nombre de patients concernés	171	78	$\chi^2=4,72$ $p < 0,05$
Souhaits de déprescription	227	87	$\chi^2=8,72$ $p < 0,01$
Déprescriptions réelles	137	69	NS
Ratio Réel/Souhait de déprescription	60,35%	79,31%	$\chi^2=10,02$ $p < 0,01$

Tableau XIV

Les deux groupes ne différaient pas significativement en ce qui concernait le mode et le lieu d'exercice, l'utilisation de l'informatique, la formation.

Les médecins qui réalisaient plus de 30 actes ont inclus significativement plus de patients.

Les souhaits de déprescription étaient significativement supérieurs chez les médecins réalisant 30 actes et moins. A contrario le ratio entre la déprescription réelle et le souhait initial était supérieur chez les médecins réalisant plus de 30 actes.

# Discussion

Cette étude prospective sur 3 jours nous a permis de constater que les médecins souhaitaient déprescrire de manière significative (6,7 médicaments en moyenne par médecin sur 3 jours), avec un taux de succès de 65,5%.

Les principaux facteurs favorisant la déprescription étaient la disparition de l'indication, la iatrogénèse potentielle ou avérée et l'excès de médicaments. Nous avons constaté que les médicaments psychotropes occupaient une place importante dans la problématique de déprescription. Par ailleurs les médicaments à « Service Médical Rendu » insuffisant représentaient un gros volume de déprescription (45/314 médicaments).

L'influence de l'âge des médecins et du nombre d'actes quotidiens était significative.

La population étudiée, bien qu'informatisée et très formée, avait une utilisation limitée des outils disponibles pour favoriser la déprescription.

Enfin, notre étude a permis de replacer le patient au centre de la discussion, puisqu'il représentait le principal obstacle à la déprescription.

## **1. Commentaires généraux**

Ce travail a tout d'abord été l'occasion d'élaborer une méthodologie pour étudier la déprescription. En l'absence de données similaires dans la littérature il nous a fallu trouver une méthode permettant de quantifier la déprescription, mais aussi de tester des arguments plus subjectifs de manière reproductible, tout en satisfaisant aux exigences du travail en médecine libérale.

En proposant un questionnaire préalable, nous avons cherché à évaluer ce qui nous semblait être des outils d'aide à la déprescription. Nous voulions déterminer quelle utilisation en avaient les praticiens. D'emblée certains résultats doivent être soulignés :

- L'informatisation massive des dossiers patients (84% des médecins étaient informatisés) contrastait avec une sous-utilisation des alertes électroniques (31% des médecins ne s'en servaient jamais ou rarement)

- Un intérêt très limité pour la « consultation annuelle de synthèse ALD » puisque seulement 14% des médecins la pratiquaient systématiquement ou souvent.

- La méconnaissance du programme PMSA de la HAS par 38% des médecins, qui pose la question de la diffusion des recommandations de la HAS... et des recommandations des agences nationales en général.

- Malgré une formation médicale continue régulière et variée, le thème de la déprescription n'avait été abordé dans l'année précédente que pour 14% des médecins.

Toutefois ces résultats doivent être pondérés par le fait que les médecins ayant accepté de participer à cette étude n'étaient peut-être pas totalement représentatifs de la population médicale générale et que certains des outils de déprescription ne leur étaient donc pas nécessaires.

Malgré ces remarques préalables, les médecins généralistes de notre étude ont déprescrit de façon significative. Cette étude nous a permis de mieux comprendre leur pratique et ses mécanismes.

## **2. Commentaires sur la population médicale étudiée**

La population de médecins étudiée présentait des similitudes avec les données démographiques officielles mais aussi quelques particularités :

- La moyenne d'âge de 50 ans était très proche de celle de 51 ans déclarée par le Conseil de l'Ordre des Médecins de Haute Normandie au 1<sup>er</sup> janvier 2009.<sup>8</sup>
- Les médecins interrogés exerçaient pour la majorité en cabinet de groupe (88%) et plus souvent en milieu rural et semi-rural (80%).
- La proportion de médecins remplaçants (8%) correspondait à celle observée en général pour la région Haute-Normandie.
- En revanche, la proportion de médecins généralistes enseignants (16%) était supérieure à celle de la Haute-Normandie (4,5%). Ce chiffre est facilement expliqué par le mode de recrutement qui constituait un biais de sélection dans notre étude, mais aussi par l'implication des maîtres de stage auprès des internes de Médecine Générale.
- Si le nombre d'actes quotidiens semblait « habituel » (29,4 actes par jour en moyenne), nous avons constaté que les valeurs extrêmes se situaient entre 18 et 50 actes par jour. Ces chiffres témoignent de la diversité des modes d'exercice.

Notre population était donc très probablement sélectionnée du fait du mode de recrutement mais aussi parce que les médecins ayant accepté de participer avaient d'emblée un certain intérêt pour le sujet.

### **3. Bilan sur les outils disponibles d'aide à la déprescription**

#### **3.1. L'informatique**

Si l'informatisation du dossier médical semblait de règle pour la majorité des médecins (84%), il n'en était pas de même quant à son utilisation. En effet, 31% des médecins ne se servaient jamais ou rarement des alertes électroniques comme aide à la rédaction des ordonnances. Ces alertes électroniques, dont tous les logiciels médicaux sont équipés, informent sur la présence d'interactions et de contre-indications médicamenteuses. Dans ces conditions, il peut paraître étonnant de constater qu'elles ne soient pas systématiquement prises en compte. L'utilisation quotidienne de ce type d'alertes permet de mieux comprendre ce résultat. Par souci d'exhaustivité, le logiciel interpelle les médecins par le même type de signal autant sur des contre-indications absolues que sur des critères beaucoup plus relatifs de précaution d'emploi des médicaments. Le praticien peut ainsi rapidement se retrouver « débordé » par des alertes plus ou moins pertinentes. Cette difficulté à potentialiser l'outil informatique est soulignée dans notre étude par les demandes de formations complémentaires puisqu'on y trouvait : « *Outils pour l'aide à la déprescription. Apport du support électronique* ». L'aide à la prescription apportée par ces logiciels qui suscitait tant d'espoir semble donc rencontrer des limites d'utilisation.<sup>9</sup>

#### **3.2. La formation médicale**

La nécessité de se conformer aux données fondées sur la science (Evidence Based Medicine) impose une actualisation permanente des connaissances. Au cours de notre étude nous avons constaté que les médecins étaient peu sensibilisés au thème de la déprescription pendant leur formation initiale (42% d'entre eux n'y avaient jamais été sensibilisés). Malgré un mode de formation médicale continue assez varié et régulier (une journée par mois en moyenne y étant consacrée), seuls 14% avaient abordé ce thème lors de l'année précédente.

S'il est devenu nécessaire d'acquérir les bases théoriques de la déprescription lors des études de Médecine, il est évident qu'une déprescription raisonnable et raisonnée ne peut se départir de l'aspect pratique quotidien. Les groupes de pairs constituent une alternative intéressante pour appréhender la déprescription en formation continue. La discussion collégiale autour de cas concrets doit permettre d'aboutir, non pas à la simplification théorique d'une ordonnance, mais bien à une optimisation thérapeutique

pour un patient donné considéré dans sa globalité. Il s'agit par ailleurs d'un mode de formation attirant les médecins généralistes : 38% des médecins de notre étude faisaient partie d'un groupe de pairs.

Les données de la littérature confirment l'intérêt de ce travail, par exemple dans des groupes de discussion avec la contribution des pharmaciens d'officine grâce à leur rôle de conseil<sup>10,11</sup>. Plus récemment, le Cercle de Qualité des Médecins Ardennais constitue une expérience originale ayant prouvé l'efficacité du travail en groupes de pairs dans le cadre du sevrage ambulatoire des benzodiazépines.<sup>12</sup>

### **3.3. Le PMSA**

Le PMSA a été créé par la HAS en 2003 (premières publications en 2005) en partant du constat suivant : la iatrogénèse serait responsable de 10% des hospitalisations chez les patients de plus de 65 ans.<sup>13</sup> L'objectif était donc d'aider le prescripteur à gérer au mieux le risque iatrogénique chez le sujet âgé, à favoriser l'observance des traitements et à éviter toute prescription inutile.

Dans ce programme on trouve des documents destinés aux médecins généralistes à type de synthèses bibliographiques, mémos résumant les étapes clés de la prescription, outils d'aide à la prescription et programmes courts d'Evaluation des Pratiques Professionnelles.

On y trouve notamment une invitation à améliorer l'étape de « révision de l'ordonnance » à l'aide de grilles destinées à l'évaluation des pratiques professionnelles. (Annexes 4 et 5)

L'accent est mis aussi sur le « réflexe iatrogénique », c'est-à-dire l'action de se poser la question de l'accident d'origine iatrogène devant tout nouveau symptôme.

Les recommandations de ce programme conduisent indirectement à la déprescription en favorisant une prescription prudente et raisonnée. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé aux médecins généralistes ce qu'ils pensaient du PMSA.

Nous avons été surpris de constater que 38% des médecins de notre étude n'en connaissaient pas l'existence et que 40% en avaient entendu parler sans l'avoir jamais consulté. Notons aussi qu'à la question concernant les sujets de formations complémentaires souhaités par les médecins, il était demandé le « *Sevrage des hypnotiques et psychotropes en ambulatoire* » qui est un des thèmes majeurs du PMSA.

Il est regrettable que ces documents soient méconnus de ceux mêmes auxquels ils sont destinés. On peut donc se poser la question de l'insuffisance de la communication qui a été faite autour de ces recommandations (notons que la densité de documents sur le site rend la lisibilité un peu difficile...).

En fait, ces documents sont intéressants comme supports d'enseignement plus que pour une lecture individuelle ; par exemple dans le cadre d'un groupe de pairs comme suggéré précédemment.

### **3.4. La consultation de synthèse annuelle ALD**

Parfois aussi appelée « consultation approfondie », il s'agit d'un acte de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels créé en 2002.<sup>14</sup> Elle n'a pas d'objectif thérapeutique, mais consiste à faire un bilan approfondi de l'état de santé du patient en ALD. Cette consultation « *fait le point sur l'ensemble des problèmes du patient, sur la coordination des soins, sur les interventions éventuelles des autres professionnels de santé et contribue à son éducation sanitaire et thérapeutique, notamment par des conseils d'hygiène de vie* ». La cotation annuelle du CA (26 €) impose la rédaction d'un compte rendu de synthèse qui est remis au patient. C'est donc l'occasion pour établir une hiérarchisation des pathologies à traiter et réévaluer l'ordonnance.

Notre enquête est édifiante à ce sujet : 86% des médecins interrogés ne la pratiquaient jamais ou rarement. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce résultat :<sup>15</sup>

- Les médecins estimaient faire ce travail de synthèse au fil des consultations habituelles.
- La valorisation financière de cette consultation est un contre-argument compte tenu du temps nécessaire à l'élaboration du document de synthèse.
- La Sécurité Sociale elle-même semble avoir cessé de communiquer sur ce sujet : il est actuellement impossible de trouver une définition du contenu de cette consultation sur le site « ameli.fr ». La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) cite cette consultation sans note explicative. Nous avons donc pris contact avec un médecin-conseil de l'Assurance Maladie qui, après avoir recherché puis interpellé la CPAM, a convenu que la définition n'était pas disponible. Seule une circulaire de 2002 a pu nous être fournie.

### **3.5. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)**

Parmi les mesures incitant à la déprescription figure le CAPI. Ce contrat passé entre les médecins généralistes et l'Assurance Maladie a été lancé en mai 2009 et compte actuellement 14800 signataires.

Il s'agit pour le médecin généraliste de s'engager à respecter des objectifs d'amélioration de ses pratiques sur 3 ans, en l'échange d'une rémunération si les objectifs

sont atteints. Les champs d'action sont la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'optimisation des prescriptions.

Un des objectifs concerne la lutte contre la iatrogénèse médicamenteuse chez les patients de plus de 65 ans par réduction du recours aux vasodilatateurs et benzodiazépines à demi-vie longue.<sup>16</sup> Cet objectif est basé sur les recommandations de la HAS et de l'AFSSAPS : éviter les médicaments dont le Service Médical Rendu est insuffisant, tels que les vasodilatateurs cérébraux, privilégier les benzodiazépines d'action intermédiaire et sans métabolite actif.<sup>17</sup>

Nous aurions pu interroger les médecins généralistes sur leur adhésion ou non au CAPI. Ce contrat a reçu un accueil très critique de la part de nombreux professionnels de santé qui y ont vu une ingérence de la Sécurité Sociale dans leur pratique ainsi qu'un mépris pour leur travail. Ce contrat est dérangeant d'un point de vue éthique puisqu'il se base d'abord sur la motivation financière du médecin. Toutefois les objectifs actuels sont conformes aux recommandations et semblent respecter l'intérêt du patient.

Les résultats un an après le lancement du CAPI sont plutôt encourageants puisqu'on constate une baisse des prescriptions sur la période de près de 2 points pour les vasodilatateurs et de 1 point pour les benzodiazépines à demi-vie longue. Il faut noter que cette tendance à la baisse est également constatée chez les non-signataires du CAPI, mais dans une moindre mesure.<sup>18</sup>

#### **4. Quelle est l'attitude des médecins face à la déprescription ?**

Dans leurs déclarations préalables à l'étude, les médecins semblaient plutôt adhérer au concept de déprescription :

- Ils convenaient de tous les avantages de la déprescription en attribuant dans chaque cas une note supérieure à 5/10.

- Les freins annoncés ne semblaient pas être une entrave à leur exercice puisque pour chaque argument la note attribuée était inférieure à 5/10. (à l'exception du « risque de syndrome de sevrage » évalué à 5,4/10 mais ne concernant que certains médicaments).

Puis notre étude a permis d'observer et de quantifier la déprescription réelle en Médecine Générale, sans oublier qu'elle y a peut-être contribué :

- Les patients ciblés étaient polymédiqués, avec 6,6 médicaments en moyenne par ordonnance.

- Les médecins ont souhaité déprescrire en moyenne 6,7 médicaments sur 3 jours avec un taux de succès de 65,6%. On a donc finalement 4,4 médicaments réellement

déprescrits sur 3 jours par médecin. Ce chiffre peut paraître faible si on le compare à la totalité des médicaments prescrits sur trois jours (en extrapolant les chiffres obtenus : 29,4 actes × 6,6 médicaments × 3 jours = 582 médicaments). Mais si on le rapporte au nombre de médecins généralistes installés en France, le volume de déprescription apparaît considérable.

- Nous avons cependant relevé une grande disparité dans les pratiques de déprescription: notamment trois médecins ne sont parvenus à inclure aucun patient et quinze médecins ont inclus 8 patients correspondant aux 8 fiches mises à leur disposition dans le courrier. On peut imaginer que le potentiel de déprescription était encore supérieur. Nous n'avons pas trouvé d'explication évidente à ces disparités. Voici quelques commentaires laissés par les médecins n'ayant pas ou peu déprescrit :

- « Peu de choses à déprescrire. J'ai déjà fait le ménage sur mes grosses ordonnances »*
- « Je déprescris systématiquement dès qu'un traitement n'est plus utile ou dangereux. Je ne vois pas l'intérêt de ce type de questions »*
- « J'ai commencé mais je n'y arrive pas. »*
- « En fait, il faudrait tout déprescrire... et on n'y arrive jamais ! Ca n'est pas possible ! »*
- « Je n'ai rien eu à déprescrire pendant trois jours... ! »*
- « Seulement deux souhaits de déprescription en trois jours. C'est peu, mais les autres patients ne m'ont pas semblé sur-médicamentés »*

## **5. Quels étaient les médicaments déprescrits ?**

### **5.1. Médicaments psychotropes : au centre de la pratique de déprescription.**

Les médicaments psychotropes sont ceux qui ont suscité le plus de souhaits de déprescription (27% des médicaments). Paradoxalement c'était finalement le groupe le moins déprescrit : 32,9% de succès alors que le taux global de déprescription était de 65,6%.

Les molécules concernées étaient surtout des benzodiazépines et médicaments apparentés.

Ces traitements font l'objet de recommandations claires de la HAS en matière de déprescription dont deux points ont retenu notre attention<sup>19</sup> :

- *« Dès l'instauration d'un traitement, tout médecin doit expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt du fait des risques liés au traitement, notamment du risque de dépendance ». Autrement dit, la démarche de déprescription doit commencer avant même la primo prescription.*

- Pour les patients ayant une prescription de benzodiazépines ou apparentés depuis plus de 30 jours, il est préconisé de réaliser une « intervention brève » à chaque renouvellement d'ordonnance. Il s'agit d'une invitation à arrêter le traitement équivalent au « conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac ».<sup>20</sup>

Les phénomènes de dépendance aux psychotropes et la pratique de l'intervention brève expliquent facilement le faible taux de déprescription. Il s'agit là d'un échec relatif si l'intervention brève est bien réalisée puisqu'elle prépare à une éventuelle déprescription lors des consultations futures. Ainsi, notons que 25% des médicaments non déprescrits ont fait l'objet d'une diminution progressive de posologie et qu'il s'agissait presque exclusivement de médicaments psychotropes.

## **5.2. Médicaments de la douleur : une déprescription logique.**

En deuxième position, les antalgiques et anti-inflammatoires représentaient 12,1% des souhaits de déprescription. Il s'agit de médicaments d'utilisation courante dont la prescription est souvent limitée dans le temps du fait du caractère transitoire de la plainte douloureuse. Le motif de déprescription était donc le plus souvent « disparition d'indication ». Cette modalité de déprescription semble la plus aisée. Elle nécessite quand même de prendre le temps de la révision de l'ordonnance pour ne pas laisser perdurer des prescriptions inutiles et éviter ainsi le trop courant « stockage de paracétamol » au domicile des patients.

## **5.3. Médicaments à visée neurologique : les recommandations étaient suivies.**

On peut de prime abord s'étonner de la place importante occupée par les médicaments du système « neurologie » : 11,5% des souhaits de déprescription et 83,3% de succès. A priori la neurologie ne semblait pas représenter un gros volume de prescriptions par rapport à d'autres classes comme la cardiologie ou le métabolisme. Ces chiffres sont expliqués par le classement des vasodilatateurs cérébraux dans ce groupe. Cette classe médicamenteuse a été massivement déprescrite au cours de notre étude pour le motif « jugé inutile, efficacité non prouvée ». Cette attitude est conforme aux recommandations de la HAS qui leur ont attribué en 2006 un Service Médical Rendu insuffisant.

#### **5.4. Médicaments de cardiologie et angiologie : déprescription importante des veinotoniques.**

Les médicaments du système « cardiologie, angiologie » arrivaient en quatrième position avec 9,9% des souhaits de déprescription et 77,4% de succès. Nous aurions pu penser que la gestion des traitements de l'axe cardiaque serait préférentiellement assurée par le cardiologue compte tenu de l'importance particulière de ce système. En fait, les médecins de notre étude assumaient leur responsabilité en déprescrivant aussi largement dans ce système. Cette constatation est à modérer du fait de la présence très importante dans ces médicaments de veinotoniques classés également comme ayant un Service Médical Rendu insuffisant.

#### **5.5. Autres classes médicamenteuses.**

Nous avons constaté une proportion importante occupée au sein du système « rhumatologie » par les médicaments anti-arthrosiques d'action lente. Dans les commentaires laissés par les médecins sur la fiche « patient », il était à plusieurs reprises mentionné une facilitation voire une demande de déprescription du fait du mauvais remboursement de cette spécialité. Cet aspect pourrait constituer une dérive que nous regrettons : il serait regrettable que l'argument économique ait un poids qui prévale sur le bien être du patient.

Le plus faible pourcentage de déprescription après les médicaments psychotropes revient étonnamment au système « allergologie » (45,5%). Ce chiffre n'est pas très significatif compte tenu du faible nombre de médicaments dans cette catégorie (3,5% des souhaits de déprescription). Cependant il faut noter que les échecs de déprescription correspondaient tous à l'hydroxyzine (Atarax®), plutôt prescrite pour son action anxiolytique qu'antiallergique.

Certaines classes médicamenteuses étaient logiquement absentes de la démarche de déprescription :

- Les médicaments anti-infectieux, puisqu'ils sont prescrits pour des durées courtes et fixées dès le début de la prescription.

- Les médicaments de gynécologie et d'hémostase qui sont généralement des traitements au long cours difficilement remis en cause.

- Les médicaments d'ophtalmologie, spécialité un peu à part, qui est souvent laissée au spécialiste d'organe. Il est à noter que les prescriptions de collyres, non rapportées systématiquement au médecin généraliste, doivent faire l'objet d'une recherche particulière du fait de leur potentiel iatrogène, notamment les collyres bêta-bloquants. Ils ont donc une

place importante dans la démarche de déprescription. Rappelons que cette recherche des traitements non prescrits par le généraliste peut s'avérer difficile ; dans une étude d'Al Mahdy et Semour, seuls 19 % des patients âgés étaient capables de fournir une liste complète de leurs médicaments.<sup>21</sup>

- Les données sur les médicaments de dermatologie, d'oto-rhino-laryngologie et de stomatologie n'étaient pas exploitables du fait du faible volume de leurs prescriptions en général.

## **6. Quelles étaient les indications de la déprescription ?**

Nos résultats concordent avec ceux d'une Thèse rouennaise antérieure récente de Médecine portant sur la réévaluation des médicaments en milieu hospitalier puisque nous retrouvons comme principales indications du retrait des médicaments : l'absence d'indication, la iatrogénie potentielle ou avérée, et la notion d'efficacité non prouvée.<sup>4</sup>

### **6.1. Absence d'indication : quelle durée pour un traitement ?**

C'est de manière logique que l'argument « absence actuelle ou disparition d'indication » arrive en tête des indications de déprescription (16,2%). Il s'agit *a priori* de la situation la plus simple : la prescription d'un médicament s'achève en même temps que son indication. Cela nécessite tout de même de prendre le temps de la révision de l'ordonnance, comme l'ont fait les médecins de notre étude.

Si cette démarche est simple quand il s'agit d'arrêter des traitements prescrits pour des symptômes ou des maladies aiguës transitoires, la durée d'un traitement se pose pour un certain nombre de traitements au long court: Quelle est la durée optimale pour un traitement antidépresseur ? A quel âge doit-on arrêter la contraception orale ? Combien de temps prescrire les médicaments anti-vitamine K dans certaines situations de maladie thromboembolique veineuse ? Et concernant le traitement de l'ostéoporose ? Dans ces domaines les recommandations sont souvent limitées puisque la balance bénéfique/risque d'un traitement varie en fonction de chaque patient. Ces questions font l'objet régulièrement de consensus professionnels mais leur évolution perpétuelle rend la tâche du médecin généraliste difficile.

## 6.2. Excès de médicaments : de la polymédication à la surconsommation

Les médecins généralistes ont une conscience forte des dangers de la polymédication puisque « l'excès de médicaments » représentait 15,7% des arguments pour la déprescription.

Cet aspect prend toute son importance dans le contexte actuel de vieillissement de la population : les personnes âgées de plus de 65 ans consomment plus d'un tiers des prescriptions alors qu'elles représentent environ 15% de la population.<sup>22</sup>

Rappelons cependant que la polymédication peut d'abord constituer une chance pour certains patients : elle est la conséquence directe du progrès thérapeutique et traduit la qualité de prise en charge de la polypathologie.

Mais il faut veiller à ce que cette polymédication ne glisse pas vers une surconsommation injustifiée.<sup>23</sup> C'est le cas dans les situations suivantes :

- Quand la polymédication entraîne des effets indésirables pouvant être eux-mêmes facteurs de prescriptions correctives.

- Quand le symptôme entraîne une réponse médicamenteuse systématique. Il faut savoir rechercher chez nombre de nos patients la raison du mal-être, de l'angoisse qui se cache derrière le symptôme annoncé. La prescription ne résume pas le soin et ne doit pas se substituer à une écoute régulière et attentive.

- Si l'on cherche à conserver artificiellement la durée de sommeil des personnes âgées par des traitements hypnotiques, alors même que celle-ci diminue de manière physiologique avec le vieillissement.

- Si l'on cherche à prévenir le vieillissement à tout prix, appuyé par le lobbying des laboratoires pharmaceutiques : soit en prescrivant des médicaments à service médical rendu insuffisant (type « oxygénateurs » et « vasodilatateurs » cérébraux) ou à balance bénéfique risque défavorable dans cette indication (type DHEA ou autres traitements hormonaux).

- Quand l'automédication non déclarée ou non recherchée vient interférer avec des traitements déjà complexes.

Pour en revenir à la notion d' « excès de médicaments », force est de constater que les ordonnances qui ont suscité un souhait de déprescription étaient des « ordonnances conséquentes » puisqu'elles contenaient en moyenne 6,6 médicaments. Il serait réducteur de considérer la déprescription comme une simplification quantitative de l'ordonnance. Mais le nombre de médicaments est un facteur de risque en lui-même car il existe une corrélation positive entre la prévalence des effets indésirables et le nombre de médicaments prescrits.<sup>24,25</sup> Le seuil de dangerosité, en raison du risque élevé d'interférences médicamenteuses, du risque d'erreur d'administration ou d'accumulation, se situe pour la plupart des auteurs à cinq médicaments différents au moins pris quotidiennement.<sup>26</sup>

### **6.3. Iatrogénèse constatée et sa prévention**

Les arguments cumulés concernant la iatrogénèse représentaient 34,4% des motifs de déprescription.

La prévalence de la iatrogénèse constatée était importante: 13,4% des arguments concernaient la présence d'un effet indésirable, soit 81/314 médicaments. Des études antérieures menées en milieu hospitalier ont déjà rapporté des prévalences notables d'effets indésirables médicamenteux : la iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les sujets de plus de 65 ans, et de près de 20% des hospitalisations chez les octogénaires.<sup>27</sup> Ces effets indésirables sont principalement dus à 3 familles médicamenteuses : les psychotropes, les médicaments cardiovasculaires et les médicaments de la douleur (dont les anti-inflammatoires non stéroïdiens) dans la mesure où il s'agit de médicaments très souvent prescrits.<sup>28</sup> Nous pouvons donc établir un rapprochement entre ces études et la situation en ambulatoire à laquelle nous nous sommes intéressés.

La mention de la iatrogénèse constatée conduit logiquement à se poser la question d'une éventuelle réflexion préventive en amont. En effet, plusieurs études ont mis en évidence que 40 à 46,8% des effets indésirables médicamenteux constatés étaient prévisibles.<sup>25,29,30</sup> Or, dans notre étude, la part de prévention de la iatrogénèse était conséquente : 13,2% des arguments concernaient la prise en compte d'un « risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu », 3,3% un « risque majoré par le contexte pathologique », 3,3% une « interaction médicamenteuse dangereuse » et 1,2% pour une « contre-indication ».

### **6.4. Service médical rendu**

Les notions d'« inutilité » et d'« efficacité non prouvée » concernaient 7,4% des motifs de déprescription. Il s'agit d'une préoccupation retrouvée dans la littérature anglo-saxonne sous le terme d'« over-use » (prescription de médicaments pour lesquels il n'y a pas d'indication ou qui ont une efficacité limitée).<sup>31</sup> Citons par exemple l'étude de Hajjar qui constatait que 18,5% d'une population de patients âgés hospitalisés avaient au moins un médicament jugé inefficace.<sup>32</sup>

Dans notre étude les médicaments jugés inefficaces par les médecins généralistes étaient presque exclusivement les veinotoniques, les vasodilatateurs cérébraux et les anti-arthrosiques d'action lente. L'attitude vis-à-vis de ces spécialités était conforme à l'avis de la Commission de Transparence de la HAS qui a classé en 2006 ces médicaments comme ayant un Service Médical Rendu insuffisant. Cela crée une difficulté pour le prescripteur qui doit hiérarchiser les traitements en prenant en compte une ordonnance déjà longue, la pression du patient et parfois l'influence des laboratoires pharmaceutiques... De même qu'il n'est

parfois pas aisé de déprescrire, il est souvent difficile de ne pas prescrire à la fin d'une consultation. Devant une plainte mnésique, on peut prescrire un « oxygénateur cérébral »..., on peut aussi réfléchir avec le patient à ce que cela représente pour lui, à quelles angoisses cela réfère et au retentissement sur sa qualité de vie. L'issue de la consultation ne sera alors pas forcément une prescription.

## **6.5. Coût du médicament.**

Nous avons constaté que bien que ce ne soit pas une des préoccupations principales, les médecins généralistes prenaient en compte l'aspect économique. Fort heureusement l'argument du coût n'a jamais été cité comme seul motif de déprescription, mais se surajoutait le plus souvent à plusieurs autres motifs.

Les médicaments prescrits en ambulatoire ont bien évidemment un coût :

- un coût direct : 16,7 Millions d'euros en 2005.<sup>33</sup>

- et un coût indirect lié aux effets indésirables. Trinh-Duc a estimé le coût hospitalier direct des admissions pour effets indésirables médicamenteux à 1,8% du budget de l'hospitalisation publique en 2002.<sup>34</sup>

Compte tenu des difficultés actuelles de financement de notre système de soins il est logique que le médecin généraliste ait conscience du coût des actes qu'il prescrit. Cependant il serait à déplorer que cela prenne une place trop importante, voire prépondérante, dans la décision thérapeutique.

## **6.6. Prescriptions inappropriées.**

La prescription inappropriée représentait 6,6% des motifs de déprescription.

Une prescription inappropriée (« misuse ») est le plus souvent définie par le fait que le risque du médicament dépasse le bénéfice escompté.<sup>30</sup> Plusieurs auteurs, dont Beers et Spinewine, ont cherché à établir des critères de prescriptions inappropriées.<sup>35,36,37</sup> Par exemple, prescrire une benzodiazépine de demi-vie longue ou un « neuroleptique caché » chez la personne âgée. Ce sont les critères de Beers qui font référence en la matière. Grâce à ces données on a pu mener différentes études établissant notamment un lien entre les prescriptions inappropriées, la polymédication et les effets indésirables médicamenteux.<sup>38, 39</sup>

## **6.7. Absence de bénéfice attendu par rapport à l'espérance de vie : des études insuffisantes chez les personnes âgées**

Il s'agit là d'une question difficile pour le médecin généraliste qui est confronté à deux interrogations difficiles : Comment évaluer l'espérance de vie du patient ? Et comment intégrer à la fois la polypathologie, les interactions médicamenteuses, le métabolisme particulier de la personne âgée ?<sup>40</sup> Ce questionnement se fait le plus souvent en l'absence de recommandation pour guider la prescription dans le grand âge.<sup>41</sup> En effet, les sujets très âgés, en raison de leurs polypathologies et du déclin cognitif (qui pose le problème du consentement éclairé), sont souvent exclus des essais thérapeutiques. L'évaluation de la balance bénéfice-risque est donc laissée à la seule compétence du médecin traitant.

Nous ne ferons que citer la situation particulière des soins palliatifs qui est une circonstance extrême de déprescription et pose des questions éthiques difficiles. Il s'agit de trouver la juste prescription pour soulager le patient sans acharnement thérapeutique.

## **6.8. Observance**

Nous avons constaté que la problématique de l'observance médicamenteuse était souvent recherchée puisque 3,6% des arguments pour déprescrire concernaient une mauvaise observance.

En milieu ambulatoire, une étude prospective a analysé 1523 accidents médicamenteux survenus chez des sujets âgés pendant 1 an. Ils ont été imputés à un défaut d'observance dans 21% des cas.<sup>42</sup> Il s'agit donc d'un point à ne pas négliger quand on sait que le respect des prescriptions ne dépasse généralement pas 80%, pour n'être que de 50% seulement dans les traitements au long cours d'affections chroniques.<sup>43</sup>

## **6.9. Remarque**

Plusieurs annotations en bas des « fiches consultations » mentionnaient une forte volonté de déprescrire du fait que le patient était un nouveau patient. Un regard neuf sur la prescription semble donc favoriser la déprescription. Parfois il peut être nécessaire de prendre du recul sur ses prescriptions et de solliciter un avis extérieur. C'est le rôle de la consultation de gériatrie par exemple.

## **7. Quelles étaient les causes d'échec de la déprescription ?**

### **7.1. Le patient : frein majeur de la déprescription**

L'un des points fondamentaux démontré par notre étude est le rôle central occupé par le patient : 49,4% des échecs de déprescription étaient liés à l'influence du patient. Ce motif a été cité pour 68% des médicaments. Autrement dit, même si le médecin généraliste était à la pointe de la formation sur la déprescription, avec les meilleurs outils et toutes les mesures incitatives possibles, plus de deux fois sur trois, il s'est heurté au refus du patient. Certes on peut se féliciter de l'implication forte du patient dans la décision thérapeutique. Le recours à l'information notamment via internet a rendu la médecine générale moins « paternaliste ». Cependant le corollaire de cette prise d'autonomie du patient concernant la gestion de sa santé est le suivant : chaque décision demande discussion, argumentation, information et éducation. Cette influence du patient dans la décision thérapeutique laisse entrevoir des pistes d'action notamment en terme d'éducation sanitaire de la population. D'ailleurs, l'échec relatif des mesures récentes en faveur de la diminution de prescription des psychotropes en France peut être rapproché de cette situation. Il y a donc des mesures à prendre, en terme d'éducation sanitaire notamment, pour sensibiliser nos patients et changer les mentalités. Puisque la campagne concernant la limitation de l'utilisation des antibiotiques a été entendue du grand public, on pourrait imaginer d'autres informations sur le même mode.

### **7.2. L'obstacle déontologique**

Bien que les médecins aient attribué un poids limité à l'argument « obstacle déontologique, si vous n'êtes pas l'initiateur de la prescription » sur l'échelle visuelle analogique (4/10), cet argument représentait finalement 16,5% des causes réelles d'échec de déprescription. En fait cette justification émanait principalement de médecins remplaçants et non de généralistes installés vis-à-vis du médecin spécialiste d'organe. Cela peut traduire un certain respect à l'égard des habitudes de prescription du médecin qui est remplacé, mais aussi peut-être une démarche de facilité...

### **7.3. Risque de syndrome de sevrage et/ou d'effet rebond**

A contrario, la crainte d'un syndrome de sevrage, qui semblait a priori être le frein le plus important, s'est révélée être un argument mineur (5,9% des causes d'échec de déprescription). Cela traduit donc là une donnée que le médecin anticipe et maîtrise.

### **7.4. Influence de l'entourage**

L'influence de l'entourage du patient était peu citée comme cause d'échec de déprescription (5,3%), probablement parce qu'il n'était pas présent à chaque consultation. Il n'est pourtant certainement pas à négliger. Si l'on considère le poids du patient dans la décision thérapeutique, on imagine qu'il peut facilement être renforcé par la présence d'une tierce personne à la consultation. C'est pourquoi la sensibilisation de la population générale semble aussi intéressante. Mais il faut aussi élargir l'entourage du patient aux aidants, infirmières, pharmaciens... Leur influence est à prendre en compte dans les choix du patient grâce à leur rôle de conseil au quotidien.

### **7.5. Le manque de temps**

Le manque de temps arrivait en dernière position des causes d'échec de déprescription (4,1%). Cette notion de temps est importante car déprescrire demande du temps : le temps de la révision de l'ordonnance, puis le temps consacré à obtenir l'adhésion du patient. Cela pose le problème de la gestion du temps en médecine libérale. Quelle est la bonne durée pour une consultation? Le nombre d'actes quotidiens entre 18 et 50 nous a renseigné sur la diversité des pratiques...

## **8. Autres facteurs influents sur la déprescription**

Outre les facteurs classiquement retrouvés dans la littérature comme étant des freins ou facilitant la déprescription, il semblait exister d'autres déterminants de la déprescription. C'était le cas notamment de l'âge du médecin et du nombre d'actes quotidiens pour lesquels les statistiques mettaient en évidence une influence significative sur la déprescription.

### **8.1. L'âge du médecin**

Alors que le nombre de patients inclus et les souhaits de déprescrire ne différaient pas significativement selon l'âge, la déprescription réelle était significativement supérieure chez les médecins plus âgés. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce chiffre :

- La proportion élevée de remplaçants au sein des médecins plus jeunes, puisqu'on avait constaté si dessus que l'obstacle déontologique était plus souvent mentionné chez ces médecins. Plusieurs commentaires sur les « fiches consultations » allaient dans ce sens, par exemple : « *Le patient préfère attendre le retour de son médecin traitant* » après une suggestion de déprescription.

- L'expérience du médecin plus âgé dans la relation médecin-malade doit aider à convaincre le patient qui nous l'avons vu était le frein principal de la déprescription.

### **8.2. Le nombre d'actes quotidiens**

Logiquement, un nombre d'actes quotidiens plus élevé était corrélé de façon significative à un nombre de patients inclus plus important. Mais alors que le nombre de patients inclus était plus important chez ces médecins, les souhaits de déprescriptions étaient moindres. Rappelons d'ailleurs que l'on pouvait souhaiter déprescrire plusieurs médicaments sur une même ordonnance. On peut penser dans ce cas que l'analyse de l'ordonnance dans un temps plus limité restreint le champ des possibilités. On peut supposer aussi que la consultation plus rapide n'incite pas à essayer de déprescrire les médicaments psychotropes par exemple qui demandent un plus fort investissement dans la relation médecin-malade. Ceci expliquerait le second résultat selon lequel les médecins qui réalisent le plus d'actes ont un ratio déprescription réelle/souhaits plus élevé.

### **8.3. La formation à la déprescription**

Les médecins ayant déclaré avoir été initiés à la déprescription avaient un ratio déprescription réelle/souhaits significativement inférieur aux médecins non initiés. Ce chiffre quelque peu déroutant ne doit pas faire remettre en cause la formation. Au contraire on peut penser (et cette hypothèse est confirmée par les commentaires écrits de certains médecins) que ceux qui ont été formés effectuent le travail de déprescription au fur et à

mesure des consultations. Cela signifierait que tous les médecins déprescrivent... s'ils y sont sensibilisés. Peut-être notre étude y aura-t-elle contribué...

#### **8.4. Groupes de pairs**

La participation à un groupe de pairs n'a pas eu d'influence significative sur la déprescription. Notons que les médecins participant à notre étude avaient une formation particulièrement importante et variée qui leur permettait d'être sensibilisés au sujet de diverses manières.

### **9. Le médecin généraliste au centre de la problématique de déprescription**

Au cours des sollicitations téléphoniques des médecins généralistes, nous avons rencontré à plusieurs reprises un certain scepticisme vis-à-vis de la déprescription. Cette remise en question naissait d'expériences similaires de patients hospitalisés pour une pathologie aiguë et dont l'ordonnance de sortie était amputée d'un certain nombre de traitements en accord avec les bonnes pratiques de (dé)prescription. Ces patients étaient tellement déstabilisés psychologiquement par les modifications de traitement que le médecin généraliste se considérait « obligé » en quelque sorte de réintroduire les médicaments au cours des semaines suivant le retour à domicile.

Ce constat, au lieu de décourager, doit replacer le médecin généraliste comme acteur principal de la déprescription. Déprescrire demande une bonne connaissance du patient et les explications nécessaires à l'obtention de son adhésion. Cette démarche doit pouvoir s'inscrire dans le temps, éventuellement sur plusieurs consultations.

Les personnes âgées, du fait de leurs polyopathologies, sont principalement concernées par la déprescription. Pour ces patients le handicap et l'éloignement géographique sont un frein à l'accès aux médecins spécialistes « d'organe ». C'est alors au médecin généraliste que peut revenir l'entière responsabilité du traitement médical.

Comme le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 l'a souligné, le médecin généraliste est responsable de 85% des prescriptions de psychotropes en France.<sup>44</sup> Or, de nombreux travaux font état d'une surconsommation française de ces molécules qui sont les plus délicates à déprescrire en raison des phénomènes de dépendance.

Il est donc important de redonner toute leur valeur aux consultations considérées hâtivement de « renouvellement d'ordonnance » par les patients qui n'y voient qu'un simple « recopiage ». Le médecin doit redonner toute son importance à cet acte. La première étape pourrait consister à changer le vocabulaire en parlant plutôt d'une « révision de l'ordonnance ».

## **10. Problèmes méthodologiques de notre étude.**

Notre étude comporte plusieurs biais dont le principal est la taille de l'échantillon qui ne permet pas un fort degré de significativité des résultats. Ainsi, nous aurions souhaité détailler par exemple plus précisément les causes de déprescription par spécialité médicamenteuse ; mais le manque d'effectif ne rendait pas les résultats obtenus exploitables.

L'échantillonnage non aléatoire de notre population de médecins constitue un biais de sélection important. En revanche, comme nous l'avons expliqué précédemment, cet écart nous a permis de compenser le fort taux de non-réponses habituel dans ce genre d'enquête.

Il existe un autre biais de sélection lié à la méthode des auto-questionnaires puisque les personnes qui répondent sont souvent différentes de celles qui ne répondent pas. On peut en effet penser que les médecins de notre étude étaient par avance sensibilisés au thème de la déprescription.

Déprescrire s'inscrit dans une démarche de qualité des soins et non comme une simplification numérique de l'ordonnance. C'est pourquoi il aurait sûrement été intéressant d'avoir une démarche plus qualitative pour sensibiliser les déterminants de la déprescription. Nous aurions pu imaginer des entretiens semi-dirigés avec des médecins à propos de cas concrets ou une réflexion pluridisciplinaire en « focus groupes ».

Le point de vue du patient est aussi un élément que nous aurions aimé développer puisqu'il apparaît comme étant un déterminant majeur dans notre étude. De même les positions de l'entourage, des aidants et des personnels paramédicaux auraient été à prendre en compte.

# Conclusion

L'objectif de cette première étude prospective sur la déprescription, menée auprès de 50 médecins généralistes, était d'évaluer le comportement des médecins généralistes face à la déprescription.

Ce travail a tout d'abord été l'occasion d'élaborer une méthodologie puisqu'il n'existait pas d'étude similaire dans la littérature. Il nous a fallu trouver une méthode permettant de quantifier la déprescription, mais aussi de tester des arguments plus subjectifs, tout en satisfaisant aux exigences du travail en médecine libérale.

L'étude prospective sur 3 jours en cabinets de médecine générale a permis de valider notre hypothèse de travail : les médecins généralistes avaient largement intégré la démarche de déprescription dans leur pratique (6,7 souhaits de déprescription par médecin sur 3 jours), et utilisaient de façon assez homogène le vaste champ des indications. Les motifs le plus souvent cités pour la déprescription étaient l'absence d'indication (16,2%), l'excès de médicaments (15,7%) et la présence d'un effet indésirable (13,4%).

Cette pratique pourrait encore être optimisée dans la mesure où nous avons constaté que certains outils disponibles pour aider à la déprescription étaient méconnus.

Malgré de récentes actions de la HAS pour limiter l'utilisation des benzodiazépines et médicaments apparentés, nous avons constaté que les psychotropes restaient au cœur de la problématique de déprescription. Par contre, la notion de « Service Médical Rendu insuffisant » avait été entendue puisqu'un important volume de déprescription était représenté par les veinotoniques, vasodilatateurs cérébraux et anti arthrosiques d'action lente.

Au terme de cette étude nous avons surtout été interpellés par la grande réticence du patient vis-à-vis de la déprescription, puisqu'il représentait 43,5% des motifs d'échec. Nous pensons qu'il serait maintenant intéressant d'apporter un éclairage sur le point de vue du patient afin de mieux comprendre quels arguments ont motivé ces refus.

Il existe certainement d'autres facteurs influençant la déprescription. Les résultats concernant l'influence significative de l'âge du médecin et du nombre d'actes quotidiens laissent pressentir qu'une étude complémentaire de plus grande ampleur pourrait révéler encore d'autres déterminants.

# Annexes

## Annexe 1

Emilie BOISDIN

143 rue Louis Pasteur 76160 Darnetal

[goujonemilie@hotmail.fr](mailto:goujonemilie@hotmail.fr)

tel : 06 66 17 73 93

Objet : thèse dé-prescription médicamenteuse

Cher(e) confrère,

Interne en médecine générale à l'université de Rouen, je réalise ma thèse sur le thème de la **dé-prescription médicamenteuse**.

La « dé-prescription » traduit l'acte visant à arrêter de façon volontariste une prescription. Partenaire de cette démarche, la HAS met en place des outils d'aide à l'amélioration des pratiques professionnelles, notamment dans le cadre du PMSA (plan pour l'amélioration des Prescriptions Médicamenteuses chez le Sujet Agé).

L'objectif principal de ce travail est d'**étudier le comportement des médecins généralistes face à la dé-prescription** : quelles classes médicamenteuses sont principalement dé-prescrites ? Quelles raisons incitent les médecins généralistes à dé-prescrire ? Quels sont les freins à la dé-prescription ?

Je vous propose donc de participer à cette étude qui se déroulera sur 3 de vos journées de consultation, de la façon suivante :

- Questionnaire préalable (*15 questions, 3 minutes*)
- Fiches consultations : A l'occasion des renouvellements d'ordonnance sur **3 jours**, vous serez invités à remplir une fiche (*3 questions avec réponses à cocher*) dès que vous penserez à dé-prescrire un médicament.

Ces documents ont été créés dans un souci d'efficacité, afin de ne pas retarder vos consultations.

Merci de répondre avant le **15 octobre 2010**, soit en imprimant les questionnaires en pièce jointe, soit en m'envoyant votre adresse par mail ([goujonemilie@hotmail.fr](mailto:goujonemilie@hotmail.fr)) afin que je vous adresse un exemplaire papier avec enveloppe retour.

Je serai bien entendu à votre disposition pour vous communiquer les résultats si vous le souhaitez.

Je vous remercie infiniment de votre collaboration à ma thèse, étape ultime avant d'avoir l'honneur et le plaisir de m'installer parmi vous.

Bien cordialement ,

Emilie BOISDIN

## Questionnaire dé-prescription

Vous êtes :

- Médecin généraliste installé*
- Médecin remplaçant*
- Généraliste enseignant ou maître de stage*

Age :

Mode d'exercice :

- Seul*
- Cabinet de groupe*
- Maison pluridisciplinaire de santé*

Vous exercez dans une ville:

- De moins de 5 000 habitants*
- Entre 5 000 et 50 000 habitants*
- De plus de 50 000 habitants*

Nombre moyen d'actes par journée de travail :

Votre dossier patient est-il informatisé ?

- Oui*

Non

**Si oui, utilisez-vous pour rédiger vos ordonnances des alertes électroniques pour les contre-indications et interactions médicamenteuse ?**

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Systématiquement

**La « Consultation de synthèse annuelle ALD » est une occasion de réévaluer les traitements. Vous la pratiquez :**

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Une fois par an pour chaque patient

**Avez-vous été initié à la dé-prescription lors de votre formation médicale initiale ou continue :**

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Suffisamment

**L'année passée, avez-vous participé à des FMC sous les formes suivantes :**

- Congrès (Nombre : )
- Soirée organisée par un laboratoire (Nombre : )
- FMC facultaire (Nombre : )
- Abonnement à une revue médicale. Laquelle?...
- Abonnement à un périodique médical électronique. Lequel ?...
- Groupe de pairs (Nombre : )
- EPP (Nombre : )
- Autre. Préciser :...

**Lors de ces formations, les thèmes suivant ont-ils été abordés :**

- Dé-prescription médicamenteuse :  Oui  Non  
Iatrogénèse :  Oui  Non

**Sur quels aspects de la dé-prescription souhaiteriez-vous avoir une information complémentaire ?**

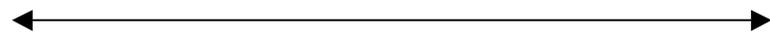
**Concernant le « programme pour l'amélioration de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé » (PMSA) de la HAS :**

- Je n'en connaissais pas l'existence*
- J'en ai entendu parler mais ne l'ai jamais consulté*
- Je le connais et je me suis déjà référé à des documents de ce programme*
- Je le connais mais je ne le trouve pas utile*

**Ces propositions sont-elles pour vous des freins à la dé-prescription?**

*Cocher sur l'Echelle Visuelle Analogique*

*Réticence du patient à arrêter le traitement*



*Pas du tout    Un peu    Moyennement    Beaucoup    Frein majeur*

*Risque de rupture de confiance avec le patient*



*Insistance de l'entourage (famille, infirmière... ) pour maintenir le traitement*



*Manque de temps*

*Obstacle « déontologique » si vous n'êtes pas l'initiateur de la prescription*

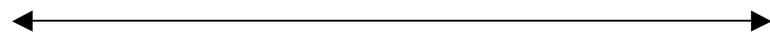


*Risque de syndrome de sevrage et /ou d'effet rebond (quand il existe)*



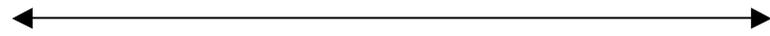
**Quels sont les avantages de la dé-prescription ?**

*Améliorer l'observance*

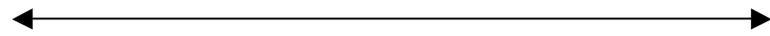


*Pas du tout    Un peu    Moyennement    Beaucoup    Avantage majeur*

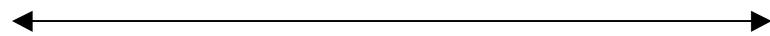
*Réduire les effets indésirables médicamenteux*



*Réduire les coûts de santé publique*



*Se recentrer sur les médicaments indispensables*



## Fiches consultations

Durant 3 jours de consultation, chaque fois que vous souhaitez dé-prescrire un ou des médicament(s), merci de remplir une fiche patient, suivant l'exemple :

### Patient 1

Nombre de médicaments sur l'ordonnance à renouveler:

Exemple

Nom du médicament	Zopiclone			
<b>Pourquoi le dé-prescrire ?</b>				
Présence d'un effet indésirable	X			
Risque majoré par le contexte pathologique (fièvre, déshydratation, insuffisance rénale...)				
Interaction médicamenteuse dangereuse				
Prescription inappropriée (demi-vie longue chez le sujet âgé, «neuroleptique caché»...)	X			
Absence actuelle ou disparition d'indication				
Jugé inutile, efficacité non prouvée				
Mauvaise observance				
Contre indication				
Trop de médicaments				
Risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu				
Diminution des coûts de santé	X			
Pas de bénéfice attendu par rapport à l'espérance de vie				
Grossesse				
Je connais mal ce médicament				
Non remboursé				
Autre. Préciser : ...				
<b>Avez-vous finalement dé-prescrit ce médicament à la fin de la consultation ?</b>				
Oui				
Non	X			
<b>Si non, pourquoi ?</b>				
Refus du patient	X			
Crainte d'une rupture de confiance avec le patient				
Intervention de l'entourage du patient				
Manque de temps	X			
Vous n'êtes pas l'initiateur de la prescription				
Crainte d'un sevrage et /ou d'effet rebond				
Diminution progressive de posologie				
Autre. Préciser : ...				

## Patient 2

Nombre de médicaments sur l'ordonnance à renouveler :

Nom du médicament				
Présence d'un effet indésirable				
Risque majoré par le contexte pathologique (fièvre, déshydratation, insuffisance rénale...)				
Interaction médicamenteuse dangereuse				
Prescription inappropriée (demi-vie longue chez le sujet âgé, «neuroleptique caché»...)				
Absence actuelle ou disparition d'indication				
Jugé inutile, efficacité non prouvée				
Mauvaise observance				
Contre indication				
Trop de médicaments				
Risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu				
Diminution des coûts de santé				
Pas de bénéfice attendu par rapport à l'espérance de vie				
Grossesse				
Je connais mal ce médicament				
Non remboursé				
Autre. Préciser : ...				
Oui				
Non				
Refus du patient				
Crainte d'une rupture de confiance avec le patient				
Intervention de l'entourage du patient				
Manque de temps				
Vous n'êtes pas l'initiateur de la prescription				
Crainte d'un sevrage et /ou d'effet rebond				
Diminution progressive de posologie				
Autre. Préciser : ...				
<b>Commentaires :</b>				





# Références bibliographiques

- 
- <sup>1</sup> Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire ». La Presse Médicale, mai 2004 ; 33(9) : 583-5.
- <sup>2</sup> Doucet J, Queneau P, Paille F. « Alléger » l'ordonnance exige de la méthode. Le concours médical, 2008 ; 130 (19/20) : 969-72.
- <sup>3</sup> Woodward MC. Deprescribing : Achieving better health outcomes for older people through reducing medications. J. Pharm. Prct. Res., 2003 ; 33 : 323-8.
- <sup>4</sup> Mercier J. Réévaluation des prescriptions médicamenteuses au cours d'une hospitalisation non programmée en cours séjour gériatrique [Thèse]. Université de Rouen ; 2007.
- <sup>5</sup> Tanguy-Gouraud A. La déprescription chez le sujet âgé : à propos des prescriptions de l'entrée jusqu'à la sortie d'un service de médecine polyvalente gériatrique [Thèse]. Université de Nantes ; 2008.
- <sup>6</sup> Assel D. Polymédication chez la personne âgée. Réflexion sur l'optimisation des prescriptions. A propos de 120 dossiers au sein d'un groupe de médecins généralistes [Thèse]. Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2009.
- <sup>7</sup> Czernichow P, Chaperon J, Le Coutour X. Epidémiologie. Abrégés Masson, 2001.
- <sup>8</sup> Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en Haute-Normandie. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2009.  
[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Haute-Normandie\\_0.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Haute-Normandie_0.pdf)
- <sup>9</sup> Bouvenot G. Comment prévenir le risque thérapeutique médicamenteux. Revue de Médecine Interne, 2001 ; 22 : 1237-43.
- <sup>10</sup> Kocken GA. Medication discussion groups in the Netherlands : five years of experience. Medical Education, 1999 ; 33 : 390-3.

---

<sup>11</sup> Stein CM, Grifflin MR, Taylor JA, Pichert JW, Brandt KA, Ray WA. Educational progress for nursing home physicians and staff to reduce use of non-steroidal anti-inflammatory drugs among nursing home residents : a randomized controlled trial. Medical Care, 2001 ; 39 : 436-45.

<sup>12</sup> Cercle de qualité et benzodiazépines : des généralistes pilotent le sevrage. Le Concours médical, 2008 ; supplément au numéro 5 : 3-12.

<sup>13</sup> HAS. Ensemble, améliorons la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA), 2010. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa)

<sup>14</sup> L' Assurance maladie. Convention nationale des médecins généralistes : mise en œuvre du protocole d'accord signé le 29/0/2002. Circulaire : CIR-62/2002. [http://www.mediam.ext.cnamts.fr/cgi-ameli/aurweb/ACIRCC/FICHE?AUR\\_FILE=2002/CIR-62-2002.PDF&ARCHIVE=ARCHIVENON&REF=CIR-62%2F2002&TYPRECH=MULTI](http://www.mediam.ext.cnamts.fr/cgi-ameli/aurweb/ACIRCC/FICHE?AUR_FILE=2002/CIR-62-2002.PDF&ARCHIVE=ARCHIVENON&REF=CIR-62%2F2002&TYPRECH=MULTI)

<sup>15</sup> Binsinger R. La consultation approfondie en médecine générale [Thèse]. Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2010.

<sup>16</sup> Assurance maladie. Prévenir le risque iatrogène médicamenteux chez la personne âgée. CAPI, programme d'évolution des pratiques. [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/capi-iatrogenie.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/capi-iatrogenie.pdf)

<sup>17</sup> AFSSAPS. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé ; juin 2005. [www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)

<sup>18</sup> Assurance maladie. CAPI, 1ers résultats après une année d'existence. 2010.

<sup>19</sup> HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez les personnes âgées. HAS, octobre 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_601509/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601509/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age)

---

<sup>20</sup> AFSSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandation de bonne pratique. Mai 2003.  
[http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Strategies-therapeutiques-medicamenteuses-et-non-medicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-Recommandations-de-bonne-pratique/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Strategies-therapeutiques-medicamenteuses-et-non-medicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-Recommandations-de-bonne-pratique/(language)/fre-FR)

<sup>21</sup> Al Mahdy H, Semour DG. How much can elderly patients tell about their medications? Postgrad Medical Journal, 1990 ; 66 : 116-21.

<sup>22</sup> Paille F. La surconsommation médicamenteuse des personnes âgées. Thérapie, 2004 ; 59(2) : 215-22.

<sup>23</sup> Salles-Montaudon N, Fourrier A, Dartigues JF, Rainfray M, Emeriau JP. Evolution des traitements médicamenteux des personnes âgées vivant à domicile. La Revue de Médecine Interne août 2000 ; 21(8) : 664-71.

<sup>24</sup> Queneau P, Doucet J, Paille F. Complications de la polymédication, en particulier chez les personnes âgées. Lecture à l'Académie Royale de médecine de Belgique le 24 juin 2006. Bulletin de l'Académie Royale de Médecine, Belgique, 2006 ; 161(6) : 408-24

<sup>25</sup> Queneau P, Trombert B, Carpentier F, Trinh-Duc A, Bannwarth B, Bouget J et l'APNET. Accidents médicamenteux (à propos d'une étude prospective de l'APNET réalisée dans 7 services d'accueil et d'urgences français). Propositions pour des mesures préventives. Annales de Pharmacie Françaises, 2005 ; 63 : 131-42.

<sup>26</sup> Gonthier R, Blanc P, Stierlam F. Faut-il traiter toutes les maladies de la personne âgée ? Thérapie, 2004 ; 59(2) : 227-32.

<sup>27</sup> Legrain S. Mieux prescrire chez le sujet âgé en diminuant l' « underuse », la iatrogénie et en améliorant l'observance. Bull. Acad. Natle Med., février 2007 ; 191(2) : 269-70.

<sup>28</sup> Queneau P, Bannwarth B, Carpentier F, Guliana JM, Bouget J, Trombert B, Leverage X, Lapostolle F, Borron SW, Adnet F. On behalf of Association Pédagogique pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET). Emergency department visits caused by adverse drug events : result of a French survey. Drug safety, 2007 ; 30(1) : 81-8.

- 
- <sup>29</sup> Gurwitz JH, Field TS, Judge J, Rochon P, Harrold LR, Cadoret C et *al.* The incidence of adverse drug events in two large academic long-term facilities. *The American Journal of Medicine*, 2005 ; 118 : 251-8.
- <sup>30</sup> Doucet J, Jego A, Noël D, Geffroy CE, Capet C, Coquard A, Couffin E, Fauchais AL, Chassagne P, Mouton-Schleifer D, Bercoff E. Preventable and non preventable risk factors for adverse drug events related to hospital admissions in the elderly : a prospective study. *Clinical Drug Investigation*, 2002 ; 22(6) : 385-92.
- <sup>31</sup> Legrain S, Lacaille S. Prescription médicamenteuse du sujet âgé. *EMC-Médecine* 2005 ; 127-36.
- <sup>32</sup> Hajjar ER, Hanlon JT, Sloane RJ, Lindblad CI, Pieper CF, Ruby CM, Branch LC, Schmader KE. Unnecessary drug use in frail older people at hospital discharge. *Journal of American Geriatric Society*, 2005 ; 53(9) : 1518-23.
- <sup>33</sup> Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Les dépenses de la sécurité sociale. Septembre 2006.  
<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Chapitre1.pdf>
- <sup>34</sup> Trinh-Duc A, Trombert B, Queneau P, Carpentier F, Bannwarth B, Bouget J et l'APNET. Coût hospitalier des effets indésirables. *Journal d'économie médicale*, 2006 ; 24(1) : 19-27.
- <sup>35</sup> Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, 1991 ; 151 : 1825-32.
- <sup>36</sup> Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Archives of Internal Medicine*, 1997 ; 157 : 1531-6.
- <sup>37</sup> Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane K, Swine C, Haulon JT. Appropriate prescribing in elderly people : how well can it be measured and optimized? *The Lancet* 2007 ; 370 : 173-84.
- <sup>38</sup> Passarelli MC, Jacob-Filho W, Figueras A. Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population : inappropriate prescription is a leading. *Drugs Aging*, 2005 ; 22(9) : 767-77.

---

<sup>39</sup> Aparasu RR, Mort JR. Prevalence, correlates and associates outcomes of potentially inappropriate psychotropic use in the community-dwelling elderly. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2004 ; 2(2) : 102-11.

<sup>40</sup> Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. *La Revue de Médecine Interne* août 2004 ; 25(8) : 582-90.

<sup>41</sup> Queneau P, Doucet J, Paille F. Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? *Bull. Acad. Natle Med.* février 2007 ; 191(2) : 271-82.

<sup>42</sup> Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rotschild J, Debellis K. Incidence and preventability of adverse drug event among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*, 2003 ; 289 (9) : 1107-16.

<sup>43</sup> Imbs JL. La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse. *La Revue du Praticien* décembre 2008 ; 58(20) : 2283-7.

<sup>44</sup> Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)