

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 Thèse N°245

# **LA DEPRESCRIPTION : DES OBSTACLES AUX VOIES D'AMELIORATION**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés  
auprès de médecins généralistes

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le **13 octobre 2015**  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Amandine PARNEY  
Née le 19 mars 1987 à Viriat (01)



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 Thèse N°245

# **LA DEPRESCRIPTION : DES OBSTACLES AUX VOIES D'AMELIORATION**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés  
auprès de médecins généralistes

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le **13 octobre 2015**  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Amandine PARNEY  
Née le 19 mars 1987 à Viriat (01)

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président de l'Université	François-Noël GILLY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
Secrétaire Général	Alain HELLEU

## **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) VINCIGUERRA	Directrice : Christine
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

## **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA) MAUME-DESCHAMPS	Directeur : Véronique
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

# Faculté de Médecine Lyon Est

## Liste des enseignants 2014/2015

### ***Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers*** ***Classe exceptionnelle Echelon 2***

Cochat Pierre	Pédiatrie
Cordier Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat Christian	Chirurgie digestive
Guérin Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière François	Neurologie
Ninet Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

### ***Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers*** ***Classe exceptionnelle Echelon 1***

Baverel Gabriel	Physiologie
Blay Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis Philippe	Ophtalmologie
Finet Gérard	Cardiologie
Guérin Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin Xavier	Urologie
Mellier Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec Pierre	Immunologie
Morel Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize Michel	Physiologie
Ponchon Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

### **Première classe**

André-Fouet Xavier	Cardiologie
Barth Xavier	Chirurgie générale
Berthezene Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand Yves	Pédiatrie
Beziat Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot Olivier	Chirurgie digestive
Braye Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier Philippe	Cardiologie
Claris Olivier	Pédiatrie
Colin Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel Marc	Urologie
Cottin Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye François	Cardiologie
Di Fillipo Sylvie	Cardiologie
Disant François	Oto-rhino-laryngologie
Douek Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf Christian	Chirurgie digestive
Dumontet Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly Charles Patrick	Génétique
Fauvel Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot Marc	Neurochirurgie
Gueyffier François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat Jérôme	Neurologie
Lachaux Alain	Pédiatrie
Lina Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens Patrick	Anatomie
Mion François	Physiologie
Morelon Emmanuel	Néphrologie
Moulin Philippe	Nutrition
Négrier Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino Marc	Pédiatrie
Nighoghossian Norbert	Neurologie
Obadia Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion Alain	Urologie
Ryvlin Philippe	Neurologie

Scheiber Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete Caroline	Physiologie
Touraine Jean-Louis	Néphrologie
Truy Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée Bernard	Anatomie
Vanhems Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

***Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers***  
***Seconde Classe***

Allaouchiche Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet Lionel	Urologie
Bessereau Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender Alain	Génétique
Charbotel Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat Roland	Rhumatologie
Cotton François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton Laurent	Médecine légale
Faure Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet Yves	Pédiatrie
Girard Nicolas	Pneumologie
Gleizal Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot Arnaud	Médecine interne
Huissoud Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey Etienne	Pédiatrie
Juillard Laurent	Néphrologie
Jullien Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse Olivier	Chirurgie générale
Mure Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf Serge	Cytologie et histologie

Pignat Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet Gilles	Chirurgie générale
Raverot Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti Yves	Physiologie
Rouvière Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer Laurent	Biologie cellulaire
Souquet Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic Sandra	Neurologie
Wattel Eric	Hématologie ; transfusion

### ***Professeur des Universités - Médecine Générale***

Letrilliart Laurent	Médecine générale
Moreau Alain	Médecine générale

### ***Professeurs associés de Médecine Générale***

Flori Marie	Médecine générale
Lainé Xavier	Médecine générale
Zerbib Yves	Médecine générale

### ***Professeurs émérites***

Chatelain Pierre	Pédiatrie
Bérard Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio André	Cardiologie
Chayvialle Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret Daniel	Pédiatrie
Gharib Claude	Physiologie
Itti Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt Jean-Pierre	Anatomie
Petit Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset Bernard	Biologie cellulaire
Sindou Marc	Neurochirurgie
Trepo Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas Paul	Neurologie
Trouillas Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence



### ***Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers-Hors classe***

Benchaib Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies Philippe	Médecine et santé au travail
Germain Michèle	Physiologie
Jarraud Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton Eric	Cytologie et histologie
Rigal Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio Eric	Anatomie
Wallon Martine	Parasitologie et mycologie

### ***Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe***

Ader Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon Grégoire	Immunologie
Dubourg Laurence	Physiologie
Escuret Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda Marie Nathalie	Immunologie
Laurent Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti Noel	Nutrition
Pina-Jomir Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

***Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe***

Casalegno Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims Sylvain	Neurologie
Rimmele Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard Caroline	Génétique
Simonet Thomas	Biologie cellulaire
Thibault Hélène	Physiologie
Vasiljevic Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet Fabienne	Immunologie

***Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale***

Chanelière Marc	Médecine générale
Farge Thierry	Médecine générale
Figon Sophie	Médecine générale

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## COMPOSITION DU JURY

### **Président du jury :**

Monsieur le Professeur Alain MOREAU

### **Membres du jury :**

Monsieur le Professeur Guy LLORCA

Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON

Monsieur le Docteur Pierre GIRIER

Membre invitée :

Madame le Docteur Corinne PERDRIX

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Alain MOREAU**

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de présider ce jury. Je vous remercie pour vos précieux conseils. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon respect.

### **A Monsieur le Professeur Guy LLORCA**

Je suis honorée de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON**

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de siéger parmi ce jury. Soyez assuré de tout mon respect et de ma gratitude.

### **A Monsieur le Docteur Pierre GIRIER**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être le directeur de cette thèse. Merci pour vos conseils, votre professionnalisme et pour toute la confiance que vous m'avez accordée. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect.

### **A Madame le Docteur Corinne PERDRIX**

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assurée de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

### **A mes parents Maryse et Serge**

Mille mercis pour votre soutien durant toutes ces années, pour votre amour et pour la confiance que vous m'avez toujours accordée. Sans vous, je n'aurais pas pu réaliser le chemin accompli. Vous trouverez en ce travail l'expression de toute ma reconnaissance.

### **A Julien**

Pour ton amour et ta patience pendant toutes ces années, pour chaque instant de bonheur passé et à venir.

### **A ma grand-mère Lucette**

Pour tout ce que tu représentes pour moi. Merci pour ta présence et ton soutien qui me sont précieux.

### **A mes autres grand-parents**

Pour les souvenirs heureux.

### **A mes oncles et tantes, Daniel et Marie-Thérèse, Jacky et Agnès**

Je vous remercie pour votre bienveillance et pour votre soutien.

### **A mes cousins, Sandra et Nicolas**

Merci beaucoup à tous les deux pour votre présence et pour votre soutien.

### **A ma belle-famille, Denise, Jean-Paul, Nathalie, Benjamin, Clémence et Juliette**

Pour la confiance que vous m'accordez et pour votre présence bienveillante.

### **A mes amies, tout particulièrement Elsa, Sophie, Emilie, Marjolaine, Elise, Elodie, Marie et Claire**

Pour votre soutien, votre présence et les heureux moments passés ensemble. Je vous embrasse fort.

**A mes amis peintres, sculpteurs et photographes** qui me permettent de vivre mon autre passion et d'en tirer les multiples ressources utiles à ma pratique de soignant. Merci pour tous ces instants de partage.

**A tous les médecins aux côtés de qui j'ai beaucoup appris**, notamment Aimé, Anne-Sophie, Bernard, Christelle, Christophe, Claire, Coralie, Hervé, Jacques, Patrick, Pierre, Sylvie, Thierry. Merci de m'avoir fait partager votre passion de la médecine.

**A ma tutrice, Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER**

Merci pour ces trois années d'échanges enrichissants.

**A Monsieur David SORET**

Pour votre aide dans mes recherches bibliographiques.

**A tous ceux que je n'ai pas cités,**

Merci également pour l'aide apportée.

**A mes patients**

**Enfin, à tous les médecins qui ont participé aux entretiens**

Un grand merci pour le temps que vous m'avez offert et pour tout l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>4</b>
<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODES</b>	<b>9</b>
II. 1. Recherche bibliographique	9
II. 2. Choix de la méthode	9
II. 2. 1. Méthode qualitative	9
II. 2. 2. Entretiens individuels semi-dirigés	9
II. 3. Caractéristiques des chercheurs	10
II. 4. Choix de la population	10
II. 4. 1. Critères d'inclusion et d'exclusion	10
II. 4. 2. Recrutement des médecins	10
II. 4. 3. Taille de l'échantillon	11
II. 5. Elaboration du guide d'entretien et réalisation des entretiens	11
II. 6. Retranscription des entretiens	12
II. 7. Relecture des entretiens par les médecins participants	12
II. 8. Méthode d'analyse des données	13
<b>III. RESULTATS</b>	<b>14</b>
III. 1. Caractéristiques de la population étudiée	14
Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés	14
III. 2. Caractéristiques des entretiens	15
Tableau 2 : Durée respective des entretiens	15
III.3. Résultats de l'analyse qualitative des données	17
III. 3. 1. Les déterminants de la déprescription	17
III. 3. 1. 1. Les médicaments	17
III. 3. 1. 2. L'approche centrée sur le patient au cœur de la motivation des médecins	23
III. 3. 1. 3. L'enjeu économique	27
III. 3. 1. 4. Expériences du médecin	28
III. 3. 1. 5. Autres acteurs	29
III. 3. 2. Les obstacles à la déprescription	32
III. 3. 2. 1. Les patients	32
III. 3. 2. 2. Les médicaments	48



III. 3. 2. 3. Les médecins_____	53
III. 3. 2. 4. Autres acteurs_____	77
III. 3. 3. L'évolution de la déprescription_____	82
III. 3. 4. Les propositions d'amélioration_____	85
III. 3. 4. 1. Absence de proposition concrète_____	85
III. 3. 4. 2. Aides extérieures_____	85
III. 3. 4. 3. Aborder la déprescription : un savoir-être et un savoir-faire_____	89
<b><u>IV. DISCUSSION</u></b>	<b>105</b>
<u>IV. 1. Forces de l'étude</u>	105
<u>IV. 2. Faiblesses de l'étude</u>	108
<u>IV. 3. Les obstacles à la déprescription</u>	110
<u>IV. 3. 1. Les obstacles liés aux représentations autour de la déprescription</u>	110
IV. 3. 1. 1. Les représentations des médecins concernant la démarche de déprescription_____	110
IV. 3. 1. 2. Le patient serait un des principaux obstacles à la déprescription selon les médecins_____	119
IV. 3. 1. 2. 1. Les réticences des patients selon les médecins_____	119
IV. 3. 1. 2. 2. Les croyances des médecins illustrent un fort investissement des médicaments_____	124
IV. 3. 1. 2. 3. Les attentes et l'ambivalence des patients parfois mal cernées par les médecins_____	126
<u>IV. 3. 2. Les obstacles liés au fonctionnement du système de santé</u>	128
IV. 3. 2. 1. L'organisation des soins_____	128
IV. 3. 2. 2. Les sources d'information concernant la déprescription_____	130
<u>IV. 4. Des obstacles intriqués dans les différentes étapes du processus de déprescription</u>	133
IV. 4. 1. Le processus de déprescription_____	133
IV. 4. 2. Les obstacles à la déprescription aux différentes étapes du processus_____	134
Tableau 3 : Les obstacles à la déprescription aux différentes étapes du processus_____	134
<u>IV. 5. L'inertie thérapeutique</u>	135
<u>IV. 6. Les attentes d'aides extérieures des médecins généralistes pour faciliter la déprescription</u>	136
<u>IV. 7. Le développement des compétences en médecine générale comme voie d'amélioration de la déprescription</u>	139
IV. 7. 1. Les six compétences essentielles en médecine générale_____	139

IV. 7. 2. Les étapes du processus de déprescription mettent en jeu les compétences en médecine générale_____	140
Schéma 1 : Les compétences en médecine générale dans le processus de déprescription_____	140
IV. 7. 3. Le développement des compétences en médecine générale lors des différentes étapes du processus de déprescription_____	141
<b><u>V. CONCLUSION</u></b>	<b>151</b>
<b><u>VI. BIBLIOGRAPHIE</u></b>	<b>154</b>
<b><u>VII. ANNEXES</u></b>	<b>161</b>
<u>ANNEXE I</u> : Guide d'entretien initial_____	161
<u>ANNEXE II</u> : Guide d'entretien final_____	165
<u>ANNEXE III</u> : Entretiens (sur CD-ROM)_____	169
<u>ANNEXE IV</u> : Algorithme de décision et de hiérarchisation des médicaments à déprescrire d'après Ian A. Scott_____	170
<u>ANNEXE V</u> : Les cinq étapes du processus de déprescription centré sur le patient d'après E. REEVES_____	171
<u>ANNEXE VI</u> : La marguerite des compétences d'après le CNGE_____	172
<u>ANNEXE VII</u> : La Conclusion de Thèse signée et le permis d'imprimer_____	173

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ACFA : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire  
Antibio. : Antibiotique  
Anxio. : Anxiolytiques  
ARAI : Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine de type II  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
AVK : Anti Vitamine K  
Benzo : Benzodiazépine  
CISP-2 : Classification Internationale des Soins Primaires  
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants  
COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
Cardio : Cardiologique  
Consult. : Consultation  
DAM : Délégués de l'Assurance Maladie  
DCI : Dénomination Commune Internationale  
FAC : Faculté  
FAYR-GP : French Association of Young Researchers in General Practice  
FMC : Formation Médicale Continue  
Gastro : Gastro-entérologique  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire  
Hémato : Hématologie  
Homéo : Homéopathie  
Hospit. : Hospitalisation  
I : Interne  
IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion  
Infarct : Infarctus  
INR : International Normalized Ratio  
IPP : Inhibiteur de Pompe à Protons  
Labo : Laboratoire  
M1 : Médecin 1  
M2 : Médecin 2  
M3 : Médecin 3  
M4 : Médecin 4

M5 : Médecin 5

M6 : Médecin 6

M7 : Médecin 7

M8 : Médecin 8

M9 : Médecin 9

M10 : Médecin 10

Médoc. : Médicament

MMS : Mini Mental State

NACO : Nouveaux AntiCoagulants Oraux

Occas. : Occasion

Pharmaco. : Pharmacologie

PS : Post scriptum

QT : Intervalle QT

Recos : Recommandations

Rhino-sinuso : Rhino-rhinosite

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SECU : Sécurité sociale

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

*“La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive,  
l'expérience trompeuse, le jugement difficile”*

Hippocrate, *Les Aphorismes*

# **I. INTRODUCTION**

Les patients subissent des événements indésirables majeurs dus aux médicaments (1). La iatrogénie médicamenteuse serait même la 4ème cause de mortalité selon une méta-analyse aux Etats-Unis (2).

En France, un des pays les plus consommateurs de médicaments (3), la iatrogénie médicamenteuse serait en lien avec 20% des hospitalisations des personnes âgées (4) et serait responsable de 10 000 à 30 000 décès chaque année (3).

La iatrogénie médicamenteuse est parfois la conséquence d'aléas thérapeutiques inévitables suite à des prescriptions appropriées mais elle est par ailleurs fréquemment la conséquence d'un excès de médicaments et de prescriptions inappropriées. La iatrogénie serait donc souvent évitable. Le principal facteur la favorisant serait le nombre de médicaments prescrits (5) (6).

La iatrogénie induit un coût majeur pour la société. En France, les prescriptions inappropriées et la iatrogénie qui en découle seraient à l'origine d'un coût estimé supérieur à 10 milliards d'euros par an (3).

## **Le terme déprescription**

Partant du principe de non malfaisance et du célèbre précepte "*Primum non nocere*", le terme déprescription s'impose peu à peu. Il se définit comme "l'arrêt volontariste d'une prescription" de médicaments inutiles ou délétères (7) ou encore comme la diminution ou l'arrêt de médicaments dans le but de prévenir les événements indésirables et de réduire l'utilisation inappropriée de médicaments (8). Il est question de supprimer des médicaments dont la balance bénéfice - risque est défavorable pour un patient donné. Véritable enjeu de santé publique, la nécessité d'une éventuelle déprescription devrait être considérée de façon systématique (7). Avoir choisi ce terme spécifique a un rôle pédagogique en soulignant une réelle démarche qui n'est pas simplement ne plus noter un médicament sur l'ordonnance sans se poser la question du contexte et des enjeux pour le patient (9).

## **Des difficultés de mise en oeuvre de la déprescription**

Au cours de mes différents stages hospitaliers et ambulatoires, j'ai remarqué que la déprescription était une démarche particulièrement difficile à mettre en oeuvre.

En 10 ans, le taux d'hospitalisations imputables à la iatrogénie en France n'a par ailleurs pas changé malgré les premiers constats lors d'études antérieures (1).

Nous nous sommes donc interrogés sur les obstacles à la déprescription en médecine générale. Notre hypothèse est que les médecins généralistes ont des difficultés à déprescrire, en lien avec notamment leurs pratiques, leurs croyances et leurs patients.

L'objectif principal de ce travail de thèse est ainsi d'analyser les obstacles à la déprescription. L'élaboration de solutions pour favoriser la déprescription était notre objectif secondaire. Notre mémoire d'initiation à la recherche en médecine générale a été un préalable à cette étude (10).

## **II. MATERIEL ET METHODES**

### **II. 1. Recherche bibliographique**

Les termes français utilisés dans notre recherche ont notamment été : “déprescription” “polymédication” “médecine générale”.

Les termes anglais étaient “deprescribing”, “ceasing prescribing” “stop prescribing”

Les sources utilisées ont principalement été Pascal, Pubmed, ScienceDirect, Cairn.info, le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC), Google et Google Scholar. Les bibliographies d’articles et de thèses en lien avec la déprescription ont également été des sources d’information.

La recherche bibliographique a été effectuée de mi-mai 2014 à mi-septembre 2015. Elle s’est progressivement enrichie d’études concernant la déprescription en tant que telle, celles-là étant rares au début de notre travail.

### **II. 2. Choix de la méthode**

#### **II. 2. 1. Méthode qualitative**

Pour étudier les perceptions et les expériences des médecins généralistes concernant la déprescription, une étude qualitative et donc plutôt inductive nous paraissait appropriée.

#### **II. 2. 2. Entretiens individuels semi-dirigés**

Comme pour notre mémoire, des entretiens individuels nous semblaient plus adéquats qu’une méthode par focus groups pour que les médecins puissent se livrer sans avoir l’impression d’être jugés par leurs confrères et pour ne pas se laisser perturber par d’éventuels leaders d’opinion.

Des entretiens semi-dirigés nous semblaient intéressants pour laisser s’exprimer le médecin au gré de ses pensées tout en dirigeant la discussion vers les principaux thèmes à explorer.



## **II. 3. Caractéristiques des chercheurs**

Interne en médecine générale, j'étais l'interviewer et le premier chercheur. Ce travail de thèse dans la continuité de mon mémoire d'initiation à la recherche était ma première étude qualitative. Je m'étais initiée à la recherche qualitative notamment grâce à des lectures sur ce sujet (11) (12) (13) et à une formation à l'Ecole d'automne de l'Association Française de jeunes chercheurs en médecine générale (FAYR-GP).

Mon directeur de thèse était le second chercheur. C'était un médecin généraliste enseignant à Lyon et exerçant en cabinet libéral. Il avait obtenu le titre de Professeur associé en médecine générale et était habitué aux études qualitatives.

Le troisième chercheur ayant participé à l'analyse des données était une personne de ma famille et n'appartenait pas au domaine médical.

## **II. 4. Choix de la population**

### **II. 4. 1. Critères d'inclusion et d'exclusion**

La population était constituée de médecins généralistes installés dans l'Ain aux caractéristiques variées. Nous avons fait le choix d'exclure les médecins généralistes remplaçants. En effet, ceux-ci semblaient constituer un biais car ils auraient tendance à attendre l'accord du médecin généraliste installé pour déprescrire (14).

### **II. 4. 2. Recrutement des médecins**

J'ai sollicité 12 médecins généralistes soit par téléphone (8 médecins) soit directement à leurs cabinets (4 médecins).

Je les ai sélectionnés en fonction de leurs caractéristiques (âge, sexe, exercice seul ou en groupe etc.), entretien après entretien.

Le recrutement s'est fait soit par le biais des Pages jaunes (pour les médecins 4, 5, 6, 7) soit par connaissance directe (pour les médecins 1, 2, 3, 8) ou indirecte (les médecins 9 et 10).

J'ai sollicité physiquement à leurs cabinets les 4 médecins que je connaissais, par ailleurs depuis peu. Tous les 4 ont accepté de réaliser un entretien avec moi au sujet de la déprescription.

Parmi les médecins que j'ai contactés par téléphone, 6 des 8 médecins ont répondu

favorablement. Un médecin femme de plus de cinquante ans a refusé de s'entretenir avec moi en invoquant qu'elle travaillait seule et que ce n'était pas dans son esprit d'accepter un entretien. Un autre médecin d'une trentaine d'années n'a pas donné suite à mon appel mais je n'avais pu parler qu'à sa secrétaire.

Dans l'ensemble, les médecins ont donc répondu très favorablement à mes demandes d'entretien.

Lorsque je les sollicitais, je leur présentais oralement mon travail de thèse en leur parlant du thème général de la déprescription sans préciser mes objectifs (rechercher les obstacles) afin d'éviter le biais d'un discours influencé lors de l'entretien. Je les ai sollicités un par un, entretien après entretien. Le nombre de médecins à contacter n'était donc pas prévu à l'avance. Le type d'échantillon était de type théorique c'est à dire qu'il s'est diversifié au fur et à mesure des entretiens. L'inclusion des 10 médecins a été réalisée de fin juillet 2014 à mi-juin 2015.

#### **II. 4. 3. Taille de l'échantillon**

Nous avons choisi d'arrêter les entretiens après le dixième étant donné que nous tendions vers une saturation des données définie par l'épuisement de nouveaux éléments au cours de l'analyse (11).

#### **II. 5. Elaboration du guide d'entretien et réalisation des entretiens**

Nous avons construit un guide d'entretien en veillant à ce que celui-ci ne soit pas trop directif.

Tout d'abord, je me présentais nominativement au médecin en tant qu'interne en médecine générale effectuant un travail de thèse. Je nommais également le médecin qui dirigeait celui-ci. Puis, j'exposais au médecin l'étude et ses modalités. Je recueillais son consentement éclairé, écrit et signé pour l'enregistrement de l'entretien au moyen d'une application dictaphone sur Smartphone (Wiko Cink Slim) suivi d'une anonymisation et de la retranscription de l'entretien. Je demandais au médecin de se présenter à son tour. J'effectuais une transition en lui demandant par la suite s'il avait déjà entendu parler du terme "déprescription" puis il définissait le terme avec mon aide éventuelle. Pour continuer à le mettre en confiance, nous avons déterminé une question ouverte initiale : "Pourriez-vous me parler d'une situation récente où vous avez souhaité déprescrire un

médicament à l'un de vos patients ?". Par la suite, je laissais libre cours au cheminement de la pensée du médecin en adaptant si besoin l'ordre des thèmes à aborder. Je veillais à recueillir des informations concernant ses motivations à déprescrire, sa façon d'aborder la déprescription, les obstacles rencontrés, ses expériences lors d'échecs et ses propositions d'amélioration. Des questions de relances étaient pré-déterminées, ouvertes tant que possible.

Je prenais des notes sur les éléments non verbaux de l'entretien, tout en donnant la priorité à l'écoute active et en évitant de distraire le médecin.

Notre mémoire d'initiation à la recherche a permis de tester le guide d'entretien grâce aux trois premiers entretiens. Celui-ci s'est avéré adéquat. Conformément aux méthodes qualitatives, nous avons néanmoins apporté de légères modifications au guide d'entretien au fur et à mesure des entretiens. Souvent, je n'avais pas de réponse approfondie à la question "Quelles sont vos peurs en déprescrivant ?", la question étant trop brutale peut-être, nous avons donc choisi de parler de craintes afin que les médecins soient potentiellement plus ouverts pour une réponse. Le guide d'entretien initial est présent en annexe I et le guide d'entretien final en annexe II.

Les 10 entretiens ont été réalisés de fin juillet 2014 à mi-juin 2015, peu de temps après l'inclusion respective de chacun des médecins.

## **II. 6. Retranscription des entretiens**

J'ai retranscrit mot à mot chaque entretien avec les éléments de langage non verbal, grâce à un logiciel de traitement de texte. L'enregistrement sonore à retranscrire durait au total 10 heures et 10 minutes, la retranscription était donc particulièrement longue. Il n'y a pas eu de correction des erreurs de langage. Les entretiens ont été rendus anonymes.

## **II. 7. Relecture des entretiens par les médecins participants**

Les entretiens ont tous été soumis aux médecins interviewés pour relecture, afin d'en garantir l'objectivité. Ils ont été transmis soit directement en mains propres, soit envoyés par e-mail ou par voie postale.

Suite à la lecture de son entretien, le médecin 9 a préféré que celui-ci ne figure pas dans

une thèse, malgré son accord oral et écrit concernant l'enregistrement, l'anonymisation et la retranscription dans le cadre d'un travail de thèse. Nous avons donc décidé de ne pas mettre son entretien en annexe. Il a déclaré avoir été gêné par la retranscription mot à mot sans pour autant avoir remis en cause l'objectivité de celle-ci. Il n'était pas habitué aux études qualitatives et davantage d'explications auraient peut-être été nécessaires. Le sujet lui paraissait finalement "trop d'actualité au niveau politique pour être serein". Selon lui "cet entretien très ouvert tout en étant dirigé amènerait à des conclusions qui à mon sens seraient simplificatrices pour un journaliste intéressé par le sujet" du fait que "le temps de consultation avec son déroulement habituel [...] et la responsabilité du médecin qui en découle qui doit établir un contrat (moral et de confiance) avec son patient, n'apparaît pas." Il a cependant estimé que ce sujet permettait une "réflexion sur notre travail quotidien."

Tous les autres entretiens retranscrits sont présents en annexe de la version numérique.  
(ANNEXE III)

## **II. 8. Méthode d'analyse des données**

L'analyse des données a été réalisée selon l'approche de la "théorisation ancrée" (13), au fur et à mesure de la récolte des données. Nous nous intéressions en effet à la compréhension d'un groupe, les médecins généralistes, à partir de l'analyse inductive transversale des entretiens. Les entretiens ont été lus plusieurs fois afin de s'imprégner du verbatim. Un codage ouvert par découpage en unités de sens a été déterminé selon l'analyse des données, décontextualisées. Je me suis aidée du logiciel d'analyse manuelle des données qualitatives NVivo 10. Les codes ont été regroupés en thèmes et sous-thèmes selon une analyse thématique. Puis, une conceptualisation par mise en relation des thèmes et sous-thèmes a été faite afin de tenter de rendre compte de la complexité du réel. Il a été réalisé une triangulation des chercheurs avec un médecin, mon directeur de thèse ainsi qu'une personne n'appartenant pas au domaine médical.

### **III. RESULTATS**

#### **III. 1. Caractéristiques de la population étudiée**

<b>Médecin</b>	<b>Genre</b>	<b>Age</b>	<b>Lieu d'exercice</b>	<b>Exercice seul ou en groupe</b>	<b>Ancienneté d'installation</b>	<b>Maîtrise de stage / Formation médicale continue</b>
1	Homme	61-70	Semi-rural	Pôle de santé	35 - 40 ans	Depuis moins de 3 mois / FMC régionales, Prescrire lu de temps en temps
2	Homme	61-70	Semi-rural	Pôle de santé	30 - 35 ans	Non / Pas de FMC
3	Femme	41-50	Semi-rural	Pôle de santé	5 - 10 ans	Depuis moins de 3 mois / FMC régionales, Groupe de Pairs, Prescrire et Exercer (peu lus)
4	Homme	31-35	Semi-rural	Seul	2 - 5 ans	Non / Prescrire (Lecteur émérite)
5	Femme	31-35	Rural	Cabinet de groupe	2 - 5 ans	Non / FMC départementales, Groupe de Pairs, Prescrire (lu de temps en temps)
6	Homme	51-60	Urbain	Maison médicale	20 - 25 ans	Oui / FMC régionales, Test de Lecture Prescrire
7	Femme	41-50	Urbain	Seul	10 - 15 ans	Non / FMC régionales
8	Homme	61-70	Semi-rural	Seul	30 - 35 ans	Oui / FMC régionales, sites internet, laboratoires pharmaceutiques
9	Homme	51-60	Semi-rural	Maison médicale	20 - 25 ans	Non / FMC, laboratoires pharmaceutiques, pas d'abonnement revue
10	Femme	51-60	Urbain	Seul	20 - 25 ans	Non / Laboratoires pharmaceutiques, presse médicale (pas Prescrire)

**Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés**

L'âge moyen des médecins était de 50 ans et demi. Le médecin le plus jeune avait 31 ans (médecin 5) et le plus âgé avait 64 ans (médecin 1). 6 des médecins étaient des hommes et 4 étaient des femmes. Leurs lieux d'exercice étaient rural, semi-rural ou urbain. Les médecins exerçaient seuls, en groupe, en maison médicale ou en pôle de santé. Certains étaient maîtres de stage et d'autres non.

La population de médecins était donc diversifiée.

### **III. 2. Caractéristiques des entretiens**

Les entretiens ont duré en moyenne une heure et une minute, en excluant la partie où le médecin se présentait en début d'entretien, partie néanmoins enregistrée également pour faciliter l'identification ultérieure des caractéristiques des médecins. Le plus court entretien durait 43 minutes 43 secondes (médecin 1) et le plus long durait 1 heure 42 minutes et 21 secondes (médecin 9).

Entretien	Durée
1	43 min 43 s
2	54 min 22 s
3	58 min 25 s
4	54 min 33 s
5	45 min 38 s
6	52 min 43 s
7	1 h 16 min 37 s
8	1h 17 min 56 s
9	1h 42min 21 s
10	44 min 01 s

**Tableau 2 : durée respective des entretiens**

9 entretiens sur 10 se sont déroulés sur le lieu de travail des médecins. Le 8ème entretien s'est déroulé au domicile du médecin dans son salon.

Les entretiens se sont déroulés durant la pause de midi des médecins hormis l'entretien 7 qui s'est déroulé le matin avant les consultations du médecin et l'entretien 8 en fin de matinée.

Le médecin 1 était soucieux de se rendre disponible et plutôt réservé. J'étais probablement moins à l'aise que pour les autres entretiens étant donné que c'était le

premier entretien.

Le médecin 2 était à l'aise et sûr de lui. Il n'hésitait pas à mettre en scène ses consultations.

L'entretien 3 a été entrecoupé à deux reprises quelques minutes suite à des impératifs du médecin (appel téléphonique et visite d'un informaticien qui nous a fait changer de bureau). Ce médecin avait une contrainte de temps mais était malgré cela assez décontracté.

Le médecin 4 était un jeune médecin adepte de la Revue Prescrire. A l'aise dans le domaine de la déprescription, il parlait facilement durant l'entretien, et s'imposait un peu comme un modèle de déprescripteur.

Le médecin 5 était un jeune médecin également. Nous n'avons pas été dérangés durant l'entretien.

Le médecin 6 était calme et posé. Il y avait un bruit de fond de pluie sur de la tôle durant tout l'entretien qui pouvait parfois être gênant mais les paroles restaient bien audibles.

L'entretien avec le médecin 7 a été entrecoupé à plusieurs reprises par des appels téléphoniques de patients.

Le médecin 8 semblait avoir accumulé une certaine expérience et sagesse. Il était calme et posé durant l'entretien. Nous avons été interrompus par un appel téléphonique du médecin.

Le médecin 9 était remonté avant de débiter l'entretien suite à une discussion politique avec sa secrétaire. Il a précisé par la suite qu'il revenait d'une nuit de garde et qu'il était particulièrement fatigué ce jour-là.

Le médecin 10 semblait légèrement plus réticent que les autres lors de ma prise de rendez-vous téléphonique. L'entretien a débuté avec quarante minutes de retard étant donné un retard dans les consultations du matin. Néanmoins, le médecin s'est rendu disponible pour le bon déroulé de l'entretien.

## **III. 3. Résultats de l'analyse qualitative des données**

### **III. 3. 1. Les déterminants de la déprescription**

#### **III. 3. 1. 1. Les médicaments**

- **Effets indésirables**

Les médecins déclaraient déprescrire en cas d'effets indésirables avérés.

**M8** : *“La cause la plus fréquente ça doit être les chutes hein. Donc en cas d'hypotension orthostatique, on retire les antihypertenseurs enfin une partie d'entre eux. Je pense que le plus fréquent c'est ça.”*

Le médecin 9 précisait que la déprescription était plus rapide s'il y avait des effets secondaires avérés.

**M9** : *“Après, en effet, je pense que la déprescription elle sera plus rapide s'il y a des effets secondaires (sourire) !”*

Les médecins déprescrivaient également en cas d'effets indésirables potentiels.

**M2** : *““Il y a ce produit qui n'est peut-être pas très bon à long terme pour vous, je pense qu'on va essayer de le supprimer...””*

**M9** : *“Non, je pense que si on pense qu'il y a des effets secondaires qui sont susceptibles d'arriver, on va déprescrire !”*

Devant certains symptômes, une déprescription était parfois utile pour déterminer l'imputabilité d'un médicament.

**M9** : *“j'ai peut-être déprescrit sur un..., sur une statine récemment, sur quelqu'un qui..., qui euh..., qui se plaignait de douleurs musculaires et puis.... C'est pas un arrêt, c'est pas une déprescription, c'était un arrêt temporaire pour voir les effets..., si c'était lié aux effets du médicament, par exemple...”*



- **Interactions médicamenteuses**

Les interactions médicamenteuses établies étaient une motivation à déprescrire.

**M1** : *“Il faisait des chutes à répétition, il avait des tensions basses, enfin basses... [...] il était sous Kenzen® et Esidrex®, il avait Kenzen® et un demi Esidrex®. Kenzen® 4. C’est pas majeur mais bon, ...95 ans...”*

Un risque d’interactions médicamenteuses pouvait également motiver à déprescrire.

**M1** : *“Une association avec un éventuel médicament qui poserait problème, donc on peut arriver à ce qu’on enlève au bénéfice d’un doute... Ça peut arriver hein.”*

**M2** : *“C’est surtout les motivations d’interactions médicamenteuses, je pense surtout hein.”*

- **Polymédication**

Les médecins ressentait parfois le besoin d’alléger les ordonnances de leurs patients pour aller à l’essentiel.

**M1** : *“Donc on a allégé un petit peu la prescription. Oui, j’ai allégé sa prescription, j’ai arrêté sa Metformine®...”*

**M2** : *“Donc on profite de ça des fois pour écrémer (il se gratte l’avant-bras droit) un petit peu les médicaments quoi. Ouais.”*

**M6** : *“Et bien, je suppose que c’est la démarche d’enlever des lignes à l’ordonnance. [...] Chronique, souvent. Surchargée. Ou, ou même pas surchargée ! Voilà, savoir enlever des lignes d’ordonnance.”*

Le médecin 2 exprimait une peur de la polymédication du fait d’une iatrogénie potentielle.

**M2** : *“C’est moi qui leur donne mais enfin, les polypathologies et tout, je suis quand-même assez effaré de voir tout ça, tout le nombre de médicaments qu’ils avalent*

*et souvent j'essaie de m'y mettre hein, à enlever"*

**M2** : *"on n'est pas toujours sûr de tout et on se demande ce que ça peut faire, euh, tout ça mélangé dans l'estomac, euh bon, au bout du compte..., euh, on peut se poser des questions [...] on sait pas toujours ce que ça peut faire 4 - 5 - 6 classes de médicaments différents, voilà quoi, et puis on les connaît pas toutes les interactions... C'est vrai que..."*

- **Surdosage**

**M4** : *"Est-ce que, on va dire, à quelqu'un qui est hypertendu mais qui a douze de tension, est-ce que j'essaierais pas de baisser son traitement ?" Parce que tout compte fait, l'objectif c'est quatorze ! (reprise d'inspiration audible) Parce qu'il n'a peut-être pas besoin d'une dose aussi forte !"*

- **Accumulations de prescriptions**

Le médecin 9 déplorait les accumulations de prescriptions.

**M9** : *"Alors peut-être qu'en effet, les anciens ils avaient tendance à ajouter un médicament à un symptôme, un symptôme, un médicament. Ah il a pas de potassium, on va lui donner du sirop de potassium, ah il en a trop, on va mettre du Kayexalate®, ah il en a... Ben oui..., bon... Alors, moi euh, je ne fais pas comme ça, j'en redonne après avoir fait une recherche de diagnostic, "Pourquoi il chute son potassium ?" Oui, il est sous thiazidique à trop grosses doses, il a du vingt-cinq milligrammes, euh, je l'ai déjà vu, on a une hypokaliémie et cetera."*

- **Hiérarchisation des traitements**

Le médecin 7 déprescrivait parfois un médicament qui ne lui paraissait pas essentiel au regard de l'état de santé du patient.

**M7** : *"C'est pas ce qui nous préoccupe..."*

- **Notion de balance bénéfice - risque**

**M3** : *“C’est à dire qu’à un moment donné il faut dire aux patients voilà quel est le bénéfice par rapport aux risques, quand vous avez cinquante noms sur une ordonnance quoi...”*

**M4** : *“il y a plus de risques que de bénéfices. Donc (il insiste sur ce dernier terme), il y a pas lieu...”*

- **Simplification**

Une simplification s’avérait parfois nécessaire notamment en ce qui concernait la fréquence des prises quotidiennes.

**M2** : *“Oui... Et pour simplifier les choses quoi, aller à l’essentiel”*

**M4** : *“Ben disons que c’est, en gros, c’est euh, de trouver le traitement minimal efficace”*

- **Faciliter une chirurgie éventuelle**

**M4** : *“Et puis l’autre chose c’est si on a une intervention chirurgicale d’urgence, ben quelqu’un sous NACO ça va saigner la rage et je pense que le chirurgien ça va être un peu compliqué pour euh, pour prendre en charge ça... alors que quelqu’un qui est sous AVK ben voilà, on lui met de la vitamine K, on normalise l’INR et puis hop. On a les risques hémorragiques pendant l’intervention qui sont moindres quoi.”*

- **Notion de médicaments dit “inutiles” ou “de confort”**

Les médecins tentaient de déprescrire les médicaments dits “inutiles” ou “de confort”. Ils nommaient également ces médicaments “petites bricoles”, “accessoires”.

**M2** : *“Et moi régulièrement j’enlève des petites bricoles genre médicaments pour la circulation, tout ça bon donc...”*

**M3** : *“Oui, après il y a les situations de médicaments de confort où on essaie d’arrêter. [...] Comme le Vastarel®. [...] Le Daflon®, pfff, enfin voilà, un certain nombre de traitements comme ça où on sait très bien que... [...] c’est pas forcément utile.”*

**M4** : *“disons que oui, que je me suis passé des trucs qui étaient très accessoires.”*

**M4** : *“Je leur dis simplement qu’ils prennent conscience que Maxilase®, ils prendraient du jus d’orange entre guillemets, ça, ça aurait, on va dire, à peu près la même efficacité.”*

**M7** : *“Si un médicament est pas utile, je vois pas l’intérêt de le continuer !”*

**M10** : *“Après, il y a des gens qui prennent vingt comprimés par jour mais on peut pas faire moins et puis il y en a d’autres qui en prennent cinq, chez qui trois sont totalement inutiles...”*

- **Les données actuelles de la Science**

Les médecins se basaient parfois sur les données actuelles de la Science pour déprescrire.

**M4** : *“ben globalement j’ai passé à 1 mg parce qu’on va dire, au delà d’1 mg, on a aucune preuve que la péricardite soit mieux soignée”*

**M5** : *“Je leur amène en essayant de donner des données de la science quoi..., en disant “Ben maintenant on dit que...” Voilà, pour l’allopurinol, je leur dis “Maintenant, les données disent que si vous n’avez pas de crise de goutte on ne traite pas juste l’hyperuricémie.””*

- **Les médicaments injustifiés**

Certains médecins déprescrivaient des médicaments injustifiés à la vue des données cliniques et des examens complémentaires éventuels.

Le médecin 4 a par la même occasion illustré une situation de déprescription en cas de pathologie aiguë.

**M4** : *“Donc après, ce matin, j’en vois une, bon, mise sous antibio pour une espèce de rhino-sinuso on ne sait pas trop quoi classé dedans, pas de température, machin, bon j’ai arrêté l’antibio quoi ! La gamine elle vomissait à chaque fois qu’elle prenait l’antibio (reprise d’inspiration audible), je pense que c’était un état grippal donc j’ai dit à la mère “On arrête l’antibio” quoi. (reprise d’inspiration audible)”*

**M6** : *“je dois avoir quelques situations de déprescription de..., par exemple, de statines ou d’hypolipémiants qui m’ont semblé (reprise d’inspiration profonde) euh..., pas forcément clairement justifiés initialement, d’après l’interrogatoire et les analyses que me montraient les patients.”*

- **Prescriptions incohérentes**

Les médecins déprescrivaient parfois par manque de données.

**M1** : *“(rires) Ben parce que je pense que des fois tu vois des prescriptions tu ne sais pas pourquoi elles ont été faites, même nous on ne sait pas pourquoi elles ont été faites alors les malades hein...”*

**M5** : *“Quand j’ai repris et que je reprenais tous leurs traitements, il y en avait je ne savais même pas ce que c’était et pour quoi c’était, donc je leur disais “Celui-là vous le prenez pour quoi ?” “Oh ben je sais pas, c’est madame machin qui me donnait ça, je sais pas.” Et comme c’était pas forcément indiqué dans le dossier ou pas lisible, ben du coup je disais “Ben vous savez (elle ouvre grand les yeux et regarde son bureau), on va l’arrêter et on va voir ce qu’il se passe !””*

- **Erreur thérapeutique**

Certains médecins déprescrivaient des déprescriptions suite à des erreurs faites par leurs confrères généralistes ou spécialistes.

**M8** : *“Mais, si j’ai un patient qui vient me voir parce qu’un confrère est absent par exemple. Si il y a quelque chose, ça arrive, je ne sais pas, une étourderie, un oubli..., ou énormité sur l’ordonnance ou quelque chose qu’on considère comme tel en tout cas, il ne faut pas qu’on considère comme tel au niveau émotif mais bien au niveau des*

connaissances... A ce moment là, je modifie tout de suite (il lance sa main droite devant lui), il n'y a pas..."

### III. 3. 1. 2. L'approche centrée sur le patient au cœur de la motivation des médecins

- **La santé des patients**

L'amélioration de la santé des patients était un argument de déprescription avancé par le médecin 6.

**I** : *"Entendu. Qu'est-ce qui peut vous motiver à déprescrire ?*

**M6** : *"La santé des patients. [...] L'idée qu'effectivement en supprimant les médicaments, on garantirait une meilleure santé."*

La modification de l'état de santé du patient a été citée par les médecins comme étant une motivation à la déprescription. Cela pouvait être la vieillesse, la survenue d'une pathologie aiguë, d'un handicap ou d'une guérison.

**M1** : *"Je te dis, 10 ans de plus et 10 kg de moins, (petit rire)."*

**M1** : *"Et puis la survenue d'une pathologie. [...] pour laquelle un médicament peut s'avérer délétère."*

**M3** : *"Vous n'avez plus ces problèmes, vous n'avez plus ce symptôme, donc on va l'arrêter."*

**M7** : *"...parce qu'il y a eu une période aiguë plus difficile, on va se dire "Oh ben ce traitement, euh, il convient moins bien" ou "C'est pas ce qui nous préoccupe...", ou "Parce que vous avez telle pathologie actuellement, c'est un risque d'avoir une incidence sur votre fonction rénale donc tant pis on va supporter peut-être une tension un peu plus haute mais euh, voilà, euh..." Enfin, plus haute, on s'entend quoi !"*

Le médecin 7 parlait de déprescription temporaire d'un médicament suite à l'introduction d'un autre pour une pathologie aiguë.

**M7** : *“Il a une pathologie aiguë on lui met un traitement, on a peur des effets indésirables avec le reste donc on lui dit “Prenez pas tel et tel autre médicament que vous prenez habituellement le temps que vous preniez votre traitement. Et quand vous aurez terminé le traitement, vous pourrez prendre tout votre traitement.” Ca, ça arrive aussi. Mais c'est pas vraiment de la déprescription ! [...] C'est temporaire voilà. C'est temporaire.”*

- **Améliorer le confort des patients**

Le médecin 7 estimait que la déprescription pouvait améliorer le confort des patients, notamment en fin de vie ou soins palliatifs.

**M7** : *“Voilà. Sinon, en fin de vie ou en soins palliatifs, on va supprimer ses médicaments bien évidemment. Mais enfin, c'est pas..., c'est pas pour les mêmes..., enfin si, on va dire que c'est un peu aussi pour son confort mais...”*

- **Les difficultés d'observance**

Les difficultés d'observance du patient étaient une motivation à déprescrire le médicament en question.

**M1** : *“on l'a supprimé plus parce qu'il oubliait de le prendre, mais bon c'était pas bien grave...mais ben voilà on l'a supprimé parce que de toute façon il était pas pris.”*

**M2** : *“ceux qui observent mal, de toute façon ils ne le prendront pas alors donc il faut carrément le supprimer hein.”*

**M7** : *“Des fois il y a des personnes, voilà, qui vous disent qu'il y a un certain temps qu'elles ne le prennent plus. Donc, à ce moment on raye et cetera.”*

Les difficultés d'observance motivaient également certains médecins à déprescrire des médicaments dit “inutiles” dans l'espoir d'améliorer l'observance globale du traitement médicamenteux.

**M1** : *“Euh, la déprescription si..., des trucs tout bêtes..., mon voisin qui, qui commence à avoir une observance médiocre (il pose sa main gauche sur son bras droit), donc moins il y a de médicaments et mieux c’est. Hein ? [...] Vraiment pour qu’ils prennent les médicaments importants...”*

**M5** : *“déjà rien que le nombre de cachets à prendre, les gens, si on veut qu’ils aient à peu près une bonne observance, plus il y en a, plus ils vont avoir du mal à tous les observer...”*

Parfois, l’ouverture de l’armoire à pharmacie au domicile des patients motivait les médecins à déprescrire. En effet, ceux-ci réalisaient que leurs patients achetaient les traitements prescrits puis les stockaient sans les prendre.

**M7** : *“On leur dit “Ah ben on va regarder ce que vous avez encore à la pharmacie à la maison pour voir ce que vous pouvez faire en attendant !” Oui, des fois, on est quand même très surpris par tout ce qu’il y a ! Et en fait, c’est pas pris” !*

**M10** : *“Quand vous ouvrez les pharmacies des gens..., que vous voyez qu’il y a des boîtes... Oui... L’ouverture des pharmacies à domicile est un grand argument de déprescription ! [...] On prescrit beaucoup et on voit que... Hein... On voit que tout n’est pas pris.”*

- **L’initiative et les préférences du patient**

Les médecins reconnaissaient que l’initiative de déprescription revenait parfois au patient, celui-ci suggérant au médecin l’arrêt d’un ou de plusieurs médicaments.

**M2** : *“Alors soit je te disais c’est eux qui me demandent, ça me permet de me remettre dedans “Ah oui, tiens, si on y regardait de nouveau””*

**M7** : *“des patients, parfois qui sont demandeurs en disant “Oh là là, je prends trop de médicaments Docteur !””*

Cette demande serait souvent consécutive à une intolérance médicamenteuse, selon le médecin 1.



**M1** : *“Bon dans certains cas, ils arrivent, ils disent “il faut me l’enlever ce médicament ”, c’est parce qu’ils ne le supportent pas... [...] Donc à ce moment là où ils ne le supportent pas, on l’enlève hein, ou soit on essaie de substituer s’il le faut vraiment. Mais oui dans le déprescription tout à l’heure, c’est l’intolérance aussi aux médicaments, on en n’a pas parlé mais...[...] ... C’est ce qui vient en premier.”*

Les patients se plaignaient rarement d’avoir trop de médicaments.

**M1** : *“Oui, ça peut arriver aussi oui. Mais c’est rare qui vient en disant “j’ai trop de médicaments” mais bon des fois on l’évoque. Mais le motif précis de la consultation pour ça, je ne sais pas si j’en ai eu souvent.”*

Les patients arrêtaient parfois eux-mêmes le traitement sans demander de conseil médical, selon les médecins 5 et 7 notamment.

**M5** : *“Alors que c’est vrai dans l’autre sens, ils ont vraiment super envie d’arrêter quoi. Ils arrivent, ou alors déjà, ils ont déjà arrêté “Je le prends plus depuis que...” Voilà... Il y a eu aussi la vague pour les pilules là... Les troisièmes générations qu’elles voulaient toutes changer...”*

**M7** : *“Il y en a beaucoup..., d’ailleurs quand euh, mais bon c’est pas dans votre cadre mais..., ils font de la déprescription tout seuls quoi..., parce que en fait ils sont pas observants !”*

Certains médecins estimaient que la déprescription était facilitée si le patient en avait eu l’initiative.

**M3** : *“Mais, en fait, le patient était d’accord, parce qu’il n’en prenait plus. [...] Déjà, si lui-même il arrête, c’est plus facile quoi (rires).”*

**M7** : *“C’est pareil, les gens qui vont être d’accord sont souvent des gens qui ont déjà essayé.”*

- **Espérance de vie limitée**

Selon certains médecins, une espérance de vie limitée rendait des médicaments préventifs, comme les hypolipémiants, inutiles.

**M8** : *“il m’arrive de dire à quelqu’un par exemple, que je lui retire sa statine parce que je lui donne pour qu’il ne fasse pas un infarctus à 95 ans, il a 82 ans, il a une autre maladie, voilà, c’est pas la peine de risquer d’avoir des effets secondaires [...] J’essaie d’être très imagé. Ils ont l’habitude d’un certain franc parler.”*

**M10** : *“Moi je sais que personnellement, je vois pas l’intérêt du Tahor® après 85 ans !”*

- **Fin de vie**

Les situations de fin de vie ou de soins palliatifs motivaient les médecins à déprescrire. Cela paraissait être une évidence.

**M7** : *“Voilà. Sinon, en fin de vie ou en soins palliatifs, on va supprimer ses médicaments bien évidemment.”*

**M8** : *“j’ai privilégié le fait d’enlever le maximum de médicaments qui pouvaient générer des problèmes. Ca veut dire que je lui ai retiré ses antivitamines K qu’il prenait depuis longtemps. J’ai retiré des antihypertenseurs... J’ai plus l’ordonnance en tête mais j’ai dû retiré quatre ou cinq lignes de prescription, j’ai retiré les statines évidemment... Enfin voilà, petit à petit (il tape des pieds alternativement), à chaque visite j’ai allégé l’ordonnance quoi. D’une douzaine de produits, j’ai dû passer à quatre, à peu près.”*

### **III. 3. 1. 3. L’enjeu économique**

Certains médecins évoquaient l’argument économique, la déprescription permettant de préserver les finances de la Sécurité sociale.

Le médecin 4 déprescrivait parfois un médicament au profit d’un autre moins onéreux.

**M4** : *“quand on sait qu’on a un traitement qui est aussi efficace et peut-être plus pour*

*certaines et qui sont, on va dire, trois à sept fois moins chers, je pense que c'est un argument qui peut être tout à fait louable !"*

Les médecins 2 et 3 précisait cependant que l'argument économique n'était pas du tout leur principale préoccupation voire même un argument qui venait en dernier.

**M2** : *"Hmm, ben, tout bêtement pour préserver les finances de la Sécu. C'est vrai que maintenant, comme tout est remboursé maintenant ou presque, ben, s'il y a des médicaments inutiles, ce n'est pas la peine de les prescrire, d'un point de vue économique aussi. [...] Ce n'est peut-être pas la raison majeure mais enfin ça en fait partie. Mmh."*

**M3** : *"Mais j'avoue, que le coût, ça vient vraiment en dernier, moi je..., je... (elle expire fort)... Je ne suis pas trop dans le système économie de santé. Enfin, moi je pense en priorité à la santé du patient... Et le coût, oui le coût, ça peut être un argument supplémentaire ouais. [...] en dernier. [...] Ce n'est pas le truc qui va me motiver en premier, non."*

### **III. 3. 1. 4. Expériences du médecin**

Le fait que le médecin 1 avait été confronté aux effets iatrogènes dans le passé favorisait sa déprescription.

**M1** : *"on est plus sensibilisé parce que voilà les effets iatrogènes on les a vécus. [...] Au fil de l'expérience."*

Des expériences de déprescription réussies aidaient certains médecins à déprescrire d'autres médicaments.

**M3** : *"Et, forcément, ça va motiver pour en enlever un autre. [...] Comme quoi ça peut, ça peut vraiment entraîner..."*

**I** : *"Ok, donc ça vous arrivera de déprescrire un traitement contre la maladie d'Alzheimer ?"*

**M4** : *Ah oui, de toute façon, moi j'en ai aucun qui sont dessous.*

**I** : *Ouais.*

**M4** : *J'en ai aucun, et c'est pas pour ça qu'ils vont plus mal ! Enfin, ça c'est l'expérience personnelle mais, on va dire, globalement, ça me conforte dans tout ce que j'ai pu lire..."*

### **III. 3. 1. 5. Autres acteurs .**

Les autres acteurs n'étaient pas au premier plan dans le discours des médecins.

- **Les spécialistes**

Les spécialistes étaient parfois une aide à la déprescription, du point de vue du médecin 3.

**M3** : *"(silence) Ben, ça dépend du contexte. Mais ça peut oui, je peux être amenée à prendre son avis si ça inquiète les patients, voilà. Si vraiment je sens que j'ai du mal à l'arrêter parce qu'ils n'ont pas envie de l'arrêter, ouais."*

Le médecin 2 pensait au contraire que les spécialistes n'étaient pas une aide à la déprescription.

**M2** : *"Oh, non, non Les spécialistes, non, c'est à nous de nous débrouiller euh, de faire le pivot entre tout euh, mais euh les spécialistes ne nous aident pas spécialement là-dedans. Hmm, hmm."*

- **La famille**

La famille était parfois évoquée comme étant une aide à la déprescription. Elle pouvait alerter le médecin d'une ordonnance visiblement surchargée.

**M1** : *"Oh des fois c'est la famille, ça peut arriver, mais la famille c'est plutôt dans l'autre sens "Il a assez de médicaments""*

**M10** : *"Oh ben favorable ou négatif, ça dépend..., c'est toujours pareil. Il y a des enfants qui vont arriver avec leurs parents en disant "Ouh là là mais mon père a beaucoup de médicaments, je comprends pas pourquoi il en a tant !""*

La famille pouvait également suspecter une iatrogénie ou encore favoriser l'acceptation d'une déprescription par le patient en le convainquant.

**M7** : *“(silence) Euh, ben, il y a parfois quand la famille s’occupe bien d’une personne euh... On peut avoir son avis et de voir comment, oh ben..., ouais..., elle va nous préciser certaines choses, elle va dire “C’est peut-être le médicament”. Donc, on va essayer de changer le médicament ou de l’arrêter. [...] Parfois, quand il y a la famille à côté (elle penche la tête sur la droite), ben elle va nous faire..., elle va nous faire découvrir peut-être des fois des symptômes ou des choses comme ça qui nous ont pas été signalés et pour lesquelles on va se poser la question si c’est pas un médicament qui pourrait occasionner..., occasionner la gêne ! [...] Si éventuellement ils accompagnent la personne, euh, ben parfois oui, ils peuvent se laisser convaincre de l’utilité d’arrêter..., d’arrêter un traitement. Oui, oui. Si, si, ouais. Ou voire même pousser l’autre enfin le patient à... “Si, si, c’est pas mal...” Si, ça peut arriver, oui.”*

- **Les infirmières**

Les infirmières motivaient les médecins 1 et 2 à la déprescription. Du fait de leurs horaires de passage et de leur manque de temps, elles motivaient les médecins à arrêter la prise du midi ou encore à garder seulement les médicaments primordiaux.

Le médecin 2 se contredisait en estimant que les infirmières n’avaient pas de rôle direct dans la déprescription mais que parfois elles influençaient les personnes âgées en suggérant à celles-ci de ne pas prendre trop de médicaments.

**M1** : *“Ben dans le même ordre d’idée, c’est quand les infirmières, ben c’est la même chose, quand elles vont faire prendre les médicaments des fois..., on essaie vraiment de conserver, les médicaments qui paraissent primordiaux.”*

**M2** : *“Mais, non je trouve que l’infirmière elle exécute, voilà, mais je ne ressens pas tellement (il regarde au loin) de remarques pour simplifier l’ordonnance, non, pas trop.”*

**M2** : *“D’autres acteurs... Je ne vois pas bien. Peut-être que l’infirmière libérale chez les personnes âgées, ça peut jouer un petit peu quand-même, parce que souvent, les infirmières elles... libérales, elles... freinent un peu, comment dire ? À la médecine traditionnelle. Je trouve qu’elles sont souvent un peu médecines parallèles je trouve, et puis il y en a quand-même pas mal des infirmières libérales... comme si elles avaient*

*peur des médicaments qu'elles donnent, qu'elles distribuent tous les jours. [...] Alors, je pense qu'elles peuvent peut-être influencer euh, la personne âgée, qui avale tous ces médicaments..., et ça peut être un acteur positif pour la déprescription "Oh, l'infirmière m'a dit que ça faisait tout ça et tout, est-ce que je pourrais pas en supprimer ?" Des fois, c'est sur la suggestion du... c'est sur la suggestion de l'infirmière aussi."*

- **L'hôpital**

Certains médecins profitaient du travail de déprescription initié à l'Hôpital.

**M1** : *"Alors si c'est justifié, on allège, on continue l'allègement, ou alors il suffit de leur expliquer hein, on a le rôle d'explication après le séjour hospitalier."*

**M2** : *"je vais dans le sens de l'hôpital hein.[...] Donc, je saute dans le train en marche moi hein souvent."*

**M5** : *"Je profite aussi parfois du côté hospitalier... Quand ils sortent de l'hôpital, les médecins essaient d'élaguer effectivement. J'essaie de ne pas leur remettre, surtout que le (phrase non terminée)... Même s'ils me le réclament, j'essaie de ne pas leur remettre... Euh, mais oui, sinon..."*

**M8** : *"Quelques fois ça m'a rendu..., il y a des déprescriptions réalisées à l'hôpital qui m'ont rendu service par contre. Des produits comme ça que moi je n'arrivais pas à retirer de l'ordonnance et parce qu'ils ont été retirés à l'hôpital, j'ai pu ne pas les remettre. Il ne faut pas nier ça non plus."*

### **III. 3. 2. Les obstacles à la déprescription**

#### **III. 3. 2. 1. Les patients**

Selon les perceptions des médecins dans nos entretiens, les patients étaient un obstacle important à la déprescription.

- **Les habitudes des patients**

##### **La consommation de médicaments**

Selon les médecins, les patients étaient des consommateurs de médicaments, ce qui correspondait à une habitude française, à la société de consommation.

**M2** : *“En France... et puis les gens, les français, ils aiment avaler des médicaments heu [...] ils consomment, ils consomment, ils consomment”*

**M3** : *“Qui depuis des années, se..., se..., se bouffent des boîtes entières de trucs qui leur servent à rien !”*

**M8** : *“Entre les gens qui se gavent d’homéopathie”*

**M10** : *“Ce que je veux dire c’est que on est dans la démesure... Pour moi, on est dans la démesure, mais c’est sociétal ça... [...] Vous voyez les gens, même ceux qui veulent pas (elle ouvre les mains) entre parenthèses prendre de médicaments, vous les voyez à la sortie des pharmacies (elle hausse les sourcils), la façon dont ils consomment, la teinture mère de ci, l’extrait de bidule de ça... [...] on n’est pas dans une société où forcément la santé humaine est en amélioration. Même si on consomme plus. Même si on consomme plus de médicaments, même si on consomme plus de biens de consommation et cetera.”*

Les patients avaient besoin de leurs médicaments selon les médecins.

**M2** : *““Oh mais laissez, laissez-le quand-même, dans les 3 - 4 mois où on ne va pas se voir, je peux en avoir besoin quand-même [...] non mais laissez-le, si j’en ai besoin, je l’aurai sur l’ordonnance””*

**M3** : *“J’en ai besoin..” Oui, mais vous en avez besoin pourquoi? “Parce que j’en ai besoin..”*

**M6** : *“Ben, ils se sont convaincus, on les a convaincus, le médecin, le pharmacien, les acteurs de santé, les informations qu’ils entendent, qu’ils peuvent avoir de différentes manières les ont convaincus qu’ils avaient besoin de ce traitement.”*

### **L'impression de gratuité des soins**

Les patients avaient une impression de gratuité des soins selon certains médecins, favorisée par le tiers-payant.

**M2** : *“et puis en plus avec ce tiers-payant (il fait des mouvements brusques de la main mimant une roue qui avance et qui tourne encore et encore) presque intégral là maintenant, je trouve que c’est une mauvaise chose ! Les gens ne se rendent plus compte ce qu’ils coûtent à la Sécu et... voilà, on va chercher les paquets tous les mois euh... Je pense que s’ils les payaient, peut-être que... on aurait peut-être plus de... facilité de déprescrire. [...] c’est gratuit, euh voilà... C’est pas gratuit non !”*

### **L’attachement des patients à leurs médicaments**

Les patients étaient habitués à leurs médicaments pris parfois depuis des décennies. Selon les médecins, Ils étaient notamment habitués à la polymédication. Il se révélait une notion d’habitude et de temps.

**M1** : *“Et qui sont habitués, c’est le poids de l’habitude, sans que tu aies un profil vraiment pathologique. [...] Oui oui, je te dis, le poids de l’habitude, quand tu as un patient ça fait 25 ans qu’il prend le même médicament..., quand tu lui dis il faut arrêter...”*

**M4** : *“Ce qui est, ce qui est compliqué parce que, on va dire, il y en a certains, je ne pense pas que ce soit la molécule, hein, à l’intérieur, qui soit, qui les aide vraiment (il tapote sa joue avec ses doigts, un doigt après l’autre) ... C’est juste le fait qu’ils aient l’habitude de prendre ce petit truc le soir !”*

**M7** : *“je pense que les gens sont quand même bien accrochés à leurs médicaments !”*

**M7** : *“Après, c’est parfois difficile de supprimer un médicament qui est présent depuis,*



*pour certaines personnes, des fois quarante ans hein...”*

**M9** : *“Et je pense, les personnes avec qui on a le plus de mal c’est les personnes âgées qui sont habituées à ces ordonnances, en disant “Mais ça fait vingt ans qu’on me donne ça ! Docteur, moi je veux pas que vous me l’arrêtiez !” Et ça, c’est très très très fréquent ! C’est à dire, c’est beaucoup plus fréquent que l’inverse hein !”*

**M10** : *“C’est un état d’esprit les médicaments hein. Et puis c’est des habitudes aussi.”*

- **Les attentes des patients**

### **Etre soignés**

Selon certains médecins, les patients attendaient avant tout d’être soignés.

Les patients attendaient une relation de confiance avec le médecin et souhaitaient être guidés voire s’en remettre à la décision du médecin.

**M1** : *“Euh, je ne sais pas s’ils attendent grand chose, ce qu’ils attendent c’est d’être soignés donc euh, soit ils te font confiance..., s’ils te font pas confiance ils ne viennent pas hein.”*

**M2** : *“Oh, ben ils attendent d’être soignés hein, c’est tout hein ! [...] Ouais. Je pense qu’ils font confiance la plupart. Oh ouais, ouais. “Si vous décidez, ben c’est bien”, c’est la majorité du discours qu’on entend ça.”*

**I** : *“Alors qu’est-ce que les patients finalement attendent en terme de prescription ?*

**M8** : *D’aller mieux. (rires)*

**I** : *D’aller mieux. Et en terme de déprescription ?*

**M8** : *De ne pas aller plus mal !”*

### **Avoir beaucoup de médicaments**

Selon les médecins, les patients attendaient de grandes ordonnances et un médicament pour chaque symptôme.

**M5** : *“Ils aiment avoir des grandes ordonnances, avoir des tas de traitements qu’ils*

*savent même pas forcément...”*

**M5** : *“Voilà, moins malades s'ils n'ont pas une longue liste, on a presque cette impression là ouais.”*

**M5** : *“Ils aiment bien, voilà, avoir un truc par symptôme et avoir dit qu'ils ont fait plein de trucs quoi...”*

**M7** : *“Les gens sont encore assez..., assez médicaments.”*

D'après le médecin 9, les patients n'attendraient pas une déprescription mais qu'on réponde à leur souffrance avec une prescription nouvelle.

**M9** : *“Ce qu'ils attendent d'une prescription c'est que ça réponde à leur demande ! Que ça réponde à leur souffrance quoi !”*

**M9** : *“(silence) Euh, ils attendent pas la déprescription.[...] Ils viennent avec une ordonnance, ils viennent vous voir, ils attendent que vous répondiez à leur demande, comme je disais tout à l'heure, et c'est tout. [...] Les patients ils attendent pas une déprescription, ils attendent une prescription, nouvelle.”*

Le médecin 10 déclarait que les patients étaient attirés par les nouveaux médicaments dans l'espoir d'aller mieux grâce à ceux-ci.

**M10** : *“Les patients sont très demandeurs de nouveaux médicaments ! [...] Ben, parce qu'ils ont toujours espoir d'aller mieux avec, voilà...”*

### **Les médicaments : le choix de la facilité**

Le médecin 10 pensait que les patients choisissaient la facilité en privilégiant les médicaments par rapport aux mesures hygiéno-diététiques plus contraignantes.

**M10** : *“Au lieu de faire le régime, on va manger les cachets, c'est bien plus facile. [...] Ils pensent que c'est maîtrisé par les médicaments et que eux ils n'ont rien à faire ! [...] On est aussi dans une société où il y a aucun effort de fait... [...] Ben oui, on a appris à manger un petit cachet”*

## Une solution miracle

Selon le médecin 5, les patients attendaient un médicament miracle.

**M5** : *“Pareil pour l’arthrose, ”Ben, qu’est-ce que je peux faire d’autre pour pas que ça s’aggrave etc ?” Je disais “Ben marchez, euh...” (rires) Ou, leur parler, voilà, des autres choses... Mais, des fois, ils attendent plus... Voilà.*

**I** : *“Ils attendent plus... C’est à dire ?*

**M5** : *“Ben, la solution miracle, voilà, qui ferait qu’ils aient plus d’arthrose... (rires)”*

## Eviter les effets secondaires des médicaments

Le médecin 2 rajoutait que les patients attendaient une éviction des effets secondaires des médicaments.

**M2** : *“et puis de ne pas avoir les effets secondaires des médicaments quand il y en a trop.”*

## Une stabilité

Les patients attendaient un équilibre thérapeutique, une stabilité, d’après certains médecins.

**M3** : *““Je suis bien équilibré comme ça, donc pourquoi vous voulez m’arrêter des traitements ? Je vais bien moi avec ça” Enfin voilà quoi “Ca me va bien.””*

**M8** : *“globalement qui vont assez bien donc qui sont contentes de ce qu’elles prennent.”*

## Une déprescription

Certains médecins pensaient que les patients attendaient parfois une déprescription.

**M2** : *“Ils sont, je te dis, pour certains bien contents qu’on leur en arrête !”*

**M4** : *“Il y en a certains qui disent “Ben c’est très bien, on va chez vous, on sait faire le tri entre ce qui est vraiment utile et ce qui l’est pas.””*

**M5** : *“Ben eux, c’est plus confortable d’avoir moins de prises médicamenteuses parce que parfois ils ont l’impression de se nourrir de médicaments quoi...”*

- **Les croyances des patients selon les médecins**

Les médecins avaient pour la plupart des idées des croyances des patients pouvant constituer des obstacles à la déprescription.

**M3** : *“Et parfois, il y a même des réflexions où ils se posent la question (elle ouvre les mains) de pourquoi tu remets en question les choses, voilà. ”*

### **Un médecin prescrivant peu est un naturopathe**

Prescrire peu de médicaments était considéré par les patients comme de la naturopathie selon le médecin 4.

**M4** : *“parce que je ne mets pas beaucoup de médicaments, ça y est, je suis étiqueté naturopathe [...] Je ne suis pas naturopathe ! [...] Je suis pas contre (il insiste sur ce dernier terme) le médicament ! Je suis simplement pour une utilisation on va dire rationnelle... C’est différent !”*

### **Un médecin déprescripteur est un économiste**

Certains patients pensaient que les médecins déprescrivaient pour faire des économies de santé, d’après les médecins 2 et 6.

**M2** : *“Ben il y en a ils sont attachés et vous vous leur supprimez alors ils vous font une réflexion “Oh ben c’est parce qu’on coûte trop cher à la Sécu !? C’est pour ça que vous me supprimez ça !””*

**M6** : *“Oui, oui, c’est pour faire des économies, et pas pour leur santé...”*

La déprescription était vue par les patients comme une restriction, selon les médecins.

**M10** : *“Ben, je pense que la déprescription, elle est assimilée à une..., elle est comme..., elle est assimilée à une période de restriction aussi du coup. [...] C’est une période de*

*punition aussi ! [...] C'est comme une période de crise."*

### **La déprescription est un signe de désintérêt envers les patients**

Certains patients pensaient que la déprescription était un signe de désintérêt vis-à-vis d'eux, selon les médecins.

**M7** : *"Non, non, non, c'est à dire que si on leur enlève leur somnifère ou le médicament sur lequel ils sont très, très, très, très accrochés, c'est parce qu'on veut se..., enfin..., on veut se débarrasser d'eux !"*

**M7** : *"Ben qu'on les a pas écoutés, qu'on les a pas entendus.."*

**M8** : *"Si j'avais envie de déprescrire et que le patient ne veuille absolument (il insiste sur ce dernier terme) pas ça car il avait l'impression que je le pousse dans la tombe, je ne déprescrirais pas !"*

### **Le médicament soignant**

Les traitements médicamenteux étaient plus importants que le reste de la thérapeutique ce qui représentait un obstacle à la déprescription.

**M9** : *"Ben parce que ils pensent que c'est pas..., c'est moins important... Parce que médicalement on parlait de quelque chose d'important, pour le patient."*

### **Faire de la médecine symptomatique est un signe de compétence du médecin**

Faire de la médecine symptomatique était considéré comme un signe de compétence du médecin.

**M7** : *"il n'y a pas un médicament qui répond à leur pathologie, c'est qu'on doit pas être bon."*

**M8** : *"la médecine symptomatique elle a beaucoup d'importance dans la relation médecin-malade parce que là, il y a une demande immédiate de soulagement et si on*

*est mauvais à ce stade là, le patient il ne voit pas si on ne sait pas soigner un rhume comment on saurait soigner une maladie grave. [...] Et par contre, si on les soulage bien là pour des choses un petit peu banales, on a gagné le droit de la confiance pour quelque chose de plus grave y compris pour la déprescription.”*

### **Chaque médicament est utile à l'équilibre thérapeutique**

Selon les médecins, des patients croyaient que chaque médicament pris depuis longtemps était utile à leur équilibre thérapeutique.

**M7** : *“Oh non, mais je pense parce qu’elles le prennent depuis très longtemps et que pour elles c’est ce qui fait qu’elles vont bien. Si on touche ça, ça ira forcément mal...”*

**M8** : *“ils vont bien, ils ont gardé depuis longtemps des produits qui ne contribuent pas à l’équilibre thérapeutique selon moi mais dont ils sont friands, mais comme ils vont bien, ils attribuent aussi des valeurs à ces médicaments que les études ne justifient pas quoi.”*

Des patients croyaient que les médicaments de confort prescrits à un moment donné étaient un traitement de leur maladie chronique.

**M3** : *“Et tu te retrouves avec des médicaments de confort où les gens sont persuadés que ce traitement qu’on leur a prescrit, c’est parce qu’ils prennent un médicament pour leur maladie chronique !”*

- **Le manque de motivation des patients**

**I** : *“D’accord. Et comment vous pouvez justement définir quand il est dans cette optique ou pas ? Vous avez des critères ?*

**M6** : *Et bien essentiellement sur sa motivation. Est-ce que oui ou non il souhaiterait essayer autre chose... Euh.*

**I** : *Hmm. Et là, vous pensez qu’il n’aurait pas envie ?*

**M6** : *Actuellement, il n’était pas prêt. Il n’était pas prêt. Son souhait c’était de revenir à la prescription initiale dans laquelle il avait trouvé un équilibre.”*

- **Le manque de compréhension et d'esprit critique des patients**

Le médecin 9 estimait que le manque de compréhension de certains patients notamment les personnes âgées constituait un obstacle à la déprescription.

**M9** : *“Les personnes âgées, voilà, avec les hypnotiques hein...[...] Elles vont avoir du mal à comprendre qu'il faut diminuer ou... Ben ça c'est la peur dont on parlait tout à l'heure, voilà..., je sais pas trop quel exemple vous donner, autre...”*

Certains médecins déploraient un manque d'esprit critique des patients et un manque de connaissance des objectifs thérapeutiques.

**M5** : *“Quand j'ai repris et que je reprenais tous leurs traitements, il y en avait je ne savais même pas ce que c'était et pour quoi c'était, donc je leur disais “Celui-là vous le prenez pour quoi ?” “Oh ben je sais pas, c'est madame machin qui me donnait ça, je sais pas.””*

**M6** : *“Ils ne savent pas forcément quel était l'objectif thérapeutique, du coup quand l'objectif thérapeutique est largement dépassé, ils ne savent pas se freiner ou ils n'acceptent pas de freiner la prescription, la réduire voire l'annuler.”*

- **Les peurs des patients**

### **La peur du changement**

Les patients, habitués à leurs traitements, avaient ainsi peur du changement et donc de la déprescription.

**M3** : *“les patients disent “Mais non, ça fait des années que je le prends, il ne faut pas me l'arrêter.””*

**M6** : *“En tous cas, ils sont convaincus qu'ils prennent un risque à ne pas le prendre !”*

**M8** : *“la patiente elle se sent bien avec l'ensemble de son traitement et elle ne discerne pas exactement l'apport du bêtabloqueur et l'apport du Nootropil® quoi ! Elle pense que c'est l'ensemble de ses médicaments qui lui font du bien et elle ne veut pas dissocier tout ça, elle a peur de toucher à un équilibre fragile donc voilà.”*

### **La peur d'une rechute**

**M9** : *“Euh, ils ont peur.., ils ont peur de..., ils ont peur de retrouver les symptômes qu'ils avaient avant, voilà. Donc, l'exemple typique que vous connaissez, c'est les hypnotiques et tous ces machins là c'est ben pour ça qu'on a du mal à les arrêter... Donc, il y a ceux qui ne veulent pas en entendre parler, il y a rien à faire... “Je ne peux pas, je ne veux pas...” enfin bon, bref. Les éternels hypnotiques (il jette son stylo sur le bureau) et les anxiolytiques qui sont les trucs des personnes âgées et que vous essayez de diminuer petit à petit.”*

### **La peur de la maladie, de la vieillesse et de la mort**

Certains médecins estimaient que proposer une déprescription réveillait chez les patients une peur de la maladie, de la vieillesse et de la mort.

**M6** : *“L'objectif étant modulable un peu en fonction de l'âge, c'est peut-être euh..., ils n'ont pas bien envie de vieillir...”*

**M9** : *“Ben..., c'est possible, je sais pas trop. (silence) Ben..., c'est toujours la peur de la mort de toute façon quand ils prennent ça ils ont peur de la mort hein. Peur de la maladie et de la mort, ça c'est clair hein.”*

**M10** : *“Ben, ils ont peur de..., de..., de rater quelque chose ! Enfin, d'être malades, plus.”*

### **La peur de manquer et d'être frustré**

Les patients, consommateurs de médicaments, avaient peur de manquer et peur d'être frustrés suite à une déprescription.

**M3** : *“Voilà. C'est trop frustrant, l'équilibre, il n'est plus là. [...] Après derrière, il y a une frustration et je crois que pour le médicament il y a une frustration”*

**M7** : *“Euh, et puis parfois pendant la consultation on leur dit “Aujourd'hui ça va, vous n'avez pas trop mal, c'est peut-être pas la peine que je vous mette le paracétamol !” “Ah, si, si, si, au cas où !””*

**M9** : *“C'est plus la peur de manquer, je vous ai donné l'exemple de la deuxième Guerre*



*tout à l'heure, avec les grandes listes, ça c'est dans le sens "Plus j'en prends mieux je vais aller."*

### **La peur de contredire les médecins**

Selon le médecin 4, les patients n'osaient pas contredire les médecins s'ils n'étaient pas d'accord avec une prescription, ce qui constituait un obstacle à la déprescription.

**M4** : *"Il y en a même certains, c'est le neurologue qui leur a prescrit, ils ont dit "Oui, oui" et puis en fait non, non, c'est à dire qu'ils n'ont même pas osé dire au neurologue qu'ils n'en voulaient pas quoi ! [...] Ils n'osent pas. [...] Avec le spécialiste, ils sont comme un peu annihilés."*

- **Les expériences négatives vécues par les patients**

### **La violence de la déprescription hospitalière**

Les patients connaissaient la déprescription notamment du fait de leurs hospitalisations. Cependant, la violence qui était un thème souligné par les médecins était souvent en lien avec une expérience de déprescription hospitalière.

**M1** : *"Ils rentrent avec l'ordonnance, l'ordonnance elle est bouleversée "comment je vais faire ?" [...] c'est trop brutal."*

**M2** : *"Je pense qu'ils ont tous eu des expériences comme ça..., surtout quand ils sont passés des fois dans les hôpitaux ! Ouh alors là, c'est le chambardement de certaines ordonnances... [...] Le chambardement, oui des fois, ouais. [...] Oh ! "Ils m'ont tout changé mon traitement, regardez-ça ! Ils ne me donnent plus ça !"*

**M8** : *"Ben c'est à dire que les déprescriptions ravageuses des services de gériatrie (il regarde en haut à gauche), que je trouve abusives hein je le répète, parce qu'on garde un patient huit jours dans un service et on lui retire la moitié de son ordonnance sans avoir réellement étudié le pourquoi, pourquoi les médicaments étaient mis..., et pas forcément sur des effets secondaires mais plus souvent sur des principes, c'est un petit peu dommage."*

## La violence de la déprescription en ambulatoire

**M2** : *“Sinon, euh, aller au conflit, oui, toujours... Euh, et puis je n'ai pas envie de leur imposer puisque c'est des gens que j'aime bien, euh, donc voilà. Je n'ai pas envie de m'imposer comme le tout-puissant qui... le diktat là euh... Non, non, non. [...] Ben, tu es bien obligé de leur imposer, soit tu le mets soit tu ne le mets pas sur l'ordonnance ! Hein. Donc, euh..., si tu ne le mets pas, il faut leur dire pourquoi, c'est qu'ils sont d'accord pour essayer.”*

**M3** : *“Tu peux braquer quelqu'un... [...] Ca peut être moins brutal, mieux vécu, euh, voilà.”*

**M5** : *“Donc finalement, ça a pu se passer sans qu'il reprenne le traitement anti-dépresseur mais j'avais été un petit peu trop violente (elle insiste sur ce terme) dans le sevrage (sourire)”*

**M8** : *“Et puis à un moment, je leur ai dit “Vous savez, on lui fait des piqûres, ça sert à rien ! Et je crois même que ça le prolonge dans une situation où il souffre et tout, ce n'est pas...” Mais, j'étais obligé..., et donc là j'étais, mal euh..., enfin, ils l'ont très mal pris parce que, en fait ils ont bien compris parce que je crois qu'ils avaient l'impression que je leur demandais, en me donnant le droit de l'arrêter, euh de..., enfin d'appuyer sur la gâchette d'un fusil de chasse quoi ! Ils l'ont ressenti comme ça je crois..., ce qui était parfaitement exact ! Enfin, exact, pas à ce point là mais enfin ça pouvait être ça ! Donc, ils l'ont très mal pris... Je crois que je les ai pas revus...”*

- **Les réticences des patients**

Les patients étaient souvent réticents à la déprescription selon les dires des médecins.

### Les réticences d'emblée

La réticence pouvait se déclarer d'emblée, souvent associée à une prescription de longue date, aux somnifères ou anxiolytiques, à une primo-prescription par un confrère ou à une notion d'équilibre thérapeutique.

**M2** : *“les gens parfois sont réticents à arrêter ça pour ça “Oh non ben si vous m'arrêtez*

*ça, ça ne va pas le faire, ça ça va pas le faire”*

**M7** : *“Et puis il y a les personnes qui vont refuser d’emblée. [...] Qui ne veulent pas qu’on touche leurs prescriptions.”*

**I** : *“Alors, qu’est-ce qui peut vous freiner à déprescrire ?*

**M7** : *(silence) Ben c’est le refus du patient !*

**I** : *Hmm.*

**M7** : *Principalement le refus du patient...”*

**I** : *“Alors, qu’est-ce qui peut vous freiner à déprescrire en tant que médecin généraliste ?*

**M8** : *Ben que le patient soit pas d’accord ! [...] C’est tout. (ces derniers mots sont prononcés tout bas) C’est ça qui est le problème, c’est quand le patient n’est pas d’accord. La dame à laquelle je pense, qui a..., à qui j’ai represcrit du Nootropil® alors que ça fait dix ans que j’essaie de lui arrêter. Elle en veut, elle en veut...”*

**M9** : *“Donc, il y a ceux qui ne veulent pas en entendre parler, il y a rien à faire... “Je ne peux pas, je ne veux pas...” enfin bon,*

**M9** : *“Ils sont très difficiles. De plus en plus difficiles. bref”*

### **Les plaintes consécutives à une tentative de déprescription**

Les patients consultaient suite à une récurrence de leurs symptômes, selon les médecins.

**M1** : *““je dors pas, je dors pas, je veux dormir, dès que je le prends plus je dors pas””*

**M3** : *“le patient va revenir au bout d’une semaine en disant “Ca ne va pas du tout depuis que vous m’avez arrêté ce traitement.” Voilà... Par exemple. Voilà.”*

**M7** : *“Si on le supprime..., la personne va automatiquement vous rappeler, quasiment dans la journée pour vous demander de remettre la prescription.”*

**M10** : *“au bout de quinze jours, dring, dring, “J’ai besoin de mon Stilnox® entier..., de mon Imovane® entier...” et voilà... C’est ça qui est le plus difficile oui.”*

## La pression des patients réticents

Les patients réticents exerçaient parfois une véritable pression pour éviter une déprescription ou pour se faire prescrire à nouveau le médicament en question.

**M1** : *“Et là c’est surtout sur la pression des patients qu’on est obligé de leur represcrire puisqu’ils le vivent mal hein.”*

**M3** : *“Donc, c’est extraordinaire quand-même, il y a déjà pété des INR à 7 et il m’a toujours euh, il s’est toujours braqué envers moi en me disant “Non, non, non, je ne l’arrêterai pas.””*

Les médecins faisaient parfois face aux menaces des patients.

**M2** : *“il y en a qui ne veulent pas arrêter de prendre leur Imovane®, leur quart de Lexomil® le soir euh “Oh ben non, si vous m’arrêtez ça...” Il y en a qui m’ont dit “Je me suicide !””*

**M7** : *“Et puis, il y en a certaines qui ne veulent pas du tout essayer..., et quand on..., quand on..., quand on leur propose c’est tout de suite des grands mots ! [...] C’est des menaces ! [...] Non, elles vont vous dire ben qu’elles ont plus qu’à mourir si on leur baisse leur traitement pour dormir...”*

## Les profils des patients les plus réticents

**Les patients présentant des troubles psychiatriques au sens large** (anxieux, obsessionnels, phobiques, dépressifs) étaient pour certains médecins les patients les plus réticents à la déprescription.

**M1** : *“Euh oui, il y a les gens qui sont accros à leurs médicaments ça c’est sûr... C’est un profil un peu obsessionnel, hein. [...] Et puis, autrement non, il n’y a pas de profil particulier... Euh ben si, les gens un peu angoissés (il baisse les bras)... Et qui sont habitués, c’est le poids de l’habitude, sans que tu aies un profil vraiment pathologique.”*

**M2** : *“Le profil de patients réticents, je pense qu’il y a euh...le psychosomatique, ça c’est sûr ! [...] Et puis, le psy un peu. Névrotique. Ça se rejoint un peu de toute façon. Et puis, euh... C’est surtout ça hein.”*

**M3** : *“Ils sont dans des plaintes importantes aussi liées à... certainement une dépression sous-jacente du fait d’une maladie chronique”*

**M10** : *“C’est sûr que les gens qui sont très mal dans leur peau, qui ont pas de boulot ou qui sont excessivement angoissés, vous allez pas faire grand chose hein... Voilà.”*

**Les patients âgés** étaient également considérés comme particulièrement réticents.

**M1** : *“de toute façon moi je suis âgée, ce qui compte c’est que je dorme”, “ça agit sur la mémoire” “je m’en fiche” enfin tu vois. Donc... Elle est gentille autrement. [...] 88 ans.”*

**M2** : *“Les personnes âgées sont quand-même assez attachées à leur petit comprimé, ceci, cela.”*

**M7** : *“Oh oui, je pense..., oh oui, oui, oui, c’est qu’elles ont l’habitude, elles ont l’habitude et elles arrivent à un âge très avancé, elles ont toujours pris quelque chose pour dormir...”*

**I** : *“Hmm, entendu. Est-ce qu’il y a un profil de patients plus réticents ou pas ?*

**M8** : *Les personnes âgées ! Très âgées. Les personnes âgées qui vont bien ! [...] Oui. Oui, oui, globalement qui vont assez bien donc qui sont contentes de ce qu’elles prennent.”*

**Les trentenaires** ont été cités par le médecin 10. Cet avis n’était pas partagé par le médecin 3.

**I** : *“Parce que le profil de patients réticents ce serait plutôt... ?*

**M10** : *On va dire c’est le trentenaire, entre trente et quarante-cinq. [...] Ben ils sont plus dans les recos par rapport à une adhérence au cardiologue... Après, les personnes âgées... Ben oui, parce que l’ordonnance du trentenaire, c’est une ordonnance éventuellement d’hypertension, avec plein de choses, alors... Vous voyez plein de..., ou de jeunes diabétiques ou de ci, de là... Au lieu de faire le régime, on va manger les cachets, c’est bien plus facile. [...] Ils pensent que c’est maîtrisé par les médicaments et que eux ils n’ont rien à faire !”*

**M3** : *“Si on est sur une personne âgée, une petite grand-mère, elle n’est pas forcément*

*demandeuse d'en prendre moins parce que voilà... Si on est sur des personnes plus jeunes, qui commencent à rentrer dans la maladie chronique..."*

**Les patients enclins aux traitements homéopathiques** pouvaient être réticents à la déprescription.

**M5** : *"Oui, ben, c'est un peu ce profil patients enfin, moi c'est voilà, c'est la patientèle qui était sous homéo, classiquement ceux-là, enfin pour moi, entre guillemets, c'est les patients entre guillemets, enfin pas chiant mais voilà quoi... Ils aiment avoir des grandes ordonnances, avoir des tas de traitements qu'ils savent même pas forcément... Parce qu'il y avait ça aussi ! [...] Là, c'est plus la classe entre guillemets heu..., beaucoup d'enseignants, des choses comme ça (rires)..., dans cette classe là (rires)"*

**Les patients "rigides" ou ayant un profil psychologique particulier** étaient aussi considérés comme réticents.

**M6** : *"Et, de revenir sur cette conviction enfin de remettre en cause cette conviction et ...parfois difficile s'ils sont... peut-être qu'il y a des profils psychologiques un peu particuliers, des gens rigides ou euh un peu trop, presque trop observants. Donc, qui vont pas entendre la souplesse nécessaire dans la prescription ou la prise d'un traitement."*

**M6** : *"(silence) Il y a des gens qui vont systématiquement accepter tout ce qu'on leur prescrira. D'autres sont très résis..., ré..., réticents ou résistants et/ou réticents. Ça va être les mêmes qui vont être euh..., qui vont là aussi accepter facilement une déprescription, comme les autres vont être plus ou moins résistants ou réticents à une déprescription. C'est peut-être des profils psychologiques particuliers quand même."*

### III. 3. 2. 2. Les médicaments

- **Les somnifères / anxiolytiques**

Les médecins étaient unanimes : les somnifères (dont les benzodiazépines) étaient les médicaments les plus difficiles à déprescrire. Les personnes âgées étaient le plus souvent concernées et il était souvent le cas d'une primo-prescription ancienne par un confrère.

**M6** : *“Donc les déprescriptions d’hypnotiques, d’anxiolytiques... sont une gageure..., extrêmement difficile à mener, dans la mesure où on n’a pas maîtrisé toute la chaîne.”*

**M10** : *“les échecs de déprescription les plus notoires c’est sur les anxiolytiques et les hypnotiques chez la personne âgée.”*

Les patients connaissaient les indications des benzodiazépines.

**M2** : *“Alors ça ils savent à quoi ça sert et voilà. Le reste ils ne savent pas toujours à quoi ça sert mais...voilà.”*

Les somnifères étaient parfois prescrits depuis longtemps, leur arrêt était alors difficile.

**M3** : *“Et puis euh, ouais alors ce qui est difficile c’est pour les somnifères, voilà, l’arrêt des somnifères... qui sont prescrits depuis des années.”*

Les somnifères étaient responsables d'une dépendance physique et psychologique. Les patients étaient accrocs.

**M5** : *“(silence) Enfin, quand on déprescrit tout ce qui est hypnotiques, oui ! Parce qu’il y aura forcément quand-même un syndrome de sevrage hein... Mais... Quand ils le prennent depuis des années... Et... Donc oui, c’est donc forcément... Ca va amener des symptômes au moins transitoires au patient. Mais après, dans les autres traitements, non... Ouais...”*

**M10** : *“la personne est accrochée à son..., il y a une dépendance physique et psychologique à son hypnotique !”*

Lorsque les patients arrêtaient leur somnifère, ils ressentiaient immédiatement une différence. Leur sommeil était notamment perturbé.

**M1** : *“Mais, je te dis, le gros point c’est le sommeil ...et l’angoisse, tout ce qui est psychologique, c’est plus palpable que d’arrêter du Vastare® ou ...un autre médicament dont l’effet est plus discutable d’une part (petit rire) et moins ressenti immédiatement.”*

**M6** : *“Bon, je suppose qu’il faut se..., enfin, il faut arriver soi-même à se convaincre et convaincre le patient qu’effectivement, l’intérêt de l’anxiolytique n’est pas étayé. Maintenant, c’est difficile de le convaincre si lui a une impression de... bien-être !”*

**M9** : *“Euh, ils ont peur., ils ont peur de..., ils ont peur de retrouver les symptômes qu’ils avaient avant, voilà. Donc, l’exemple typique que vous connaissez, c’est les hypnotiques et tous ces machins là c’est ben pour ça qu’on a du mal à les arrêter...”*

Contrairement aux médecins, les patients considéraient les benzodiazépines comme indispensables. Les représentations n’étaient pas les mêmes.

**M2** : *“Mais, la benzodiazépine qui n’est pas indispensable et qui pour eux serait le médicament le plus indispensable dans leur ordonnance.”*

Malgré leurs explications, les médecins étaient confrontés à des plaintes secondaires suite à la déprescription de somnifères.

**M1** : *“Pour les benzodiazépines ou les somnifères, enfin le Stilnox® ou des choses comme ça, euh, il y en a tu baisses les bras quoi (il se frotte un doigt contre un autre doigt de la main opposée), parce que..., tu n’a pas..., tu as beau expliquer aux gens, “je dors pas, je dors pas, je veux dormir, dès que je le prends plus je dors pas”, ben voilà quoi...”*

- **Les médicaments “inutiles” ou “de confort”**

Les médicaments “de confort” étaient souvent difficiles à déprescrire selon le médecin 3 notamment.

**M3** : *“Je pense que c’est le médicament de confort qui est souvent difficile à arrêter, voilà. Parce que probablement le patient ressent un réel confort à prendre ce médicament,*



*donc voilà quoi.”*

Au contraire, les médicaments “inutiles” étaient parfois considérés comme étant faciles à déprescrire du fait d’un non ressenti des effets par le patient.

**M1** : *“Je regarde (il regarde l’ordinateur) là, elle avait du Vastarel® aussi il y a 4 - 5 ans, j’ai réussi à lui arrêter celui-là car elle n’en voyait pas le... elle ne voyait pas la différence.”*

**M5** : *“pour Daflon® et compagnie là..., je leur disais “Ben écoutez, essayez d’arrêter sur un mois [...] essayez au moins de suspendre” Je leur dis au moins de faire ce test là. Et comme dans la plupart des cas, ça ne changeait pas grand chose, j’ai réussi comme ça à en arrêter pas mal.”*

- **Les médicaments “importants”**

Certains médecins refusaient parfois à des patients demandeurs une déprescription de médicaments “importants”.

**M2** : *“on n’a pas pu enlever grand chose puisque c’était tous des médicaments assez importants quand-même”*

Les traitements à visées cardiovasculaires étaient des médicaments importants que les médecins se sentaient parfois obligés de ne pas déprescrire.

**M3** : *“elle avait un gros terrain cardio (elle lève les sourcils), donc c’est une patiente à qui on ne pouvait pas trop s’amuser à enlever des trucs quoi. (reprise d’inspiration bruyante)”*

**M9** : *“Euh, ça dépend de l’intérêt du médicament si vous voulez. Si c’est un médicament qui a..., qui est important, à prendre. Un médicament sur le cardiovasculaire... Un médicament... Bon, si c’est des médicaments importants (il joint les deux mains et les secoue vers le bas), le fait d’essayer qu’il y ait une adhésion du patient au traitement, là c’est ennuyeux quand-même..., si, si, s’il arrête son traitement.”*

Les médicaments “importants” étaient des médicaments vitaux selon le médecin 3.

**M3** : *“On va essayer de regarder ceux qui sont vraiment essentiels (elle insiste sur ce dernier terme) pour votre vie et qui vous apporte vraiment quelque chose au point de vue vital quoi. Voilà.”*

Les médecins opposaient les médicaments “importants” et ceux “de confort”.

**M2** : *“Euh voilà, il a 5 - 6 médicaments, classes de médicaments, et il me demandait “On ne peut pas arrêter quelque chose ?” (petit soupir) Euh, j’ai dit “Non, ça me paraît difficile quoi”, il n’a pas de médicament de confort, oui voilà hmm...”*

**M3** : *“Donc, j’étais assez d’accord avec lui, donc là pour le coup je n’allais pas le déprescrire...[...] Et plus voilà, c’est un traitement important, ce n’est pas un traitement euh de confort, enfin voilà.”*

- **Les médicaments curatifs versus préventifs**

Il était plus acceptable de déprescrire un médicament préventif qu’un médicament curatif.

**M8** : *“Quand on est en prévention qu’elle soit primaire ou secondaire, on ne peut pas se permettre (il insiste sur ce dernier terme) qu’un médicament ait des effets secondaires ! [...] Ca, ce sont des déprescriptions classiques et fréquentes !”*

**M9** : *“Le préventif c’est moins dramatique, bon avoir une statine qu’on arrête un certain temps, c’est à mon sens pas quelque chose de gravissime si on essaye de faire en sorte que le patient réfléchisse et continue à se suivre (il insiste sur ce dernier terme).”*

- **Les médicaments remboursés**

Selon certains médecins, le remboursement des médicaments donnait à ceux-ci une crédibilité. Ils devaient ainsi être utiles aux yeux du patient ce qui était un obstacle à la déprescription.

**M5** : *“Mais, j’estime que si, déjà il est remboursé par la Sécurité sociale, c’est que voilà,*

*c'est un traitement qui existe, il n'a pas été interdit ni retiré du marché... S'il est remboursé, c'est vrai qu'après, nous, on a du mal à avoir un poids pour dire "Non" quoi, "Il sert à rien, vraiment à rien, prenez-le pas !" quoi. Si... Faudrait à la rigueur, à ce moment là, qu'il soit carrément non remboursé complètement ou retiré. Mais c'est dur d'avoir ce langage là, dire que ça sert à rien alors qu'il est quand-même remboursé !"*

- **Les médicaments "à vie"**

Si un médicament avait été désigné par un primo-prescripteur comme étant à prendre "à vie" pour en favoriser l'observance, les patients devenaient alors très réticents à la déprescription. Selon le médecin 6, les patients avaient en fait développé une "dépendance à l'injonction faite" par le primo-prescripteur en lequel ils avaient toute confiance.

**M3** : *"Ce qu'on m'a donné, c'était très bien et il ne faut surtout pas y toucher" Voilà. [...] j'ai quand-même des patients qui sont venus voilà "Le cardiologue m'a dit qu'il faut jamais (insiste beaucoup sur ce dernier terme) que je l'arrête, donc euh vous me dites de l'arrêter une journée mais non, il ne faut jamais (elle insiste beaucoup sur ce précédent terme) que je l'arrête, même une journée, il ne faut pas que je l'arrête !" Donc ça peut aller super loin."*

**M6** : *"Ils ont investi leur traitement en question"*

**M6** : *"on a tous eu l'exemple sans doute du Professeur très réputé et qui aurait été consulté loin (il insiste sur ce dernier terme), un peu idéalisé et qui avait eu une phrase assez péremptoire sur le fait de ne jamais (il insiste sur ce dernier terme) interrompre le traitement..."*

**M6** : *"On le recherche des fois quand on est un peu obsédé par l'observance des patients... [...] on peut avoir une dépendance à l'injonction qui a été faite, à un moment."*

### III. 3. 2. 3. Les médecins

- **Les attentes des médecins**

#### **Une déprescription sans aucun risque**

Le médecin 7 notamment souhaitant déprescrire sans prendre le moindre risque.

**M7** : *“nous on va déprescrire ce pour quoi on va être sûr qu'il n'y aura pas de souci particulier”*

Le médecin 4 estimait néanmoins qu'il était nécessaire de prendre certains risques si on souhaitait déprescrire.

**M4** : *“si on se pose un peu ces questions-là, ben dans ce cas-là on ne déprescrira jamais ! [...] Si on ne prend pas éventuellement le risque, sachant que, on va dire, pour certains c'est pas utile (reprise d'inspiration audible), voilà, on ne prendra jamais ce risque là à aucun moment et on se retrouve avec des empilements de cachets ! Donc, euh..., le risque peut être pris hein.”*

- **Les croyances des médecins**

De nombreuses croyances des médecins ont été mises en lumière dans nos entretiens. Elles pouvaient constituer des obstacles à la déprescription.

#### **Déprescrire va dans le sens d'une restriction**

La déprescription était vue comme une mesure de restriction notamment par le médecin 9. Il estimait que l'Etat et la Sécurité sociale voulaient cadrer la santé de “façon comptable” au détriment de la médecine libérale.

**M9** : *“j'ai l'impression que ça va vers le sens de serrer. Alors, serrer, dans le mauvais sens... Je pense que serrer..., comme il n'y a pas de..., les médecins ne sont pas assez soudés entre eux pour organiser une défense par rapport à ça..., je pense que l'Etat (il insiste sur ce dernier terme) est en train de prendre pouvoir sur nous et euh, prépare quelque chose pour cadrer cette santé à sa façon c'est à dire de façon comptable quoi.”*

**M9** : *“Mais c’est vrai que ça, moi, ce discours de restriction là, ça commence à bien faire ! [...] Ben, je veux dire, attendez, on n’est plus dans une médecine libérale.”*

**M9** : *“Bon, maintenant, on a supprimé..., la Sécu a supprimé suffisamment de choses, on veut continuer à en supprimer, à en supprimer et cetera. Bon, “déprescription” me paraît être un mot hors-sujet de la médecine.”*

**M9** : *“La déprescription, ça m’évoque le panneau “défense à” (il imite un panneau triangulaire des mains)”*

### **La déprescription concerne uniquement les patients “chroniques” et les patients âgés**

Selon certains médecins, la déprescription concernait uniquement les patients chroniques.

**M8** : *“Parce que quand on parle de déprescription c’est forcément un patient chronique ! C’est à dire un patient à qui on renouvelle les ordonnances.”*

**M6** : *“Et bien, je suppose que c’est la démarche d’enlever des lignes à l’ordonnance. [...] Chronique, souvent. Surchargée. Ou, ou même pas surchargée ! Voilà, savoir enlever des lignes d’ordonnance.”*

La déprescription était considérée à destination des patients âgés par certains médecins comme le médecin 8.

**M8** : *“ma première idée c’est la gériatrie, donc la nécessité de la déprescription à un moment donné en gériatrie”*

### **Incertitudes vis-à-vis de la pertinence de la déprescription**

Certains médecins estimaient que ce n’était pas la peine de déprescrire un médicament si le patient était très âgé, notamment si ce traitement était pris depuis longtemps. Le médecin 8 et 9 estimaient même que si un patient a vécu si âgé avec certains médicaments, c’est que ceux-ci n’étaient pas “vraiment à risque”.

**M5** : *“C’est un monsieur qui est très âgé, qui est quand-même plutôt en fin de vie donc euh, étant donné qu’il a une espérance de vie pas voilà (elle met sa main sur le front)..., qui est de quelques mois, quelques années, j’ai pas, j’ai pas insisté plus que ça... Je lui ai suggéré d’arrêter mais euh, j’ai pas insisté plus que ça. (petit silence)”*

**M8** : *“Mais s’il est seulement inefficace, et douteux, et que le patient qui a quatre-vingt douze ans veut absolument le prendre, il est quand-même allé jusqu’à quatre-vingt douze ans avec ça !”*

**M9** : *“vous avez à faire à des gens qui viennent avec des prescriptions qui sont anciennes, chroniques..., donc, en gros, vous avez pas des gens qui se traînent avec des trucs vraiment à risque (il insiste sur ce dernier terme) pendant des années !”*

Les médecins minimisaient parfois l’intérêt de déprescrire un traitement inutile.

**M6** : *“Euh, c’est beaucoup plus difficile de se convaincre de supprimer quelque chose qui nous paraît superflu mais qui finalement, bon, n’est peut-être pas si grave que ça !”*

Selon le médecin 9, certains médicaments étant peu onéreux et sans danger particulier comme l’homéopathie, il n’était pas justifié de les déprescrire.

**M9** : *“Après, il y a l’homéopathie..., moi j’en fais un peu mais bon..., c’est..., ça coûte trois euros cinquante le tube... Hein... C’est pas non plus..., ça ruine pas la Sécurité Sociale”*

**M9** : *“En homéo, il n’y a pas de danger faramineux..., même dans les complexes comme ça, c’est des mélanges de remèdes, bon... Tout ça, on peut se poser la question de savoir à quoi ça sert !”*

### **Croyance en une supériorité des spécialistes**

Certains médecins évoquaient de façon plus ou moins explicite la position “subalterne” des généralistes par rapport aux spécialistes.

**M6** : *“Oui, la gestion de prescription par le spécialiste, euh, où on sera toujours dans une situation..., un peu mis dans une situation relativement subalterne (il regarde en haut à gauche) qui n’aurait pas le droit à la parole.”*

**M7** : *“C’est plus embêtant parce que ben..., c’est..., on n’est pas spécialiste ! Donc, s’il l’a prescrit dans une optique bien particulière euh..., ben à ce moment là, souvent, je réadresse le patient, et je..., voilà..., je lui demande si c’est toujours nécessaire...”*

Le médecin 4 déplorait cette croyance en une supériorité des spécialistes.

**M4** : *“les pathologies type arythmie et hypertension, diabète etc je pense pas qu’en terme de pratique, ils ont une pratique qui soit supérieure à la nôtre. [...] Ben peut-être parce que nous aussi, on se sent toujours un petit peu, on va dire, le Calimero de la profession quoi ! Se sentir entre guillemets une sous-espèce...”*

### **L’ordonnance c’est le lien**

Selon certains médecins, l’ordonnance était le lien entre le médecin et le patient.

**M6** : *“Malheureusement, des fois la prescription reste le fil qui nous relie au patient.”*

**M7** : *“Et donc du coup, ça leur permet des fois de ne pas se sentir sans rien si on leur a mis un petit traitement homéopathique... Euh, vous allez dire “Ca veut dire que vous n’y croyez pas grand chose !” mais si parce qu’en même temps ça les rassure. Et je crois qu’ils en ont besoin aussi.”*

**M9** : *“Bon, après, l’ordonnance c’est le lien”*

**M9** : *“Et ben en tous cas, c’est vrai que le lien c’est quand-même bien la prescription malgré tout (il prend un ton plus calme).”*

### **Croyance que chaque médicament participe à l’équilibre thérapeutique**

Le médecin 6 évoquait des éléments qui échappaient aux médecins lorsque le patient était en équilibre thérapeutique. Le médecin ne comprenait pas exactement comment le patient se retrouvait en équilibre thérapeutique et quelle était la part de responsabilité des différents médicaments. Il y avait donc là une part d’irrationalité et des difficultés à déterminer des situations de déprescription potentielles.

**M6** : *“on ne touche pas à quelque chose parce que finalement ça va bien comme ça. Et, on laisse euh, on reconduit. Euh, il y a des éléments qui nous échappent dans le..., il y a beaucoup d'éléments ou de paramètres qui nous échappent dans le fait que les gens soient équilibrés avec tel ou tel traitement qui nous paraît pas effectivement optimal mais avec lequel ils se trouvent eux pas si mal que ça.”*

**Proposer une déprescription est un droit accordé au médecin et refuser une déprescription est un droit du patient**

Le médecin 8 pensait qu'il fallait acquérir le droit de proposer une déprescription en devenant légitime auprès de ses patients. Pour cela il devait tout d'abord s'instaurer une relation de confiance notamment au moyen de traitements symptomatiques.

**M8** : *“Et je pense que c'était parce que j'étais pas encore suffisamment installé, je me suis donné un droit qu'on m'avait pas attribué parce que j'étais pas suffisamment installé et suffisamment connu, suffisamment... On peut considérer qu'un médecin traitant, il est plus ou moins une référence pour ses patients, et là j'étais..., je venais d'arriver, j'étais une référence pour personne quoi !”*

**M8** : *“Et par contre, si on les soulage bien là pour des choses un petit peu banales, on a gagné le droit de la confiance pour quelque chose de plus grave y compris pour la déprescription.”*

Le patient conservait le droit de refuser une déprescription.

**M8** : *“Et donc, c'est lui, c'est bien lui qui a décidé qu'il était hors de question d'arrêter ces médicaments ! Et je ne lui arrêterai jamais un parce que c'est son droit et que moi ça c'est..., je lui fais plaisir en prescrivant ça, je n'ai aucune conviction là-dessus mais il a vécu avant moi avec ces médicaments là, de quel droit je lui retirerais ?”*

**Déprescrire c'est du relationnel**

La déprescription représentait un travail relationnel.

**M8** : *“C'est un métier ! Déprescrire c'est du relationnel ! Si on ne sait pas faire de relationnel, ben il faut..., on ne peut pas faire de la médecine générale !”*



## La déprescription ou la prescription c'est pareil

Le médecin 9 ne dissociait pas la déprescription de la prescription.

**M9** : *“Et donc quand vous dites déprescription, c'est ça, la déprescription c'est la prescription à chaque cas différent et c'est une prescription. Moi, je vois pas de formation pour ça ou de machin pour ça.”*

### Les formations à la déprescription ne sont pas nécessaires

Certains médecins ne trouvaient pas nécessaire de se former à la déprescription ou à la communication.

**M8** : *“(silence) Alors ça, c'est un truc..., aujourd'hui il faut se former pour tout ! Faut se former pour écouter les patients, faut se former pour parler aux patients, faut se former pour déprescrire (dernier mot dit tout bas)... Enfin... C'est un métier quand même ! [...] pourquoi il faudrait des formations pour tout ?”*

**M8** : *“Il y a des techniques utiles mais il faut faire attention, tout le monde n'a pas besoin de la même chose et on peut perdre de sa spontanéité, faut faire attention ! [...] Ca doit pas être didactique. Je pense qu'il est préférable d'avoir d'abord une expérience et ensuite d'aller chercher la réponse à une question qu'on se pose dans notre relationnel. Un peu comme pour les autres formations !”*

**M9** : *“Ben écoutez, je sais pas ce que c'est une formation sur la déprescription, pour moi ça veut rien dire, euh... Qu'est-ce que c'est une formation à la déprescription ? Ca veut dire quoi ? Je connais pas le... On me montrerait une proposition de formation à une déprescription, je dirais “Bon..., j'aimerais bien connaître le sujet, parce que je vais pas y aller, quoi.””*

- **Les peurs des médecins**

Certains médecins déclaraient ne pas avoir de peurs en déprescrivant.

**M1** : *“Oh ben non. [...] Si tu es convaincu qu’il faut le faire... (rires)... Tu n’as pas peur !. (rires)”*

**M2** : *“Peurs, non.[...] non, je ne peux pas dire que j’ai peur (insiste sur le mot), non.”*

Néanmoins, d’autres médecins, notamment le médecin 3 assez récemment installé, déclarait sans hésiter avoir des peurs.

**M3** : *“Ah, oui, oui, oui, si... Mais bon alors voilà ça dépend quoi. Si je sais que c’est un médicament qui sert à rien, ça ne me fait pas peur. Si c’est un médicament où je pense que le patient..., on pourrait baisser (elle pose sa main sur la joue gauche) mais que c’est quand-même un médicament... qu’il y a un certain équilibre pour sa santé, forcément, ben, je peux avoir des craintes de baisser le traitement.”*

L’analyse des entretiens mettait néanmoins en évidence de nombreuses peurs du côté des médecins, plus ou moins explicitées.

### **La peur de l’évolution vers une médecine “collective”**

Le médecin 9 avait peur de s’orienter vers une médecine “collective” si on s’interrogeait trop sur la déprescription. Il opposait la médecine “collective” à la médecine “individuelle”.

**M9** : *“Si vous voulez, continuer aussi à trop s’interroger sur la déprescription, c’est aller vers une médecine comme ça, c’est à dire une médecine collective... On ne fait plus de médecine individuelle... On va sur une médecine collective et on dit, on déclare que il faut..., il faut plus que ça ça existe..., il faut plus que ça ça existe et cetera.”*

Certains médecins avaient peur de perdre leur liberté de prescrire en cas de déprescription contrainte. Le médecin 9 avait peur de perdre la “petite marge de manœuvre d’une ordonnance”. Le médecin 10 avait peur d’une “déprescription de masse” et déclarait que la déprescription imposée par la Sécurité sociale était une mauvaise déprescription.

**M7** : *“ça sert à rien de marteler (elle insiste vivement sur ce dernier terme) les gens là-dessus, aussi bien les consommateurs que les prescripteurs parce que je suis pas sûre que ce soit vraiment positif.”*

**M9** : *“Si maintenant c’est l’Etat français qui veut s’occuper des médecins et leur imposer un système complètement fermé (il insiste sur ce terme et ouvre les bras) dans lequel on n’a plus du tout de liberté de prescription, ça sera plus une médecine telle que nous on l’a appris hein ! Ca sera une médecine en effet collective. Enfin, voilà ma vision des choses.”*

**M9** : *“Et je pense que, en effet, la déprescription et s’interroger sur euh, sur la déprescription, uniquement dans un but de..., de..., de supprimer tout ce qui pourrait être le..., le..., disons le..., la petite marge de manœuvre d’une ordonnance et ben c’est supprimer toute l’humanité enfin la liberté de l’humanité et cetera quoi..., enfin, c’est..., c’est...”*

**M10** : *“Bien sûr, on nous demande de réduire les anxiolytiques chez les personnes âgées mais euh..., c’est parfois plus compliqué de réduire... En fait, il faut adapter au coup par coup... On peut pas faire de la déprescription de masse. C’est un état d’esprit en fait. Donc, vous pouvez pas faire de la déprescription de masse, c’est pas possible quoi ! Faut s’adapter à la personne quoi, c’est tout ! Voilà.”*

**M10** : *“On n’est pas formé à la déprescription, on est formé..., si, par la Sécurité sociale, éventuellement, et encore, c’est pas la bonne déprescription ! [...] D’abord, c’est pas de la déprescription, c’est de la mauvaise (elle insiste sur ce dernier terme) prescription, on va dire..., qu’on nous demande de faire.”*

### **La peur de rompre l’équilibre thérapeutique**

Certains médecins avaient peur d’altérer l’état de santé de leurs patients en équilibre thérapeutique en leur déprescrivant un médicament. Le médecin 2 désignait le médicament comme une “béquille chimique”.

**M2** : *“Moi je me dis qu’avec une petite dose, ça fait une petite béquille chimique et pour certains profils moi j’ai pas envie de les arrêter”*

**M2** : *“Pourquoi changer une équipe qui gagne ?”*

**M3** : *“Et voilà, que..., que..., que ce balancier (petit rire) soit, reste en équilibre ! Et qu'ils s'en rendent compte surtout !”*

**M7** : *“Oui, ben oui, que ça déséquilibre le patient ! [...] Ben, c'est essentiellement ça, si le patient est moins bien une fois qu'on lui a enlevé son traitement, ça c'est, ça c'est le plus embêtant.”*

La peur d'une rechute ou d'un événement de santé était explicitée par certains médecins.

**M2** : *“Faut il, peut-on les arrêter ou pas ? Parce qu'on a tous en tête des traitements qui ont été arrêtés puis on a vu les gens rechuter... La rechute c'est toujours moins facile après pour les ressortir euh...”*

**M4** : *“Pfff, des craintes.... euh...Pfff... Ouais, on peut se dire ben tiens on arrête celui-là et il peut faire un pépin derrière... Mais, est-ce qu'il fait son pépin parce qu'on a déprescrit ou est-ce qu'il fait son pépin et il l'aurait fait quand-même ? Donc, euh...” (sourire)*

### **La peur d'un conflit avec le patient**

Le médecin 2 exprimait clairement qu'il souhaitait éviter un conflit.

**M2** : *“Alors pour éviter d'aller au conflit, ben je renouvelle leur benzo le soir.”*

### **La peur d'une infidélité du patient**

Les médecins évoquaient le risque d'une infidélité des patients s'ils n'étaient pas satisfaits par la décision de déprescription du médecin.

**M1** : *“Pfff, de toute façon si tu le prescrites pas, ils iront le trouver ailleurs, c'est ça le problème, hein.”*

**M7** : *“C'est bien joli, vous êtes le médecin traitant, mais en fait, la personne, elle ira voir quelqu'un d'autre si vous lui avez pas prescrit de toute façon !”*

Le médecin 8 avait peur de blesser une patiente en lui proposant une déprescription de façon répétée.

**M8** : *“De temps en temps, je ne le fais pas à chaque fois parce que pareil ce serait la blesser..., mais de temps en temps je lui demande “Vous le prenez toujours ?” “Ah oui, oui, oui !” Bon ben, c’est bon...”*

### **La peur de perdre une belle relation**

Le médecin 8 avait peur de perdre un patient avec lequel il aimait bien discuter s’il lui proposait une déprescription.

**M8** : *“De temps en temps je lui demande s’il faut..., si c’est le moment de renouveler ses herbes et son sucre mais c’est, bon voilà, on en sourit mais c’est tout ! Donc, je pense que si je n’avais pas accepté ça, il ne serait pas, il ne serait pas resté chez moi ! Et pour moi ça aurait été dommage parce que c’est un patient très intéressant, on discute de plein de choses, enfin, il est..., c’est un homme que j’apprécie et lui m’appréciait, ça aurait été dommage”*

### **La peur de déplaire au patient**

Le médecin avait peur de déplaire au patient en proposant une déprescription.

**M8** : *“je lui fais plaisir en prescrivant ça, je n’ai aucune conviction là-dessus mais il a vécu avant moi avec ces médicaments là, de quel droit je lui retirerais ? Par contre, j’ai le droit de discuter sur tout le reste !”*

### **La peur d’évoquer une espérance de vie limitée**

Parfois, les médecins avaient peur d’évoquer l’espérance de vie limitée des patients en vue de leur proposer une déprescription éventuelle.

**M6** : *“On va pas leur dire “Ben vous êtes vieux, maintenant... Donc on vous arrête votre traitement !” (sourire) [...] “Vous n’êtes plus aussi jeune...! (sourire) Donc, vous n’avez plus les mêmes risques !””*

## La peur que le patient ne soit plus suivi

Les médecins 6 et 9 considéraient que laisser au moins un médicament sur l'ordonnance permettait de faire revenir le patient en consultation pour son suivi. Ils avaient donc peur, en supprimer le dernier médicament restant, que le patient ne soit plus suivi.

**M6** : *“si on supprime la prescription, on supprime la consultation, le suivi. On le voit sur des..., dans des situations de fin de traitement de substitution d’opiacés... [...] on appréhendait un peu que les gens n’aient plus rien effectivement parce que du coup il n’y avait plus du tout de suivi ! Pour eux, ils ne revenaient plus parce qu’il n’y avait pas de médicament !”*

**M9** : *“c’est vrai que c’est une façon de revoir quand-même régulièrement les gens une ordonnance. [...] mais si vous avez aucun renouvellement à faire, il risque d’y avoir en effet un..., il faut organiser des consultations régulières donc il faut dire au patient “Ben revenez me voir dans tant de mois pour faire ça, ça et ça” et là, vous êtes pas sûr qu’il revienne...”*

## La peur d’une erreur médicale

Certains médecins évoquaient les erreurs possibles en déprescrivant. Parfois, ils cherchaient à corriger une erreur faite à l’Hôpital.

**M2** : *“Sauf si je vois que c’est une erreur de leur part, mais sinon je me dis bon ben oui tiens on va essayer de s’en passer de ça, euh, voilà.”*

Parfois, ils avaient peur de commettre une erreur (crainte d’un problème médico-légal) en déprescrivant soi-même un médicament “important” sans avis de spécialiste. Les médecins avaient dans ce dernier cas peur de dépasser leurs compétences.

**M3** : *“Mais moi j’ai été obligé de faire appel à un spécialiste. Oh, c’était peut-être aussi pour me couvrir moi.”*

**M9** : *“dans un sujet que vous maîtrisez pas. Donc, dans une pathologie un peu lourde, à risque..., vous avez besoin d’un avis.”*

## La peur d'être submergé de travail

**M10** : *“Mais, c’est parfois problématique parce que comme on est submergé de travail, on n’a pas trop envie de revoir les gens, [...] si on le met pas sur l’ordonnance et ben on sera appelé à un moment pour refaire une ordonnance supplémentaire qui correspond à un travail supplémentaire.”*

- **Les difficultés rencontrées**

### Le manque de données concernant le patient

Il pouvait y avoir un défaut de connaissance de l’histoire du patient.

**M1** : *“(rires) Ben parce que je pense que des fois tu vois des prescriptions tu ne sais pas pourquoi elles ont été faites, même nous on ne sait pas pourquoi elles ont été faites alors les malades hein...”*

**M3** : *“Puisque je ne connaissais pas bien son histoire (elle lance sa main au devant d’elle), je ne connaissais pas ce qu’il avait fait vraiment”*

Un défaut d’accès à tous les traitements des patients était également possible du fait de consultations de multiples praticiens ou encore de médicaments achetés sans ordonnance.

**M5** : *“comme il y a aussi des traitements sans ordonnance euh... Moi je ne le marque plus sur l’ordonnance mais ça veut pas dire qu’ils ne le prennent pas...”*

**M7** : *“Et puis, je vous dis, il y a souvent plein de prescriptions qu’on ne connaît pas... Donc, je veux dire, les gens vont à différents endroits et des fois vous êtes pas forcément au courant de la prise d’un traitement donc je sais pas s’il y a vraiment une solution...”*

Le problème des visites à domicile a également été soulevé.

**M1** : *“On a plus de difficultés parce qu’on n’a pas les dossiers, donc des fois on n’ose pas trop changer comme ça (il se frotte le front), enfin je ne sais pas si ça joue beaucoup (ces derniers termes sont à peine audibles).”*

## **Le manque de recommandations concernant la déprescription**

Certains médecins avaient l'impression qu'il n'y avait pas de recommandation de déprescription.

**M3** : *“Ah ! Qu'est-ce qui a été fait par la Sécu pour la déprescription? [...] Ben, pas grand chose ! [...] Je n'ai pas l'impression que... Non, je n'ai pas l'impression qu'ils aient fait grand chose !”*

**M3** : *“Non, je n'ai pas lu. Ca existe peut-être, mais j'en n'ai pas connaissance.”*

## **La rigueur des recommandations de prescription**

Les médecins pensaient que la rigueur des recommandations de prescription était un obstacle à la déprescription, celles-là ne s'adaptant pas à chaque patient. Elles étaient trop rigides.

**M10** : *“on est aussi dans la rigueur des recommandations ou on ne l'est pas... Moi, on peut dire que je fais pas partie forcément des plus..., avec toute la rigueur des recommandations... Je pense que chaque patient est individuel et qu'on doit s'adapter aussi à son fonctionnement, donc je pense que certaines personnes, euh, voilà...”*

## **Le manque de formation**

Les médecins déclaraient d'emblée ne pas avoir eu de formation à la déprescription.

**M9** : *“Oh, je ne me suis pas formé à cette déprescription, je n'ai jamais eu de formation là-dessus. [...] Donc, peut-être que je suis mauvais (rires) et qu'il faudrait que j'en ai une (rires francs) ! C'est vrai, possible hein.” (rires)*

**M10** : *“(petit silence) Ben, je suis pas formée (elle insiste sur ce dernier terme) à la déprescription.”*

Certains médecins parlaient néanmoins d'une auto-formation tandis que d'autres se remémoraient qu'ils avaient été formés en stages hospitaliers lors de leur internat.



**M1** : *“Eh bien non, plutôt une auto-formation (rires)”*

**M3** : *“Non. Non, jamais. [...] Mais si, par contre, en milieu hospitalier quand j’étais interne. [...] Où là, on nous disait “Systématiquement quand vous avez une ordonnance dans les mains et ben vous devez regarder tout ce qui sert à rien.””*

Le médecin 4 déplorait des lacunes de formation en pharmacologie.

**M4** : *“je m’aperçois qu’en fait, effectivement, du point de vue pharmaco, on est nul quoi ! Globalement. On est pas très bon parce qu’on n’a pas été formé pour... [...] et forcément tout ce qui est on va dire, effets indésirables et compagne... il n’y a rien !”*

### **Le manque de connaissances des effets secondaires médicamenteux**

Le médecin 9 évoquait, de façon non spontanée, le manque de connaissances des effets secondaires médicamenteux, ceux-ci étant si nombreux.

**M9** : *“Si on ne savait pas, on ne va pas déprescrire alors qu’on savait pas ! [...], des effets secondaires qu’on peut passer à côté... Mais il y en a... De toute façon, il n’y a que ça des effets secondaires ! Donc euh, ouais on peut passer à côté, facile..., ouais ! Oui, oui, bien sûr... [...] Le fait de pas savoir fait qu’on peut pas déprescrire si on sait pas !”*

### **Le manque de temps**

La plupart des médecins déclarait manquer de temps pour proposer une déprescription.

**M2** : *“Non. On n’a pas bien le temps... (dit très rapidement)”*

**M10** : *“Mais bon, le grand problème c’est le temps (elle lance un regard en dessous de son bureau), dans tout ça. Le temps d’expliquer aux patients pourquoi on va leur enlever un médicament...”*

Le médecin 6 pensait que le vieillissement de la population favorisait les consultations à rallonge où le médecin manquait de temps pour déprescrire.

**M6** : *“Donc, il est évident que plus les ordonnances sont longues, plus les patients sont*

*(un mot inaudible) difficiles pour se déshabiller..., se rhabiller... On a une consultation qui est longue, on ne va pas forcément reprendre encore dix minutes pour expliquer qu'on supprime tel ou tel médicament... Donc, ça peut être aussi..., les choses se font sur la durée."*

Le médecin 10 reconnaissait que le manque de temps était aussi un obstacle au suivi d'une éventuelle déprescription.

**M10** : *"C'est ça. Ben c'est surtout la..., oui, on va dire ça... C'est le manque de temps pour gérer des éventuelles demandes ultérieures par rapport à..., par rapport à ça justement."*

### **La fatigue des médecins**

La fatigue des médecins était un obstacle à la déprescription.

**M4** : *"Même si on va dire, c'est vrai que des fois, on peut être un peu tenté, je dis pas... C'est à dire que (reprise d'inspiration audible) soit par la fatigue, soit par machin euh, la pression vis-à-vis de..., pfff, se dire au bout d'un moment... Voilà... Mais, en même temps, des fois on se dit, on ne rend pas service au patient."*

### **Les moments peu propices**

#### **Pour le médecin : le manque de temps et la fatigue**

**M7** : *"Ben quand vous avez moins de temps [...] Après, éventuellement oui, le fait qu'on soit pressé, on n'est pas toujours, à ce moment là, disponibles pour reprendre du temps, enfin, suffisamment pour réexpliquer..."*

#### **Pour les patients : les moments de vie peu favorables**

Les médecins tentaient de reconnaître ces moments peu favorables.

Il pouvait être question de problèmes psycho-sociaux.

**M4** : *"Après il y a le contexte social, il y a le contexte, enfin voilà quoi... Il y a des fois, certains patients (reprise d'inspiration audible) c'est un peu compliqué de pouvoir les arrêter. Le chômage, conjugopathie... [...] On a plus de chances que ça rate ! Donc, il*

*faut essayer de trouver le bon moment quoi !”*

Les moments peu favorables pouvaient être également une consultation pour un problème aigu ou encore un patient qui n'est "pas bien".

**M7** : *“je veux dire quand ils viennent pour un problème aigu, c’est pas là où on va dire “Ah, peut-être que le traitement habituel...” et où on va supprimer tel médicament et ils vont pas savoir pourquoi donc euh... Sauf s’il y a une interaction avec un médicament qu’on donne en prise aiguë.”*

**M7** : *“Quand il est pas bien, c’est un peu difficile de lui dire “Ah ben tiens, on va supprimer, vous avez mal là, oh ben c’est pas grave, on va supprimer votre antidouleur parce que du coup...” Ouais, c’est un peu difficile quoi.”*

### **Pour le couple médecin-patient : la première consultation et les autres moments défavorables à la fois pour le médecin et le patient**

**M8** : *“Mais, dans quelques cas, bon, c’est pas maintenant parce que il est pas bien, il ne va pas être réceptif, je ne vais pas avoir le temps de lui expliquer tout ce qui est nécessaire.”*

**M6** : *“en dehors de situations où la situation paraît menaçante, dangereuse, de façon imminente, euh, on ne va pas supprimer la moitié de l’ordonnance..., sur une première consultation...”*

**M7** : *“Euh, oh ben oui parce qu’une personne qui vient pour la première fois en consultation, euh, vous n’allez pas lui sauter dessus, enfin pour moi, je ne vais pas lui sauter dessus parce que déjà, la plupart du temps, ça ne va pas bien se passer.”*

### **Le manque de moyens**

Les médecins 4 et 5 déploraient l’absence de placebo vrai en ville, ceux-ci auraient pu les aider à déprescrire.

**M4** : *“on nous dit qu’il y en a trop, qu’il faut limiter, qu’il ne faut pas les prendre mais en même temps (reprise d’inspiration audible) qu’on nous donne les moyens de les déprescrire ! [...] le problème c’est que pour l’instant on n’a pas de placebo vrai quoi ! [...] en maison de retraite c’est facile à faire. En ville, il n’y a rien, il n’y a pas de placebo. [...]*

*On n'a pas les moyens pour, pour ça..."*

**M5** : *"Peut-être qu'il y ait plus, ouais, je sais pas, il y avait l'histoire du médicament placebo mais c'est compliqué à prescrire. Je sais que dans les maisons de retraite par exemple, on a ça. On peut, quand ils réclament quelque chose, on peut leur..., on peut leur prescrire un placebo. Mais du coup, ça semble quand-même compliqué à mettre en oeuvre en libéral..., en ville je veux dire."*

### **Le travail de façon isolée**

Un médecin isolé était décrit par le médecin 9 comme un médecin ne communiquant pas assez avec les autres professionnels en charge du patient, les spécialistes principalement.

Les médecins ne considéraient néanmoins pas le travail en cabinet de groupe comme un facteur modificateur des prescriptions et des déprescriptions.

**M9** : *"Voilà, si vous avez un généraliste qui est isolé et qui communique pas avec les autres, le patient peut perdre confiance et puis sentir que vous avez pas à déprescrire. [...] je pense que l'isolement c'est le manque de communication avec les spécialistes et avec l'ensemble des gens avec qui vous pouvez travailler quoi ! Enfin, dont vous avez besoin ! Pas forcément vos collègues généralistes hein d'ailleurs."*

**M10** : *"Mais là franchement je vois pas comment..., non, je vois pas comment, en étant en groupe, je pourrais éventuellement moins prescrire."*

**I** : *Ouais. Ca modifierait rien du tout.*

**M10** : *Rien du tout."*

### **Les difficultés de la démarche de déprescription**

Les médecins évoquaient des difficultés pour déprescrire.

**M1** : *"Il y a des techniques de sevrage mais elles sont difficiles à mettre en oeuvre..."*

**M2** : *"souvent j'essaie de m'y mettre hein, à enlever, mais c'est pas toujours facile [...] ça fait partie régulièrement des (raclements de gorge) efforts que j'essaie de faire pour arriver à en supprimer, ah ouais quand-même hein... Même si je te dis, ce n'est pas"*

*toujours facile”*

**M6** : *“Donc les déprescriptions d’hypnotiques, d’anxiolytiques... sont une gageure..., extrêmement difficiles à mener, dans la mesure où on n’a pas maîtrisé toute la chaîne.”*

### **Le manque d’alternatives non médicamenteuses**

Certains médecins évoquaient le défaut d’existence d’alternatives non médicamenteuses qui pourraient favoriser la déprescription.

**M5** : *“Après, on est embêté aussi parce qu’il n’y a pas tellement d’autre alternative quoi... Quand ils ont déjà la phytothérapie et que ça marche pas, les règles d’hygiène de sommeil et que ça marche pas...”*

Souvent, les patients refusaient ces alternatives non médicamenteuses ou en niaient l’existence.

**M5** : *“Même le patient sait, la plupart des patients savent maintenant hein (elle sourit et hausse les sourcils) que c’est pas bon d’avoir ce type de traitement mais eux-mêmes ils ne voient pas de solution alternative pour l’arrêter. Souvent.”*

**M6** : *“comme il n’a pas pris le relais par une psychothérapie, il n’y a pas eu d’autre possibilité de prise en charge, il s’est plutôt fixé sur ce type de traitement. [...] Enfin, actuellement, il n’est pas dans..., dans une optique de prise en charge de ce type là. [...] Son souhait c’était de revenir à la prescription initiale dans laquelle il avait trouvé un équilibre.”*

Il était également question de difficultés d’accès aux alternatives non médicamenteuses à la fois géographiques et financières.

**M5** : *“Euh, comme on n’a pas spécialement de centre de sommeil dans le secteur et que, euh, l’accès aux psychologues c’est quand-même cher (elle hausse les sourcils)...”*

## Le choix de la facilité

Les médecins avaient conscience que s'abstenir de déprescrire pouvait être une solution de facilité.

**M2** : *“Mais là, c'est la solution de facilité...”*

**M6** : *“Aujourd'hui, on est encore, c'est encore plus simple de prescrire (il regarde son ordinateur)... [...] Et de renouveler... Avec l'informatique, ...ça peut se faire en trois clics ! Voilà.”*

**M6** : *“On peut dire (rires) “Allez voir quelqu'un d'autre !” On peut se débarrasser du problème !”*

- **Des habitudes de renouvellement sans réévaluation**

Les médecins décrivaient leurs habitudes de renouvellement sans réévaluation.

**M2** : *“ben je renouvelle leurs benzo le soir. Il y en a qui prennent du Temesta® depuis 30 ans, donc ben voilà quoi... Hein.”*

**M2** : *“Donc, au bout d'un certain temps, c'est vrai que ça devient des prescriptions récurrentes, les antidépresseurs je pense surtout”*

**M9** : *“Evidemment ils viennent me voir en disant “Je viens pour renouveler mon ordonnance”. Bon, ça on le sait bien qu'ils viennent pour ça, mais euh..., quand ils viennent me voir pour ça c'est bon ben..., ils viennent faire leur visite habituelle.”*

Le médecin 6 évoquait une ritualisation des renouvellements.

**M6** : *“C'est pas par malice (il insiste sur ce dernier terme) ! Mais, implicitement, on a quand même une certaine facilité à represcrire parce que ça fait partie de cette ritualisation.”*

Le médecin 7 évoquait des renouvellements par automatisme :

**M7** : *“Après, il y a les traitements qui sont mis en place pour une durée déterminée et qui*

*après ont été poursuivis. Et puis après, parfois par automatisme, il a été reconduit, reconduit (elle fait des mouvements de rotation avec sa main droite)..."*

Certains médecins estimaient que l'informatisation des prescriptions favorisait les renouvellements sans réévaluation.

**M5** : *"Après, ça dépend aussi du temps qu'on a parce qu'un clic c'est facile à faire, on renouvelle, voilà et pas de discussion..."*

- **La primo-prescription par un autre médecin**

### **La primo-prescription par un confrère généraliste**

Déprescrire un médicament qui avait été initié par un confrère était plus difficile que déprescrire un traitement que les médecins avaient eux-mêmes initiés.

**M3** : *"Si c'est toi qui l'as prescrit initialement, c'est plus facile de l'enlever. [...] Il y a vraiment une histoire de confiance"*

**M6** : *"C'est toujours plus difficile quand on reprend des prescriptions anciennes antérieures qu'on n'a pas faites, dont on n'a pas maîtrisé la prescription initiale."*

Les médecins les plus âgés et les plus confiants ne demandaient que rarement un avis pour déprescrire. Si les patients avaient bien confiance en leur médecin et si la communication était bonne, celui-ci avait plus de facilité à déprescrire même s'il n'était pas le prescripteur initial.

**M1** : *"J'essaie d'expliquer en général aux gens (il se lève un peu de son fauteuil et se rassoit rapidement), c'est fondé... (petit rire), en général c'est fondé..., donc ben j'essaie d'expliquer aux gens soit en leur expliquant qu'il y a eu des progrès dans l'indication...[...] Moi c'est plus facile avec mon grand âge. Si vraiment on a les arguments, c'est pas plus difficile."*

**M2** : *"Oh ben, si j'estime que ce médicament on peut s'en passer..., je leur explique aux gens et puis voilà ouais. Non, ils font confiance, hein."*

Les médecins reconnaissaient que la primo-prescription par un confrère pouvait être un

obstacle car cela augmentait la réticence des patients surtout si ceux-ci avaient une grande confiance en le primo-prescripteur.

**M3** : *“alors moi je suis un jeune médecin alors je n’étais pas forcément leur médecin avant, ce n’est pas forcément moi qui leur ai prescrit, et donc “Oui mais c’est le Dr Dupont (sa main fait des mouvements rotatifs répétitifs vers l’avant) qui me l’avait prescrit” Euh, euh, “Pourquoi aujourd’hui vous ne voulez pas, qu’est-ce que..., est-ce que vous pensez que ce qu’il a fait avant ce n’était pas bien ?” Donc, il faut faire attention aussi parce que voilà il y a... Il y a un vrai jugement (sourire) derrière ça quoi... “Ouh là, mais elle, elle est en train de me dire que ce que faisait mon ancien médecin, que j’adorais, c’est pas bien, donc je ne sais pas si elle va continuer à être mon médecin !” Enfin, j’extrapole là mais...”*

**M5** : *“c’était leur médecin en qui ils avaient toute confiance, qui depuis toujours leur donnait ce traitement donc il y avait une espèce de fidélité au traitement par fidélité au médecin, par confiance au médecin.”*

**M6** : *“Et, certains n’arrivent pas à transgresser cette parole là.”*

### **La primo-prescription par un spécialiste**

Selon les médecins, déprescrire un traitement initié par un spécialiste était encore plus difficile que déprescrire un traitement initié par un confrère généraliste. Ceci s’expliquait du fait de l’idéalisations des spécialistes notamment par les patients.

**M5** : *“C’est plus difficile de déprescrire un traitement prescrit par un spécialiste que si c’est un traitement introduit par un autre généraliste ou par moi quoi.”*

**M6** : *“on a tous eu l’exemple sans doute du Professeur très réputé et qui aurait été consulté loin (il insiste sur ce dernier terme), un peu idéalisé et qui avait eu une phrase assez péremptoire sur le fait de ne jamais (il insiste sur ce dernier terme) interrompre le traitement...”*

**M10** : *“Comme c’est le cardiologue qui lui a sauvé la vie, euh, donc euh, voilà, il faut qu’on garde le traitement du cholestérol...”*

Certains médecins estimaient que les médecins devaient respecter le traitement des



spécialistes et qu'il fallait prendre l'avis du spécialiste avant une éventuelle déprescription.

**M9** : *“Pfff. C’est plus compliqué ! (rires) Souvent, c’est plus compliqué ! En général, le spécialiste, on va essayer de respecter son traitement et si vraiment on pense qu’il faut le modifier il faut l’appeler quoi !”*

D’après les médecins, il existait des difficultés de communication avec les spécialistes et ceux-ci freinaient parfois la déprescription. Le médecin 10 parlait même de la “pression du spécialiste”.

**M4** : *“Donc euh, ben je ne sais pas si ça touche, on va dire, une certaine susceptibilité ou autre, mais certains spécialistes ne le prennent pas forcément très très bien quand on modifie un traitement...”*

**M6** : *“Et c’est... Ils n’entendent pas forcément discuter leurs conseils. La prise de décision ne se fait pas de façon collégiale.”*

**M6** : *“En plus ça devient plus compliqué, du fait qu’on aura trois acteurs, le généraliste, le spécialiste plus le patient.”*

**M9** : *“C’est pas toujours facile parce que il faut appeler, il faut les joindre...”*

**M10** : *“Moi je sais que personnellement, je vois pas l’intérêt du Tahor® après quatre-vingt cinq ans ! Après, le cardiologue y trouve son intérêt aussi..., donc du coup, il y a ça aussi... Il y a toute la pression du spécialiste derrière. Voilà.”*

### **La primo-prescription par un pharmacien**

La primo-prescription par un pharmacien pouvait parfois constituer un obstacle à la déprescription.

**M4** : *“il y a forcément un professionnel qui leur a prescrit donc des fois c’est un peu compliqué. Pourquoi ils me croiraient plus moi que mon confrère ou que le pharmacien (reprise d’inspiration audible) qui lui a donné !”*

- **La responsabilité des prescriptions et des déprescriptions**

Certains médecins évoquaient le problème de la responsabilité du médecin renouvelant une ordonnance.

Le médecin 9 estimait que si le spécialiste avait vu le patient récemment, la responsabilité des traitements prescrits au patient incombait également au spécialiste. Le médecin 7 ne souhaitait parfois pas “prendre la responsabilité” de déprescrire un traitement du spécialiste. Cela pouvait constituer un obstacle à la déprescription.

**M9** : *“Ben, ça dépend quand est-ce qu’il l’a vu hein ! Si le courrier est récent, et qu’il l’a vu récemment et que l’état n’a pas évolué, c’est aussi lui qui est responsable non ?”*

**M7** : *“des médicaments par exemple à visée cardiaque [...] je ne vais pas prendre la responsabilité d’arrêter quelque chose. On refait le bilan chez le spécialiste.”*

Les médecins pensaient néanmoins qu’il était de leur responsabilité de déprescrire un médicament s’ils jugeaient qu’il y avait une erreur faite par un autre prescripteur.

**M8** : *“Voilà, il y a des prescriptions erronées et je la remodifie tout de suite parce que là par contre je suis en charge du dossier du patient et je considère que c’est une erreur, une méconnaissance du dossier du patient, donc je le fais. Et encore une fois, je suis médecin traitant, c’est ma fonction.”*

**M9** : *“Mais après, si vous pensez que c’est aberrant parce que vous vous dites..., vous êtes choqué..., ou qu’il manquait un élément ou quoi que ce soit..., ben vous essayez de l’appeler !”*

Les médecins 4 et 6 estimaient même que tout renouvellement de médicaments impliquait leur responsabilité.

**M4** : *“Vu que j’en veux pas, je vois pas pourquoi je le prescrirais derrière, puisque tout compte fait, si moi après je le renouvelle, c’est sous ma responsabilité. Et comme j’en veux pas, j’en veux pas !”*

**M6** : *“S’il y a un problème avec telle prescription, est-ce que je peux l’assumer ? Si je ne peux pas l’assumer, je ne la prescris pas ! [...] Si je signe en bas de l’ordonnance, je suis*

*responsable de ce que je..., même sur des choses qui me semblent pas ...optimales, jusqu'à un certain point, je peux l'assumer dans la démarche d'une déprescription, d'une réévaluation de la prescription. Euh..., si je peux pas l'assumer, je ne le prescris pas."*

- **Le profil des médecins**

Il a été noté un manque de confiance du fait d'une installation plus récente ou de la jeunesse du médecin.

**M1** : *"Moi c'est plus facile avec mon grand âge. [...] Ben, disons, c'est plus facile."*

**M2** : *"(rires francs) Je ne suis pas un angoissé ! Mais bon... (rires francs)"*

**M3** : *"Ben, tu prends de l'assurance, oui moi je crois. Je pense que tu as une, euh, notoriété qui s'installe (elle tapote les mains sur la table), les gens te font confiance, voilà, donc, je pense que c'est plus facile. T'arrives, t'es médecin remplaçant, dans un cabinet, tu vas vouloir déprescrire, euh, je pense que c'est plus difficile hein."*

- **Le ressenti des médecins**

Les médecins exprimaient un sentiment d'échec lorsqu'ils ne parvenaient pas à déprescrire.

**M1** : *"j'ai eu le malheur de lui donner car elle ne dormait pas et maintenant elle est devenue accroc."*

**M1** : *"Ben que je suis en échec hein ! [...] Oui enfin elle ce n'est pas un échec pour elle ! Au contraire c'est une victoire puisqu'elle a réussi à me faire prescrire ! (rires francs)"*

**M3** : *"Mais j'ai represcrit, donc pour moi c'est un échec !"*

**M3** : *"Alors, c'est malheureusement du Temesta®. [...] Enfin, je sais pas je dis malheureusement, parce que j'aime pas tous ces traitements (elle dit cette phrase chuchotée)."*

- **La résignation des médecins**

Les médecins semblaient particulièrement résignés lorsqu'il était question de déprescrire des somnifères ou des anxiolytiques au sens large. Leur résignation s'exprimait notamment lors de la proposition de la déprescription au patient et face aux plaintes consécutives à un échec de déprescription.

**M1** : *“Pour les benzodiazépines ou les somnifères, enfin le Stilnox® ou des choses comme ça, euh, il y en a tu baisses les bras quoi (il se frotte un doigt contre un autre doigt de la main opposée)”*

**M2** : *“Mais bon, ceux qui en prennent depuis des années, c'est impossible (il appuie sur ce dernier mot) de déprescrire hein. Impossible.”*

**M3** : *“Ben elle, je ne sais pas quoi penser, je ne sais plus quoi lui dire, parce qu'au bout d'un moment, ben voilà, on n'a plus de carte quoi... On ne sait plus quoi dire.”*

**M7** : *“Enfin, vous avez beau essayer de proposer, vous n'y arrivez pas de toute façon ! (rires)”*

**M7** : *“C'est toujours avec les hypnotiques, les anxiolytiques et cetera. Euh, je veux dire, il y a des choses qu'on peut pas faire !”*

### **III. 3. 2. 4. Autres acteurs**

Les autres acteurs étaient parfois cités mais n'apparaissaient pas au premier plan dans les réponses des médecins.

- **L'entourage familial et amical**

**M1** : *“Mais ça peut arriver que de temps en temps “Il a plus ce médicament là”, la famille peut émettre une opinion ou une remarque quoi.”*

Le médecin 6 estimait que la famille complexifiait la déprescription.

**M6** : *“l'entourage est certainement aussi des fois le troisième voire le quatrième acteur,*

*voire le cinquième..., voire... (rires) [...] Là, on peut là aussi, à loisirs complexifier la situation !”*

L'entourage exerçait une pression parfois et il était difficile à convaincre selon le médecin 3.

**M3** : *“Ben, déjà tu ne le connais pas forcément l'entourage donc ça va être difficile de le convaincre.”*

Selon le médecin 9, les familles étaient d'autant plus revendicatrices que la relation médecin - patient était récente et que le rapport de confiance n'était encore pas installé.

**M9** : *“Quand vous avez des patients que vous connaissez bien, on ne vous embête pas... Quand vous avez des patients qui sont pas très connus..., qui ont été suivis par quelqu'un d'autre avant..., euh..., les familles appellent oui”.*

Certains médecins décrivaient l'entourage féminin comme un obstacle à la déprescription, les femmes initiaient souvent leur entourage aux benzodiazépines et se plaignaient parfois aux médecins suite à des déprescriptions chez un membre de leur famille, leurs parents notamment.

**M3** : *“Par contre, ben, ben, une semaine, quinze jours après, sa fille m'a rappelée en me disant, l'entourage... (elle me dit ce dernier terme en aparté) “Il faut absolument faire quelque chose, pour maman, parce qu'elle ne dort vraiment plus ””*

**M6** : *“je reviens sur les prescriptions de Lexomil®..., beaucoup de primo-prescriptions sont faites par la voisine euh, la cousine euh, l'épouse, la soeur, la belle-soeur ou je sais pas qui... Ou les hommes hein aussi, j'ai pas dit... (rires) Mais, il y a peut-être une petite majorité de femmes qui en avaient sous la main... (rires), et qui en donnent maternellement... (rires)”*

**M9** : *“Il y a la fille qui appelle... [...] “Mais je comprends pas bien parce que ça fait des années, des années qu'elle prend Ginkor®, et là, vous lui avez arrêté !””*

Selon le médecin 10, les plaintes des personnes âgées étaient parfois perçues à tort par la famille comme une demande de médicaments ce qui serait un frein à la déprescription.

**M10** : *“Elle prend pas tous ses médicaments, elle en a pas assez.” ou “Ca ne gère pas ses douleurs !” C’est à dire... Les plaintes ! Parce que les plaintes personnes âgées - enfants, si elles sont là “J’ai mal aux jambes, j’ai mal au ci...”, ça pousse éventuellement une prescription supplémentaire alors que c’est peut-être une façon cachée de se plaindre d’autre chose ou de... [...] C’est à dire que les personnes âgées vont s’épancher auprès de leurs enfants, c’est juste pour qu’elles soient considérées ! Et des fois ça pousserait aussi à la surprescription ! [...] Pas à la déprescription !”*

- **Les acteurs hospitaliers**

Plusieurs médecins considéraient que les acteurs hospitaliers avaient parfois tendance à prescrire d’autres médicaments plutôt que d’en déprescrire. Le médecin 5 donnait l’exemple des services de cardiologie.

**M4** : *“Oh ça, je ne compte pas sur l’hôpital pour déprescrire, non, ils ont plutôt tendance à en rajouter... [...] Ben après ça dépend des pathologies mais, on va dire, c’est pas l’hôpital qui déprescrit !”*

**M5** : *“en cardio particulièrement, ils vont sortir avec une ribambelle de traitements qu’eux-mêmes ont du mal à accepter”*

Les médecins décrivaient cependant des services plus déprescripteurs que d’autres. Les services de médecine gériatriques semblaient être les plus déprescripteurs.

**M5** : *“en gériatrie par exemple, c’est plutôt le contraire, ils arrivent ils avaient pas mal de trucs, ils ressortent ils leur ont tout supprimé quoi.”*

Selon les médecins, les patients manquaient d’explication et ressentaient une brutalité lors des déprescriptions hospitalières.

**M1** : *“Ah ben je pense qu’à l’hôpital on ne leur donne pas d’explication... Là dessus hein. Ouais. Ils rentrent avec l’ordonnance, l’ordonnance elle est bouleversée, “comment je vais faire ?” Voilà.”*

**M1** : *“c’est trop brutal”.*

**M6** : *“Elle peut être assez mal vécue, oui. [...] c’est souvent très autori... enfin oui c’est de l’autori..., c’est autoritaire comme sait l’être l’hôpital.”*

Les médecins décrivaient des échecs de déprescription hospitalière.

**M7** : *“Elle sont sorties depuis une heure de l’hôpital, “Docteur, il faut absolument que vous me remettiez le médicament qui m’a été enlevé !””*

- **Le pharmacien**

Le pharmacien pouvait être un obstacle à la déprescription, selon des médecins.

**M1** : *“Oh, il y a le conseil du pharmacien mais le pharmacien (rire contenu) ça va à l’encontre de (rires) de sa chapelle...!”*

**I** : *(sourire). Donc le pharmacien... Ce serait plus un obstacle ?*

**M1** : *Ben oui oui oui tout à fait... Mais s’il veut être honnête euh...”*

Le médecin 10 évoquait implicitement le manque de contrôle par le pharmacien de la consommation réelle des médicaments favorisant parfois un stockage de médicaments au domicile.

**M10** : *“Je leur dis “La pharmacienne vous donne tout euh ?” “Oh ben je dois en avoir quatre, cinq boîtes dans ma pharmacie...””*

**M10** : *“Vous voyez les gens, même ceux qui veulent pas (elle ouvre les mains) entre parenthèse prendre de médicament, vous les voyez à la sortie des pharmacies (elle hausse les sourcils), la façon dont ils consomment, la teinture mère de ci, l’extrait de bidule de ça... Alors, le pharmacien il est content parce que bien sûr au final il a une note faramineuse... Voilà. On est dans une société de consommation, une société où ça coûte très cher, et voilà. Donc les recommandations...”*

- **Les laboratoires**

Les laboratoires pouvaient être un obstacle à la déprescription selon certains médecins.

**M1** : *“C’est vrai, plus tu as de pub sur un médicament, plus... Bon, c’est souvent par rapport à un autre, voilà hein, plutôt. Pas parce qu’on va te vanter les mérites du médicament machin, que tu vas le prescrire l’après-midi comme ça, tu vas quand même tenir compte des indications... Mais ça joue un petit peu... tu le prescriras plus...”*

**M4** : *“Le laboratoire ce n’est pas lui qui va dire “Ecoutez, mettez-le pas parce que franchement (reprise d’inspiration audible) vu la liste des effets indésirables...” Voilà. L’information est biaisée !”*

Le médecin 6 évoquait la pression des laboratoires vis-à-vis d’une prescription continue plutôt que d’une prescription au coup par coup selon les symptômes.

**M6** : *“je ne sais pas s’il y a une recommandation officielle sur la prescription des anti-histaminiques pour les personnes allergiques. Je me rappelle à une époque où je recevais encore des laboratoires et des visiteurs médicaux, l’orientation était claire “Allez-y Docteur, il faut les prescrire en permanence parce qu’autrement ils seront moins efficaces.” [...] Il y a des pressions du laboratoire effectivement, pour qu’il y ait une prescription continue, qui est plus intéressante effectivement pour le laboratoire que des prescriptions au coup par coup”*

- **Les paramédicaux**

Les paramédicaux ne semblaient pas constituer un obstacle à la déprescription.

**M9** : *“Euh, les paramédicaux je pense pas parce qu’ils s’occupent pas trop de l’ordonnance de médicaments.”*



### III. 3. 3. L'évolution de la déprescription

Les médecins déprescrivaient plus facilement que par rapport à leur début d'installation.

**M1** : *“Ah, ben j'y arrive beaucoup plus facilement qu'il y a 30 ans..., parce qu'on a des arguments d'explication et puis qu'on est plus sensibilisé parce que voilà les effets iatrogènes on les a vécus.”*

**M8** : *“je le fais plus facilement et je le fais mieux ! Bien sûr.”*

**M10** : *“Bon, je pense que c'est plus facile avec le temps et puis avec la connaissance de ses patients. Et puis du type de patients... Voilà.”*

Les médecins 1 et 5 ne déprescrivaient pas tellement car ils avaient déjà déprescrit les médicaments qui devaient l'être.

**M1** : *“Ben pas trop maintenant puisque je l'ai fait...”*

**M1** : *“Ben, plus souvent qu'il y a 25 ans, oui c'est sûr.”*

**M5** : *“Ceux que j'ai eu l'impression que je pouvais euh, déprescrire, je les ai déprescrits et maintenant, j'ai l'impression que ce qui reste je n'arriverai plus à y déprescrire quoi.”*

Le médecin 2 n'aurait pas eu de changement dans sa déprescription.

**I** : *“Ok. Est-ce que votre façon de déprescrire a changé au fil du temps ?”*

**M2** : *“(silence) J'en sais rien. Non, je ne crois pas. [...] Non, grosso modo euh, au fil du temps, non hein. Non.”*

Le médecin 3 déclarait déprescrire plus facilement qu'avant mais pas davantage. Ce médecin avançait l'hypothèse d'un changement des mentalités, d'une société qui serait moins dans la consommation qu'auparavant. Cependant, ce médecin doutait et concluait que ceci n'avait peut-être pas tellement changé. Selon lui et d'autres médecins, les médias auraient induit une méfiance des gens envers les médicaments ce qui aurait facilité la déprescription. Cependant, cela poserait le problème d'une déprescription inappropriée à l'initiative des patients et au détriment de leur santé. Le médecin 7

déplorait une vulgarisation de la santé.

**M3** : *“Ben, disons, c’est plus facile. Je ne déprescriis pas forcément plus, mais je pense que c’est plus simple.”*

**M3** : *“Mais je pense que les mentalités ont changé, elles ont évolué avec toute l’histoire du médicament. [...] Avec tout ce qu’on dit du médicament dans les médias, je pense que ça a changé le comportement des gens. [...] Et bien, une méfiance (elle pose un doigt sur sa bouche) plus importante vis-à-vis du médicament, et du coup, et du coup euh, la déprescription est moins mal vécue chez la personne plus jeune, enfin... [...] Enfin quand je dis plus jeune, c’est voilà les gens qui rentrent à 50 ans dans la maladie (silence).”*

**M7** : *“Déjà, je veux dire, le gros problème c’est euh..., je pense aussi, c’est que la santé n’est plus une affaire de professionnels de santé. Elle est trop vulgarisée, on en parle partout... Et, les gens ont trop accès à tous, pour voir que ce soit les effets indésirables ou autres des médicaments ou avoir vu dans tel endroit que... il faut pas faire ci, il faut pas faire ça avec les médicaments...”*

**M7** : *“Comme je vous le disais tout à l’heure, parce que je pense que c’est..., ceux qui vont l’arrêter c’est pas forcément ceux qui ont besoin de l’arrêter.”*

**M9** : *“ils se font leur propre médecine et ils se font leurs propres déductions et ils s’arrêtent eux-mêmes de toute façon les médicaments. Et quand ils viennent nous voir, de toute façon ils l’ont déjà arrêté et ils ne veulent pas en entendre parler !”*

**I** : *“Entendu. Est-ce que votre façon de déprescrire a évolué dans le temps ?*

**M10** : *Ben, au fur et à mesure de la façon dont je suis persuadée des choses. C’est vrai que quand vous êtes jeune médecin installé, je pense que hop “Les recos, les recos..., les machins...” C’est une bonne argumentation par rapport au patient, de lui dire, faut faire ça, faut faire ci... Après quand vous vivez, avec un peu de temps, vous vous rendez compte que les gens vivent pas plus vieux forcément avec les recos..., en étant aussi rigide, voilà.”*

Le médecin 10 pensait que le vieillissement de la population induisait des consultations de plus en plus longues et donc un manque de temps pour déprescrire.

**M10** : *“Il y a plus de patients. Les patients vieillissent. Quand ils viennent en consultation, si vous faites votre consultation dans l'état d'esprit que vous aviez initialement c'est à dire aller les faire déshabiller, à discuter un minimum, c'est des consultations qui durent bien plus longtemps parce que ben il y a toujours quelque chose. Et puis maintenant, vous êtes obligé d'appeler le cardiologue..., de rester vingt minutes au téléphone pour obtenir un rendez-vous... Au fur et à mesure du temps, les patients vieillissent donc c'est plus compliqué. En général. Voilà.”*

Les générations antérieures de médecins prescrivaient davantage selon le médecin 9. Le médecin 8 déclarait quant à lui que c'est l'arrivée de la médecine préventive qui a favorisé la polymédication.

**M8** : *“Donc, euh, c'est pas seulement dû à une mode, c'est parce que la déprescription devient nécessaire à un certain type de patients, et c'était pas le cas avant parce qu'on prescrivait beaucoup moins de médicaments puisqu'on faisait que du curatif !”*

**M9** : *“Ben qui maintenant n'exercent plus ou alors c'est des dinosaures, c'est des dinosaures qui sont encore là. (sourire) Mais, les médecins de cinquante ans, actuellement, c'est pas des gros prescripteurs dans la moyenne.”*

**M9** : *“Et, ces médecins qui étaient là avant nous, qui étaient de gros prescripteurs et ben en fait ils marchaient un petit peu dans cette espèce de culture du “Plus je t'en donne, plus tu vas être bien” (il lève les mains et les redescend) quoi, grosso modo.”*

### **III. 3. 4. Les propositions d'amélioration**

#### **III. 3. 4. 1. Absence de proposition concrète**

**M7** : *“(silence) Alors déjà, si..., pfff. On va dire (petit rire) qu’il y a plein de choses mais qui sont impossibles (elle insiste sur ce dernier terme) à faire.”*

**M10** : *“(rires) Que les journées fassent trente-six heures ! [...] Franchement, je vois pas bien comment on pourrait améliorer les choses...”*

#### **III. 3. 4. 2. Aides extérieures**

- **Augmenter le nombre de médecins**

Le médecin 10 souhaitait trouver de l'aide grâce à l'installation d'autres médecins pour pallier le manque de temps.

**M10** : *“Vous pouvez venir vous installer si vous voulez... (rires) Je suis peut-être pas la seule à en avoir parlé...”*

**M10** : *“il faut augmenter le numerus clausus ! (rires)”*

- **Formation médicale**

**I** : *“Et dans la formation continue ?”*

**M1** : *“Ben si, ça va de soi.”*

- **Déremboursement de certains médicaments**

L'idée de déremboursement de certains médicaments était proposée par plusieurs médecins.

**M2** : *“Alors, ce qui les a décidés, c'est quand ils les ont déremboursés. Alors, quand un*

*produit devient déremboursé, c'est beaucoup plus facile de le supprimer. [...] C'est une aide à la déprescription."*

**M3** : *"Hmm. Alors, ce qui nous a aidés, c'est les déremboursements de ces médicaments là... [...] Ah oui, oui, il y en a beaucoup qui ne veulent plus prendre de médicament déremboursé... Oui, oui, oui... Et, qui ont associé déremboursement avec inefficacité. (elle appuie sa joue droite contre sa main droite pliée) [...] Voilà. Ca c'est très ancré comme idée. Euh..."*

Le médecin 10 estimait néanmoins que le déremboursement ne serait pas une bonne solution car cela entraînerait une "médecine à deux vitesses".

**M10** : *"Le déremboursement aussi a entraîné une déprescription, majeure ! [...] Ouais mais c'est pas la solution, enfin je veux dire c'est même atroce ! [...] Ben parce qu'il y a des gens qui ont besoin..., qui avaient besoin de choses qui sont totalement déremboursées actuellement, et que du coup ils ne se payent pas ces choses là parce qu'ils n'ont pas l'argent pour ! Voilà. Ca crée aussi une médecine à deux vitesses..."*

- **Suppression du tiers-payant en pharmacie**

La responsabilisation des patients pourrait passer par une suppression du tiers payant en pharmacie.

**M7** : *"je pense une bonne partie des personnes, si le tiers payant en pharmacie n'existait pas, il y en a beaucoup qui ne prendraient pas tous les médicaments ! [...] Donc, ils trouveraient peut-être que finalement ben une tisane ça coûterait moins cher !"*

- **Campagnes grand public**

Certains médecins proposaient des spots télévisés, des affiches ou des prospectus au cabinet pour favoriser la déprescription par l'éducation thérapeutique.

**M1** : *"Bon, des campagnes contre (il tousse) le Médiator®, euh contre, comme le Médiator® (il tousse), on ne peut pas proposer ça pour tout (petit rire)... [...] "L'abus d'alcool est dangereux pour la santé, l'abus de médicament est dangereux pour la santé".*

*(rires) (il se gratte le cou). [...] Qu'est-ce qu'on pourrait proposer d'autre? Bien vous faire expliquer par votre médecin pourquoi il donne telle chose, là je vais me faire souffler dans les bronches (rire gêné). Que le médecin explique le pourquoi de la prescription. (silence)”*

**M1** : *“(silence) Au niveau télévision car c'est ça qui a un impact. Les affiches tout ça, pfff. dans les cabinets si l'affichage dans les cabinets si.[...] Une forme de campagne de déprescription. [...] Pour certains médicaments évidemment.”*

**M3** : *“Ouais, avoir des prospectus... (elle balaye le bureau du regard) [...] L'éducation thérapeutique des patients sur “Est-ce que vous êtes sûr que ce que vous prenez, ça sert à quelque chose ?” Enfin bon, c'est un petit peu plus délicat, parce que eux ils sont dans le “On m'a prescrit quelque chose, j'ai écouté, j'ai appliqué.””*

**M10** : *“Voilà. Ou alors, moi je fais une affichette que les gens lisent en salle d'attente “Quels sont mes médicaments utiles et inutiles (elle imite la prise d'une plaquette dans ses mains) ? Vous allez rentrer en consultation et donc, vous en discuterez avec votre médecin. Commencez à réfléchir trente minutes dans la salle d'attente pour savoir ce qu'il vous paraît utile de garder et pas utile de garder.” Donc, c'est..., ça serait..., voilà. Consultation de prévention d'excès de médicaments.”*

Le médecin 7 et 10 estimaient que les campagnes pouvaient néanmoins induire une déprescription aux dépens de la santé des patients, ceux-ci n'étant pas aptes à décider seuls de la poursuite ou non de leurs traitements.

**M7** : *“de marteler, de faire des..., de culpabiliser les gens [...] ça ne toucherait pas forcément pas forcément les bonnes personnes c'est à dire que c'est celles qui en ont marre de prendre certains médicaments qui vont arrêter leur traitement et c'est celles qui doivent pourtant le continuer !”*

**M10** : *“Non, franchement je vois pas... Je vois pas ce qu'une campagne nationale servirait.”*

- **Suppression de la visite des laboratoires pharmaceutiques**

Certains médecins souhaitaient une information indépendante des médecins qui pouvait passer par la suppression de la visite des laboratoires pharmaceutiques;

**M1** : *“(silence) Ben, supprimer la visite des laboratoires pharmaceutiques ! (rires francs)”*

**I** : *“Et selon vous, est-ce qu’il y aurait des améliorations à faire pour déprescrire plus facilement pour les médecins généralistes ?*

**M4** : *“Oh ben qu’ils soient plus informés hein, sur le médoc ! [...] On n’est jamais mieux servi que par soi-même ! Le laboratoire ce n’est pas lui qui va dire “Ecoutez, mettez-le pas parce que franchement (reprise d’inspiration audible) vu la liste des effets indésirables...” Voilà. L’information est biaisée ! Il faut vraiment que ça soit fait, on va dire, effectivement, par une information la plus indépendante possible.”*

- **Rémunération des médecins**

Seul le médecin 10 a abordé le problème de la rémunération mais a finalement conclu que le véritable problème était le temps.

**M10** : *“Si ben, vous mettez en place une super consultation rémunérée à ché pas combien... En fait, c’est même pas une histoire de rémunération pour ce qu’il me concerne... C’est une histoire de temps tout simplement. [...] Ca ne changerait pas grand chose. Il faudrait avoir plus de temps, tout simplement. Pour faire ce type de consultation avec ces patients.”*

### **III. 3. 4. 3. Aborder la déprescription : un savoir-être et un savoir-faire**

Le médecin 6 introduisait la notion de savoir-faire, essentielle à la déprescription.

**M6** : *“Je pense il y a les deux, il y a une connaissance et puis un savoir-faire puisque du coup effectivement, euh, le savoir-faire est sans doute plus important que la connaissance.”*

- **Se remettre en question**

Les médecins se remettaient en question en acceptant eux-mêmes qu'une déprescription pouvait être envisagée. Cette démarche n'était pas automatique et impliquait un savoir-être.

**M3** : *“Donc c'est sûr que nous, il faut vraiment qu'on ait, enfin, je pense, que déjà si on veut déprescrire, il faut déjà qu'on ait cette démarche de vouloir le faire, de reprendre à chaque fois l'ordonnance, (reprise d'inspiration audible), sinon, ça ne se fera pas, quoi.”*

**M9** : *“à un moment donné, vous êtes moyen, mauvais, bon et cetera mais vous êtes pas toujours bon ! Donc, le but c'est, à force à de revoir les gens, de tendre vers une ordonnance dite idéale (il élève sa main gauche en imitant des paliers successifs).”*

**M10** : *“(petit silence) Et bien, c'est la..., pour moi, c'est l'appréciation à un temps X de..., de..., c'est la remise en question régulière des prescriptions.”*

Il fallait se poser la question de la déprescription, c'était une démarche nécessaire.

**M4** : *“Donc c'est pour ça que j'ai répondu on va dire assez favorablement parce que c'est une grande question, je pense qu'il faut se la poser effectivement, régulièrement quoi, hmm.”*

**M8** : *“Et, il n'a été nécessaire de déprescrire que parce que à un moment (il lève la main) on a prescrit beaucoup !”*

**M8** : *“Donc, euh, c'est pas seulement dû à une mode, c'est parce que la déprescription*



*devient nécessaire à un certain type de patients”*

- **Réévaluation clinique et thérapeutique nécessaire**

Selon certains médecins, il était préférable d’avertir le patient de la réévaluation ultérieure de son traitement. Il fallait l’informer que son traitement était limité dans le temps et qu’il n’était pas forcément “à vie”. Ces médecins abordaient ainsi la déprescription dès la prescription.

**M2** : *“Donc, c’est vrai que les nouvelles prescriptions, je les préviens d’emblée tout de suite que je veux que ce médicament soit arrêté dans les trois mois hein.”*

**M3** : *“(silence). Alors moi je sais que ça m’arrive de dire à des patients par exemple quand je commence à prescrire un antihypertenseur (elle se gratte le cou), c’est quand-même un traitement chronique, que c’est pas définitif. [...] Que c’est un traitement que l’on peut être amené à arrêter si un jour la tension va mieux. [...] Enfin voilà. C’est vraiment de proposer un schéma (elle ouvre ses mains), de bien expliquer, voilà. D’ouvrir les portes sur euh... (reprise d’inspiration audible). [...] Et, surtout ça n’ancre pas dans ces traitements qu’on donne à vie...”*

Les médecins effectuaient une réévaluation clinique et thérapeutique en vue d’une éventuelle déprescription.

**M2** : *“je fais le point”*

**M3** : *“Il faut savoir leur redemander, “Au fait, pourquoi vous prenez du Doliprane®? Vous avez mal ? Vous avez mal où déjà ? Pourquoi vous en prenez tous les jours ?” Euh, enfin, voilà.”*

Les médecins 4 et 6 proposaient de parler plutôt de réévaluation d’ordonnance au lieu de renouvellement d’ordonnance, comme il avait été suggéré dans la revue Prescrire.

**M4** : *“C’est à dire que, vraiment, enfin j’avais eu, enfin c’est un confrère qui avait écrit sur la revue Prescrire, sur le forum, c’est intéressant, où il disait qu’il ne fallait pas parler de “renouvellement d’ordonnance” mais de “réévaluation d’ordonnance”. Je pense qu’il a tout à fait raison, c’est à dire, toujours essayer de se reposer la question, même si des*

*fois, par le temps, il y a des fois, ça arrive qu'on loupe sur trois mois et qu'on se repose la question après."*

**M6** : *"Il me semble avoir vu, récemment, utiliser le terme plutôt que le renouvellement (il insiste sur ce dernier terme) d'ordonnance mais de... évoquer plutôt la réévaluation (il insiste encore plus sur ce dernier terme) d'ordonnance. Je sais pas, c'est une brève ou un truc de Prescrire il me semble, ouais."*

- **Consultations dédiées**

Le médecin 7 pensait que des consultations dédiées pouvaient favoriser la déprescription. Il imaginait une consultation réalisée par un autre médecin que le médecin traitant, puis après réflexion, il pensait finalement que ce dernier était la bonne personne malgré les difficultés qu'il pouvait rencontrer comme le manque de temps.

**M7** : *"Ou alors, il faudrait avoir des consultations dédiées : chaque personne qui prend un traitement chronique devrait voir un médecin autre que son médecin traitant, qui pourrait se permettre de nettoyer son ordonnance... [...] Et, c'est pas faisable parce qu'en même temps c'est nous qui connaissons mieux les patients donc [...] C'est la bonne personne, c'est pas si simple parce qu'on n'a pas beaucoup de temps..."*

- **Regrouper les ordonnances**

Le médecin 2 tentait de regrouper les ordonnances pour faciliter la déprescription.

**M2** : *"j'arrive à regrouper les ordonnances sur la même ce qui permet parfois de supprimer... Certaines choses..." [...] Ca peut aider, le regroupement."*

- **La non prescription**

Certains médecins proposaient de favoriser la non prescription, en amont de la déprescription.

**M3** : *"Moi, je pense qu'il faut agir plus sur la non prescription que sur la déprescription."*

[...] *Moi je pense que ça, c'est l'idéal. [...] Parce qu'on le voit très bien... Pour tout ce qui est antibiothérapie, par exemple, on a beaucoup travaillé en amont...*

**M5** : *“Pour ce qui est du Daflon®, pour ce qui est du Chondrosulf® etc. Et puis surtout, tous les nouveaux patients, je me garde de leur introduire ce genre de traitement, ça évite d'avoir à les arrêter après quoi ! (rires)”*

**M6** : *“La meilleure déprescription c'est de ne pas prescrire.”*

- **La confiance en soi du médecin**

Selon les médecins, avoir de l'assurance et de l'expérience facilitait la déprescription.

**M1** : *“Moi c'est plus facile avec mon grand âge.” [...] “Ben, disons, c'est plus facile. Je ne déprescris pas forcément plus, mais je pense que c'est plus simple. [...] Peut-être parce que je prends de l'âge aussi.”*

**M3** : *“Ben, tu prends de l'assurance, oui moi je crois.”*

**M7** : *“Parce que j'osais peut-être moins le faire au départ...”*

**I** : *C'est plus facile maintenant par contre ?*

**M7** : *Je pense que ça sera plus fa... Mais parfois plus facile parce que quand vous avez un petit peu plus euh de..., d'expérience (elle insiste sur ce terme), les gens vous écoutent plus.”*

- **La confiance du patient envers le médecin**

Les médecins s'accordaient pour dire que la confiance du patient envers le médecin était un préalable indispensable à la réussite d'une déprescription.

**M2** : *“Ben, je pense que c'est plus facile quand on a de bonnes relations avec son patient quoi. Une relation de confiance, heu. Il y en a qui vous disent “Oh ben c'est vous le médecin, si vous faites ça, c'est que c'est bien.” Voilà quoi. Donc, quand il y a la confiance, c'est beaucoup plus facile ! [...] C'est beaucoup plus facile. Hein.”*

**M4** : *“s’ils ont confiance (reprise d’inspiration audible) [...] ça lève le frein.”*

**M8** : *“En gros, il y a la relation de confiance entre... Je..., je pense que un médecin qui ouvre son cabinet, [...] il faut qu’il gagne la confiance du patient pour pouvoir se permettre de déprescrire.[...] Et tant que j’avais pas gagné une légitimité, je ne pouvais pas toucher beaucoup à l’ordonnance.”*

**M9** : *“l’adhérence à la déprescription passe par une relation de confiance entre le médecin et le patient”*

Le médecin 6 proposait d’améliorer le rapport de confiance avec les patients pour faciliter la déprescription.

**M6** : *“Euh, tout ce qui est améliorer le rapport de confiance.”*

- **L’éducation et la responsabilisation des patients**

Les médecins 4 et 10 invitaient les patients à une réflexion vis-à-vis des médicaments nécessaires ou non. Selon le médecin 10, responsabiliser les patients en les impliquant dans la détermination des médicaments à déprescrire serait la “première grande étape” de la déprescription.

**M4** : *“Mais voilà, après c’est une éducation, les gens, moi j’essaie de leur faire, de faire en sorte qu’ils réfléchissent, c’est à dire que il n’y a pas, on va dire, une pathologie, un médicament quoi, il n’y a pas un problème, un médoc ! Voilà, je pense que ça il faut qu’ils essaient de s’y enlever de la tête.”*

**M10** : *“la première grande étape, ça serait de poser..., euh, comment dire..., de responsabiliser le malade en lui posant la simple question “Est-ce que tous vos médicaments sont nécessaires ?”*

- **La communication**

### **Les capacités communicationnelles des médecins généralistes**

Selon le médecin 8, les médecins généralistes étaient dotés de capacités communicationnelles hors pair. Il se posait donc la question de l'utilité des formations en communication.

**M8** : *“Je pense que les médecins généralistes, sur le plan re..., à part..., enfin sur le plan relationnel sont parmi les meilleurs, je suppose (il regarde par la porte fenêtre)... A mon avis, on est capable de vendre des voitures et des aspirateurs sans aucune difficulté ! Sauf que on est dans le conseil. Mais, quelque part on vend du vent, on vend du rêve, on vend la bonne santé voire quelque part ça suggère la vie éternelle ! Suivez mes conseils, vous ne serez pas malade ! Suivez mes conseils de prévention et vous ne serez pas malade. Donc on est capable de..., on est les pires charlatans ! (rires) On vend de la vie éternelle ! Donc, vendre de la vie éternelle c'est quand même joli ! (sourire) Hein ?*

**I** : *Oui, c'est joli !*

**M8** : *Et, pas après la mort ! Contrairement aux religions. Donc c'est beau ! Alors quand on est capable de vendre ça, (sourire) franchement, est-ce qu'on a besoin d'apprendre à communiquer ?*

**I** : *Donc, si je résume, là, la déprescription c'est du relationnel, mais pour le relationnel on n'a pas forcément besoin de formation (j'insiste sur ce dernier terme) pour arriver à...”*

Différentes étapes et modes de communication ont été décrits par les médecins pour aborder la déprescription avec leurs patients. Selon les médecins et les situations rencontrées, plusieurs attitudes étaient révélées, de la déprescription préparée et proposée à l'imposition de sa ligne de conduite. Le médecin 4 avait une position claire vis-à-vis de certains médicaments à déprescrire. Il jouait parfois sur la peur d'effets indésirables potentiels et déclarait souvent imposer sa ligne de conduite.

### **Préparer le patient à la déprescription**

Certains médecins préparaient les patients à la déprescription, le médecin 8 parlait d'amorcer la déprescription.

**M7** : *“des fois on l'a préparé avant ! [...] C'est à dire que la consultation d'avant, on dira*

*“Ah ben tiens, si la prochaine fois ça va bien..., on regardera peut-être pour modifier un peu l’ordonnance.”*

**M8** : *“je me suis toujours contenté la première fois de regarder l’ordonnance et de dire “Ah et ben voilà..., ah ben vous voyez je ne fais pas comme ça, peut-être que ce médicament là on verra plus tard peut-être que je le retirerai” Pour les préparer un petit peu à l’idée que j’allais déprescrire”*

**M8** : *“Alors dans ces cas là, par contre ce que je fais c’est que j’amorce un petit peu “La prochaine fois on reparlera de ça parce que peut-être que ce médicament là ce serait pas mal de le changer ou de le retirer donc on en reparlera la prochaine fois.” Parce que faut pas oublier qu’on est en médecine générale, on n’est pas obligé de tout faire, on a le temps pour nous, les patients on les revoit...”*

### **Proposer une déprescription**

**M2** : *“je leur dis souvent “Bon dites-donc, si on essayait de supprimer ça””*

**M7** : *“je leur demande leur avis.”*

### **Ecouter et respecter le patient**

Pour le médecin 8, écouter le patient c’était le respecter.

**M8** : *“juste écouter le patient et le respecter quoi. [...] Mais on l’écoute pas qu’avec les oreilles, on l’écoute avec les yeux (il insiste sur ce terme), on l’écoute avec ce qu’on sait de lui, son histoire et cetera.”*

### **Rassurer le patient**

Le médecin 3 rassurait le patient en lui expliquant qu’il pouvait reprendre le médicament si jamais la déprescription se passait mal.

**M3** : *““on peut essayer d’arrêter et si vraiment ça change quelque chose, on le reprendra”, mais moi je pense qu’il n’y aura rien, que rien ne se passera si on arrête ce traitement. Voilà.”*

Le médecin 7 souhaitait rassurer ses patients en leur prescrivant un “petit traitement homéopathique” suite à une déprescription.

**M7** : *“Et donc du coup, ça leur permet des fois de ne pas se sentir sans rien si on leur a mis un petit traitement homéopathique... Euh, vous allez dire “Ca veut dire que vous n’y croyez pas grand chose !” mais si parce qu’en même temps ça les rassure. Et je crois qu’ils en ont besoin aussi.”*

### **Argumenter**

**M3** : *“Moi je crois qu’il faut, ouais, ouais, ouais, il faut être sûr de soi, expliquer, argumenter, il faut être convaincant.”*

**M5** : *“Ah...! Euh... Ben moi, je..., voilà, je pars plutôt dans ces cas là..., je vais plutôt parler avenir effectivement... Je leur dis, eh bien “Le cumul euh, sur un certain temps (elle fait des mouvements répétés de rotations avec sa main gauche), ce type de traitement va pouvoir entraîner au final des effets indésirables...””*

**M7** : *“Il faut argumenter !*

La déprescription était considérée comme une démarche rationnelle par le médecin 6.

**M6** : *“Hmm. Non, je crois que c’est essentiellement euh..., il faut en discuter avec le patient en donnant des arguments, en essayant d’être euh... Que ça ne tombe pas du ciel, que ça soit..., que ça rentre dans quelque chose de rationnel quoi, une démarche qui se tenait depuis le début.”*

### **Faire peur**

**M4** : *“Quand on leur dit qu’il n’y a pas d’antidote (reprise d’inspiration audible), que tout compte fait les risques hémorragiques, a priori, d’après une dernière étude, sont plus importants que les AVK”*

### **Imposer sa ligne de conduite**

**M4** : *““Ecoutez, moi ça (il balance sa main), celui-là j’en mets pas, je ne mets pas de ça et puis voilà.””*

**M4** : *“Soit ça rentre à peu près dans le moule, soit ça va pas”*

**M4** : *“Après, si il y en a certains ils veulent des tartines, bon c’est clair, ils ne toquent pas à la bonne porte quoi ! (reprise d’inspiration audible et sourire)”*

Les médecins 6, 7 et 8 notamment, estimaient par contre qu’il fallait mieux être dans le conseil que sur un mode autoritaire pour faire accepter la déprescription aux patients.

**M6** : *“Il faut quand même lui donner envie d’arrêter. Sinon, on le fait de façon autoritaire en disant “Je ne vous en prescris pas, si vous voulez en avoir, vous..., c’est plus moi quoi !” [...] On peut dire (rires) “Allez voir quelqu’un d’autre !” On peut se débarrasser du problème ! Ca peut se faire en ville. Dans des zones un peu moins médicalisées, ce sera plus méchant.”*

**M7** : *“ce n’est pas une solution de dire “Bon allez aujourd’hui... (elle siffle deux fois), vous n’aurez plus que ça !””*

**M8** : *“On ne doit pas être dogmatique quand on prescrit, on ne doit pas être dogmatique quand on déprescrit. [...] Ah ben c’est à dire qu’on a décidé que c’était comme ça qu’il fallait faire et qu’on le fera coûte que coûte ! Mais si ça ne convient pas à ce patient là, faut pas le faire ! [...] Voilà. Alors après, ne pas lui imposer, ça veut dire qu’on l’écoute alors.”*

- **La décision de déprescription**

Les médecins 6, 7, 8 estimaient que la décision de déprescription revenait finalement au patient.

**M6** : *“Malgré les explications, la décision lui appartient et comment dire, la prise ou la non prise lui appartiennent. Ce n’est pas moi qui lui mets dans le bec.”*

**M7** : *“Enfin je veux dire, pour déprescrire, on n’est pas tout seul..., c’est à dire que, nous, on peut déprescrire, c’est facile, il faut que le patient après il veuille le faire ! S’il veut pas le faire..., il le fera pas hein.”*



**M8** : *“La décision, c’est quand-même le médecin qui signe l’ordonnance ! Donc, à la rigueur, on peut toujours dire que si le médecin veut (il insiste sur ce dernier terme) mettre le médicament sur l’ordonnance ou ne veut pas le mettre puisque c’est lui qui signe, qui écrit, c’est sa décision ! Mais évidemment que ce n’est pas du tout ça ! [...] le patient garde tout à fait sa liberté jusqu’au bout parce que c’est lui qui prend le pilulier ! Donc, il ne faut pas se tromper dans le pouvoir du médecin !”*

**M8** : *“c’est le patient qui décide ! Il nous donne le droit ou pas.”*

Le médecin 10 parlait d’une déprescription raisonnée avec une collaboration soignant - soigné.

**M10** : *“Donc, la déprescription, il faut que ça soit raisonné et en collaboration avec le soignant. Soignant, soigné.”*

- **L’art de la prescription et de la déprescription**

Le médecin 9 en rapportant la déprescription à la prescription, introduisait la notion d’art de la prescription et donc de la déprescription.

**M9** : *“il n’y a pas de formation (il insiste sur ce dernier terme) en déprescription. Il y a une formation en consultation, l’art de la consultation, de la prescription..., de la..., de la prescription, qui est une déprescription ! Bon...”*

Les médecins 9 et 10 estimaient qu’il fallait s’adapter à chaque patient lors de la déprescription et qu’il fallait conserver une consultation “individuelle”, personnalisée.

**M9** : *“Vous devez vous adapter au patient que vous avez en face de vous. Quand je vous disais tout à l’heure, la femme que je suivais en homéo, elle était suffisamment intelligente pour comprendre que j’allais changer ses complexes homéopathiques qu’elle prenait sur quinze remèdes mélangés dans une fiole qu’elle prenait depuis des années sans pour autant remettre en question ce que faisait son médecin homéopathe. Ben, mais, euh, il fallait qu’elle le comprenne !”*

**M9** : *“Il faut défendre la consultation individuelle”*

**M10** : *“Je pense que chaque patient est individuel et qu’on doit s’adapter aussi à son fonctionnement, donc je pense que certaines personnes, euh, voilà...”*

- **Le temps nécessaire**

Le médecin 2 estimait que peu de temps était nécessaire pour aborder la déprescription tandis que le médecin 4 déclarait que malgré que ce soit la partie la plus prenante, cela ne prenait pas tant de temps si on avait l’habitude.

**M2** : *“Ca ne prend pas beaucoup de temps, les gens ils nous font confiance.”*

**M4** : *“C’est vraiment la partie la plus prenante (il insiste sur ce dernier terme) en terme de temps (il insiste sur ce dernier terme).”*

**M4** : *“Après, quand le discours il est rôdé, je pense que ça ne prend pas tant de temps. J’en vois tous les quarts d’heure, hein.”*

Selon les autres médecins, la déprescription prenait beaucoup de temps. Le temps nécessaire pouvait être réparti sur plusieurs consultations.

**M5** : *“Mais quand on commence à vouloir négocier d’arrêter certains trucs, ça prend forcément plus de temps...”*

**M6** : *“ça va demander du temps parce que en dehors de situations où la situation paraît menaçante, dangereuse, de façon imminente, euh, on ne va pas supprimer la moitié de l’ordonnance..., sur une première consultation...”*

**M6** : *“Ben, il faut pouvoir l’argumenter au fur et à mesure, en rediscuter à plusieurs reprises.”*

**M7** : *“voilà, il faut qu’on ait le temps de le faire, que les patients soient aussi adhérents.”*

Certains médecins estimaient qu’il fallait parfois savoir prévoir voire reporter une déprescription si on manquait de temps.

**M5** : *“Ben il faut prévoir quoi ! Il faut effectivement, le jour où on déprescrit, se dire, et*

*ben voilà on va..., voilà... Il ne faut pas qu'il y ait quinze autres mille motifs de consult. en même temps ce jour-là quoi..."*

**M8** : *"Parce que faut pas oublier qu'on est en médecine générale, on n'est pas obligé de tout faire, on a le temps pour nous, les patients on les revoit..."*

- **Les moments propices**

Le médecin 5 rappelait que les moments propices étaient à la fois ceux du médecin et ceux du patient.

**M5** : *"Donc, il y a notre temps à nous... Et puis, ouais, il y a quand-même..., on sent le patient..."*

Les médecins avaient des opinions différentes vis-à-vis de la première consultation. Le médecin 5 était le seul à penser que c'était un moment propice pour proposer une déprescription.

**M5** : *"Ben moi, les périodes propices c'est surtout quand je les rencontre pour la première fois les nouveaux patients. Parce que là, on fait vraiment le point, je leur reprends tout (elle tape la tranche de sa main sur le bureau), "Pourquoi vous avez tel ou tel traitement ?" Donc, là c'est vraiment l'idéal pour en supprimer le plus possible. Après, c'est vrai que moi j'essaie quand-même de me poser la question à chaque renouvellement du bien fondé de tel et tel traitement."*

Le moment du "renouvellement" en fin de consultation était un moment privilégié pour certains médecins.

**M5** : *"Donc, c'est plus en fin de consultation (elle pose sa main sur la table) quand on arrive au renouvellement d'ordonnance..."*

**M7** : *"Mais, autrement non, je pense que le moment privilégié c'est le moment du renouvellement."*

Certains médecins déclaraient proposer une déprescription quand les patients voyaient leur santé fragilisée comme lors de retours d'hospitalisation ou de nouvelles pathologies

ou encore en fin de vie ou en soins palliatifs.

**M5** : *“Et puis après, oui, il y a les retours d’hospit. aussi qui sont propices hein. Hmm. [...] Ou, quand ils amènent certains symptômes hein ! [...] Quand il y a de nouvelles pathologies qui se greffent, on leur dit “Ah... Ben on va peut-être réévaluer le traitement. Ben ça c’est peut-être plus adapté”. Enfin...”*

**M7** : *“après on déprescrit quand il est vraiment pas bien... [...] en fin de vie ou en soins palliatifs, on va supprimer ses médicaments bien évidemment.”*

**M9** : *“Quand ils vont mal, de toute façon, on va pouvoir peut-être déprescrire parce que là, c’est le meilleur moment là... S’il faut déprescrire quand ils vont pas bien, c’est qu’on prescrit autre chose ! (rires)”*

Certains médecins proposaient une déprescription quand le patient allait bien, était dans des conditions favorables.

**M7** : *“Ca dépend ce qu’on veut supprimer et puis dans quel état est le patient (elle se gratte la joue gauche) ! Quand le patient va bien..., oui, quand le patient va relativement bien, c’est à ce moment là, on peut quand même mieux proposer de modifier son traitement.” [...] Ouais, quand il va bien. Et puis quand il le fait bien comprendre d’ailleurs.”*

**M10** : *“ce serait peut-être plus facile de leur enlever un anxiolytique qu’ils prennent depuis longtemps ou un somnifère en leur disant “Ben écoutez, vous allez être en vacances, essayez de vous passer de ça parce que même si vous dormez pas trop la nuit, vous verrez, au bout d’un certain temps vous allez récupérer un cycle normal.””*

Le médecin 8 estimait lui qu’il était possible de déprescrire la plupart du temps.

**M8** : *“C’est à dire que la plupart du temps on peut le faire.”*

- **Une déprescription progressive**

Les médecins proposaient parfois une transition comme une diminution des doses.

**M6** : *“On a été sans doute progressivement vers une diminution des doses”*

**M10** : *“Je ne vous mets plus que deux prises par jour au lieu d'en avoir quatre par jour.”  
Voilà. Sur les antalgiques. [...] C'est pas seulement faire, euh, arrêter, c'est aussi essayer de diminuer”*

Certains médecins proposaient le changement d'un médicament par un autre “moins nocif”.

**M1** : *“Donc souvent, on est obligé de faire une transition en prescrivant autre chose... de plus anodin entre guillemets et puis en disant que de toute façon il faudra l'arrêter quoi. Faire une transition avec un autre médicament ça arrive, oui.”*

**M3** : *“Oui, alors ça peut être avec les... Le plus fréquent, c'est avec les somnifères, hein. Voilà. Les gens à qui tu essaies de diminuer, tu essaies de changer pour donner quelque chose de moins nocif par exemple.”*

Le médecin 3 proposait l'arrêt d'un médicament en le laissant malgré tout sur l'ordonnance, ce qui serait mieux accepté qu'une déprescription d'emblée. Celle-ci pouvait alors être la prochaine étape.

**M3** : *“le garder sur l'ordonnance et en disant “voilà, vous essayez de l'arrêter, je pense que ça c'est pas mal. Plutôt que d'emblée l'arrêter... [...] Oui, on essaie. je vous le mets quand-même mais vous, vous essayez de”*

Certains médecins préféraient déprescrire médicament par médicament.

**M7** : *“Mais, en général, (le téléphone sonne) ouais, non, je préfère faire, peut-être, médicament par médicament pour éviter...”*

**M9** : *“Donc, on a commencé à en supprimer une et puis après on a supprimé la deuxième ! Et puis maintenant, je fais mon homéopathie que je sais faire !”*

- **Le suivi**

Le médecin 4 notait la diminution d'un traitement sur l'ordonnance.

**M4** : *“Oh, ben je leur dis, on baisse ! Et puis, hein, euh... C'est marqué sur l'ordonnance ! On baisse, et si douleur dans la poitrine ou si machin, me contacter.”*

Certains médecins assuraient un suivi téléphonique après une déprescription.

**M4** : *“Après, je fais pas mal de choses que je gère par téléphone. Et puis ça évite de prendre une consultation. Mais après, c'est de la gestion de cabinet. (reprise d'inspiration audible) Mais voilà, les gens je leur dis, dans trois semaines vous reprenez, vous me rappelez en fonction de... Mais bon certains me rappellent en me disant “C'est parfait, ça va très bien”. Donc, très bien, on garde bien ce traitement, enfin la baisse du traitement !”*

**M8** : *““S'il se passe quelque chose d'inattendu, surtout vous n'hésitez pas à m'appeler !””*

- **L'acceptation du patient**

**M2** : *“Aussi je dis “dites donc, on va vous en supprimer un petit peu..” la plupart du temps ils sont d'accord.”*

**M4** : *“Voilà ! Voilà, Procoralan®, voilà ! [...] Voilà, donc celui-là par exemple euh... J'ai un patient, je lui ai enlevé, il va très bien... Voire même, on va dire, je lui ai enlevé, il n'a aucune douleur dans la poitrine, donc euh, rien du tout..”*

**M7** : *“Après, il y a des personnes qui sont très ouvertes, qui veulent essayer éventuellement. Ca ne veut pas dire que ça va fonctionner.”*

- **La satisfaction du médecin en cas de déprescription réussie**

Il en ressortait une satisfaction et un sentiment d'avoir été honnête dans sa prescription.

**M3** : *“Tu vois... Et là, tu te dis que tu as un... que tu as réussi quelque chose.”*

**M3** : *“C’est agréable quoi, parce que là, tu te dis, bon il y a...”*

**M4** : *“Mais, en même temps, on se dit qu’on a été entre guillemets honnête dans sa prescription.”*

**M5** : *“Non, dans l’ensemble, je trouve que je suis quand-même assez contente de mes prescriptions quoi.”*

## **IV. DISCUSSION**

### **IV. 1. Forces de l'étude**

- **L'originalité du travail de recherche**

Le thème de la déprescription était un thème original, peu étudié dans la littérature.

A notre connaissance, il n'y avait pas d'autre étude qualitative sur la déprescription par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes et qui ne concernait pas uniquement les patients âgés.

Il y avait notamment peu de thèses traitant de la déprescription. L'approche était le plus souvent quantitative (15). Une thèse qualitative française étudiait les obstacles à la déprescription mais du point de vue des patients (16). Une autre thèse, soutenue durant notre travail, cherchait à déterminer comment aborder et réussir une déprescription grâce à des focus groups et des entretiens individuels de médecins généralistes. Seuls les patients âgés étaient concernés et les représentations des médecins n'ont pas été analysées (17). Les autres travaux qualitatifs existants, thèses ou articles s'intéressaient aussi le plus souvent uniquement aux patients âgés et rarement à la déprescription en tant que telle mais plutôt à la polymédication (8) (18). Notamment, un travail qualitatif néerlandais par focus groups de médecins généralistes ne s'intéressait qu'aux patients très âgés et avait comme biais principal une population constituée uniquement de médecins généralistes enseignants ce qui n'était pas transférable à l'ensemble des médecins généralistes (18). La méthode des focus groups avait peut-être été un frein à l'expression des obstacles à la déprescription, certains médecins ayant pu avoir peur d'être jugés par leurs confrères.

- **La méthode qualitative**

Avoir choisi une méthode qualitative était une force de notre étude. Nous souhaitions que les thèmes et les éléments de réponse émergent du discours du médecin sans que celui-ci soit trop influencé par les investigateurs. Les auteurs de thèses quantitatives sur les déterminants de la déprescription avaient conclu qu'il aurait été plus intéressant d'avoir une approche qualitative (14).



- **Les entretiens semi-dirigés**

Le choix des entretiens semi-dirigés nous semblait plus pertinent que des focus groups. Cela a permis une expression assez aisée des médecins sur le sujet, sans qu'ils aient peur d'être jugés par un groupe. Il semblait même qu'ils avaient oublié que les entretiens étaient enregistrés.

- **L'éviction du biais de connaissance du thème**

Nous avons de même évité le biais de connaissance du thème en ne révélant pas au préalable aux médecins notre question précise d'étude.

- **Le logiciel d'analyse qualitative**

Le codage avec l'aide du logiciel d'analyse manuelle des données qualitative NVivo 10 était un atout car il permettait d'être plus systématique et de relier plus facilement des codes entre eux.

- **La fiabilité de l'étude**

La fiabilité de l'étude résidait notamment dans la stabilité globale des réponses dans le temps malgré pratiquement un an écoulé entre le premier et le dernier entretien. C'est ce qu'on appelle la "fiabilité diachronique".

Par ailleurs, nous avons réalisé une triangulation des chercheurs ce qui rendait plus fiable et objective notre étude.

- **La validité interne**

En dix entretiens nous avons pu tendre vers une saturation des données probablement étant donné la durée de plus d'une heure en moyenne des entretiens et leur richesse. Les retranscriptions des entretiens sont disponibles en annexe sur CD-ROM, hormis celle de l'entretien 9.

- **La validité externe**

La cohérence avec les données de la littérature montrait la validité externe de notre étude.

- **L'acceptation interne**

Le consentement éclairé écrit signé a été recueilli pour chaque médecin.

Nous avons transmis à chaque médecin la retranscription de son entretien afin qu'il ait un droit de regard sur le verbatim et qu'il puisse en garantir l'objectivité. Aucun des médecins n'a remis en cause l'objectivité du verbatim. Néanmoins, le médecin 9 avait été notamment gêné par la retranscription mot à mot.

De plus, deux des médecins ont lu les résultats de l'analyse des trois premiers entretiens et ont approuvé ceux-ci.

- **La fidélité**

Les données pourraient être exploitables par d'autres chercheurs étant donné que les méthodes ont été explicitées et que les entretiens, minutieusement retranscrits mot à mot, sont disponibles en annexe à l'exception de l'entretien 9.

- **La prise en compte des critères COREQ**

Nous avons respecté l'échelle "COnsolidated criteria for REporting Qualitative research" (COREQ) constituée des 32 critères d'évaluation à rapporter lors de la rédaction d'une étude qualitative (19). Ceci est également un point fort.

## **IV. 2. Faiblesses de l'étude**

- **La représentativité de l'échantillon**

Une représentativité statistique n'est par définition pas recherchée dans une analyse qualitative. L'échantillonnage était donc non aléatoire et les résultats de l'étude n'étaient pas généralisables à l'ensemble de la population des médecins généralistes installés, même si la moyenne d'âge des médecins dans nos entretiens était de 50 ans et demi ce qui se rapprochait de la moyenne d'âge de 52 ans des médecins français installés et plus précisément de l'Ain.

Nous recherchions néanmoins une représentativité qualitative, grâce à l'inclusion de médecins aux caractéristiques variées ce qui fut le cas.

- **Le biais de mémoire**

Les médecins hésitaient parfois et avaient des difficultés à se souvenir de situations cliniques vécues notamment.

- **Le biais de déclaration**

Nous pouvons nous demander si les médecins ont bien révélé toutes leurs perceptions de leurs pratiques ou des obstacles à la déprescription, de peur d'être jugés par les investigateurs.

- **Le biais d'investigation**

Le fait que ce soit ma première étude qualitative était probablement un biais pour la conduite des entretiens avec des questions parfois trop longues notamment.

Néanmoins, les médecins interrogés ont estimé que les relances et reformulations avaient permis d'approfondir leurs idées sans que leurs réponses soient trop induites. Cela se vérifiait à la lecture des entretiens, le discours des médecins semblait effectivement peu influencé par mes interventions ce qui relativisait ce biais d'investigation.

- **Le biais d'analyse**

Etant également novice dans l'analyse qualitative et dans l'approche par théorisation ancrée, j'ai probablement été influencée par ma propre opinion. Cependant, la triangulation des chercheurs a minimisé ce biais d'analyse.

## **IV. 3. Les obstacles à la déprescription**

### **IV. 3. 1. Les obstacles liés aux représentations autour de la déprescription**

Les représentations ont été définies par J-M. SECA comme “un système de savoirs pratiques (opinions, images, attitudes, préjugés stéréotypes, croyances), générés en partie dans des contextes d’interactions interindividuelles ou/et inter-groupeux” (20).

“L’idée que l’on se fait de quelque chose” en est également une définition (21).

#### **IV. 3. 1. 1. Les représentations des médecins concernant la démarche de déprescription**

Les représentations des médecins concernant la démarche de déprescription peuvent constituer des obstacles à la déprescription.

- **La déprescription c’est la prescription ?**

Pour un des médecins (médecin 9), la déprescription n’existait pas, prescrire c’était déprescrire.

Prescrire et déprescrire participent en effet à la même fonction du médecin. La question de la déprescription fait partie intégrante de toute prescription raisonnée (8) (6).

Néanmoins, il a été nécessaire d’individualiser et de nommer cette partie de la prescription afin de mieux caractériser cette démarche de déprescription, la promouvoir et faire admettre que ce n’était pas une simple étape de la prescription (22).

- **La conscience de la nécessité de déprescrire**

Les médecins étaient conscients de façon unanime des risques éventuels de la polymédication.

Ils étaient également conscients des risques liés à certains médicaments spécifiques comme les benzodiazépines. Le risque de détériorations cognitives ou de chute leur semblait évident mais il n’y avait pas forcément de déprescription effective au niveau individuel du fait de nombreux obstacles. Comme il était expliqué dans la littérature, cette prise de conscience des prescripteurs n’était pas forcément extrapolable à leur pratique

individuelle. Déprescrire notamment chez des patients âgés était parfois perçu par les médecins comme une futilité à la fois dans nos entretiens et dans la littérature (8) (23). Dans nos entretiens, les médecins évoquaient peu et en tout cas pas spontanément la difficulté à reconnaître des situations où il fallait déprescrire. En les interrogeant plus directement sur cette question, cela devenait pourtant pour eux un obstacle évident à la déprescription. Le manque de conscience de cette difficulté peut apparaître également comme un obstacle à la déprescription.

Les prescripteurs sont donc conscients des risques liés à la polymédication (18) mais ont des difficultés à identifier quels sont les médicaments inappropriés et donc à déprescrire (8). Ces difficultés sont donc un obstacle à la déprescription, en amont du processus. Elles sont liées à des facteurs organisationnels que nous développerons plus loin comme des difficultés à accéder à toutes les ordonnances des patients (8) (24), un défaut de formation (24), un manque de recommandations concernant la déprescription (25).

Dans nos entretiens et dans la littérature, la difficulté à reconnaître les effets secondaires des médicaments était considérée aussi comme étant à l'origine de difficultés dans la détermination des médicaments à déprescrire (18) (26). Il a été également noté la difficulté à établir ou remettre en cause un diagnostic ou une indication de traitement et la difficulté à établir la balance bénéfique - risque d'un traitement (8) (18) (26).

Chez les personnes âgées, l'absence de preuves cliniques solides sur la balance bénéfique - risque des médicaments rendrait presque impossible l'identification de façon certaine les médicaments inappropriés (27). Selon les données de la littérature, la complexité croissante des situations cliniques notamment liées au vieillissement de la population serait également à l'origine d'une difficulté à la détermination des médicaments à déprescrire (8) (18) (26).

- **La balance bénéfique - risque de la déprescription**

### **Les bénéfices potentiels de la déprescription**

L'efficacité de la déprescription en terme de mortalité a été étudiée dans certains travaux. Un essai clinique en service de gériatrie en Israël a notamment montré une diminution de mortalité à 1 an chez les patients ayant bénéficié d'une déprescription déterminée par un algorithme (28).

Dans une revue systématique de la littérature, la déprescription de psychotropes chez les personnes âgées était associée à une amélioration des fonctions cognitives et à une diminution des chutes (29) (30).

La déprescription était considérée dans les études comme globalement bénéfique. Cette démarche serait même “doublement bénéfique” pour le patient et pour la société (7). Une déprescription appropriée serait donc aussi importante qu’une prescription appropriée (8).

Néanmoins, comme pour toute démarche en médecine, la balance bénéfice - risque est à déterminer. Les risques de la déprescription sont donc également à prendre en considération.

### **Les risques potentiels de la déprescription**

La peur des risques liés à la déprescription, notamment la peur d’une rechute et d’un syndrome de sevrage éventuel étaient des obstacles à la déprescription, ce qui est concordant avec les données de la littérature (8) (22).

La déprescription pouvait elle-même être iatrogène (24). Elle pouvait être un échec et provoquer un syndrome de sevrage, une rechute (24) (31), un rebond voire un décès consécutif à ces problèmes. Ceci concernait surtout des déprescriptions brutales, principalement de bêtabloquants, de corticoïdes et d’antidépresseurs (29).

Il ne faudrait pas que les médecins prennent le risque de déstabiliser des personnes âgées psychotiques ayant plusieurs médicaments psychotropes semblant excessifs (24).

Néanmoins, les études concernant la déprescription chez les personnes âgées de plus de 65 ans montraient que si jamais des symptômes réapparaissent suite à une déprescription, ceux-ci pouvaient facilement être maîtrisés en prescrivant le médicament en question (29) à condition de pouvoir différencier une rechute d’un syndrome de sevrage, ce qui s’avérait parfois délicat (32) et donc favorisait un arrêt de la déprescription. Le syndrome de sevrage d’un antidépresseur pouvait par exemple être confondu avec une rechute dépressive alors que le syndrome de sevrage était en général plus court et assez bien toléré. Si jamais ce syndrome était mal toléré, il n’était pas question d’arrêter la déprescription mais il fallait repasser à la dose précédente. Les

symptômes s'amendaient en général en moins de 24 heures. La déprescription était à reprendre par la suite mais de façon plus progressive (32).

Par ailleurs, il y aurait un risque de rupture de confiance entre le patient et le médecin suite à une déprescription, surtout si les patients sont très attachés à leurs médicaments (24).

Les peurs des médecins semblent ainsi justifiées dans une certaine mesure. La déprescription est malgré tout considérée dans l'ensemble comme une démarche sûre.

Un médecin de nos entretiens attendait une déprescription sans aucun risque (médecin 7). Etant donné que le risque zéro n'existe pas pour toute déprescription comme pour toute prescription, ceci relève donc d'attente irréaliste pouvant être un obstacle à la déprescription.

Parfois la seule solution afin de savoir si un médicament devait être arrêté ou pas serait d'initier une déprescription et de surveiller ce qui se passe (33).

- **La déprescription concerne les patients chroniques et âgés**

Certains médecins de nos entretiens estimaient que la déprescription ne concernait que les patients "chroniques" ou âgés. Or, la déprescription est également possible pour des traitements de courte durée et chez des patients jeunes, justement pour éviter le passage à un traitement "chronique" dans le cas par exemple des benzodiazépines. Les femmes enceintes devraient également faire systématiquement discuter une déprescription éventuelle (34).

- **L'utilité d'une formation ou pas**

Certains médecins de nos entretiens pensaient que les formations à la déprescription ou à la communication étaient inutiles.

En effet, alors que se former à la communication ferait perdre de sa spontanéité pour le médecin 8, se former à la déprescription serait inutile selon le médecin 9. Pourtant, la formation à la communication médicale paraît être nécessaire et ce dès la formation initiale (35).



P. QUENEAU soulignait quant à lui la nécessité d'une "formation exigeante" des médecins à la déprescription (7).

- **La "soumission à l'autorité" des spécialistes**

Dans nos entretiens, certains médecins ont laissé entendre une supériorité des spécialistes et une position subalterne des généralistes (médecin 6 et 7) avec parfois une peur de dépasser ses compétences en déprescrivant (médecin 7). Ces croyances sont concordantes avec les données de la littérature (8) avec notamment la notion "d'infériorisation des savoirs généralistes" (36).

Des questions déontologiques peuvent être un réel obstacle à la déprescription. Il est en effet question d'une "soumission à l'autorité" de la part des généralistes, déplorée par M.A. BOUSQUET dans sa thèse sur les concepts en médecine générale (37).

Selon une étude qualitative de l'anthropologue A. VEGA, cette "soumission à l'autorité" de la part des généralistes s'expliquerait notamment par un manque de références en médecine générale notamment un défaut de formation à la gestion de l'incertitude diagnostique et des plaintes des patients souvent liées à leurs conditions de vie (36).

Les médecins généralistes se réfugiant derrière cette autorité émanant de spécialistes ou d'hospitaliers, il en découlait une relation "maître-élève". Celle-ci pourrait être un obstacle à des soins appropriés pour le patient comme une déprescription. En effet, suite à un effet secondaire, les généralistes auraient tendance à ajouter des médicaments à l'ordonnance d'un spécialiste plutôt que de déprescrire le médicament suspecté. Cela serait responsable d'accumulations de médicaments (36).

Grâce à une analyse critique des prescriptions et à une "non soumission à l'autorité", les médecins généralistes devraient notamment savoir remettre en cause des avis ou des prescriptions lorsqu'ils l'estiment nécessaire (37).

La communication entre les médecins pourrait pallier cet obstacle. S. LAFOREST a en effet montré dans sa thèse en 2013 que les relations entre spécialistes et médecins généralistes se sont avérées "confraternelles et cordiales" lorsque le médecin généraliste contactait le spécialiste pour une éventuelle déprescription de clopidogrel. Cela montrait une discussion possible et une remise en question de part et d'autre (38).

- **Qui est responsable des médicaments prescrits au patient ?**

Les médecins de nos entretiens avaient des avis partagés en ce qui concerne la responsabilité des médicaments prescrits au patient, ce qui est concordant avec une étude qualitative suédoise (39).

Cela soulève la question des médicaments renouvelés par le médecin généraliste, primo-prescrits par un spécialiste ou encore des éventuelles multiples ordonnances des patients méconnues par leurs médecins traitants.

Dans cette étude qualitative suédoise, la majorité des médecins estimait être responsable uniquement de ses propres prescriptions ainsi que de leurs interactions avec les autres ordonnances. Ils se sentaient d'autant moins responsables que les patients étaient jeunes, ceux-ci se devant d'être responsables d'eux-mêmes notamment en précisant au médecin leurs pathologies et allergies si celles-ci semblaient omises. D'autres médecins évoquaient une responsabilité "imposée" en renouvelant des médicaments qu'ils ne maîtrisaient pas, lorsqu'ils étaient primo-prescrits par des spécialistes. Certains médecins estimaient qu'il incombait aux patients d'informer le médecin de leurs différentes ordonnances. Ces trois premières catégories de médecins ne se sentaient que peu responsables des médicaments des patients. Or, il a été décrit que penser responsable un autre prescripteur, la société ou le patient lui-même constitue un obstacle à la déprescription (8).

Ces représentations paraissent donc être des obstacles à la déprescription.

D'autres médecins se considéraient comme responsables de tous les médicaments des patients. En tant que médecins traitants, ils interrogeaient les patients sur tous les autres médicaments qu'ils prenaient. En se sentant aussi responsables en tant que médecins, la déprescription pouvait être favorisée.

Certains médecins pensaient que la responsabilité était partagée entre le médecin et le patient. Ainsi, dans une approche centrée sur le patient, ils renforçaient l'implication du patient vis-à-vis de son traitement sans pour autant que toute la responsabilité soit portée par le patient (39) .

Selon l'Article R4127-64 du Code de la santé publique, "Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade" (40). A la lumière de l'arrêt n°481 du 16 mai 2013 rendu par la Cour de Cassation, il en ressort l'importance du suivi de ses prescriptions et la

responsabilité personnelle pour toute prescription “en regard de ses compétences” (41).

Le médecin généraliste serait ainsi responsable de sa prescription même s’il y avait eu une primo-prescription par un spécialiste.

S’informer sur cette législation inciterait le médecin généraliste à éviter des renouvellements sans analyse critique par “soumission à l’autorité” qui engageraient la responsabilité du médecin généraliste prescripteur et qui favoriseraient une surprescription préjudiciable pour le patient (36).

Grâce à une communication avec ses confrères et à une prise de ses propres responsabilités en déprescrivant par exemple, le médecin généraliste ne devrait ainsi pas ressentir de “responsabilité imposée”.

Le spécialiste engage néanmoins aussi sa responsabilité dans la mesure où il se doit de suivre ses prescriptions et d’informer le médecin généraliste des éléments utiles en sa possession (40).

Selon A. VEGA, un manque de relation directe entre les prescripteurs favoriserait des ordonnances “abusives” (36).

L’information mutuelle des médecins semble capitale, dans un exercice collégial. Cela nécessite des traces écrites, et un accord du patient (42).

- **Quel médecin doit déprescrire ?**

Le médecin 7 exprimait l’incertitude de la pertinence de la déprescription par le médecin traitant lui-même. Le fait de douter de sa capacité à faire accepter la déprescription à ses patients est bien sûr un obstacle à l’initiation même de celle-ci.

Selon les patients, le médecin le mieux placé pour la déprescription est pourtant bien le médecin traitant, médecin en lequel ils ont le plus confiance (16) (43).

- **La question de l'équilibre thérapeutique**

Les patients, polymédiqués notamment, atteindraient souvent un équilibre thérapeutique à la fois physique et psychologique (16).

Les médecins de nos entretiens avaient parfois conscience de la nécessité d'une déprescription mais ils voyaient l'équilibre thérapeutique du patient comme un obstacle, comme quelque chose qu'il ne fallait surtout pas toucher. Des éléments leur échappaient parfois dans la compréhension de l'équilibre thérapeutique de leurs patients. Cette irrationalité qui émergeait n'a pas été retrouvée précisément dans la littérature mais il était question d'un "puzzle [...] qu'on n'ose pas toucher" (44), qui témoigne de cette peur des médecins de rompre l'équilibre thérapeutique des patients, fragile et si difficile à atteindre parfois. Nous n'avons pas retrouvé de notion anthropologique en référence directe à cette peur.

Certains médecins de nos entretiens estimaient qu'il était inutile de déprescrire si le patient était en équilibre thérapeutique. Dans la littérature également, un médecin avouait ne pas se poser la question d'une optimisation potentielle de l'ordonnance si le patient allait bien. Cette attitude était décrite comme "confortable". Cela souligne un choix de facilité (44).

- **Le vécu d'expériences violentes de déprescription**

Les médecins de nos entretiens mettaient l'accent sur la violence potentielle des déprescriptions en secteur hospitalier. Ils les considéraient en effet souvent comme brutales et massives. Les médecins décrivaient la venue des patients en consultation pour réclamer leurs médicaments déprescrits à l'hôpital. Cette déprescription violente semblait incomprise. Dans un travail de thèse antérieur, un "scepticisme" des médecins vis-à-vis de la déprescription émergeait suite à des expériences de déprescriptions hospitalières similaires où il a fallu par la suite réintroduire les médicaments au cabinet (14).

Certaines déprescriptions considérées comme violentes représentent des expériences négatives à la fois pour les patients et les médecins, ce qui est un obstacle à la déprescription.

- **La déprescription relève d'une médecine "collective"**

Selon un médecin de nos entretiens (médecin 9), la déprescription était synonyme de médecine "collective" et donc contraire à une médecine "individuelle".

Certains médecins exprimaient aussi leur refus d'être contrôlés et incités à déprescrire (médecins 7, 9, 10). Il émergeait la peur d'une médecine collectiviste qui mettrait fin à la médecine libérale et à la liberté de prescription (médecin 9).

Dans une étude qualitative, l'individualisation et l'accumulation des prescriptions avaient été mises en lumière comme des caractéristiques de gros prescripteurs : "on fait sa médecine, sa cuisine", "on a chacun ses petites recettes, on ajoute au fur et à mesure des produits, comme de la mayonnaise". Ces attitudes existeraient tout particulièrement en France (36). L'utilisation de "recettes" toutes prêtes sans adaptation à la singularité du patient nous semble pourtant peu compatible avec une réelle individualisation des soins, une personnalisation.

La déprescription, au contraire, serait à considérer comme une intervention positive et un acte notamment individuel (23) ce qui montre l'influence négative d'une déprescription contrainte ou en tout cas ressentie comme telle.

Cette peur d'une évolution vers une médecine collectiviste représente un obstacle qui n'avait pas été souligné dans les autres études cherchant à déterminer les obstacles à la déprescription.

- **Déprescrire : un art ou une science ?**

"Déprescrire, c'est du relationnel" déclarait le médecin 8. Selon lui, les médecins avaient des compétences communicationnelles plus ou moins développées, cela semblait relever de l'inné. Le médecin 9 évoquait l'art de la prescription et l'art de la déprescription qui en découlait.

L'art se distingue du savoir de l'Evidence Based Medicine et de ses recommandations rigoureuses qui répondent parfois difficilement à la singularité du patient (45).

P. PINEL parlait déjà en 1806 de l'art de la déprescription. Cet art était selon lui à acquérir : "Ce n'est pas un art de peu d'importance que de prescrire correctement des

médicaments, mais c'est un art d'une bien plus grande difficulté que de savoir quand les arrêter ou ne pas les prescrire." (34) L'art de la déprescription pourrait ainsi être vu comme un savoir-faire dans la cadre d'une relation singulière avec le patient. Comme lors d'une intuition, on "arriverait à la conclusion sans être conscient des étapes intermédiaires" (45).

Dans la littérature émergent des protocoles de déprescription en plusieurs étapes. Une technique serait ainsi à apprendre et les différentes étapes proposées seraient à suivre (32).

La déprescription serait en fait à la fois un art et une science, comme le soulignait P. QUENEAU (7).

Considérer la déprescription comme intuitive ou à l'inverse avoir une vision trop scientifique pourraient être un obstacle à la déprescription.

#### **IV. 3 .1 .2. Le patient serait un des principaux obstacles à la déprescription selon les médecins**

##### **IV. 3. 1. 2. 1. Les réticences des patients selon les médecins**

Les médecins de nos entretiens ont évoqué la réticence des patients comme un obstacle majeur à la déprescription. Les patients seraient attachés à leurs médicaments et exerceraient une véritable pression que ce soit en étant réticents d'emblée ou par le biais de plaintes secondaires à une tentative de déprescription.

D'autres travaux montraient que les principales causes d'échec de déprescription étaient les réticences du patient, selon les médecins (14) (15) (26) .

Une hypothèse émise avait été la croyance du médecin "en une demande de médicament de tout patient le consultant." (15)

Selon les données de la littérature, les croyances des médecins concernant les patients sont des obstacles à leur volonté de déprescrire (18) et à la décision de proposer une déprescription. Ceci s'explique notamment du fait d'une anticipation de la réticence des patients (46).

- **Les patients seraient des consommateurs**

Dans nos entretiens, les médecins considéraient les patients comme des consommateurs de médicaments à l'image du vocabulaire employé "besoin" "bouffent" "avalent plein de boîtes" "ils sont friands" "ils se gavent". Il en ressortait clairement la thématique de l'oralité.

J. SCHULING a montré que les médecins généralistes néerlandais pensaient que les patients très âgés polypathologiques étaient satisfaits de la polymédication et qu'ils étaient attachés à leur longue ordonnance (18). Dans une thèse qualitative, il a été décrit également que les patients "aiment prendre des médicaments" ainsi que la notion de plaisir qui y est rattachée (16).

En France, la consommation médicamenteuse serait "globalement importante, voire parfois surabondante" avec 48 boîtes consommées par personne et par an (47).

La consommation de médicaments en France serait supérieure de 22 % par rapport à la moyenne des pays voisins (48).

Dans le cadre de la société de consommation décrite par le médecin 10, les patients sont des consommateurs de médicaments certes mais sont tout d'abord des acheteurs de médicaments produits, distribués, prescrits et dispensés. Les boîtes achetées sont loin d'être toutes consommées. Le gaspillage serait conséquent avec une estimation de 23 300 tonnes de médicaments non utilisés en 2012 dont 14 000 tonnes recueillies en officine par l'association Cyclamed (47).

Certains médecins de nos entretiens étaient bien conscients du stockage de médicaments non utilisés dans la pharmacie au domicile des patients. Ce gaspillage montre un usage parfois peu pertinent des médicaments et semble notamment être le reflet d'une surestimation des besoins réels en médicaments de la part des différents acteurs du circuit du médicament. Ceci est un obstacle à la déprescription. Une remise en question globale est donc nécessaire. En effet, les médecins français seraient globalement de forts prescripteurs de médicaments avec un nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance de 2,87 (47). A. VEGA soulignait que l'ordonnance avait notamment pour fonction de rassurer les médecins qui étaient à la recherche de "recettes" pour soigner leurs patients (36).

Par ailleurs, les pharmaciens, dispensateurs de médicaments, devraient davantage jouer un rôle de régulation au moyen d'une délivrance de médicaments plus adaptée

passant par un contrôle de la consommation réelle (16) (47).

- **Le médicament vu comme une récompense**

Selon certains médecins de nos entretiens, les patients auraient peur d'être frustrés lors d'une déprescription. Le médicament serait alors en quelque sorte une récompense. A l'inverse, ils verraient la déprescription comme une punition.

Dans une thèse qualitative, les patients eux-mêmes avaient peur des inconvénients de la déprescription et voyaient ceux-là comme une punition. Néanmoins, ils voyaient les avantages éventuels de la déprescription comme une récompense notamment quand ils avaient en parallèle fournis les efforts nécessaires en alternative à un médicament comme une augmentation de leur activité physique (16).

Donc, les patients voient parfois le médicament comme une récompense mais sont aussi susceptibles de considérer comme telle une déprescription, si tant est qu'elle ait été expérimentée et qu'un bénéfice clinique leur soit palpable.

- **Le médicament soignant**

Les médecins avaient peur que les patients ne se sentent sans rien (18) et ne se sentent abandonnés à l'instar du médecin 5 qui prescrivait "un petit traitement homéopathique" suite à la déprescription d'un médicament.

Selon les patients, les médicaments prescrits représenteraient en effet la sollicitude des médecins à leur égard. Les médicaments seraient même parfois vus comme les seuls responsables du soulagement ou de la guérison, ce qui placerait le médecin comme un simple intermédiaire (49).

D'après médecins de nos entretiens, les patients auraient peur d'avoir mal, de vieillir et de mourir suite à une déprescription. Cela concorde avec les données de la littérature qui révélaient que les patients souhaitaient contrôler les "effets délétères" du vieillissement grâce à leurs médicaments (49). Le médicament serait salvateur. Un des obstacles à la déprescription serait ainsi la difficulté pour les médecins à évoquer l'espérance de vie avec leurs patients.



Mettre l'accent sur l'importance de la qualité de vie restante serait pourtant notamment bénéfique pour la relation médecin - patient et faciliterait la déprescription (18).

- **Le médicament comme lien médecin - patient**

Dans nos entretiens, les médecins 6 et 9 ont décrit une notion non retrouvée dans la littérature. Selon eux, garder au moins un médicament sur l'ordonnance permettrait de faire revenir le patient pour son suivi. De cette croyance découle la peur de supprimer le seul médicament restant par peur d'un arrêt du suivi. Le médicament est donc vu comme le lien de la relation médecin - patient.

De façon inédite également, le médecin 8 quant à lui a exprimé la peur de perdre une belle relation avec son patient qu'il appréciait beaucoup.

Ces croyances peuvent être rattachées à la peur de la perte d'un patient.

Les médecins interrogés avaient parfois peur d'un conflit avec le patient voire d'une infidélité suite à une proposition de déprescription. Le médecin 7 dénonçait des "menaces", une attitude manipulatrice de certains patients à l'égard de leur médecin traitant pour que celui-ci abandonne son idée de déprescrire un médicament.

Dans la littérature, il avait en effet été souligné la peur d'une infidélité du patient (24) et d'un conflit (8). Il y aurait un risque de rupture du lien de confiance entre le patient et le médecin lors d'une déprescription chez un patient très attaché à ses médicaments (24). Le médicament serait pour le médecin une preuve de sa "compassion" envers le patient (36). La "crainte de rupture de confiance avec le patient" était le 3ème obstacle à la déprescription selon les médecins dans la thèse quantitative d'E. BOISDIN (14).

Selon les croyances des médecins, le médicament apparaît donc comme le lien essentiel entre le patient et le médecin prescripteur.

Le médecin permettrait parfois, grâce à son renouvellement de médicaments, de faire également perpétuer le lien entre le patient et le primo-prescripteur. Par fidélité au médicament prescrit, le patient resterait ainsi fidèle au médecin primo-prescripteur en lequel il avait toute confiance. Il aurait peur de transgresser sa parole (médecin 6). La confiance serait ainsi transmise au médecin prenant soin de renouveler l'ordonnance, sans déprescription. Les patients seraient dépendants à l'injonction faite par le primo-prescripteur, par exemple celle de prendre ce médicament "à vie"

De par leurs croyances, les médecins eux-mêmes sont persuadés du lien fort créé par le

médicament. La déprescription paraît alors difficile.

- **Le médicament soulageant les symptômes**

Selon certains médecins, les médicaments symptomatiques étaient particulièrement importants aux yeux des patients. Le médecin traitant devenait légitime s'il savait bien traiter symptomatiquement (médecin 8). Dans la littérature, les médecins avaient tendance à surmédicaliser les "maux bénins" (36) et les patients assimilaient parfois effectivement la disparition de leurs symptômes à une guérison (49).

Il en découlerait une tendance à prescrire un médicament pour chaque symptôme, ce qui représente un obstacle à la déprescription.

- **Le médicament, une liberté du patient**

Le médecin 8 estimait que garder un médicament était un enjeu de liberté pour le patient. Refuser une déprescription était son droit. Il considérait que la déprescription pouvait être en quelque sorte contraire au principe éthique d'autonomie du patient. Il suivait dans ce cas un modèle autonomiste dont la référence était les préférences du patient (50). Les autres principes éthiques semblaient être occultés.

Cette déclaration pose notamment la question d'un non respect du principe de justice en cas de non déprescription d'un médicament inutile. En effet, ceci entraînerait un surcoût pour la société et priverait potentiellement d'autres patients qui auraient eux un réel besoin de médicaments. Néanmoins, contraindre le patient ne serait pas une solution dans la mesure où le principe de bienfaisance ne serait pas respecté si le patient avait par exemple des répercussions psychiques suite à cette déprescription.

Le principe d'autonomie pourrait cependant être respecté si la déprescription s'inscrivait dans le cadre d'une décision partagée après une information éclairée. La déprescription aurait de meilleures chances de bien se passer si cela était respecté. Le principe de justice et de bienfaisance qui étaient sous-jacents seraient alors suivis.

- **Le manque d'esprit critique et de compréhension des patients**

Les médecins de nos entretiens estimaient que les patients méconnaissaient souvent leurs médicaments, les objectifs thérapeutiques et manquaient d'esprit critique vis-à-vis des médicaments prescrits. Cela leur semblait être un obstacle à la déprescription.

Selon le médecin 8, les patients croyaient parfois que chaque médicament était utile à leur équilibre thérapeutique. Ce manque de compréhension de la part des patients pouvait aussi être un obstacle à la déprescription comme le soulignaient les médecins d'une étude qualitative néerlandaise. Les patients âgés auraient notamment plus de difficultés pour percevoir les enjeux d'une déprescription tout comme les patients d'un niveau social faible (18).

Cela pourrait aussi révéler en amont un manque d'éducation thérapeutique. Il se pose néanmoins la question d'une part d'irrationalité difficilement réductible dans la compréhension de l'équilibre thérapeutique. En effet, comme il a été décrit plus haut, les médecins eux-mêmes ne comprenaient parfois pas comment le patient était équilibré avec ses médicaments, probablement du fait de situations cliniques complexes.

#### **IV. 3. 1. 2. 2. Les croyances des médecins illustrent un fort investissement des médicaments**

Les croyances des médecins révèlent un fort pouvoir symbolique des médicaments de par leur place centrale au cœur de la démarche de soins (51) (8).

Certaines croyances des médecins de nos entretiens concernant les patients semblent parfois justifiées.

Dans nos entretiens, le médicament était vu comme soignant. Certains médecins évoquaient notamment l'attente des patients en un médicament salvateur "miracle" et un refus des thérapeutiques non médicamenteuses, ce qui est concordant avec les études antérieures du côté des médecins et des patients (8) (43). Ceux-ci percevaient les médicaments "comme le symbole de l'expertise de leurs médecins" (49).

Ils attendaient un médicament pour se sentir actifs vis-à-vis de leur maladie (43).

Dans la littérature également, les patients exprimaient leur croyance en des médicaments "à vie" (52) et leur besoin de poursuivre leurs médicaments dans l'espoir de bénéfices futurs même si aucun bénéfice n'était avéré jusque là (43).

Comme le laissait entendre le médecin 5, les médicaments prescrits valideraient le statut

de malade (53).

Selon J.P. DUPUY et S. KARSENTY en 1977, le nombre de médicaments, leur prix, leur caractère nouveau et la complexité de leurs noms légitimeraient les plaintes des patients : "L'ordonnance, et plus précisément sa longueur, sa valeur en francs, le nom compliqué des produits, leur nouveauté pour le malade, etc. signifient pour ce dernier qu'il a bien fait de venir chez le médecin, que son état relève bien de la pratique médicale et qu'il n'aurait pas pu se tirer d'affaire tout seul" (54).

Les médicaments auraient un véritable rôle social en validant le statut de malade mais aussi en organisant leurs rapports avec les autres autour du médicament. Le fait de demander à son entourage d'aller chercher ses médicaments à la pharmacie est un exemple de rapport social favorisé par les médicaments (53).

Des études qualitatives avaient également bien mis en lumière la ritualisation de la prise médicamenteuse par les patients âgés. Ces rituels eux-mêmes organisaient les rapports sociaux en favorisant la communication avec leur entourage, leur médecin et les soignants au sens large (52) (53).

En déprescrivant un médicament, les patients pourraient être bouleversés par une modification de rituel et ils pourraient perdre le "bénéfice social" et le lien soignants - patient apporté par le médicament (53).

Les médecins auraient une "représentation culturelle positive" du médicament. Ils auraient ainsi tendance à sous-estimer les effets indésirables médicamenteux et seraient enclins à une médecine symptomatique (36).

Tout cela illustre "l'investissement psychologique et affectif" des médicaments à la fois du côté des patients et des médecins (51) (55).

Cet investissement peut expliquer l'attrait de la nouveauté médicamenteuse par les patients et les médecins (56). Il explique aussi en partie les difficultés à déprescrire et à proposer et à faire accepter des alternatives non médicamenteuses (43). "Si plus une personne a de médicaments plus elle bénéficie d'attention, dans quelle mesure aurait-elle intérêt à voir son traitement diminuer ?" (53)

Le fort pouvoir symbolique peut donc être un obstacle à la déprescription mais il est néanmoins parfois très utile pour favoriser l'observance thérapeutique ou lors de l'effet placebo (57). Il est donc évident que les médecins trouvent un intérêt à toute cette symbolique médicamenteuse et il est nécessaire de laisser une place importante aux médicaments dans la démarche de soins en ne les diabolisant pas.

Cependant, les thérapeutiques non médicamenteuses ont également leur place tout comme la non prescription et la déprescription médicamenteuse.

L'enjeu sera de proposer une déprescription et éventuellement ces alternatives à bon escient et sans que le patient ressente la perte d'un bénéfice qu'il soit médical ou social.

#### **IV. 3. 1. 2. 3. Les attentes et l'ambivalence des patients parfois mal cernées par les médecins**

Le fort pouvoir symbolique des médicaments influence les attentes réelles des patients et les attentes perçues par les médecins.

Néanmoins, dans la thèse de M. CREST, les patients se disaient prêts à la déprescription si la confiance et les explications étaient là. De plus, ils n'étaient pas réticents à d'éventuelles thérapeutiques non médicamenteuses et les proposaient même comme alternative (16). La plupart du temps, les patients aimeraient prendre moins de médicaments mais ne partagent pas cette idée avec leur médecin. Dans l'étude d'E. REEVE, plus de 90 % des patients d'une population ambulatoire voudraient hypothétiquement arrêter un médicament si leur médecin leur disait que c'était possible (31).

De même, dans une autre étude récente, 89% des participants se déclaraient a priori d'accord pour arrêter un ou plusieurs médicaments chroniques si leur médecin leur proposait (58).

On assiste ainsi à une ambivalence des patients vis-à-vis de la déprescription (23).

D'après la littérature, les attentes des patients seraient mal cernées par les médecins (56). Ceux-ci ne demanderaient que rarement aux patients quelles sont leurs attentes et celles-ci seraient surestimées au travers de croyances erronées "défensives".

La réticence des patients à la déprescription selon les médecins de nos entretiens ferait référence à la "résistance au changement" décrite dans la littérature (8) (59).

Les patients en étaient tenus responsables dans nos entretiens.

Cette résistance pourrait en fait ne pas exister vraiment si on la considère en tant que "partie d'un ensemble dynamique" du changement du patient (60).

Elle pourrait sinon résider "dans la perception de celui qui le regarde et qui le juge" et donc dépendre de l'observateur, en l'occurrence du médecin (59).

Estimer que le patient est résistant au changement et donc le désigner comme responsable d'un échec de déprescription pourrait être un signe de défenses inconscientes de la part du médecin (61).

Percevoir une "résistance au changement" aurait une connotation négative. Cela serait le plus souvent inexact. En opposant les deux individus en question, cela serait contraire à une collaboration (60) et laisserait entendre une dissonance dans la relation médecin-patient (61).

Il serait plus judicieux d'envisager une "persistance" du patient (60) ou du "discours-maintien" (61). Le patient ne serait alors pas perçu comme en conflit avec le médecin proposant une déprescription. Il serait considéré comme actif avec son propre agenda du changement et son ambivalence.

Ainsi, plutôt que d'invoquer de façon "défensive" la réticence ou la résistance des patients comme un obstacle majeur à la déprescription, il conviendrait d'explorer leur ambivalence qui est en fait un processus normal au cours du changement (61).

Ces représentations erronées conduiraient ainsi à des décisions inappropriées et à une insatisfaction des patients.

Dans nos entretiens, les médecins imaginaient les attentes des patients ("aller mieux", "avoir une longue ordonnance", "être soigné", "avoir le moins d'effets secondaires possibles" etc) mais ils n'évoquaient pas le fait de s'enquérir explicitement de ces attentes directement auprès de leurs patients.

Il a été montré que la prescription médicamenteuse était plus la résultante des attentes des patients perçues par les médecins que des attentes réelles exprimées (51) (62).

Les plaintes des patients suite à des effets secondaires médicamenteux seraient peu écoutées par les médecins (36). Ceux-ci ne laisseraient donc souvent pas s'exprimer les patients sur leurs attentes de déprescription.

La pression des patients et leur "résistance" à la déprescription seraient surtout imaginées par les médecins. En effet, les patients se représentent les médicaments comme des solutions "non naturelles" et se sentent parfois stigmatisés vis-à-vis des personnes non consommatrices de médicaments (43).

Si les attentes des patients étaient entendues, les médecins seraient donc surpris d'une volonté de réduire le nombre des médicaments et la déprescription serait facilitée (31).

Comme le disait un des médecins de nos entretiens, les patients attendent également une confiance médecin - patient. Celle-ci joue justement un rôle important dans

l'acceptation de la déprescription (31).

Ne pas avoir conscience de l'influence de la relation de confiance pourrait représenter un obstacle à la déprescription. Les médecins de nos entretiens en avaient bien conscience.

## **IV. 3. 2. Les obstacles liés au fonctionnement du système de santé**

### **IV. 3. 2. 1. L'organisation des soins**

- **Le défaut d'accès à l'ensemble des ordonnances du patient**

Dans nos entretiens, les médecins avaient parfois des difficultés à accéder à toutes les ordonnances des patients notamment s'ils allaient voir des spécialistes sans les en avertir ou s'ils s'automédiquaient. Il a été évoqué le défaut de connaissance des médicaments pris, de la part des patients. Dans la littérature, la liste complète des médicaments était parfois difficile à obtenir, surtout chez les personnes âgées (8) (24).

Un médecin d'une étude antérieure qualitative suédoise estimait que les patients n'informaient pas leur médecin de leurs autres ordonnances tout simplement parce qu'ils imaginaient un accès possible à toutes celles-ci grâce au système informatique (39).

- **L'exercice isolé de la médecine et le manque de communication entre les différents prescripteurs**

Selon le médecin 9, un médecin exerçait la médecine de façon isolée si dans sa pratique, il ne prenait pas en compte les autres professionnels en charge du patient. Dans une étude qualitative antérieure, certains médecins avaient peu d'échanges directs avec les primo-prescripteurs suite à un isolement voulu dans le cadre d'une autonomie recherchée (36). Ce manque d'interdisciplinarité serait, d'après le médecin 9, un obstacle à la déprescription puisque les patients ne feraient alors pas confiance au médecin.

Cet obstacle faisant suite à une perte de confiance des patients n'a pas été retrouvé précisément dans la littérature. Il était plutôt question d'un manque de communication entre médecins qui favorisait des prescriptions inappropriées (63).

Dans une étude antérieure, les médecins n'avaient pas conscience de toute l'importance d'une coordination entre médecins prescripteurs. Les plus faibles prescripteurs n'étaient pas ceux qui avaient le plus recours aux spécialistes mais étaient ceux qui communiquaient le plus avec ceux-ci (36).

Il a été déploré le manque de partage réel des dossiers médicaux ainsi que de réunions de synthèse entre médecins généralistes et spécialistes, en France. Ce manque de coordination serait notamment à l'origine du défaut d'accès à l'ensemble des ordonnances du patient (36) et serait donc également par ce biais un obstacle à la déprescription.

- **Le manque de temps**

Les médecins de nos entretiens ont désigné le manque de temps comme un obstacle majeur à la déprescription, ce qui est concordant avec la littérature (8) (64).

Dans une étude qualitative, A. VEGA avait mis en évidence la difficulté des médecins à "gérer" le retour de leurs patients en consultation, comme c'était le cas dans nos entretiens (médecin 10). Les médecins, fatigués, auraient peur de gérer ce retour et cette relation avec le patient. Une surprescription en découlerait (36).

Selon des économistes, prescrire beaucoup de médicaments pourrait être la "compensation" d'une courte consultation, vis-à-vis du patient. On assisterait à une utilisation de la prescription "comme une substitution au temps de consultation" (51).

- **Le manque d'alternatives non médicamenteuses**

Le médecin 5 notamment déplorait le manque d'alternatives non médicamenteuses. Dans la littérature, cet obstacle était également rapporté par les médecins (8).

Le manque d'accessibilité des thérapeutiques non médicamenteuses était souligné par la Haute Autorité de Santé. Celle-ci mettait néanmoins en lumière un défaut d'adhérence des médecins et des patients vis-à-vis des recommandations déjà existantes (51).



#### **IV. 3. 2. 2. Les sources d'information concernant la déprescription**

- **Le défaut de formation des médecins**

Aucun médecin de nos entretiens n'avait bénéficié d'une formation spécifique à la déprescription. Le défaut de formation des médecins concernant la déprescription a également été souligné dans la littérature. Cela concerne à la fois la formation médicale initiale et continue (24).

Le médecin 4 déplorait le manque de formation en pharmacologie des médecins, ce qui est concordant avec les données de la littérature. En effet, le volume horaire serait insuffisant et la majeure partie de cet enseignement serait dispensée trop tôt dans le cursus et donc sans possible mise en situation pratique des étudiants (3).

Hormis le médecin 4, les autres médecins n'ont pas explicité clairement ce défaut de formation en pharmacologie. A. VEGA soulignait que de telles lacunes ne semblaient en effet pas poser de problème aux médecins. Cette "absence de regard critique sur les médicaments prescrits" serait liée à une "absence de réflexion sur les pratiques médicales" notamment due à un défaut de formation (36).

- **La rigueur des recommandations de prescription**

Les médecins dans nos entretiens et dans la littérature, estimaient les recommandations de prescriptions médicamenteuses trop rigides, pour les patients âgés notamment. Ces recommandations souvent spécifiques à des maladies favorisaient la polymédication (23) alors qu'elles étaient pour la plupart des cas basées sur des études excluant les patients âgés (3).

- **Le manque de recommandations concernant la déprescription**

Les recommandations n'apportaient souvent pas de réponse concernant quand déprescrire les médicaments (25).

Il existait notamment peu de recommandations sur les durées de prescriptions basées sur des essais cliniques. Les médecins interrogés n'avaient pas connaissance des

guides de déprescription existants, ce qui est concordant avec une autre étude (26).

Des outils d'aide à la déprescription ont été décrits dans la littérature. Dans l'outil "Beers' criteria" de 1991, les médicaments à balance bénéfice - risque défavorable pour les patients âgés en maison de retraite étaient listés. Ces critères ont été révisés en 1997, 2003 et 2012 et ils ont été étendus à tous les patients âgés notamment en médecine ambulatoire (65).

Cet outil ne s'intéressait cependant pas aux interactions médicamenteuses ou aux redondances thérapeutiques. De plus, certains médicaments cités n'étaient peu ou n'étaient plus utilisés en Europe Occidentale (66). Cet outil serait peu utilisable en pratique quotidienne (66) (26).

Par ailleurs, l'outil STOPP Criteria a été développé. Il listait les médicaments à éviter chez les personnes âgées en s'intéressant par contre quant à lui aux interactions médicamenteuses et aux redondances thérapeutiques (66). Néanmoins, cet outil serait également peu utilisable en pratique quotidienne car trop complexe et chronophage, tout comme "Beers' Criteria" (26).

De même, peu de recommandations existent concernant comment déprescrire et notamment de combien réduire progressivement les doses des médicaments (67).

- **L'influence de l'industrie pharmaceutique**

Certains médecins interviewés estimaient que les visiteurs médicaux étaient un obstacle à la déprescription. Dans la littérature antérieure, il était également dénoncé l'influence majeure, plus ou moins consciente, de l'industrie pharmaceutique sur les médecins. Elle serait même une de leurs principales sources d'information sur les médicaments et serait le principal déterminant de leurs prescriptions (47). Les médecins les plus prescripteurs seraient les plus influencés (56).

Les visites médicales n'ont par ailleurs pas été supprimées malgré les recommandations et ce du fait des emplois qu'elles représentent (47).

Dans ce contexte d'information médicale biaisée par l'industrie pharmaceutique (56), la déprescription ne semble effectivement pas facilitée.

- **Les médias**

Les médias semblaient jouer un rôle en faveur de la déprescription du fait d'affaires récentes médiatisées (Médiator®, pilules contraceptives) suscitant une méfiance des patients plus importante envers les médicaments (16).

Le médecin 7 déplorait néanmoins une vulgarisation de la santé et un risque de déprescription sans l'accord du médecin, au détriment de la santé des patients. A titre d'exemple, des conclusions simplistes de journalistes pourraient favoriser des déprescriptions inadaptées et décrédibiliser par ailleurs le monde médical. La une d'un site Internet médical grand public annonçait de façon racoleuse "14 médicaments qu'il faut déprescrire". Suite à la lecture d'un tel article, un patient pourrait comprendre qu'il faille arrêter son médicament notamment s'il s'agissait d'un antiépileptique, un bêtabloquant ou encore un antipsychotique, médicaments qui figuraient parmi la liste proposée (68).

En fait, dans l'article de recherche auquel les journalistes faisaient référence, il était question de dresser une liste de classes médicamenteuses qui nécessiteraient des recommandations de déprescriptions basées sur les preuves pour les patients âgés (69). L'objectif n'était donc pas de dresser une liste de médicaments qu'il fallait déprescrire, impérativement. La nuance était de taille.

- **L'entourage des patients**

Dans nos entretiens, l'entourage des patients n'apparaissait pas comme un obstacle majeur à la déprescription tout comme dans la thèse d'E. BOISDIN (14).

Une pression de l'entourage féminin a été décrite tout particulièrement, ce qui n'a pas été retrouvé dans les études antérieures concernant la déprescription.

## **IV. 4. Des obstacles intriqués dans les différentes étapes du processus de déprescription**

### **IV. 4. 1. Le processus de déprescription**

Un processus est un modèle conceptuel. C'est un "enchaînement ordonné de faits ou de phénomènes, répondant à un certain schéma et aboutissant à quelque chose" (70). C'est donc en quelque sorte une succession d'étapes.

Dans la littérature ont été décrits des processus de déprescription en diverses étapes. Souvent, les schémas de déprescription proposés n'intégraient pas vraiment le patient dans le processus mais s'intéressaient surtout à la détermination des médicaments à déprescrire, comme il est illustré en ANNEXE IV (6).

E. REEVE quant à elle intégrait le patient dans un schéma en cinq étapes, présent en ANNEXE V (64).

Néanmoins, nous pouvons proposer un processus de déprescription en quatre étapes rendant mieux compte des difficultés à faire accepter la déprescription au patient :

1ere étape : Déterminer les médicaments à déprescrire

2ème étape : Prendre la décision de déprescrire

3ème étape : Intégrer la déprescription dans une approche centrée sur le patient

4ème étape : Réussir la déprescription

#### IV. 4. 2. Les obstacles à la déprescription aux différentes étapes du processus

Les étapes de déprescription	Les obstacles à la déprescription
<b>Déterminer les médicaments à déprescrire</b>	Difficulté à récupérer toutes les données Défaut d'accès à toutes les ordonnances Incertitudes vis-à-vis de la balance bénéfique - risque de la déprescription Défaut de connaissance des effets secondaires Manque de formation Manque de temps (pour se former, pour réévaluer l'ordonnance, pour réexaminer le patient)
<b>Se décider à déprescrire</b>	Les représentations des médecins / ce qu'ils pensent des attentes des patients L'attitude de minimisation de l'intérêt de la déprescription par les médecins ; Résignation des médecins ; faible intérêt pour l'économie de la santé Pression des laboratoires Primo-prescription par un confrère Expériences négatives de déprescription (notamment conflit patient - primo-prescripteur) Manque de formation Manque de temps
<b>Intégrer la déprescription dans une approche centrée sur le patient</b>	Réticences des patients ; parfois pression de la famille Manque de confiance envers le médecin ; primo-prescription par un confrère Problème de communication Déprescription violente (d'un coup, massive) Expériences négatives de déprescription pour le patient Manque de formation Manque de temps
<b>Réussir la déprescription</b>	Déprescription violente (d'un coup, massive) Défaut de suivi et de coordination Manque de formation Manque de temps

**Tableau 3 : Les obstacles à la déprescription aux différentes étapes du processus**

Le manque de temps et de formation sont des obstacles transversaux.

## **IV. 5. L'inertie thérapeutique**

- **Le renouvellement des ordonnances plutôt que leur réévaluation**

Des peurs des médecins pouvait découler un défaut de réévaluation thérapeutique. Ces renouvellements d'ordonnance récurrents sans véritable réévaluation seraient un frein à la déprescription (71).

Ces comportements seraient favorisés par un blocage du processus de déprescription dans une de ses étapes suite notamment à un manque de formation à la déprescription, la complexité de la démarche, des difficultés d'accès à toutes les ordonnances des patients, un manque de temps et des situations de primo-prescriptions par un confrère. Selon les médecins, les patients seraient des consommateurs, réticents à la déprescription. Les patients seraient habitués à la polymédication et souhaiteraient une stabilité de leurs prescriptions. Ces croyances favoriseraient également les renouvellements récurrents sans réévaluation.

- **L'inertie thérapeutique**

L'inertie thérapeutique est une notion qui décrit habituellement le fait de ne pas initier ou augmenter un traitement malgré la reconnaissance qu'il le faudrait (72).

Cette notion est également appliquée à la déprescription lorsque celle-ci serait utile mais qu'elle n'est pas pratiquée. Il est question en quelque sorte de routine et de choix de la facilité (32).

Les nombreux obstacles spécifiques à la déprescription sont ainsi à l'origine d'une inertie thérapeutique (8) (71) (73). Le peur des risques liés à la déprescription favorise notamment cette inertie thérapeutique (74).

## **IV. 6. Les attentes d'aides extérieures des médecins généralistes pour faciliter la déprescription**

- **Formations**

Certains médecins pensaient que des formations pouvaient faciliter la déprescription, ce qui est en concordance avec les études antérieures. Il serait en effet nécessaire d'augmenter le volume horaire alloué à l'enseignement des thérapeutiques médicamenteuses et de mieux le répartir durant la formation initiale des médecins (3).

Il était également proposé dans la littérature des formations médicales continues à la déprescription (6).

La formation des autres professionnels de santé a par ailleurs été évoquée (23).

- **Recommandations adaptées**

Certains médecins de nos entretiens déploraient clairement des recommandations de prescriptions trop rigides. Une adaptation serait nécessaire notamment pour une non prescription ou une éventuelle déprescription en fonction des caractéristiques du patient. Dans les études antérieures, des recommandations adaptées apparaissaient comme une solution. Il était vivement souhaité que celles dédiées aux maladies chroniques incluent des recommandations de déprescription (69).

De plus, selon certains, les recommandations médicamenteuses devraient inclure des recommandations spécifiques pour les patients âgés (6).

L'idée de développer des sites Internet expliquant comment déprescrire de façon adaptée, a aussi été soulevée (6).

- **Campagnes grand public**

Les médecins proposaient des campagnes de sensibilisation à la déprescription.

Des affichettes de la Haute Autorité de Santé existaient pourtant déjà : "Arrêter les somnifères c'est possible". Elles ont été créées en 2012 avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de l'Ordre National des Pharmaciens (75).

Les médecins de nos entretiens n'ont pas évoqué les affichettes déjà existantes

concernant la déprescription et semblaient ne pas en connaître l'existence. Certains des médecins estimaient que de telles campagnes ne seraient pas intéressantes étant donné que cela pourrait favoriser une auto-déprescription inappropriée. Des études décrivaient également le fait que les patients ne seraient pas capables de prendre seuls une décision de déprescription de façon appropriée (76).

Nous pourrions donc nous poser la question des risques d'une campagne mal conduite qui n'inciterait pas une prise de décision conjointe avec le médecin traitant.

- **Déremboursements de médicaments**

Certains médecins estimaient que dérembourser les médicaments faciliterait la déprescription. Le médecin 10 estimait que ce ne serait pas une solution car cela favoriserait une médecine à deux vitesses.

Il faudrait également se méfier d'un "report de prescription" suite au déremboursement de médicaments. En effet, un médicament dit "inutile" et donc déremboursé serait souvent remplacé par un autre plus coûteux et avec davantage de risques de iatrogénicité. Un exemple notable serait le déremboursement de l'Euphytose®, anxiolytique à base de plantes, qui aurait provoqué un important report de prescription vers les benzodiazépines (3).

- **Consultations dédiées**

Des consultations dédiées à la déprescription ont été évoquées dans nos entretiens par un médecin. Celui-ci était hésitant mais considérait finalement qu'elles devaient être réalisées par le médecin traitant. Dans la littérature, des consultations dédiées mieux rémunérées étaient aussi proposées comme solution (23).

La consultation de synthèse annuelle Affection de Longue Durée, déjà existante en France serait très peu exploitée par les médecins d'après un travail de thèse antérieur (14). Cette consultation pourrait pourtant être dédiée à la réévaluation d'ordonnance et la discussion d'une éventuelle déprescription.



- **Rémunération des médecins**

La rémunération insuffisante des médecins a précisément été citée dans la littérature comme un obstacle à la déprescription (8).

Un seul médecin de nos entretiens (médecin 10) a évoqué la rémunération mais selon lui, augmenter la rémunération des médecins ne réglerait finalement pas le problème du manque de temps vu la forte demande de soins des patients.

Le système du paiement à l'acte favoriserait une diminution du temps de consultation des médecins pour leur permettre d'augmenter leurs revenus et pour permettre de répondre aux demandes des patients. Ceci serait un obstacle pour les démarches demandeuses de temps comme la prise en compte des attentes des patients (56), la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses (51) ou la déprescription par extrapolation.

Des systèmes de rémunération mixtes des médecins (capitation, salariat) auraient permis de réduire le nombre de médicaments prescrits (77) et pourraient faciliter la déprescription.

## **IV. 7. Le développement des compétences en médecine générale comme voie d'amélioration de la déprescription**

Les médecins généralistes manqueraient d'assurance et auraient des difficultés à reconnaître leurs propres compétences (36).

Dans nos entretiens, ils étaient à ce titre demandeurs d'aides extérieures pour faciliter la déprescription.

Pourtant, à la lumière de l'analyse de nos entretiens, les médecins décrivaient par ailleurs les compétences essentielles à la médecine générale, utiles pour la déprescription. La prise de conscience et le développement de ses compétences semblent être une voie d'amélioration de la déprescription dans le cadre d'une réflexivité sur ses pratiques.

### **IV. 7. 1. Les six compétences essentielles en médecine générale**

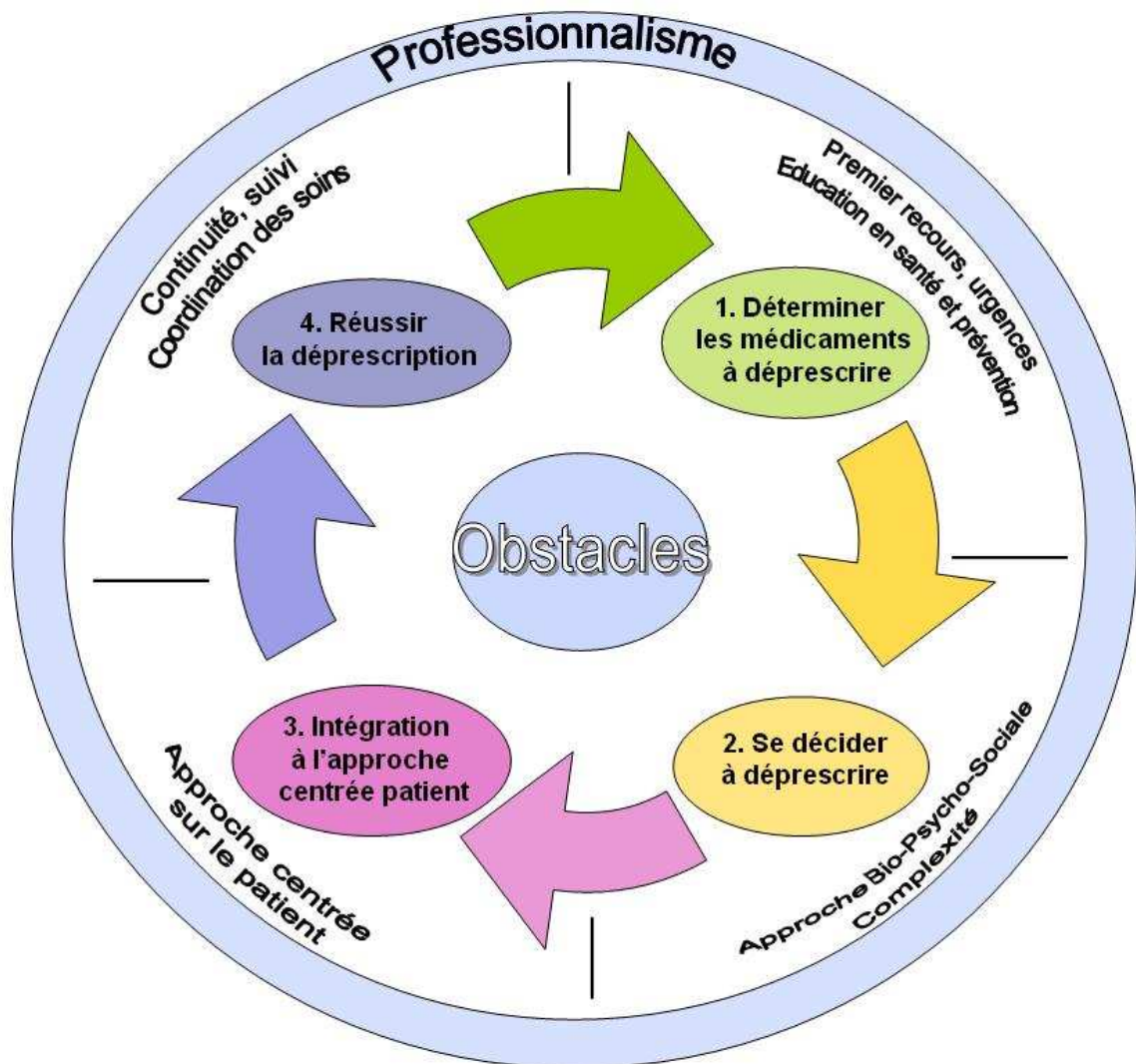
Selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), une compétence est "un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné." (78)

Les six compétences principales sont respectivement :

- Les soins de premier recours et d'urgence
- L'éducation en santé, le dépistage et la prévention individuelle et communautaire
- L'approche globale du patient, la complexité
- L'approche centrée-patient, la relation médecin-patient basée sur la communication
- La continuité, le suivi, la coordination des soins
- Le professionnalisme

Ces compétences sont réunies en la "marguerite des compétences" en ANNEXE VI (79).

#### IV. 7. 2. Les étapes du processus de déprescription mettent en jeu les compétences en médecine générale



**Schéma 1 : Les compétences en médecine générale dans le processus de déprescription**

Le médecin généraliste, qui est le médecin le plus légitime pour déprescrire, met donc en jeu ses compétences essentielles lors des différentes étapes du processus de déprescription.

### **IV. 7. 3. Le développement des compétences en médecine générale lors des différentes étapes du processus de déprescription**

Développer les compétences essentielles en médecine générale serait donc une voie d'amélioration de la déprescription dans toutes les étapes du processus.

Il est ainsi question d'améliorer la manière dont est réalisé ce processus.

En termes techniques, nous pourrions ainsi parler de procédure (80) de déprescription. Celle-ci pourrait se rattacher à la procédure 50 "Médication/prescription/injection" de la Classification Internationale en Soins Primaires 2ème édition (CISP-2) faute de procédure propre caractérisée (81). Néanmoins, ce terme évoque une certaine rigidité et semble trop éloigné de l'art médical dont il est pourtant également question dans la déprescription comme dans la prescription. Plutôt que de parler de procédure de déprescription, il conviendrait de voir en ce développement des compétences en médecine générale un guide auquel le médecin pourrait apporter toute la souplesse et l'adaptation nécessaires.

- **Déterminer les médicaments à déprescrire**

Déterminer les médicaments à déprescrire relève des compétences de soins de premier recours voire d'urgence et d'éducation en santé, prévention individuelle et communautaire.

La reconnaissance d'une situation de iatrogénie médicamenteuse et donc de la nécessité d'une déprescription fait référence aux soins de premier recours voire d'urgence.

L'amélioration de la reconnaissance des effets secondaires et des interactions médicamenteuses semble être un préalable indispensable pour faciliter la déprescription. Cela passe par une formation adaptée en pharmacologie. Tout simplement, il serait nécessaire que les médecins gardent toujours à l'esprit que chaque nouveau symptôme peut avoir été causé par un médicament.

L'éducation en santé du patient et la prévention individuelle et communautaire favorisent la déprescription en amont de son processus.

Comme le soulignait un des médecins interviewés "La meilleure déprescription c'est de

ne pas prescrire.” En privilégiant la non prescription autant que possible, les médecins pourraient s’éviter des déprescriptions.

La connaissance des thérapeutiques non médicamenteuses (33) et le développement de leurs prescriptions participeraient également à l’éducation à la santé des patients en leur offrant des solutions complémentaires ou alternatives aux médicaments dans ce contexte de forte symbolique médicamenteuse.

L’éducation du patient à chaque instauration de médicament consisterait à lui expliquer la nécessité d’une réévaluation ultérieure. Il serait aussi utile de déterminer une durée définie pour chaque médicament quand c’est possible (82).

Cela développerait l’esprit critique des patients. Dans cet objectif également, éviter de parler de “médicament à vie” faciliterait nombre de déprescriptions ultérieures (24). De même, il serait utile de parler de réévaluation d’ordonnance plutôt que de renouvellement comme le suggérait le médecin 4. Ce terme réévaluation exprime davantage la nécessité de réévaluer l’état de santé du patient ce qui implique la plupart du temps un examen minutieux. Le patient semblerait aussi moins passif et il aurait à l’esprit que son traitement n’est pas fixé et qu’il est constamment réévaluable en fonction de son état clinique et des données actuelles de la Science.

Il a été proposé dans la littérature une éducation des citoyens concernant les médicaments et ce dès l’école (7).

Il serait en tout cas profitable d’éduquer le patient à l’importance de connaître ses médicaments afin de le responsabiliser (39). Ainsi, il serait plus aisé de l’impliquer en lui demandant quelles sont ses différentes ordonnances et quels sont les médicaments réellement pris. Cela faciliterait donc la détermination des médicaments à déprescrire. La vérification des pharmacies au domicile pouvait être une aide comme l’évoquaient plusieurs médecins de nos entretiens mais cela risquerait peut-être d’infantiliser le patient (6).

Une autre façon d’impliquer le patient serait de lui demander son avis en ce qui concerne les médicaments pris et notamment quels médicaments ne lui semblent pas efficaces. Interroger le patient sur son ressenti pourrait être une aide à la déprescription (6).

L’éducation des patients aux dépenses de santé serait également une voie d’amélioration de la déprescription en sensibilisant ceux-ci aux prix des médicaments. Selon G. LLORCA, il serait nécessaire que les médecins éduquent les patients à la “solidarité collective” (83).

- **Prendre la décision de déprescrire**

Prendre la décision de déprescrire s'inscrit dans une approche globale et complexe bio-psycho-sociale.

Cette décision de déprescription nécessite une approche globale du patient avec la prise en compte de ses croyances, ses attentes, son environnement, ses maladies, ses antécédents, ses expériences de déprescription. La balance bénéfice - risque pour le patient est à estimer avant de se décider à déprescrire.

La prise en compte des "difficultés psycho-sociales" du patient favoriserait des prescriptions plus adaptées et donc des déprescriptions. Les médecins "faibles prescripteurs" rechercheraient en effet davantage une cause sociale aux plaintes de leurs patients (36).

Déprescrire c'est également prendre en compte la société et les éventuelles économies qui seraient éventuellement réalisées.

- **Inscrire la déprescription dans une approche centrée sur le patient**

La compétence approche centrée sur le patient - communication est nécessaire pour passer de la décision de déprescription du médecin à une décision partagée médecin-patient.

### **L'approche centrée sur le patient**

Dans l'approche centrée sur le patient, le médecin prend en compte les attentes du patient, son vécu, ses représentations, ses peurs et son environnement.

L'approche centrée sur le patient favoriserait la compréhension du patient dans sa globalité et sa complexité ainsi qu'une relation médecin-patient de qualité (84).

Le patient est ainsi placé au cœur de la démarche de déprescription, il est actif. Pour comprendre le patient et s'adapter à lui, le médecin a besoin de le laisser participer en l'encourageant à exprimer ses idées. Sinon, des questions risquent de ne pas être posées et le plan de traitement ou d'une éventuelle déprescription ne serait pas compris. Il est conseillé d'effectuer des suggestions et non des directives et d'explorer les

préférences du patient. La négociation est de mise s'il y a un désaccord (85).

Les médecins ne développeraient que très rarement leurs compétences en communication pour faire participer le patient en consultation. En effet, le patient ne serait que très rarement invité, pour commencer, à exprimer ses idées et croyances. Quand le patient tenterait malgré tout de s'exprimer, le médecin l'empêcherait parfois de poursuivre son discours en l'interrompant (85).

Seul le recueil explicite des attentes et croyances du patient permettrait d'intégrer les préférences du patient dans la décision de déprescription. Celle-ci nécessite donc cet échange préalable avec le patient avec une demande explicite concernant la nature de ses attentes (56).

### **La prise de décision partagée**

Comme toute décision médicale, la décision de déprescription devrait être partagée entre le médecin et le patient, avec prise en compte des motivations, bénéfiques et obstacles que voit le patient. Dans l'approche centrée sur le patient, on parle alors de prise de décision partagée (85) (86).

Développer la communication médecin - patient et encourager les patients à devenir les acteurs de leur santé faciliterait la déprescription (87) (88).

### **Conseils pratiques pour améliorer l'acceptation de la déprescription par le patient**

Il serait utile de tout d'abord préparer le patient à l'idée de la déprescription, comme le disaient les médecins de nos entretiens.

La déprescription étant une démarche positive et centrée sur le patient (6), il importe de mettre l'accent sur les bénéfices pour le patient plutôt que pour la population en général (89).

La déprescription serait facilitée si elle est proposée lors d'un moment favorable à la fois pour le patient et le médecin et quand la confiance est installée. Ceci rentre dans le cadre d'une approche centrée sur le patient.

Une revue de la littérature a montré l'importance pour les patients de la communication médecin-patient avec prise en compte de leurs attentes et préférences (71) comme la diminution progressive des doses, la possibilité de reprendre le médicament si nécessaire, et un temps passé suffisant avec le médecin (43).

Ces préférences générales sont donc une précieuse aide pour déprescrire. Elles soulignent qu'il est essentiel de rassurer le patient. Dans cet objectif de rassurer le patient, le médecin 3 laissait le médicament à déprescrire sur l'ordonnance.

Il ne faudrait bien sûr pas omettre de s'adapter à la singularité de chaque patient et de prendre en compte ses propres représentations.

Certains médecins de nos entretiens ont bien compris l'importance de cette communication médecin-patient et de cette décision conjointe. Le respect et l'écoute du patient décrits notamment par le médecin 8 en sont des exemples (89).

Lors d'une proposition de déprescription, les peurs des patients seraient au premier plan, aspécifiques ou spécifiques, comme la peur d'un syndrome de sevrage ou d'une rechute dans le cas notamment d'une déprescription de psychotropes. Les patients se concentreraient ainsi difficilement sur les explications du médecin concernant les bénéfices potentiels de cette déprescription. Il serait ainsi important d'aborder tout particulièrement les peurs que les patients peuvent avoir lors d'une déprescription, surtout s'il est question de psychotropes (43).

Il est conseillé de déprescrire un médicament à la fois, selon les priorités du médecin (médicament considéré comme le plus dangereux dans le contexte, médicament le plus facile à déprescrire) et selon les priorités du patient (préférences, effet secondaire, expériences antérieures etc.) (22) afin d'améliorer l'acceptabilité de la déprescription et de déterminer facilement quel médicament déprescrit est responsable de l'apparition d'un éventuel symptôme (6) (64).

Beaucoup de médicaments sont à diminuer progressivement, notamment pour éviter un éventuel syndrome de sevrage (67).

Un plan de déprescription serait ainsi à déterminer avec le patient. Dans le cadre d'une éducation thérapeutique, il serait utile d'aborder ce qu'il faudrait faire s'il apparaissait un syndrome de sevrage ou une rechute ce qui rassurerait le patient (43). Conseiller au patient de reprendre le médicament à la dose du dernier palier de diminution serait recommandé.



## **L'entretien motivationnel**

Nous avons souligné l'ambivalence des patients vis-à-vis des médicaments. Celle-ci pourrait être mise à contribution pour les amener vers le changement en l'occurrence vers une déprescription (16).

La pratique d'un "entretien motivationnel" peut ainsi s'avérer utile notamment pour la déprescription des benzodiazépines, considérée comme particulièrement difficile. Ceci est proposé par la Haute Autorité de Santé (4).

L'entretien motivationnel se définit comme "un moyen de mobiliser leurs propres motivations et leurs propres capacités à changer" (61). C'est une façon de communiquer, une façon d'être plus qu'une technique. Cela nécessite une formation. Ce n'est pas synonyme de l'approche centrée sur le patient mais cela fait partie de cette approche considérée comme plus générale.

L'entretien motivationnel peut être appliqué même en consultations courtes de moins de quinze minutes mais serait encore plus efficace sur des consultations plus longues.

Les principes de l'entretien motivationnel sont le partenariat, le non jugement (valeur inconditionnelle, valorisation, soutien de l'autonomie, empathie approfondie), l'altruisme (à la différence des commerciaux) et l'évocation.

Les impasses relationnelles seraient quant à elles à éviter. Ainsi, pour amener le patient vers une déprescription il faudrait notamment éviter de lui imposer cette déprescription, de le menacer, de lui donner des conseils sans lui avoir demandé l'autorisation au préalable, de le juger, de le moraliser, de le féliciter s'il accepte, de le ridiculiser ou encore de lui demander des preuves de prise ou non prise d'un médicament. Dans nos entretiens, les médecins utilisaient parfois la peur ou l'imposition de leur ligne de conduite pour faire accepter la déprescription à leurs patients. Certains patients peuvent être réceptifs à ces attitudes. Néanmoins, à la lumière de l'entretien motivationnel, une attitude paternaliste serait la plupart du temps contre-productive dans cette situation d'aide au changement vers la déprescription.

Il est important de définir tout d'abord dans quel stade de motivation est le patient. Quatre stades successifs ont été définis (61).

Tout d'abord, il est question d'engagement dans la relation. Les savoir-faire communicationnels fondamentaux sont à mettre en œuvre tout comme cela devrait l'être dans l'approche centrée sur le patient en général. L'utilisation de questions ouvertes, de

la valorisation, de l'écoute réflexive et de résumés sont de mise.

Par la suite, vient la focalisation correspondant à la recherche et le maintien dans une direction, celle d'une déprescription. Le médecin peut ainsi amener le patient à cette focalisation sur une déprescription mais il doit en demander l'autorisation préalable au patient. Nous pourrions imaginer la question suivante : "Seriez-vous d'accord pour que l'on parle de l'ensemble des médicaments que vous prenez ?"

Puis, l'évocation des motivations du patient est une étape essentielle. Le médecin essaie de provoquer du "discours-changement" chez le patient. En effet, si le patient exprime à haute voix devant une autre personne qu'il souhaite arrêter tel médicament, cela favorisera ce changement. Le "discours-changement" et le "discours-maintien" sont à repérer pour déterminer le degré d'ambivalence du patient à la déprescription. Comme il a été décrit plus haut, le "discours-maintien" du patient correspond à son ambivalence en faveur du statu quo et non pas à une "résistance au changement".

Le médecin doit veiller à poser des "questions suscitant l'évocation". Par exemple, il pourrait demander : "Si vous décidiez d'arrêter votre somnifère, comment pourriez-vous vous y prendre ?"

Arrive enfin la planification du changement. La motivation du patient sera d'autant plus importante que le plan de déprescription a été défini par le patient lui-même, avec l'accord du médecin. Des objectifs progressifs sont possibles voire recommandés dans le cas des benzodiazépines, qui sont à diminuer prudemment.

### **La concordance plutôt que l'observance**

L'observance étant le respect par le patient des conseils médicaux, un patient refusant une déprescription serait donc en quelque sorte inobservant. Il pourrait par ailleurs être dans le même temps "trop observant" vis-à-vis des conseils du primo-prescripteur. L'observance, parfois aussi appelée la compliance, est une notion néanmoins médico-centrée faisant référence à une certaine passivité et à une obéissance du patient.

Dans une approche centrée sur le patient, on parlerait plutôt de concordance ou d'alliance thérapeutique c'est à dire de l'accord entre le patient et le médecin pour intégrer les traitements à la vie du patient et "vivre avec" (21).

La déprescription devrait aussi être intégrée dans la vie du patient mais il serait ici question de “vivre sans” le médicament. Un défaut d’observance serait propre au patient alors qu’un défaut de concordance se développerait durant la consultation (85). L’approche centrée sur le patient et la nécessité de cette concordance semblent encore plus importantes pour une déprescription que pour une prescription.

En effet, suite à une prescription, le patient rentre chez lui et pourra encore décider s’il prendra le traitement ou pas. Lors d’une déprescription, le patient n’a plus de prescription, il est donc théoriquement obligé de se passer du médicament (sauf s’il existe en vente sans ordonnance notamment). Si le médecin décide de déprescrire un médicament sans approche centrée sur le patient, un accord implicite ou explicite pour la déprescription doit être donné par le patient, rapidement, en consultation. Le patient ressentirait donc peut-être un manque de liberté d’action, un défaut d’autonomie. Le patient manquait peut-être de temps de réflexion pour pouvoir se sentir engagé dans la déprescription. Ceci serait probablement moins vrai s’il y avait eu une prise de décision conjointe, une démarche active du patient, comme une sorte de “concordance” durant la consultation. Le passage de l’étape “se décider à déprescrire” à l’étape “intégrer la déprescription dans une approche centrée sur le patient” prendrait alors tout son sens.

### **“L’effet médecin”**

Déprescrire revient à réinvestir une part de la symbolique du médicament soit dans des thérapeutiques non médicamenteuses alternatives soit dans la relation “purement” médecin-patient. Cette dernière nécessite la prise de conscience de “l’effet-médecin”. Selon la Haute Autorité de Santé, “La consultation d’un médecin [...] peut apporter en elle-même une réponse thérapeutique au patient sans qu’elle aboutisse à une prescription médicamenteuse ou non médicamenteuse.” (51)

Rassurer, conseiller et expliquer seraient les habilités constituant l’effet-médecin dans une approche centrée sur le patient. Par ailleurs, la confiance des patients en la compétence du médecin favoriserait l’efficacité thérapeutique (90).

Les représentations que se font les patients du médecin seraient encore plus importantes que celles qu’ils se font de la thérapeutique (90).

Ainsi, développer l’effet médecin et des compétences en approche centrée sur le patient favoriserait la confiance du patient en son médecin et faciliterait l’acceptation de la déprescription, lors d’une décision partagée.

C'est donc un cercle vertueux. Développer l'effet médecin faciliterait la déprescription et celle-ci, réussie, favoriserait à son tour l'investissement d'une relation médecin-patient qui n'est pas basée uniquement sur les médicaments.

- **Réussir la déprescription**

Réussir la déprescription nécessite une continuité, un suivi et une coordination des soins

Les patients attendent un suivi régulier suite à l'initiation d'une déprescription (43). Tout comme une diminution progressive du médicament en question, cela permettrait d'augmenter l'adhérence à la déprescription (91) et donc sa réussite.

Les patients attendent précisément un suivi en consultation. Les médecins de nos entretiens n'ont cependant pas évoqué ce type de suivi en consultation (31). Le médecin 10 avait au contraire peur de perdre du temps en revoyant éventuellement des patients suite à des plaintes secondaires à une déprescription.

Il a été évoqué dans la littérature la nécessité d'une continuité avec un suivi de la déprescription par le même médecin généraliste, ce qui rassurerait le patient et participerait à son soutien (23).

Il serait nécessaire de notifier les déprescriptions réussies ou non dans le dossier médical et d'en préciser les raisons pour éviter de refaire les mêmes erreurs et pour éviter des erreurs médicamenteuses (64).

Communiquer aux autres prescripteurs et autres professionnels de santé les nouvelles prescriptions et déprescriptions du patient dans une optique de coordination des soins favoriserait la réussite de la déprescription (22) (64).

- **La démarche de déprescription dans son ensemble**

La démarche de déprescription dans son ensemble fait appel au professionnalisme du médecin.

La prise de conscience de la part du médecin de ses croyances parfois erronées et de l'utilité de se former fait référence à la compétence professionnalisme.

De même, déprescrire est une démarche complexe qui est sous-tendue par des principes éthiques. Cela s'inscrit également dans la compétence professionnalisme du médecin.

La déprescription se doit en effet d'être conforme au principe de non malfaisance en étant appropriée et non délétère pour le patient.

Elle se veut conforme au principe de bienfaisance si des bénéfices thérapeutiques sont attendus pour le patient.

La déprescription relève du principe de justice en évitant un surcoût pour la société et en permettant ainsi un accès aux soins pour le maximum de personnes.

Enfin, elle est également conforme au principe d'autonomie à condition qu'elle s'inscrive dans le cadre d'une décision partagée avec le patient.

La déprescription est donc guidée par ces quatre principes éthiques fondamentaux.

D'après G. LLORCA, le bien-fondé d'une décision serait garanti par un "accord mutuel". Ceci correspondrait à l'acceptation à la fois du médecin, du patient et de la société (83).

Si nous extrapolons, une déprescription serait bien-fondée à condition que le patient et le médecin soient tous deux satisfaits de la décision de la déprescription. De plus, "l'acceptabilité collective" devrait également être respectée, ce qui est le cas lorsque la déprescription est appropriée et qu'elle devrait permettre des économies à la société. Le contexte devrait lui aussi être intégré à la décision c'est à dire que le patient devrait estimer que cette déprescription est effectivement envisageable dans son contexte tandis que le médecin devrait pouvoir se rendre disponible notamment pour le suivi.

Ce modèle délibératif souligne l'association possible des principes éthiques précédemment décrits, dans un principe de responsabilité. Comprendre et accepter ce modèle améliorerait ainsi la démarche de déprescription en l'appréhendant dans le respect de la personne et de la solidarité (50).

## **V. CONCLUSION**

Notre travail qualitatif par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes avait pour objectif la compréhension des obstacles à la déprescription médicamenteuse afin d'élaborer des solutions d'amélioration.

La déprescription, guidée par les principes éthiques de non malfaisance, de bienfaisance, d'autonomie et de justice, est un des rôles du médecin généraliste.

De nombreux obstacles à la déprescription ont été mis en lumière dans notre étude qu'ils soient organisationnels ou qu'ils mettent en jeu le trio médecin - patient - médicament. Les obstacles déclarés par les médecins étaient surtout la réticence des patients et les difficultés rencontrées avec les somnifères. Une résignation en découlait parfois, avec pour conséquence une tendance au renouvellement d'ordonnance sans réévaluation. Les médecins mettaient particulièrement l'accent sur la difficulté à faire accepter la déprescription au patient. Ils évoquaient parfois un défaut de formation en pharmacologie, un manque de recommandations pour déprescrire et un défaut d'accès à toutes les ordonnances des patients. Cependant, ils semblaient moins conscients de cette difficulté à reconnaître les médicaments à déprescrire, étape pourtant initiale du processus de déprescription.

L'analyse de nos entretiens mettait notamment en évidence les attentes, croyances et peurs des médecins et celles des patients du point de vue des médecins. Même si certaines croyances semblaient parfois justifiées au regard de l'investissement des médicaments de la part des médecins et des patients, les représentations des médecins pouvaient constituer en elles-mêmes un véritable obstacle à la déprescription. La réticence des patients à la déprescription serait en effet plus une idée des médecins que la réalité. La crainte de la réticence des patients et des risques liés à la déprescription favorisent une inertie thérapeutique. Du fait des croyances des médecins, les attentes des patients en terme de déprescription sont la plupart du temps mal cernées, ceux-ci se disant en majorité prêts à une éventuelle déprescription si celle-ci est bien expliquée.

Egalement, différentes étapes du processus de déprescription ont été mises en évidence : déterminer le médicament à déprescrire, prendre la décision de déprescrire,

intégrer la déprescription dans une approche centrée sur le patient et réussir la déprescription. Les obstacles à la déprescription étaient intriqués lors de ces différentes étapes. Le manque de temps et le manque de formation apparaissaient comme des obstacles transversaux, présents à toutes les étapes de la déprescription.

Déprescrire étant un gage de professionnalisme et de qualité des soins, cela nécessite de la part des médecins une prise de conscience de leurs croyances erronées “défensives” et une remise en question de leurs pratiques.

Les voies d'amélioration de la déprescription sont donc non seulement liées à d'éventuelles aides extérieures (campagnes grand public et adaptation des recommandations aux patients âgés par exemple) mais aussi et surtout liées au développement des compétences essentielles en médecine générale. Dans une approche centrée sur le patient, il serait notamment nécessaire de recueillir explicitement les attentes des patients en consultation, pour éviter des croyances erronées, véritables obstacles à la déprescription. Des efforts de communication voire une formation à l'entretien motivationnel sembleraient nécessaires pour que le médecin puisse mieux appréhender le patient dans sa globalité et l'amener vers la déprescription dans le respect de son individualité.

Choisir un moment favorable à la déprescription à la fois pour le patient et le médecin avec notamment une relation de confiance installée, préparer le patient, s'enquérir de ses craintes, le rassurer, opter pour une déprescription médicament par médicament, avec une diminution des doses, un suivi en consultation par le même médecin, une notification de la déprescription dans le dossier médical et aux autres professionnels de santé sont autant de conseils pratiques pour améliorer la déprescription.

Une relation de confiance entre le médecin et le patient, basée sur la communication médecin - patient et aussi avec les autres professionnels en charge du patient semblent être un des éléments essentiels pour une déprescription réussie passant par une décision partagée et un suivi de qualité.

Dans un contexte de forte symbolique médicamenteuse, la prise de conscience de l'effet médecin, de l'utilité de la non prescription et des thérapeutiques non médicamenteuses sont également des voies d'amélioration de la déprescription. Cette prise de conscience de la part du médecin semble un préalable indispensable à l'éducation à la santé auprès de ses patients et donc à leur responsabilisation. Afin de faciliter la déprescription, il conviendrait également de développer cette compétence éducative en parlant de réévaluation d'ordonnance plutôt que de renouvellement et d'éviter l'emploi de l'expression “médicament à vie”.

Ce travail visant à valoriser une réflexivité sur les pratiques de déprescription a pour objectif final d'apporter une amélioration à la déprescription pour le médecin généraliste et au-delà pour toute la communauté médicale.



## **BIBLIOGRAPHIE**

1. AFSSAPS. Commission Nationale de Pharmacovigilance. Compte rendu de la réunion du mardi 25 mars 2008 [Internet]. 20 mai 2008 [consulté le 17 mai 2015]. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/bd7be64de27e31df5c8182983443353f.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/bd7be64de27e31df5c8182983443353f.pdf)
2. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 15 avr 1998;279(15):1200-5.
3. Begaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France [Internet]. 2013 [consulté le 25 juin 2015]. Ministère des affaires sociales et de la santé. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Begaud\\_Costagliola.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf)
4. Haute Autorité de Santé. La lettre d'information de la Haute Autorité de santé N°34 [Internet]. 2013 [consulté le 19 août 2015]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/lettre\\_has\\_34\\_janv\\_bat\\_vd\\_2012-12-26\\_12-40-12\\_558.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/lettre_has_34_janv_bat_vd_2012-12-26_12-40-12_558.pdf)
5. Wallis KA. Ageing is not for the faint-hearted: are we making it worse? Polypharmacy-related harm in the elderly. *J Prim Health Care*. juin 2015;7(2):167-9.
6. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 1 mai 2015;175(5):827-34.
7. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de "dé-prescrire". *La Presse Médicale*. 2004;33(9 Pt 1):583-5.
8. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 12 janv 2014;4(12):e006544.
9. Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract Res*. déc 2003;33(4):323.
10. Parney A, Girier P. Les obstacles à la déprescription. Approche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes [Mémoire]. France : Université de Claude Bernard Lyon I Faculté de Médecine Lyon Est ; 2014.
11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
12. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2002;3(2):81-90.
13. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147.

14. Boisdin E. Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale [Thèse d'exercice]. France : Université de Rouen Faculté de Médecine de Rouen ; 2011.
15. Blesses S. La dé-prescription en médecine générale: ses freins et ses déterminants [Thèse d'exercice]. France : Université de Picardie Faculté de Médecine d'Amiens ; 2012.
16. Crest M. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription [Thèse d'exercice]. France : Université Paris Descartes Faculté de Médecine Paris Descartes ; 2012.
17. Morel C. Comment aborder et réussir une déprescription chez les sujets âgés?: Une étude qualitative auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. France : Université de Rouen Faculté de Médecine de Rouen ; 2014. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01072460/document>
18. Schuling J, Gebben H, Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 14 juin 2012;13(1):56.
19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 1 déc 2007;19(6):349-57.
20. Seca JM. Les représentations sociales. Paris : Armand Colin ; 2001. 192 p.
21. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr.* janv 2012;70(1):15-25.
22. Scott IA, Le Couteur DG. Physicians need to take the lead in deprescribing. *Intern Med J.* mars 2015;45(3):352-6.
23. Kouladjian L, Chen TF, Hilmer SN. First do no harm: a real need to deprescribe in older patients. *Med J Aust* [Internet]. 2015 [consulté le 27 mai 2015];202(4). Disponible sur: <https://www.mja.com.au/journal/2015/202/4/first-do-no-harm-real-need-deprescribe-older-patients>
24. Doucet J, Queneau P, Paille F. «Alléger» l'ordonnance exige de la méthode : Dé-Prscription. *Concours Méd.* 2008;Tome 130:969-72.
25. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *Evid Based Med.* 8 janv 2013;18(4):121-4.
26. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. *BMC Fam Pract.* 1 déc 2010;11(1):1-6.
27. O'Connor MN, Gallagher P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing: criteria, detection and prevention. *Drugs Aging.* 1 juin 2012;29(6):437-52.

28. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J IMAJ*. juin 2007;9(6):430-4.
29. Iyer S, Naganathan V, Mclachlan AJ, Le Couteur DG. Medication Withdrawal Trials in People Aged 65 Years and Older : A Systematic Review. *Drugs Aging*. 2008;25(12):1021-31.
30. Cammen TJ van der, Rajkumar C, Onder G, Sterke CS, Petrovic M. Drug cessation in complex older adults: time for action. *Age Ageing*. 1 janv 2014;43(1):20-5.
31. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe. *J Am Geriatr Soc*. sept 2013;61(9):1508-14.
32. A practical guide to stopping medicines in older people. *Best Pract J*. [Internet]. 27 Avr 2010 [consulté le 5 juil 2015];27:10-23. Disponible sur: <http://www.bpac.org.nz/BPJ/2010/April/stopguide.aspx>
33. Alexander GC, Sayla MA, Holmes HM, Sachs GA. Prioritizing and stopping prescription medicines. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 11 avr 2006;174(8):1083-4.
34. Montastruc JL, Montastruc F. Prescrire oui mais aussi savoir déprescrire. *Rev Prescrire*. avr 2013;33(354):306-7.
35. Lemasson A, Gay B, Lemasson JL, Duroux G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. *Médecine*. Jan 2006;2(1):38-42
36. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Rapport final. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. 2011.
37. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse d'exercice]. France : Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2013.
38. Laforest S. Déprescrire en médecine générale : démarche d'un groupe d'analyse de pratiques à travers l'exemple du clopidogrel [Thèse d'exercice]. France : Université de Bordeaux II UFR des sciences médicales ; 2013.
39. Rahmner PB, Gustafsson LL, Holmström I, Rosenqvist U, Tomson G. Whose Job Is It Anyway? Swedish General Practitioners' Perception of Their Responsibility for the Patient's Drug List. *Ann Fam Med*. 1 janv 2010;8(1):40-6.
40. Code de la santé publique, article R4127-64 (version en vigueur au 8 août 2004).
41. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 16 mai 2013, 12-21.338, Publié au bulletin [Internet]. 2013 [consulté le 20 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURI TEXT000027423626>

42. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 64. Exercice collégial [Internet]. 11 déc 2012 [consulté le 20 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-64-exercice-en-equipe-288>
43. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient Barriers to and Enablers of Deprescribing: a Systematic Review. *Drugs Aging*. oct 2013;30(10):793-807.
44. Guillemaud C. Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale [Thèse d'exercice]. France : Université Paris 11 Faculté de Médecine Paris-Sud ; 2010.
45. Ollier S. Le fondement de la décision médicale. DESC de Réanimation médicale présenté à Montpellier ; 6 fév 2009.
46. Iliffe S, Curran HV, Collins R, Yuen Kee SC, Fletcher S, Woods B. Attitudes to long-term use of benzodiazepine hypnotics by older people in general practice: findings from interviews with service users and providers. *Aging Ment Health*. mai 2004;8(3):242-8.
47. Gimbert V, Chauffaut D. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée? (volet 1). La note d'analyse n°9. Commissariat général à la stratégie et à la prospective; mars 2014. Disponible sur : <http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>
48. Le Garrec MA, Bouvet M. Comptes nationaux de la santé 2012. Document de travail Série Statistiques. n°185. DREES ; sept 2013.
49. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie Société*. 1 déc 2002;103(4):141-59.
50. Llorca G. L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. *Médecine*. sept 2006;2(7):330-3.
51. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. HAS. avr 2011.
52. Allenet B, Guignon AM, Maire P, Calop J. Intégration des représentations de la personne âgée face à ses médicaments pour améliorer son observance. *J Pharm Clin*. 10 sept 2005;24(3):175-9.
53. Dupré-Leveque D. Le médicament : un outil de communication ? : Le regard de l'ethnologue dans une maison de retraite. *Gérontologie Société*. 2002;103(4):161.
54. Dupuy JP, Karsenty S. L'invasion pharmaceutique. Paris : Seuil ; 1974.
55. Odier B. Psychopathologie de la prescription quotidienne de psychotropes. *Rev Fr Psychanal*. 2002;66(2):541.
56. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. *Médecine*. 1 déc 2007;3(10):456-61.
57. Lemoine P. Le mystère du placebo. Paris : Odile Jacob ; 1996.

58. Qi K, Reeve E, Hilmer SN, Pearson S-A, Matthews S, Gnjidic D. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 6 juin 2015 [consulté le 17/08/2015]. Disponible sur : <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11096-015-0147-7>
59. Bareil C. La résistance au changement : synthèse et critique des écrits. HEC Montréal [Internet]. août 2014 [consulté le 19 sept 2015]; Cahier n°04-10:17. Disponible sur : [http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04\\_10.pdf](http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf)
60. Roquet-St-Arnaud L. Résistance ou persistance? *Interactions* 2002;6(1):49-62.
61. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. 2e éd. Aider la personne à engager le changement. Paris : InterEditions ; 2013.
62. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *The BMJ* [Internet]. fév 2004 [consulté le 27 mai 2015]. Disponible sur : <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/30/importance-patient-pressure-and-perceived-pressure-and-perceived-medical-n>
63. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet*. 14 juill 2007;370(9582):173-84.
64. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence based, patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol*. oct 2014;78(4):738-47.
65. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. avr 2012;60(4):616-31.
66. O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Hamilton H, Barry P, et al. STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *Eur Geriatr Med*. févr 2010;1(1):45-51.
67. Bain KT, Holmes HM, Beers MH, Maio V, Handler SM, Pauker SG. Discontinuing Medications: A Novel Approach for Revising the Prescribing Stage of the Medication-Use Process. *J Am Geriatr Soc*. oct 2008;56(10):1946-52.
68. Bernichan J. 14 médicaments qu'il faut déprescrire [consulté le 15 juil 2015]. Disponible sur : <http://www.medisite.fr/a-la-une-14-medicaments-quil-faut-deprescrire.894417.2035.html>
69. Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K. What Are Priorities for Deprescribing for Elderly Patients? Capturing the Voice of Practitioners: A Modified Delphi Process. *PLoS ONE* [Internet]. 7 avr 2015 [consulté le 27 mai 2015];10(4). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4388504/>
70. Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Définitions : processus [consulté le 25 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/processus/64066>

71. Ostini R, Hegney D, Jackson C, Tett SE. Knowing how to stop: ceasing prescribing when the medicine is no longer required. *J Manag Care Pharm JMCP*. févr 2012;18(1):68-72.
72. Lebeau JP. Inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle. *Exercer*. 2012;23(100):37-43.
73. Samalea Suarez A, Gerard X, Petermans J, Van Hees T. Prescription inappropriée chez la personne âgée : une forme d'inertie thérapeutique ? Généralités et opportunités pour la pharmacie clinique en gériatrie. *RMLG Rev Médicale Liège*. 2010;65(5-6):256-60.
74. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. The benefits and harms of deprescribing. *Med J Aust [Internet]*. août 2014 [consulté le 27 mai 2015]; 201(7):386-9. Disponible sur : <https://www.mja.com.au/journal/2014/201/7/benefits-and-harms-deprescribing>
75. Haute Autorité e Santé. Arrêter les somnifères c'est possible [Internet]. 2012 [consulté le 15 juil 2015]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/affiche\\_a4\\_somniferes.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/affiche_a4_somniferes.pdf)
76. Benson J, Britten N. Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *BMJ*. 19 oct 2002;325(7369):873.
77. Bras PL, Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leur performance: les enseignements des expériences étrangères. Inspection générale des affaires sociales. juin 2008. Rapport n°: RM2008-047P.
78. ISNAR-IMG. Guide de l'apprentissage par compétences [Internet]. 2013 [consulté le 15 juil 2015]. Disponible sur : [http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/130411\\_isnarimg\\_guide\\_aprentissageparcompetences.pdf](http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/130411_isnarimg_guide_aprentissageparcompetences.pdf)
79. CNGE. La Marguerite des Compétences [Internet]. [consulté le 15 juil 2015]. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Marguerite\\_version\\_definitive.pdf](http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_version_definitive.pdf)
80. Qualité Online. Quelle est la différence entre Processus et Procédure ? [Internet]. [consulté le 25 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.qualiteonline.com/question-56-quelle-est-la-difference-entre-processus-et-procedure.html>
81. International Classification of Primary Care 2nd Edition. Wonca International. Classification Committee (WICC) [Internet]. 1998 [consulté le 25 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-French.pdf>
82. Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Internet]. 2007 [consulté le 27 mai 2015]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_bzd\\_-\\_version\\_finale\\_2008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf)
83. Llorca G (directeur de publication). Guide pratique de la décision médicale. L'éthique en clinique. Paris : Med-Line ; 2004

84. Haut Conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. 2009 [consulté le 15 juil 2015]. Rapport. Disponible sur <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=222>
85. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Suisse : Editions Médecine & hygiène ; 2010.
86. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 1 mars 2012;366(9):780-1.
87. Linsky A, Simon SR, Bokhour B. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. *Patient Educ Couns*. févr 2015;98(2):220-5.
88. Ferguson B. Benzodiazepines: guide to withdrawing in general practice. *Prescriber*. 5 avr 2012;23(7):35-9.
89. Nair K, Dolovich L, Cassels A, McCormack J, Levine M, Gray J, et al. What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Can Fam Physician*. janv 2002;48:104-10.
90. Moreau A, Bousageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Médicale*. juin 2006;35(6, Part 1):967-73.
91. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: a 10-step conceptual framework. *Am J Med*. juin 2012;125(6):529-37.e4.

## **ANNEXE I : Guide d'entretien initial**

### **Introduction à l'entretien**

Bonjour,

Je me présente, Amandine PARNEY, Interne en Médecine Générale à la Faculté Lyon Est. Je réalise un travail de thèse concernant la Déprescription médicamenteuse, sous la direction du Professeur Pierre GIRIER.

Merci d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude.

Notre entretien dit "semi-dirigé" devrait durer environ 45 minutes. Il sera comme convenu enregistré, si vous êtes toujours d'accord.

Les différents entretiens seront par la suite retranscrits et analysés. L'anonymat des participants sera bien sûr respecté.

Notre objectif sera de mettre en valeur votre ressenti et vos réflexions concernant la Déprescription en tant que médecin généraliste.

Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

### **Questionnaire de présentation**

**Tout d'abord, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?**

Faire préciser :

Le nombre d'années d'exercice

L'ancienneté d'installation

L'âge

Le mode d'exercice :

- rural, semi-rural ou urbain

- en cabinet de groupe ou seul



- activité libérale, salariée
  - informatisé ou pas et avec des systèmes d'alertes ou pas
  - maître de stage ou pas
  - nombre de consultations en moyenne par jour, nombre de jours travaillés par semaine
  - fréquence des visites à domicile
  - type de patientèle
  - pratiques (homéopathie, pratique hospitalière en parallèle etc)
  - préférence pour telle ou telle autre pratique
  - formation médicale (initiale et continue (congrès, groupes de pairs, FMC départementale, laboratoires etc))
- > Avez-vous déjà entendu parler du terme "déprescription" ? (définition du mot à préciser au médecin)

### **1) MOTIVATIONS**

**Pourriez-vous me parler d'une situation récente où vous avez souhaité déprescrire un médicament à l'un de vos patients ?**

Relances sur les motivations :

***Qu'est ce qui vous avait motivé à déprescrire ce médicament chez ce patient ?***

***Auriez-vous d'autres exemples qui vous viennent à l'esprit ?***

### **2) REALISATION**

***Comment avez-vous abordé la déprescription avec ce(s) patient(s) ?***

***Votre façon de déprescrire a-t-elle évolué dans le temps ? Et sa fréquence ?***

### **3) OBSTACLES**

**Qu'est ce qui peut vous freiner à déprescrire en tant que médecin généraliste ?**

***Pourriez-vous m'indiquer comment vous vous êtes formé à la déprescription, si tel est le***

*cas ?*

*Comment gérez-vous le fait de vouloir déprescrire un traitement initié par un confrère notamment spécialiste ?*

*Que pensez-vous des attentes de vos patients en terme de prescription et de déprescription ?*

*Quelles sont vos peurs en déprescrivant ?*

**Patients :**

*Quel est le profil de vos patients réticents à la déprescription ?*

*Comment gérez-vous une déprescription chez un patient qui est en équilibre thérapeutique ?*

*Quelles sont d'après vous les attentes de vos patients en matière de prescription et déprescription ?*

*Quelles sont les croyances de vos patients concernant la déprescription selon vous ?*

*Que semblent être leurs peurs ?*

*Quelles sont leurs expériences de déprescription selon vous ?*

*Comment réagissent vos patients suite à une proposition de déprescription ?*

**Relation médecin-patient :**

*Quels sont selon vous les signes d'une communication efficace lors d'une démarche de déprescription ?*

**Quels sont les autres obstacles ?**

**4) RESSENTI et ANALYSE d'UNE SITUATION d'ECHEC**

**Pourriez-vous décrire une situation où la déprescription a échoué ?**

- **Quel était le contexte ?** âge du patient, sexe, état de santé, degré d'attachement à ses médicaments, nombre de médicaments sur son ordonnance, présence de l'entourage, etc.

- **Quel était le médicament (ou les médicaments) à déprescrire ?** nom, prescription initiale par un spécialiste ou un confrère généraliste, médicament induisant une dépendance, médicament prescrit au long cours etc.

- **Selon vous, l'échec de déprescription était dû à quel(s) facteur(s) ?**

**Quel a été votre ressenti ?**

**Quelles seraient vos propositions d'amélioration ?**

**Y-a-t-il un autre point que vous souhaiteriez aborder ?**

**Remerciements**

**Exemples de questions de relance :**

*Avez-vous un exemple ?*

*Pourriez-vous préciser ?*

*Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?*

*Qu'entendez-vous par... ?*

*Si je comprends bien...*

*Etc.*

## **ANNEXE II : Guide d'entretien final**

### **Introduction à l'entretien**

Bonjour,

Je me présente, Amandine PARNEY, Interne en Médecine Générale à la Faculté Lyon Est. Je réalise un travail de thèse concernant la Déprescription médicamenteuse, sous la direction du Professeur Pierre GIRIER.

Merci d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude.

Notre entretien dit "semi-dirigé" devrait durer environ 45 minutes - 1 heure. Il sera comme convenu enregistré, si vous êtes toujours d'accord.

Les différents entretiens seront par la suite retranscrits et analysés. L'anonymat des participants sera bien sûr respecté.

Notre objectif sera de mettre en valeur vos perceptions et réflexions concernant la Déprescription en tant que médecin généraliste.

Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

### **Questionnaire de présentation**

**Tout d'abord, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?**

Faire préciser :

Le nombre d'années d'exercice

L'ancienneté d'installation

L'âge

Le mode d'exercice :

- rural, semi-rural ou urbain

- en cabinet de groupe ou seul

- activité libérale, salariée

- informatisé ou pas et avec des systèmes d'alertes ou pas
  - maître de stage ou pas
  - nombre de consultations en moyenne par jour, nombre de jours travaillés par semaine
  - fréquence des visites à domicile
  - type de patientèle
  - pratiques (homéopathie, pratique hospitalière en parallèle etc)
  - préférence pour telle ou telle autre pratique
  - formation médicale (initiale et continue (congrès, groupes de pairs, FMC départementale, laboratoires etc))
- > Avez-vous déjà entendu parler du terme "déprescription"? (définition du mot à préciser au médecin)

## **2) MOTIVATIONS**

**Pourriez-vous me parler d'une situation récente où vous avez souhaité déprescrire un médicament à l'un de vos patients ?**

Relances sur les motivations :

***Qu'est ce qui vous avait motivé à déprescrire ce médicament chez ce patient ?***

***Auriez-vous d'autres exemples qui vous viennent à l'esprit ?***

***A quel point vous sentez vous à l'aise pour déterminer si une déprescription est nécessaire ?***

## **2) REALISATION**

***Comment avez-vous abordé la déprescription avec ce(s) patient(s) ?***

***Comment faites-vous accepter la déprescription au(x) patient(s) ?***

***Votre façon de déprescrire a-t-elle évolué dans le temps ? Et sa fréquence ?***

***En quoi l'exercice de groupe peut-il influencer votre déprescription ?***

### **3) OBSTACLES**

**Qu'est ce qui peut vous freiner à déprescrire en tant que médecin généraliste ?**

*Pourriez-vous m'indiquer comment vous vous êtes formé à la déprescription, si tel est le cas ?*

*Comment gérez-vous le fait de vouloir déprescrire un traitement initié par un confrère ?  
Et si c'est un spécialiste ?*

*Quelles peuvent être vos **crain**tes en déprescrivant ?*

**Patients :**

*Quel est le profil de vos patients réticents à la déprescription ?*

*Comment gérez-vous une déprescription chez un patient qui est en équilibre thérapeutique ?*

*Quelles sont d'après vous les attentes de vos patients en matière de prescription ? Et en ce qui concerne la déprescription ?*

*Quelles sont les croyances de vos patients concernant la déprescription selon vous ?*

*Que semblent être leurs peurs ?*

*Quelles sont leurs expériences de déprescription selon vous ?*

*Comment réagissent vos patients suite à une proposition de déprescription ?*

**Quels sont les autres obstacles ?**

*Autres acteurs*

*Quels sont les **moments peu propices** à la déprescription ? Et les **moments propices** ?*

### **5) RESSENTI et ANALYSE d'UNE SITUATION d'ECHEC**

**Pourriez-vous décrire une situation où la déprescription a échoué ?**

- **Quel était le contexte ?** âge du patient, sexe, état de santé, degré d'attachement à ses médicaments, nombre de médicaments sur son ordonnance, présence de l'entourage, etc.

- **Quel était le médicament (ou les médicaments) à déprescrire ?** nom, prescription

initiale par un spécialiste ou un confrère généraliste, médicament induisant une dépendance, médicament prescrit au long cours etc.

- **Qu'est-ce que vous en avez pensé ?**

- **Selon vous, l'échec de déprescription était dû à quel(s) facteur(s) ?**

**Quelles seraient vos propositions d'amélioration ?**

**Y-a-t-il un autre point que vous souhaiteriez aborder ?**

### **Remerciements**

#### **Exemples de questions de relance :**

*Avez-vous un exemple ?*

*Pourriez-vous préciser ?*

*Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?*

*Qu'entendez-vous par...?*

*Si je comprends bien...*

*Donc, selon vous...*

*Qu'est-ce que vous en avez pensé ?*

*Vous m'avez dit tout à l'heure...*

*C'est à dire ?*

*A votre avis, ce serait dû à quoi ?*

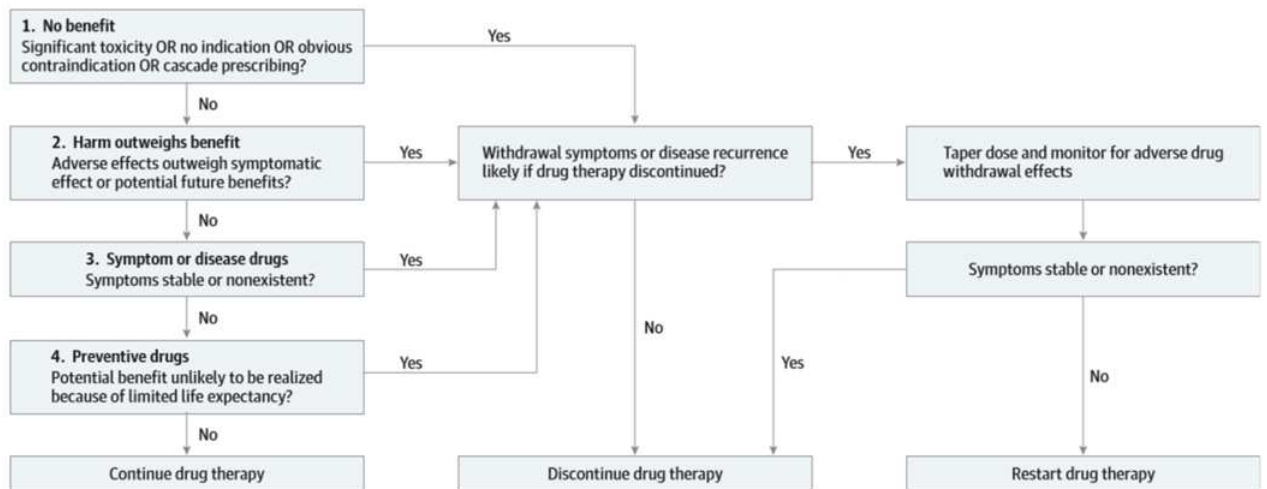
*Parler moi de...*

*Etc*

**ANNEXE III : Les entretiens (sur CD-ROM)**

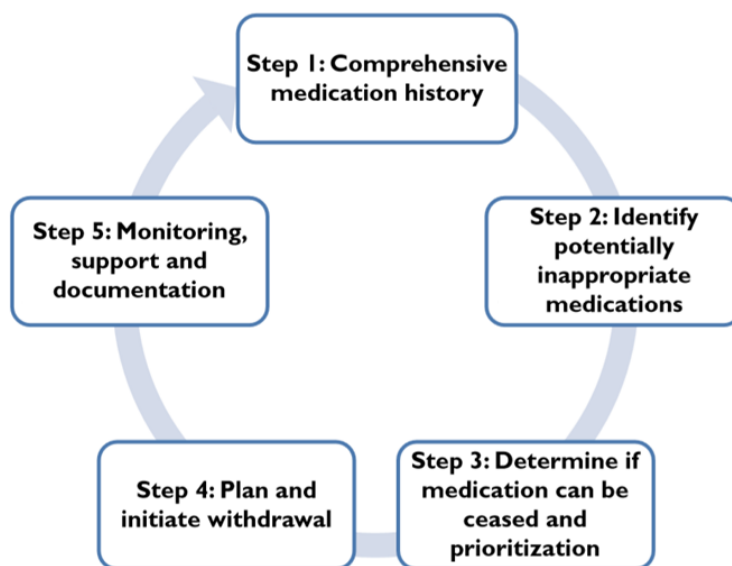


## ANNEXE IV :



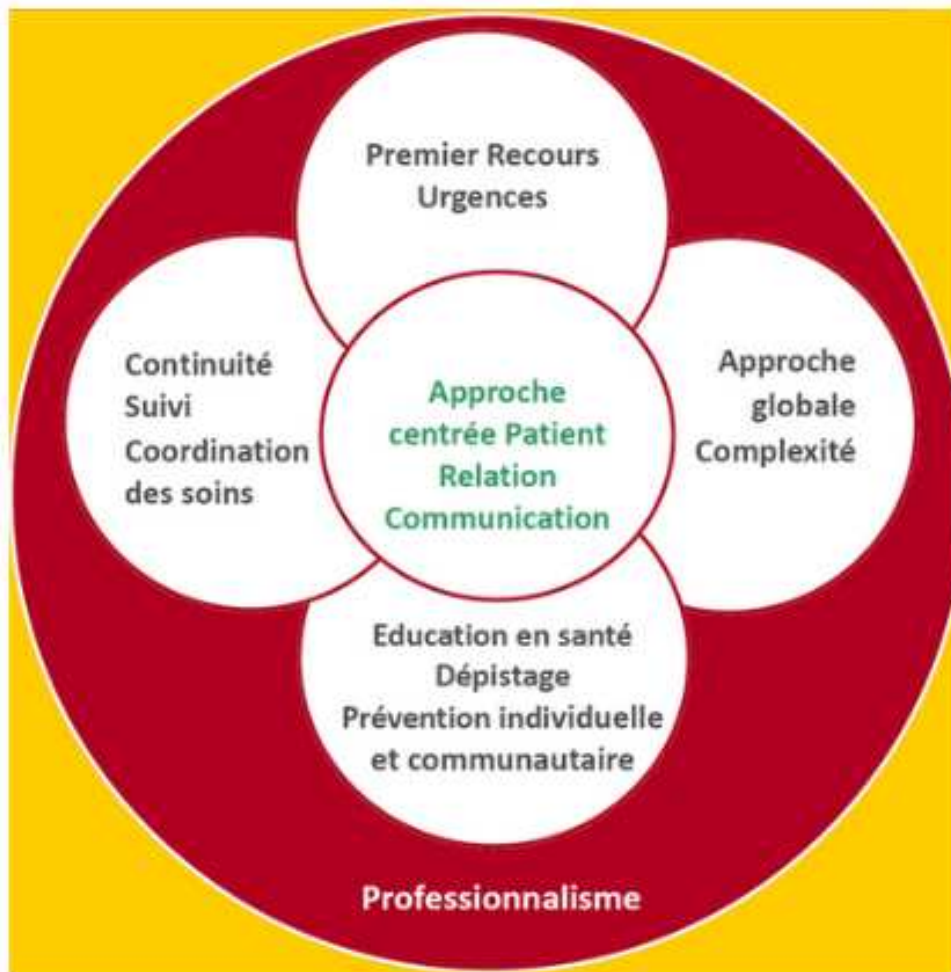
### Algorithme de décision et de hiérarchisation des médicaments à déprescrire d'après Ian A. Scott

**ANNEXE V :**



**Les cinq étapes du processus de déprescription centré sur le patient selon E. REEVES**

**ANNEXE VI :**



**La marguerite des compétences en médecine générale d'après le CNGE**

## ANNEXE VII : La Conclusion de Thèse signée et le permis d'imprimer



PARNEY Amandine

### CONCLUSIONS

Notre travail qualitatif par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes avait pour objectif la compréhension des obstacles à la déprescription médicamenteuse afin d'élaborer des solutions d'amélioration.

La déprescription, guidée par les principes éthiques de non malfaisance, de bienfaisance, d'autonomie et de justice, est un des rôles du médecin généraliste.

De nombreux obstacles à la déprescription ont été mis en lumière dans notre étude qu'ils soient organisationnels ou qu'ils mettent en jeu le trio médecin - patient - médicament. Les obstacles déclarés par les médecins étaient surtout la réticence des patients et les difficultés rencontrées avec les somnifères. Une résignation en découlait parfois, avec pour conséquence une tendance au renouvellement d'ordonnance sans réévaluation. Les médecins mettaient particulièrement l'accent sur la difficulté à faire accepter la déprescription au patient. Ils évoquaient parfois un défaut de formation en pharmacologie, un manque de recommandations pour déprescrire et un défaut d'accès à toutes les ordonnances des patients. Cependant, ils semblaient moins conscients de cette difficulté à reconnaître les médicaments à déprescrire, étape pourtant initiale du processus de déprescription.

L'analyse de nos entretiens mettait notamment en évidence les attentes, croyances et peurs des médecins et celles des patients du point de vue des médecins. Même si certaines croyances semblaient parfois justifiées au regard de l'investissement des médicaments de la part des médecins et des patients, les représentations des médecins pouvaient constituer en elles-mêmes un véritable obstacle à la déprescription. La réticence des patients à la déprescription serait en effet plus une idée des médecins que la réalité. La crainte de la réticence des patients et des risques liés à la déprescription favorisent une inertie thérapeutique. Du fait des croyances des médecins, les attentes des patients en terme de déprescription sont la plupart du temps mal cernées, ceux-ci se disant en majorité prêts à une éventuelle déprescription si celle-ci est bien expliquée.

Egalement, différentes étapes du processus de déprescription ont été mises en évidence : déterminer le médicament à déprescrire, prendre la décision de déprescrire,

intégrer la déprescription dans une approche centrée sur le patient et réussir la déprescription. Les obstacles à la déprescription étaient intriqués lors de ces différentes étapes. Le manque de temps et le manque de formation apparaissaient comme des obstacles transversaux, présents à toutes les étapes de la déprescription.

Déprescrire étant un gage de professionnalisme et de qualité des soins, cela nécessite de la part des médecins une prise de conscience de leurs croyances erronées "défensives" et une remise en question de leurs pratiques.

Les voies d'amélioration de la déprescription sont donc non seulement liées à d'éventuelles aides extérieures (campagnes grand public et adaptation des recommandations aux patients âgés par exemple) mais aussi et surtout liées au développement des compétences essentielles en médecine générale. Dans une approche centrée sur le patient, il serait notamment nécessaire de recueillir explicitement les attentes des patients en consultation, pour éviter des croyances erronées, véritables obstacles à la déprescription. Des efforts de communication voire une formation à l'entretien motivationnel sembleraient nécessaires pour que le médecin puisse mieux appréhender le patient dans sa globalité et l'amener vers la déprescription dans le respect de son individualité.

Choisir un moment favorable à la déprescription à la fois pour le patient et le médecin avec notamment une relation de confiance installée, préparer le patient, s'enquérir de ses craintes, le rassurer, opter pour une déprescription médicament par médicament, avec une diminution des doses, un suivi en consultation par le même médecin, une notification de la déprescription dans le dossier médical et aux autres professionnels de santé sont autant de conseils pratiques pour améliorer la déprescription.

Une relation de confiance entre le médecin et le patient, basée sur la communication médecin - patient et aussi avec les autres professionnels en charge du patient semblent être un des éléments essentiels pour une déprescription réussie passant par une décision partagée et un suivi de qualité.

Dans un contexte de forte symbolique médicamenteuse, la prise de conscience de l'effet médecin, de l'utilité de la non prescription et des thérapeutiques non médicamenteuses sont également des voies d'amélioration de la déprescription. Cette prise de conscience de la part du médecin semble un préalable indispensable à l'éducation à la santé auprès de ses patients et donc à leur responsabilisation. Afin de faciliter la déprescription, il conviendrait également de développer cette compétence éducative en parlant de réévaluation d'ordonnance plutôt que de renouvellement et d'éviter l'emploi de l'expression "médicament à vie".



Ce travail visant à valoriser une réflexivité sur les pratiques de déprescription a pour objectif final d'apporter une amélioration à la déprescription pour le médecin généraliste et au-delà pour toute la communauté médicale.

Le Président de la thèse,

*Jean A*

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le **23 SEP. 2015**

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon-Est

Professeur Jérôme **ETIENNE**

VU :

Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales

Professeur François-Noël **GILLY**

**PARNEY Amandine** : La Déprescription : des obstacles aux voies d'amélioration.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

175 pages, 4 figures, 3 tableaux

Th. Méd : Lyon 2015 n°245

---

**Résumé** :

**Contexte** : Les patients subissent des événements indésirables majeurs dus à la iatrogénie médicamenteuse ce qui impose une remise en question des prescriptions.

**Objectif** : Comprendre les obstacles à la déprescription afin d'élaborer des solutions.

**Méthode** : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 10 médecins généralistes installés dans l'Ain, entre juillet 2014 et juin 2015.

**Résultats** : Selon les médecins, les principaux obstacles à la déprescription étaient la réticence des patients, les difficultés avec les somnifères et le manque de temps. Des expériences de déprescriptions hospitalières violentes et la peur d'une évolution vers une médecine collective avec des déprescriptions contraintes ont été révélées. Les représentations des médecins constituaient des obstacles importants.

Les différentes étapes du processus de déprescription nécessiteraient le développement des compétences essentielles en médecine générale.

**Conclusion** : Ainsi, les voies d'amélioration de la déprescription consisteraient à :

- Eduquer le patient à mieux connaître ses médicaments, parler de réévaluation d'ordonnance, éviter l'expression "médicament à vie", favoriser la non-prescription et les thérapeutiques non médicamenteuses.
- Adopter une approche centrée sur le patient avec le recueil de ses attentes et la recherche d'une concordance.
- Déprescrire progressivement avec un suivi et une notification dans le dossier et aux autres professionnels de santé.
- Se responsabiliser et développer une réflexivité sur ses pratiques avec une prise de conscience de ses croyances erronées "défensives", gages de professionnalisme.

---

**MOTS CLES** : Déprescription, Médicaments, Médecine familiale, Obstacles,  
Etude qualitative, Approche centrée sur le patient, Professionnalisme

---

**JURY** :

Président : Monsieur le Professeur Alain MOREAU  
Membres : Monsieur le Professeur Guy LLORCA  
Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON  
Monsieur le Docteur Pierre GIRIER  
Madame le Docteur Corinne PERDRIX

---

**DATE DE SOUTENANCE** : 13 octobre 2015

---

**Adresse de l'auteur** : 17, rue des Roses 01340 Montrevel-en-Bresse  
Mail : amandinesfr4@yahoo.fr