



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Comment faire accepter la déprescription aux patients
lors d'une réévaluation d'ordonnance en médecine générale ?**

Présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2019 à 18 heures
au Pôle Formation
Par Louis Merlin

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste Beuscart

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Michel Cunin

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

MeSH : Medical Subject Headings

Table des matières

INTRODUCTION	7
MATÉRIEL ET MÉTHODE	10
I. Type d'étude	10
II. Cadre légal.....	10
III. Population étudiée et recrutement	10
IV. Réalisation des entretiens, recueil des données	11
V. Analyse et codage des données.....	11
RÉSULTATS	11
I. Les participants	11
II. Les motivations à la prise médicamenteuse	12
A. Le bénéfice ressenti du médicament.....	12
B. Les connaissances et les croyances du patient	13
C. Des influences extérieures	14
1. Avoir confiance dans le corps médical.....	14
2. Bénéficiaire de sources d'informations multiples	15
D. Des motivations inconscientes	15
III. La déprescription	16
IV. Déprescrire : un contexte et des étapes.....	18
A. Agir dans un contexte favorable.....	18
B. Comprendre et rechercher	19
C. Informer.....	20
D. Conseiller une modification du mode de vie	21
E. Proposer une modification thérapeutique.....	22
V. Modélisation des résultats	23
DISCUSSION	25
I. Les points forts et les limites de l'étude	25
II. Comparaison avec les données de la littérature	25
A. Un processus centré sur le patient.....	25
B. La validité des étapes de déprescription proposées.....	26
C. Un environnement favorable	26
1. La prescription sur ordonnance sécurisée	26
2. La collaboration médecin-pharmacien	26
D. Une évaluation des étapes « informer » et « proposer ».....	27
CONCLUSION	28
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29

ANNEXES	31
I. Critères COREQ.....	31
II. Exemple d'analyse d'un entretien (N°9).....	33
A. Verbatims	33
B. Compte rendu de terrain	47
C. Compte rendu de codage triangulé	48
D. Compte rendu théorique.....	50
E. Guide pour l'entretien N°10.....	53

Résumé

Contexte : La consommation importante de médicaments favorise la survenue d'effets indésirables. Le médecin généraliste a la possibilité de prévenir cela grâce à une réévaluation d'ordonnance pouvant aboutir à une déprescription. Mais les médecins pensent que les patients sont demandeurs d'une prescription médicamenteuse. Il existe un décalage entre les attentes supposées et les attentes réelles des patients, rendant la déprescription difficile à réaliser.

Objectif : Déterminer une stratégie de communication pour rendre acceptable la déprescription.

Méthodes : Etude qualitative avec analyse selon une approche par théorisation ancrée. Entretiens individuels compréhensifs de patients habitant dans le département du Pas-de-Calais. La suffisance des données a été obtenue après l'analyse de 10 entretiens, codés et triangulés avec l'aide du logiciel QSR Nvivo® 11.4.

Résultats : Les motivations à la prise d'un médicament dépendent du bénéfice ressenti de celui-ci (confort de vie vs effets indésirables), des connaissances et des croyances du patient, des influences extérieures (soignants, entourage, publicité, notice du médicament) et des motivations inconscientes propres au patient. Les patients ont des avis partagés sur la déprescription. Le contexte dans lequel intervient la déprescription a son importance : prescrire sur ordonnance sécurisée ou déprescrire précocement sont des facteurs favorisants. Il faut comprendre l'importance du traitement pour le patient, mais aussi rechercher la survenue d'effets indésirables ou des signes précurseurs. Les patients sont demandeurs d'informations en raison de connaissances variables ou de croyances erronées. Il faut proposer une modification du mode de vie et du traitement - diminution progressive de la posologie, alternative médicamenteuse – en rassurant sur la possibilité de represcrire le traitement initial si nécessaire.

Conclusion : L'étude des motivations à la prise médicamenteuse ouvre d'autres pistes de réflexion pour aider à déprescrire : thérapies psychologiques pour lever le conditionnement à la prise d'un médicament, travail en réseau où infirmier(e), médecin et pharmacien pourraient mettre en commun leurs influences.

Abstract

Context: The high drugs consumption pushes the occurrence of adverse effects forward. The general practitioner can prevent this with a prescription reassessment that may lead to deprescription. But doctors think patients are seeking a drug prescription. There is a gap between the supposed patients' expectations and the real ones, making deprescription difficult to achieve.

Goal: Determine a communication strategy to make deprescription acceptable.

Methods: Qualitative study with analysis based on an anchored theory approach. Individual comprehensive interviews of patients living in the Pas-de-Calais department. The data sufficiency has been obtained after the analysis of 10 interviews, coded and triangulated with the QSR Nvivo® 11.4 software.

Results : Motivations for taking a medication depend on the patient's perceived benefit (life comfort vs adverse effects), his knowledge and beliefs, external influences (caregivers, relatives, advertisement, medication leaflet) and one's specific unconscious motives. Patients have mixed feelings about deprescription. The context in which deprescribing takes place is important: prescribing on a secure prescription or early deprescribing are contributing factors. We must understand the importance of treatment for the patient, but also look for the forerunner or occurrence of adverse effects. Patients are seeking information because of varying knowledge level or mistaken beliefs. It is necessary to suggest modifying the way of life and treatment – a progressive reduction of posology or alternative medication - reassuring the patient on the possibility to prescribe the initial treatment again if needed.

Conclusion : Studying motivations for taking medication could help the deprescribing process: psychological therapies to reverse a conditioned drug taking behaviour, collaboration of nurse, doctor and pharmacist joining their influences.

INTRODUCTION

Au cours de l'Histoire, les hommes ont toujours utilisé des médicaments. Il a été trouvé sur une tablette en argile, datant de la fin du III^e millénaire avant J.-C., une liste d'une douzaine de remèdes rédigée en écriture cunéiforme (1). Plus récemment, grâce à l'absence de guerre, aux progrès de la médecine et à l'amélioration de l'hygiène, l'espérance de vie n'a cessé de croître. Celle-ci a atteint en 2017 une moyenne supérieure à 80 ans (2). Aujourd'hui, ce vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de maladies chroniques bénéficiant de nombreux traitements. Ce phénomène conduit à une consommation importante de médicaments : en France, 30 à 40% des personnes âgées de 75 ans ou plus prennent au moins 10 médicaments différents par jour (3).

En 2019, les conséquences des effets indésirables de certains médicaments couramment prescrits, principalement chez le sujet âgé, sont bien connues : hospitalisations (4), chutes avec fractures du col fémoral (5), infections bactériennes digestives et pulmonaires (6), décès (4,6). Pour réduire la survenue de ces effets indésirables, il est recommandé d'apprécier les bénéfices attendus de chaque prescription en fonction de ses risques potentiels. Mais cette balance bénéfices vs risques évolue naturellement au cours de la vie d'un patient : vieillissement, événement médical aigu, nouvelles données de la science. Ces changements nécessitent donc une réévaluation d'ordonnance lors de chaque consultation de suivi. Ainsi, lorsqu'un médicament ne semble plus approprié, le médecin doit envisager sa déprescription.

La déprescription est un terme récent, ayant fait l'objet d'une référence MeSH en 2015. Il n'y a pas encore de définition validée de la déprescription, mais cet acte peut être défini comme étant « *le processus d'arrêt d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de santé, dans le but de gérer les risques de polymédication et d'améliorer l'état de santé du patient* » (7). Ce processus s'intègre dans la démarche plus globale de prévention quaternaire définie par le Dr M. Jamouille en 1986. La prévention quaternaire est « *une action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation et pour le/la protéger d'interventions médicales invasives ou abusives tout en lui proposant des procédures de soins éthiquement acceptables* » (8).

Le médecin généraliste a une place privilégiée dans cette prévention de la surmédicalisation lors des consultations de suivi chronique (appelées parfois "renouvellement d'ordonnance") représentant 21,3% de son activité (9). Néanmoins, la déprescription présente des difficultés. Une étude de la DREES réalisée auprès d'un panel de 2038 médecins généralistes

français montre qu'une de ces difficultés est la perception des attentes des patients (10). D'après cette enquête, les médecins pensent que les patients "attendent d'eux une prescription médicale" (22% tout à fait d'accord, 62% plutôt d'accord) et que "arrêter un médicament prescrit depuis longtemps peut être ressenti par le patient comme un abandon de soin" (14% tout à fait d'accord, 48% plutôt d'accord). Par ailleurs, cette idée selon laquelle le patient est demandeur d'une prescription médicamenteuse est également partagée par nos confrères exerçant à l'étranger (11).

Il y a souvent une erreur de perception de la part des médecins concernant les attentes des patients. Ce décalage entre les attentes supposées et les attentes réelles a déjà été mis en évidence. Par exemple, dans la situation de troubles du sommeil : 92% des médecins indiquent une attente de prescription alors que les patients ne sont que 27% à juger la prescription nécessaire (12).

Afin de trouver des solutions à la polymédication et à sa iatrogénie, il semblait donc intéressant d'interroger directement les patients. A l'heure actuelle, nous ne disposons pas de modèle fiable permettant de comprendre le processus amenant un patient à prendre un médicament. Cette notion semble être fondamentale pour mieux réaliser une prescription, et son corollaire, la déprescription. L'objectif de ce travail était d'explorer le vécu des patients concernant la prise médicamenteuse ainsi que la déprescription, afin de répondre à la question de recherche : comment faire accepter la déprescription aux patients ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée, d'entretiens individuels.

II. Cadre légal

La direction générale de la Santé a établi qu'une demande préalable auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) était facultative.

III. Population étudiée et recrutement

Les informateurs étaient tous des patients résidant dans le département du Pas-de-Calais. Le recrutement des patients a été fait par l'intermédiaire de leurs médecins traitants. Un premier contact téléphonique a été réalisé afin de présenter l'étude. Le chercheur ne connaissait pas les participants qui n'étaient pas informés au préalable de l'objet précis de la recherche.

IV. Réalisation des entretiens, recueil des données

Un consentement oral a été obtenu, avant chaque entretien, pour l'enregistrement audio et sa retranscription. Chaque entretien était de type compréhensif selon les principes de J.C Kaufmann (13). Une analyse a été réalisée avec un codage ouvert triangulé et une actualisation du guide d'entretien, avant la réalisation de l'entretien suivant. L'ensemble de ces étapes a été consigné dans un journal de bord.

V. Analyse et codage des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement sur Word® et analysés sur QSR Nvivo® 11.4. L'analyse a été réalisée selon les principes de C. Lejeune (14). Le codage ouvert expérientiel a été triangulé par un interne de médecine générale (S.M.), puis suivi d'un codage axial, avant un codage intégratif ayant permis une modélisation des résultats.

RÉSULTATS

I. Les participants

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Entretien	Sexe	Nom	Âge	Nombre de médicaments quotidiens	Classe professionnelle
E1	Féminin	Mme D	72 ans	1	Commerçante
E2	Masculin	M. M	67 ans	6	Chauffeur routier
E3	Féminin	Mme B	82 ans	5	Ouvrière
E4	Masculin	M. F	84 ans	5	Agriculteur
E5	Masculin	M. D	84 ans	7	Technicien
E6	Féminin	Mme F	84 ans	4	Agricultrice
E7	Féminin	Mme L	87 ans	7	Mère au foyer
E8	Féminin	Mme G	76 ans	7	Secrétaire
E9	Masculin	M. L	69 ans	5	Directeur opérationnel
E10	Féminin	Mme H	88 ans	7	Secrétaire

Les 10 participants étaient suivis par sept médecins généralistes.

Les participants des entretiens E5, E7, E8 et E4, E6 étaient suivis par deux médecins différents.

Les entretiens se sont déroulés au domicile des patients entre Octobre 2017 et Mars 2019. Ils ont duré 28 à 51 minutes, pour une moyenne de 39 minutes. La suffisance des données a été atteinte au dixième entretien.

II. Les motivations à la prise médicamenteuse

Les motivations d'un patient à la prise médicamenteuse étaient multiples. Les entretiens réalisés ont permis de comprendre que c'était un processus décisionnel complexe, reposant sur des motivations propres à l'individu, mais aussi sur des déterminants extérieurs.

Les patients attendaient d'abord un bénéfice du médicament. Cela reposait sur des connaissances personnelles et des croyances, mais aussi sur des influences extérieures. Ce processus était également composé de motivations inconscientes.

A. Le bénéfice ressenti du médicament

La volonté de profiter d'un confort de vie satisfaisant motivait la prise d'un médicament et chaque patient espérait l'augmenter ou le préserver. Dans le cas d'un traitement symptomatique, l'action du médicament était immédiatement ressentie.

"... quand on a des brûlures d'estomac... ça brûle, ça fait mal, grâce aux médicaments, j'ai plus de problèmes." (M. L)

Dans le cas d'un traitement préventif, le patient attendait du médicament qu'il préserve son confort de vie actuel ou qu'il évite sa dégradation.

"... Ça et ça j'oublie jamais. (indique le losartan et le Kardegic®) ... J'ai toujours peur de refaire un AVC." (Mme F)

Cette volonté amenait parfois le patient à négliger des effets indésirables réellement perçus pour conserver ce confort de vie. Ainsi, M. F décrivait des pertes de mémoire qu'il attribuait aux benzodiazépines et Mme H une dépendance : *"on va dire c'est ma drogue"* (Mme H).

Lors d'une prise médicamenteuse, les patients décrivaient un confort de vie ressenti par rapport aux effets indésirables perçus. Si le confort de vie dominait, cela motivait le patient à prendre ce médicament. Ce déséquilibre pouvait être représenté sous la forme d'une balance, rappelant la balance médicale du prescripteur : bénéfices attendus d'un médicament vs effets indésirables potentiels.

Figure 1 : Bénéfice ressenti du médicament



B. Les connaissances et les croyances du patient

Les connaissances et les croyances du patient guidaient également la prise d'un médicament. Les connaissances médicales d'un individu sur son traitement étaient variables. Certains patients disposaient de bonnes connaissances sur l'indication et les effets de leur traitement. Mais d'autres patients n'avaient pas ces informations ou minimisaient les effets de leur traitement.

« ...le pantoprazole...Ben je sais pas s'il y a des effets secondaires moi. Je me rappelle pas ce que j'ai lu sur la notice. Il y en a ? » (M. F)

« Oui cetirizine. On sait pas bien pour quoi que c'est...

Et puis là c'est spironolactone, c'est pour le diabète ? » (M. D)

Ces connaissances concernant leur traitement étaient théoriques ou issues de leur vécu. L'absence d'efficacité ressentie du médicament ou la survenue d'effets indésirables en étaient des exemples.

« Les effets secondaires. Ben, par exemple, il m'a donné la première fois du Primalan® ... Ben mon mari il me dit : "écoute arrête ça parce que tu dors tout le temps maintenant !" » (Mme L)

Ces connaissances pouvaient être modifiées au cours du temps, notamment en cas de substitution par un générique.

Les convictions et les croyances d'un patient pouvaient également modifier son opinion envers un médicament. Des patients disposaient de croyances non scientifiques avec, par exemple, l'idée selon laquelle le chiffre de la posologie des médicaments faisait référence à une échelle d'efficacité commune à tous les médicaments.

«Ben alors, je me dis que ceux-là ils sont peut-être moins forts, non ? Parce que je vois : deux milli... C'est moins fort, ça ? (indique le lomertazepam 2mg, et le compare au zopiclone 7,5mg)» (Mme F)

Certaines convictions provenaient d'un manque de connaissances, notamment l'idée selon laquelle une prise médicamenteuse était « à vie ».

D'autres se disaient méfiants à l'égard d'un nouveau médicament ou préféraient éviter une prise médicamenteuse lorsque cela était possible.

"Quand je prends un nouveau médicament par exemple ? ... Bah j'ai peur. J'ai toujours peur d'être malade..." (Mme B)

D'autres convictions étaient exprimées, comme le principe d'économie publique ou encore de prévention.

" Je sais que justement l'hypertension c'est un mal sournois parce qu'on sent rien... je m'étais accroché un peu avec des amis qui avaient mon âge à peu près en disant qu'à partir d'un certain âge il faut consulter. Moi j'estime qu'on doit faire une fois par an une prise de sang, et puis euh contrôler soi-même ou faire contrôler sa tension une fois de temps en temps." (M. L)

C. Des influences extérieures

Les interactions entre le patient et son environnement influençaient également la prise d'un médicament. Au cours de ces interactions, le patient pouvait renforcer ou diminuer sa motivation à la prise du médicament.

1. Avoir confiance dans le corps médical

Un des intervenants principaux était le prescripteur du médicament. Les patients avaient confiance dans le corps médical et en particulier en leur médecin de famille.

Mme F : ... le docteur il me donne ça, c'est tout, c'est que je dois les prendre.

Le médecin remplaçant en bénéficiait également, mais de façon moins importante.

Il ressortait également que la confiance envers le médecin était liée à un statut que M. L considérait comme indépendant de la société de consommation :

"...Moi je suis persuadé que dans l'esprit de beaucoup de gens, le médecin, c'est un commerçant qui vend des médicaments. Ça, je trouve ça assez regrettable. Le médicament, pour moi, c'est quelque chose qui répond à un besoin bien particulier et puis qui est prescrit par un médecin. Point." (M. L)

Dans le cas d'un traitement symptomatique, les patients décrivaient bien une sensation d'efficacité ou son absence. Mais si le traitement était préventif, le patient ne pouvait pas estimer l'intérêt du médicament et faisait alors entièrement confiance à son médecin.

« ... le médecin me prescrit quelque chose... parce que j'ai moi diagnostiqué le problème - douleurs d'estomac - soit parce que lui a diagnostiqué un problème genre hypertension. À partir de là, médicaments. Mais pour moi c'est pas quelque chose que moi je vais de moi-même décider de

prendre quoi. C'est toujours l'avis médical pour moi qui fait que je prends ou pas un médicament. »
(M. L)

2. Bénéficiaire de sources d'informations multiples

La consultation médicale ne constituait pas la seule circonstance pour le patient de s'informer sur son traitement. D'autres professionnels de santé tels que le pharmacien ou l'infirmier pouvaient le renseigner. De même, la notice des médicaments, les médias, internet, la publicité ou l'entourage du patient étaient susceptibles de modifier sa perception du traitement. Les résultats d'examens paracliniques estimant « l'impact du traitement » étaient une autre source d'informations.

Parfois, les patients pouvaient constater des pratiques différentes entre les médecins ou une innocuité du médicament chez d'autres patients. Ils entendaient parler de pratiques médicales éloignées d'une démarche de déprescription. Cela constituait pour eux une source de confusion.

“... y a des moments on se demande pourquoi les docteurs... Y en a un qui dit qu'il faut en prendre pendant trois jours et l'autre il propose d'en prendre tous les jours... Alors mes amis qui me donnent ces cachets... ils ont un docteur...il leur a dit : “oui, vous pouvez prendre ça, c'est pas dangereux”. Et eux, ils en prennent tous les soirs... Ils sont dans un état normal... On peut discuter avec eux, ils n'ont pas perdu la mémoire...” (M. F)

D. Des motivations inconscientes

Lorsqu'ils prenaient régulièrement un médicament, celui-ci s'inscrivait alors dans leur quotidien pour générer un comportement “automatique”. Ce comportement était inconscient.

“... Parce que c'est devenu un besoin, je pourrais peut-être dire aussi l'habitude, je ne sais pas... L'Imovane® ça fait partie de moi. Ah oui. Je monte le soir, je mange, je monte le soir, la boîte... dans la table de nuit, je le prends, je le pose, il est là...” (Mme H)

Ce comportement pouvait devenir « pavlovien » :

« ... si j'ai un peu mal à la tête, hop on va chercher un cachet... C'est comme ce chien (son chien est présent dans la pièce), qui dit “tiens j'ai une petite fringale ”, alors “tiens mange”. C'est la même chose, c'est le cerveau qui commande c'est tout...Ouais, mais moi je comprends pas parce que quand je suis à l'hôpital on me le donnait pas ce cachet-là et j'arrivais à dormir. C'est ça que je comprends pas...Et une fois que j'arrive ici (au domicile) le cachet est là et je recommence... c'est le cerveau qui dit “il faut le prendre, il faut pas le prendre” » (M. M)

La prise d'un médicament pouvait également être soumise à la norme sociétale. La durée “normale” de sommeil était obtenue grâce à un traitement. M. M n'évoquait pas la fatigue consécutive à un sommeil de mauvaise qualité, mais bien une quantité insuffisante secondaire à un sommeil naturellement court.

Ce comportement inconscient était renforcé par la relation de confiance qui se développait entre le patient et son traitement.

“... En le prenant, je vais passer une bonne nuit. Je lui fais confiance, quoi ! ” (Mme L)

Même les doutes sur l'efficacité réelle de leur traitement ne semblaient pas remettre en question sa poursuite, illustrant l'impact des motivations inconscientes dans le processus décisionnel.

“... Je le vois, je prends ce cachet là, mais je suis pas certain que ça soit ça qui me fait dormir.” (M. M)

La chronicisation de la prise médicamenteuse pouvait amener le patient à se réapproprier l'usage de son médicament avec parfois une modification de l'indication initiale. M. D décrivait une prise de son antihistaminique à visée hypnotique, alors que la primo-prescription était à visée antiprurigineuse. Et Mme H exprimait un plaisir lié à la prise de son hypnotique, ce qui représentait un détournement du médicament à visée récréative :

“J'ai dit : allez ma vieille, tu reprends ton Imovane®, tu ne te compliques pas la vie. Prends ton plaisir là où tu peux le prendre (rires)...” (Mme H)

Par ailleurs, d'autres informateurs justifiaient leur prise médicamenteuse en tant que traitement de l'ennui ou moyen d'échapper aux difficultés du quotidien.

III. La déprescription

La notion de déprescription a été abordée lors de ces entretiens afin d'explorer le vécu des patients sur cette démarche. Il en ressortait des comportements de rejet, d'appréhension, ou bien un accord de principe.

Les patients étaient parfois opposés à la réévaluation de leur traitement pour plusieurs raisons.

Lorsqu'un confort de vie était supérieur aux effets indésirables ressentis ou potentiels : *“Je vais pas changer mon médicament alors que ceux-là ils vont bien, ça n'a pas de sens.”* (Mme G)

Le médecin envisageait des effets indésirables potentiels à moyen ou long terme alors que le patient ne ressentait pas d'effet secondaire délétère.

La volonté du patient pouvait être de préserver ses habitudes, rythmées par la prise du médicament, contribuant à un confort de vie :

“Parce que je suis habituée à ça (parle de ses médicaments) et je veux pas me réhabituer à changer pour quelquefois faire pire.” (Mme L)

L'exemple des habitudes alimentaires était parlant. Les patients déclaraient préférer prendre le médicament et préserver leurs habitudes alimentaires plutôt que de modifier celles-ci.

Enfin, ils étaient d'autant moins motivés pour accepter un sevrage médicamenteux qu'ils avaient parfois vécu un échec de celui-ci sous forme de récurrence des symptômes.

"... mais le cinquième jour j'avais à nouveau mal, donc j'en reprenais. Si on n'avait pas la douleur, on en reprendrait pas hein !" (M. F)

Il pouvait être séduisant de penser qu'une attitude paternaliste du médecin imposant la déprescription, sans autre forme de dialogue, était possible. Cela ne correspondait pourtant pas au vécu des patients interviewés. M. F avait conscience que son médecin n'était pas le seul praticien à pouvoir prescrire son traitement anxiolytique. Il se disait prêt à changer de médecin traitant en cas de désaccord. Ce même patient expliquait que son médecin avait déjà tenté de réduire la posologie de son traitement. Mais cette situation avait eu pour conséquence un effet inverse :

"A un moment donné le Dr De. m'en délivrait pas suffisamment... j'avais recours à des amis... Ils m'en ont donné pendant pas mal de temps mais c'était des 2.5 (montre des Temesta® 2.5 mg) alors que là je prends des 1." (M. F)

Le changement de traitement proposé avec la déprescription pouvait induire chez les patients des sentiments d'appréhension ou de peur. Mme D avait conscience que le sevrage de son hypnotique ne serait pas facile. Cette perspective était source de peur : *"Oui, bah j'ai peur de l'arrêter tout compte fait."* (Mme D).

Le patient a parfois la volonté de réaliser la déprescription sans l'aide du médecin :

"Je veux essayer toute seule (ton ferme). Une fois je vais réussir, une fois je vais pas réussir, je vais y revenir et c'est ça que je voudrais. Mais je ne le dis pas au Dr D., parce qu'il ne va plus m'en donner de ce machin-là" (Mme D).

Cette gestion solitaire comportait un risque d'échec, car un sevrage trop brutal pouvait être mal toléré. Si ce comportement était induit par la crainte de perdre définitivement le médicament, il semblait nécessaire de rassurer le patient sur la possibilité de le represcrire si nécessaire afin de renforcer le suivi médical.

Si des patients étaient opposés ou réticents à la déprescription, d'autres y étaient favorables.

M. M y voyait une issue à la polymédication.

"Déjà supprimer une paire de médicaments. Car la plupart du temps on est gavé avec ça. On est bourré avec les médicaments. Les ¾ du temps je mange même pas, j'ai pas faim" (M. M).

Mme G était une patiente satisfaite de la déprescription de son hypnotique : *“ Ben, ça a été... Ça n’a pas été un manque hein. Non”* (Mme G). Néanmoins cette patiente estimait que des “explications” étaient indispensables avant une modification de son ordonnance.

“Y a rien qui me rassurerait, non. Faudrait vraiment me préciser ce qu’il y a qui va pas. On arrête pas du jour au lendemain. Il me dit : “je vous supprime le premier là, le Ramipril”. Je dirais : “mais ça va pas là ? Non mais !” Ça serait normal que je demande des explications, hein.” (Mme G)

Pour réaliser une réévaluation de traitement, il semblait donc indispensable de privilégier une communication adaptée.

IV. Déprescrire : un contexte et des étapes

Les motivations à la prise médicamenteuse et le vécu du patient sur la déprescription ont permis de mieux comprendre les difficultés de celle-ci. En complément de ces informations, l’analyse des entretiens a identifié des étapes et un contexte permettant de faciliter la réévaluation d’un traitement.

A. Agir dans un contexte favorable

Le contexte dans lequel un professionnel de santé intervient était plus ou moins favorable à la déprescription. Les éléments pouvant le modifier concernaient la pratique médicale en général, sans être limités à une consultation en particulier.

Une prise médicamenteuse ancienne rendait la déprescription difficile.

“Parce que l’âge est là... je vous dis à mon âge, je vais pas me compliquer la vie... de toutes façons les effets indésirables ils sont beaucoup trop tard maintenant. Quand on prend au début, effectivement, on peut se dire : “ah !”. Mais c’est pas au bout de cinq ans que vous prenez... Et encore, cinq ans, j’ai essayé de retrouver à peu près, avec le docteur Br... Vous prenez ce médicament en toute confiance et vous ne cherchez pas plus loin.” (Mme H)

Cette difficulté à la déprescription chez les sujets âgés s’expliquait en partie par les motivations inconscientes à la prise d’un médicament. Une durée de prise médicamenteuse importante accentuait les habitudes et le conditionnement du patient. Ainsi, pour éviter ce phénomène, il semblait nécessaire de proposer une déprescription le plus tôt possible.

La même notion de temporalité était présente dans le discours de Mme G et M. F. Ils verbalisaient clairement l’idée d’éviter la première prescription.

« ... Ben il dit : “je vais vous donner des Temesta®, vous allez en prendre un le matin, un le midi, un le soir. Bon. Et puis dans quelques temps, vous en prendrez deux. Vous n’en prendrez plus que deux. Et puis après, un. Et puis après plus du tout.” Mais j’ai jamais arrivé à m’arrêter. Si, j’arrivais à en prendre que deux au lieu de trois. J’aurais peut-être jamais dû commencer. » (M. F)

Les habitudes qui guidaient un comportement n'étaient pas limitées aux patients. Les médecins étaient également concernés lors de leurs prescriptions médicamenteuses. Mme L racontait comment un de ses médicaments avait été déprescrit grâce au regard critique qu'elle avait, elle-même, porté sur son ordonnance.

« Ben je dis c'est pour la circulation, j'en ai plus besoin. Ben non, qu'il me dit. Mais il continuait de marquer alors après ça devient l'habitude. » (Mme L)

Dans un autre domaine, Mme G abordait une autre notion : la prescription sur ordonnance sécurisée. Elle relatait comment cette contrainte avait été un élément ayant contribué à son sevrage en zolpidem. Généraliser cette pratique pourrait être une aide à la déprescription.

« Dr D. me dit : "ah ben oui mais vous savez c'est pas très bon ça, il faudrait essayer..." Je lui ai dit : "ah ben écoutez, j'en prends ½ le soir". Mais il me dit "malgré tout ça peut avoir des conséquences..." et puis alors après quand il fallait faire une ordonnance en plus pour le pharmacien, là il était plus très chaud non plus. Alors donc voilà comment ça s'est fait ...il m'a dit : "voilà, maintenant faut faire une ordonnance", c'est surtout le truc de l'ordonnance qui l'emmerdait (rires). » (Mme G)

B. Comprendre et rechercher

Lorsque le confort de vie dominait les effets indésirables d'un médicament, le bénéfice ressenti lors de sa prise entraînait un refus de la déprescription chez certains patients de l'étude. Comprendre les motifs de ce refus était une première étape du processus de déprescription.

Par exemple, Mme G plaçait l'importance du zolpidem en dernière position et ne le considérait d'ailleurs pas comme un traitement. Sa déprescription a été possible. Tandis que l'hypnotique de Mme H était pour elle un médicament positif, surclassant même son traitement cardiovasculaire.

« Le médicament que je prends le soir, euh, c'est vraiment pour moi un médicament positif. Le médicament que je prends pour le cœur, c'est un médicament qui l'est. Mais quand brutalement on me dit : "ah bah on va rajouter ça, on va rajouter." Ça, ça me... Les médicaments, j'arrive à sept médicaments pour la tension, c'est énorme ! Et je me dis que dans le lot, pfff, il y en a peut-être quelques-uns dont je pourrais me passer. » (Mme H)

M. F, pour sa part, était très réticent au sevrage de son anxiolytique alors qu'il était favorable à l'arrêt d'un traitement préventif : *"Ça (montre le Kardégic®), s'il me dit d'arrêter, j'arrête !"* (M. F)

L'opinion d'un patient sur le sujet était donc variable d'un médicament à un autre, en fonction du bénéfice ressenti du médicament et des autres motivations à la prise médicamenteuse.

Dialoguer avec le patient pour comprendre l'importance de ses médicaments permettait d'obtenir des informations utiles pour leur déprescription.

Par ailleurs, les patients étaient plus attentifs à la notion d'effets indésirables lors de leur survenue, que lorsque ce n'était encore qu'un risque potentiel. M. M illustre cela par une analogie entre son sevrage tabagique et son somnifère :

« Après les trucs secondaires... si ça m'arrivait je pourrais dire que les symptômes sont là... si je peux l'arrêter (le zolpidem), je vais l'arrêter... comme là j'ai fait un infarctus, on m'a mis des stents, je fumais. On m'a dit qu'il fallait arrêter de fumer, et bien top j'ai arrêté c'est fini. S'il m'arrivait quelque chose, et qu'on me disait qu'il fallait arrêter (le zolpidem), et bien j'arrêtera... Mais pas avant d'avoir un souci non » (M. M).

La recherche de signes précurseurs d'effets indésirables pourrait faciliter leur prise de conscience.

C. Informer

Les patients pouvaient recevoir des informations permettant de compléter leurs connaissances ou croyances erronées, mises en évidence dans les motivations à la prise médicamenteuse.

« Il y a des trucs qu'on a besoin de savoir, au fur et à mesure... Il y a des choses qu'on a besoin de savoir, par exemple quelle nourriture on a le droit de prendre quand on a des problèmes comme ceci ou cela. » (M. D)

L'information délivrée pouvait aussi n'être qu'un simple conseil de sevrage. Ce fut le cas pour Mme B qui, après s'être initialement montrée opposée à une déprescription, avait ensuite arrêté la prise du médicament par elle-même.

« La dernière fois la remplaçante, elle m'a dit de l'arrêter. Moi je lui ai dit "non", pour moi je dis "je vais essayer"... elle a pas insisté, elle m'a remis mes cachets et tout pour l'ordonnance. J'essaie d'arrêter. Là ça fait deux jours que j'en prends pas... et je vais essayer d'arrêter celui pour dormir. » (Mme B)

Dans le cas d'une déprescription plus longue et fastidieuse, un médecin était parfois obligé de renouveler un traitement qu'il jugeait inapproprié. Dans une telle situation, Mme G - ayant réussi le sevrage de son hypnotique - avait indiqué que le médecin devait exprimer sa réticence.

« Ben, comment j'ai fait (le sevrage du zolpidem)... Ça s'est fait progressivement, j'en prenais déjà qu'un demi... Puis à chaque fois le Dr D. il me faisait le coup : "holalalala". On aurait dit qu'on lui arrachait le cœur, chaque fois qu'on lui demandait ça, on aurait dit qu'on lui arrachait le cœur. » (Mme G)

Les moyens de communication décrits étaient variés, faisant le lien avec les sources d'influence multiples citées dans les motivations à la prise médicamenteuse. M. L avait découvert par lui-

même que son traitement hypnotique comportait un risque d'accoutumance, en lisant la notice du médicament. Cette simple information l'avait incité à limiter sa consommation.

« Donc bon, c'est une des choses que j'ai apprises en lisant la notice... mais c'est une des raisons qui fait que je veux pas en prendre trop souvent. Parce que je veux pas m'habituer à ça. » (M. L)

Et M. D illustre l'influence des résultats d'examens para-cliniques par cet exemple :

« Non, si le docteur me dit : "vous pouvez arrêter monsieur", pas de problème ! C'est qu'il a jugé de lui-même... C'est surtout les résultats de prise de sang. C'est comme ça qu'on peut voir. Il me dit : "ben vous savez monsieur, les résultats de prise de sang ils sont bonnes, donc ça, vous pouvez l'arrêter" » (M. D)

Cet argument pouvait également être une aide à la déprescription.

D. Conseiller une modification du mode de vie

Une prise en charge thérapeutique était idéalement construite sur des règles hygiéno-diététiques. Pour cela, le patient devait recevoir les bonnes informations. Des améliorations pouvaient être réalisées autour de cet axe.

Les patients voulaient être mieux informés sur le mode de vie à suivre et les troubles du fonctionnement de leur organisme.

« ... d'une certaine façon, c'est qu'on a peu d'informations... le Docteur Dela... il est parti à la retraite l'an dernier... ma tension... Il m'a dit : "c'est hormonal". J'étais resté sur ça jusqu'à ce que, il y a un mois ou deux, le Docteur Dub. qui le remplace me dise... que ça pouvait être aussi une question d'âge, avec les artères qui se rétrécissent... c'est toujours intéressant effectivement de connaître la cause de sa pathologie quoi. De savoir un petit peu de où ça vient, ne serait-ce que pour savoir si par des histoires d'hygiène de vie et tout ça on peut éventuellement essayer d'arranger ça, mais c'est une information que j'ai pas. » (M. L)

Un mode de vie mieux adapté à la maladie du patient pouvait éventuellement diminuer la consommation en médicament.

Pour sa part, Mme L expliquait que la prise de son somnifère n'était pas nécessaire les soirs où elle se couchait plus tard.

« Ben, comme je dors plus tard... Je m'endors parce que je suis fatiguée mais pas parce que j'ai pris des comprimés... je dors...C'est le tout d'attraper le sommeil, après... » (Mme L)

Modifier son comportement pouvait permettre d'éviter la prise médicamenteuse.

Néanmoins, un suivi parfait des règles hygiéno-diététiques ne constituait pas une solution universelle pour la déprescription. M. L décrivait bien que cette prise en charge était insuffisante pour le soulager de ses symptômes.

« Je pense avoir une vie à peu près saine, si j'ai le malheur d'oublier le médicament un jour, je le paye dès le lendemain quoi... Si on me disait : "il faut faire ci, ou ça". J'essayerais de le faire évidemment, mais pour le moment j'ai pas l'impression que ça changerait quoi que ce soit de toutes façons... » (M. L)

E. Proposer une modification thérapeutique

Réduire la posologie pouvait être une étape dans le processus de déprescription . Les patients ont évoqué ce levier de manière positive en diminuant la posologie ou en l'envisageant. Pour d'autres patients, cette réduction avait été une étape vers un sevrage complet.

« Mais je voyais, on l'a baissé... le docteur il m'a dit : "on va le couper en deux". Donc on l'a coupé en deux et puis après on a mis un plus petit... » (Mme L)

Les patients citaient la possibilité de prendre un autre médicament. Cette hypothèse s'expliquait certainement par les nombreuses motivations à la prise médicamenteuse et la difficulté à un sevrage trop brutal.

« Oui peut-être, c'est le geste je crois qui sécurise en même temps. C'est le fait d'avoir le cachet et de le prendre. C'est vrai parce que des fois je me dis que tout compte fait si j'avais quelque chose d'autre » (Mme L).

La substitution par un autre médicament pouvait être une étape, après la réduction de la posologie, vers une déprescription définitive.

Le rôle du pharmacien a été cité dans les motivations à la prise d'un médicament comme un informateur influant. Les patients avaient conscience de son rôle dans la délivrance et la régulation de la consommation des médicaments.

« ... mais de toutes façons, lui il marque, il refait l'ordonnance d'avant, et puis notre pharmacien ici on lui dit : "non, on le prend, non, on le prend pas". » (M. D)

Lors d'une réévaluation de traitement, il semblait donc pertinent d'informer le pharmacien de notre démarche en détaillant l'ordonnance.

Dans les étapes évoquées pour une déprescription, l'hypothèse d'un traitement chirurgical a même été citée par M. F. Cet exemple, au-delà de sa pertinence pour la prise en charge, illustre le champ d'action possible pour réussir une déprescription.

Le dernier moyen pouvant faciliter la déprescription concernait le dialogue entre le médecin et son patient. La manière dont M. L évoquait cet échange constructif, pouvant aboutir à un compromis, rappelait la notion de décision médicale partagée.

« Partant de là, ben, c'est lui qui est le connaisseur, c'est lui qui est le spécialiste, c'est lui qui va me dire : "il faut faire ci, il faut faire ça". C'est tout. Encore une fois, j'ai pas d'a priori sur quoi que

ce soit tant qu'on arrive à un résultat... Mais pour moi tout passe par le médecin, et c'est lui qui me dit, alors, qui me dit aussi en fonction de moi ce que je vais lui rapporter, parce que j'estime qu'il doit y avoir un dialogue quoi... Il faut qu'il comprenne ma position et à partir de là on en discute. »

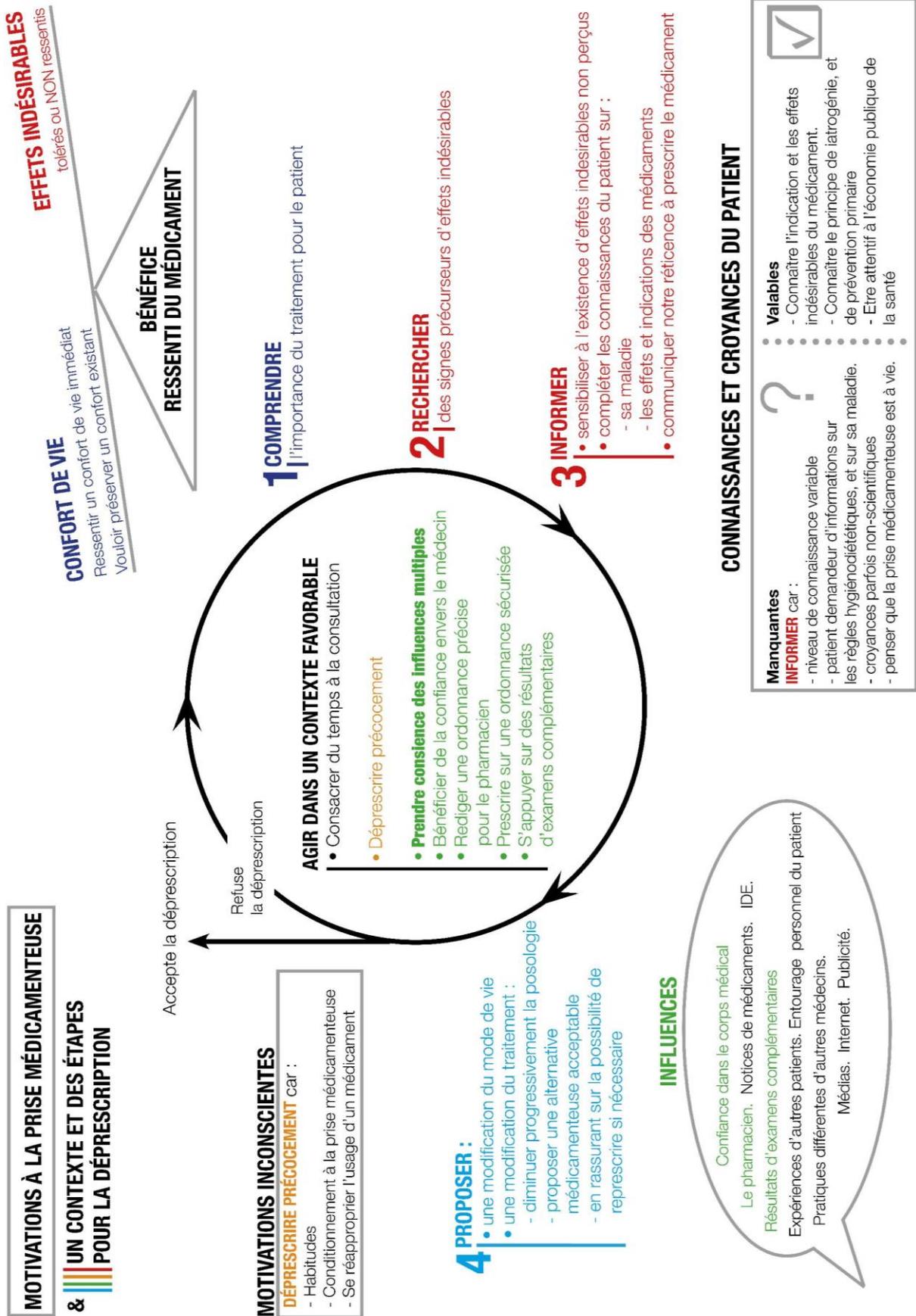
(M. L)

V. Modélisation des résultats

Pour pouvoir être utilisés lors d'une pratique quotidienne, les résultats ont été décrits avec des verbes d'action et suivant une chronologie en consultation : comprendre, rechercher, informer, et enfin proposer.

La modélisation décrit les motivations à la prise médicamenteuse, le contexte ainsi que les étapes pour une déprescription. Des couleurs communes permettent de visualiser les liens qui unissent ces résultats entre-eux. Comme cela a été évoqué, la déprescription peut être un processus long et fastidieux qui aboutit parfois à un refus du patient. La forme circulaire de ce modèle, inspirée du cercle de Prochaska et Di Clemente, rappelle qu'en cas d'échec le processus peut être repris depuis l'étape réévaluée où se situe le patient.

Figure 2 : Modélisation des résultats



DISCUSSION

I. Les points forts et les limites de l'étude

Il s'agit de la première étude qualitative française réalisée sur le sujet avec cette méthode.

30 critères sur les 32 de la COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) ont été respectés. Les 23^{ème} et 28^{ème} critères n'ont pas été respectés.

Les limites de cette étude étaient :

- Le statut de médecin du chercheur, connu des patients. Cela a pu limiter la libre expression des informateurs. La posture de soignant avec ses *a priori* a été difficile à abandonner notamment lors des deux premiers entretiens.
- La moyenne d'âge élevée de l'échantillon de patients interviewés (79 ans). L'informateur le plus jeune avait 67 ans. L'absence de sujet jeune a limité la diversité de l'échantillon.

II. Comparaison avec les données de la littérature

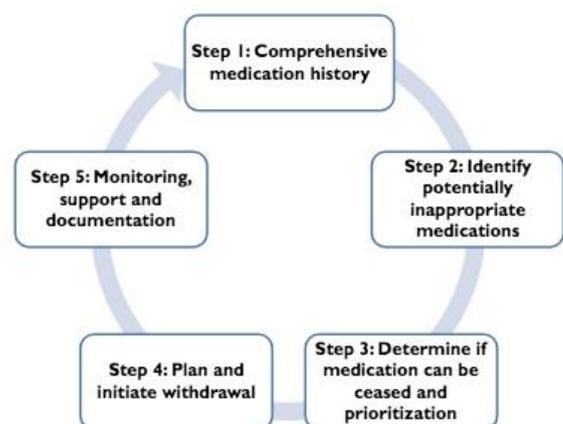
A. Un processus centré sur le patient

En 2015, Reeve (15) a réalisé une revue de littérature afin de proposer un processus de déprescription centré sur le patient, car il était connu que les patients ont la volonté d'être impliqués dans cette prise en charge, aidés par l'engagement du médecin généraliste.

Dans ce processus, certains des objectifs sont de :

- comprendre les décisions du patient concernant son traitement,
- informer le patient des indications à une déprescription et ses avantages,
- connaître l'existence de tentatives antérieures de déprescription,
- rassurer le patient sur le fait que la déprescription proposée est un "essai",
- réduire progressivement la posologie du médicament et prévenir les symptômes de sevrage,
- réaliser une éducation sur le mode de vie à suivre.

Figure 3 : Les 5 étapes du processus de déprescription centré sur le patient (15)



Toutes ces notions sont des éléments développés dans les résultats présentés précédemment, ce qui renforce leur validité.

B. La validité des étapes de déprescription proposées

Les résultats de cette étude trouvent une justification dans un des premiers modèles utilisés pour expliquer les comportements en santé : le modèle des croyances relatives à la santé, aussi nommé en anglais « Health Belief Model ». Ce modèle a été initialement décrit dans les années 1950 par un groupe de chercheurs et de praticiens en psychologie sociale qui cherchaient à comprendre les causes du manque de participation aux programmes de prévention (16).

Ce modèle explique qu'un patient est susceptible d'accepter une prise en charge si :

- il perçoit une menace pour sa santé (par sa vulnérabilité à la maladie et/ou la gravité de la maladie) ;
- il croit en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace, et estime que l'évaluation des avantages et des désavantages de cette action est favorable.

Les étapes proposées pour favoriser la déprescription s'inscrivent dans ce modèle car :

- la recherche des signes précurseurs d'effets indésirables peut révéler au patient qu'il est vulnérable ;
- l'information délivrée au patient met en évidence l'importance de la menace (les effets indésirables) ;
- les propositions concernant la modification du mode de vie ou du traitement s'effectuent par une décision médicale partagée permettant de rendre l'évaluation des avantages et des désavantages de la déprescription acceptable par le patient.

C. Un environnement favorable

1. La prescription sur ordonnance sécurisée

L'obligation de prescription sur ordonnance sécurisée du zolpidem a été décrite comme un moyen pouvant favoriser sa déprescription. L'ANSM (17) a débuté l'évaluation de cette mesure : la diminution des ventes de zolpidem a été de 50%, mais accompagnée d'un report partiel sur les ventes de zopiclone (+20%) et de lormétazépam (+4%). Les chiffres des ventes des autres molécules sont stables. La réelle efficacité de la mesure auprès des consommateurs de zolpidem sera connue grâce à l'étude ZORRO (Zolpidem et Renforcement de la réglementation des ordonnances) qui devrait permettre d'analyser le réel impact de la mesure. Si les conclusions de cette étude indiquent une diminution globale de la consommation médicamenteuse, cela serait en faveur d'une extension de la mesure à d'autres molécules.

2. La collaboration médecin-pharmacien

Les influences s'exerçant auprès du patient sont des éléments pouvant modifier favorablement l'environnement de la déprescription. Les patients citaient le pharmacien comme un acteur

important. Une rédaction précise, sur l'ordonnance, de la démarche de déprescription était proposée pour améliorer la communication médecin-pharmacien.

Dans le même esprit de collaboration, le pharmacien peut, depuis Mars 2018, réaliser des bilans partagés de médication rémunérés pour les patients à risque de polymédication qui sont ensuite transmis au médecin traitant. Cette collaboration peut être développée car, en 2018, seules 807 pharmacies (sur 21 562 officines en France) ont réalisé 15 000 bilans. (18)

D. Une évaluation des étapes « informer » et « proposer ».

Le Réseau Canadien sur la Déprescription (ReCad) est un acteur important dans le domaine de la déprescription grâce aux outils qu'il a développés : site internet (deprescribing.org), dépliants d'informations dédiés aux patients, algorithmes de déprescription.

Parmi ces outils, l'impact de la brochure éducative *Eliminating Medications Through Patient Ownership of End Results (EMPOWER)* visant à réduire la consommation de benzodiazépines, a été évalué. Cette brochure contenait des éléments d'informations mais également un schéma de diminution posologique du médicament ainsi que des alternatives à la prise médicamenteuse.

Une étude randomisée (19) a déterminé que six mois après la réception de la brochure, un patient sur quatre (27%) n'était plus consommateur du médicament – comparativement à 5% des patients du groupe témoin - et que 11% des patients avaient réduit la posologie d'au moins 25%.

Les leviers de déprescription concernant l'information du patient et les propositions de changement à réaliser (mode de vie et adaptation du traitement) ont donc été évalués lors de cette étude. Les résultats positifs sont des arguments pour une utilisation de ces leviers en consultation.

CONCLUSION

Cette étude a permis de comprendre les motivations du patient concernant la prise de son traitement, son vécu de la déprescription et la manière de communiquer avec lui sur ce sujet afin d'établir une alliance thérapeutique. La démarche de prévention dans laquelle s'intègre la déprescription constitue une part importante du travail des médecins généralistes, mais il peut exister des difficultés à sa réalisation. Notamment quand il s'agit de remettre en question la pertinence d'un médicament pris quotidiennement depuis plusieurs années ou lorsqu'un patient ne souhaite pas arrêter un médicament. Ce travail a permis d'élaborer une stratégie pouvant faciliter cette démarche. Le contexte et les différentes étapes développées sont autant de moyens pouvant être utiles à une réévaluation du traitement d'un patient.

L'étude des motivations à la prise d'un médicament a également permis de comprendre le processus décisionnel amenant un patient à la prise de son traitement. Les éléments qui composent ce processus sont des points d'appui pour d'autres aides à la déprescription.

Le manque d'informations du patient pourrait être comblé grâce aux « influences multiples » ayant été décrites. Il serait possible d'utiliser les médias ou la publicité, comme c'est le cas pour d'autres sujets de santé publique.

Par ailleurs, l'influence des autres professionnels de santé pourrait contribuer à déprescrire si médecin, pharmacien et infirmier(e) travaillaient en réseau sur ce sujet. Afin de mobiliser efficacement ces professionnels de santé, une rémunération spécifique pourrait être déterminée. Ce réseau s'intégrerait dans un environnement de déprescription plus favorable.

Les motivations inconscientes à la prise d'un médicament mériteraient une attention particulière. Il pourrait être intéressant de déterminer une thérapie spécifique avec l'aide de psychologues afin de lever le conditionnement à la prise médicamenteuse bien décrit par certains patients de l'étude.

La stratégie de déprescription modélisée et les pistes envisagées ci-dessus sont des outils de déprescription dont l'efficacité pourrait être évaluée. Des études complémentaires permettraient de mieux guider les professionnels de santé dans la démarche de déprescription car, à notre connaissance, il n'existe aucune recommandation française sur le sujet.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Yves Landry. Petite histoire des médicaments, de l'Antiquité à nos jours. Dunod ; 2011
2. Gilles Pison. Institut National d'Études Démographiques [en ligne]. La durée de vie en France. [mis en ligne janvier 2018, cité le 29/01/2019]. Disponible : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-duree-de-vie-en-france/>
3. Le Cossec C. La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés. Les rapports de l'IRDES. 2015;562 :1-72.
4. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ 2004;329(7456):15-9.
5. Prescrire Rédaction. Hypnotique chez la personne âgée : trop d'effets indésirables. Rev Prescrire 2007; 288 : 751.
6. Prescrire Rédaction. Inhibiteurs de la Pompe à Protons : augmentation de la mortalité. Rev Prescrire 2018;420 :749-751
7. Reeve E, Gnjdic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. Br J Clin Pharmacol 2015;80:1254-68.
8. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale. In : Les informa-g-iciens. Namur : Presses Universitaires de Namur ; 1986.
9. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecin GÉNérale. Exercer 2014;114:148-57
10. Carrier H, Zaytseva A, Bocquier A, Verger P, Barlet M, Chaput H, Marbot C, Bouvenot G, Filippi S, Jozancy F, Fortin M, Sirven N et Verdoux H. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. DREES 2017 ;1036.

11. Bokhof B., Junius-Walker U. Reducing Polypharmacy from the Perspectives of General Practitioners and Older Patients: A Synthesis of Qualitative Studies. *Drugs Aging*. 2016;33:249-266.
12. Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales (IPSOS) pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie(CNAM). Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. 2005.
13. Jean-Claude Kaufmann. L'entretien compréhensif. 4ème ed. Paris : Colin ; 2016
14. Christophe Lejeune. Manuel d'analyse qualitative, analyser sans compter ni classer. De Boeck supérieur ; 2016
15. 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*. 2014 Oct;78(4) :738-47
16. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 1975 Dec;2(4):328-35
17. Guerlais M, Victorri-Vigneau C. ANSM. Commission des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM, séance N°10 du 05/04/2018. [cité le 30/05/2019] Disponible : https://www.ansm.sante.fr/var/ansem_site/storage/original/application/fc33ec0d495a999727675a2d141306fd.pdf
18. Dubois S. Collaboration médecin généraliste-pharmacien en France. Colloque SFTG : déprescription chez la personne âgée, comment agir ? Paris, 25/01/2019
19. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med*. 2014; 174(6):890-898.

ANNEXES

I. Critères COREQ

Tableau 2 : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Louis Merlin	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?
2. Validation du 3 ^{ème} cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Interne, puis médecin remplaçant	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Non	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Thème de la recherche	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8. Etudiant en médecine effectuant une étude pour sa thèse d'exercice.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Entretiens individuels compréhensifs et analyse par théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10. Échantillonnage au hasard puis dirigé par les résultats des précédents entretiens	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11. Téléphone	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12. 10	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Un refus sans explication	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Domicile des patients	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>

15. Conjoint(e) du participant lors de cinq entretiens	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Sexe, âge, nombre de médicaments quotidiens, classe professionnelle	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17. Oui, absence de test préalable.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 39 minutes en moyenne	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui (suffisance des données atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Deux	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Nvivo 11.4	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.
Disponible sur <https://www.em-consulte.com/showarticlefile/949716/main.pdf>

II. Exemple d'analyse d'un entretien (N°9)

A. Verbatims

Caractéristiques de l'informateur		
Première lettre du Nom.	L.	M. L
Sexe	Masculin	
Âge	69	
Médecin Traitant	Dr Dub.	
Médicaments Quotidiens	3	
Classe professionnelle	Directeur opérationnel	

LM (chercheur) : Alors vous êtes d'accord pour que je vous enregistre ?

M. L : Ouais, vous me l'avez demandé, y a pas de souci.

LM : Ok, super. Alors, ma thèse concerne les médicaments en général, et puis le rapport des patients aux médicaments.

M. L : D'accord.

LM : Euh... Vous, vos médicaments, de façon générale, à quoi ça vous fait penser ?

M. L : A quoi ça me fait penser ?

LM : Ouais, à une idée, un sentiment, une situation, un souvenir ?

M. L : Un souvenir, non. Pour moi, c'est un moyen d'aller mieux. Tout simplement.

LM : D'accord.

M. L : Parce que je ne prends des médicaments que si j'ai un souci, donc, pas de souci, pas de médicament. Enfin, pas de gros souci, parce que petit souci ne veut pas dire médicament. Je veux dire que c'est pas parce que j'ai un peu mal au crâne, même ça m'arrive très rarement. C'est pas parce que j'ai un peu mal au crâne que je vais tout de suite me précipiter et prendre un cachet ou un truc comme ça, non. Par contre, bon, je suis suivi depuis pas mal de temps pour des problèmes d'estomac et de choses comme ça, donc pour moi, médicaments, c'est arranger une situation physiologique qui pose problème. Voilà.

LM : D'accord. Ok. Euh, et si jamais vous ne ressentez rien, est-ce que pour vous ça vous amène à prendre un médicament ? Ou pas ?

M. L : Jamais. Au contraire, non non. Non non, le médicament, pour moi, c'est quelque chose que je prends quand j'ai un problème pathologique. C'est une douleur, mais vraiment une douleur très forte. Sachant que de toutes façons je ne prends pour ainsi dire jamais de médicament par moi-

même. Pour moi, le médicament c'est pas quelque chose d'anodin, c'est pas un bonbon quoi. Donc euh, non non, si je vais bien, aucun médicament.

LM : Parce qu'il y a des maladies qui sont silencieuses finalement, comme l'hypertension.

M. L : Oui, tout à fait.

LM : Donc dans ce cas-là il n'y a pas de douleur.

M. L : Oui.

LM : Est-ce que c'est un cas de figure qui est différent pour vous de la douleur, ou pas ?

M. L : Ah oui, complètement. Complètement. C'est justement une chose dont je parle beaucoup avec des gens de mon âge, en disant que... Parce que je connais des gens qui... bon, je vais pas dire que je me suis engueulé avec eux mais bon. Moi-même je suis, depuis à peu près l'âge de 50 ans, hypertendu donc euh... Pour vous situer, je voyais régulièrement depuis pas mal de temps mon médecin traitant pour des problèmes d'estomac, donc régulièrement je le voyais et régulièrement, à chaque fois, il me prenait la tension. Et il est arrivé un moment où à chaque fois j'étais autour de 15 et ça m'embêtait. Et donc... Mais moi de moi-même j'avais jamais pris quoi que ce soit évidemment. Donc il m'a dit : "bon ben c'est rien, on va voir le cardiologue". Je suis allé chez le cardiologue, j'avais 19. Donc depuis ce temps-là je suis traité, et je sais que justement l'hypertension c'est un mal sournois parce qu'on sent rien, sauf éventuellement entendre son coeur battre un peu fort ou des choses comme ça (*rires*)... Et donc euh je m'étais accroché un peu avec des amis qui avaient mon âge à peu près en disant qu'à partir d'un certain âge il faut consulter. Moi j'estime qu'on doit faire une fois par an une prise de sang, et puis euh contrôler soi-même ou faire contrôler sa tension une fois de temps en temps. Parce que c'est justement quelque chose de sournois. Mais c'est pas parce que, si vous voulez... Pour moi ça n'a pas de rapport avec le médicament, ça a un rapport avec la maladie en elle-même. C'est-à-dire que je sais qu'il y a des maladies un peu sournoises. De même que, moi je ne suis pas du tout pour la politique de l'autruche. Tous les tests de dépistage qui pourront exister et qu'on me proposera, je les ferai. Parce que pour moi c'est une bonne chose de dépister rapidement. Même si évidemment un jour on me dépiste un cancer, ça va évidemment pas me faire plaisir, mais je préfère qu'il soit pris rapidement. Donc euh, c'est dans ce sens-là que j'estime qu'à partir d'un certain âge surtout, il y a des choses qu'on doit faire préventivement. Mais pour moi ce n'est pas en rapport avec le médicament en lui-même ça. C'est un rapport avec la maladie, la pathologie.

LM : D'accord.

M. L : Le médicament, pour moi, vient après. C'est-à-dire, le médicament, moi, c'est un moyen de régler un problème que j'ai. De régler ou de stabiliser, enfin bon. Mais c'est quelque chose qui vient après. Il doit y avoir un diagnostic. On me diagnostique tel problème, on me donne tel médicament, et je respecte scrupuleusement et les doses, et les fréquences *et caetera* quoi.

LM : D'accord. D'accord. Mais par rapport à ce que vous ressentez finalement, parce que la tension vous ne ressentez pas ou peu de symptômes...

M. L : Mmh.

LM : Vous m'avez parlé du mal d'estomac, où là vous ressentez des choses.

M. L : Mmh.

LM : Finalement, euh, pour quelles raisons... Donc là vous prenez parfois un médicament parce que vous ressentez des choses, alors que pour la tension vous ne ressentez rien. Ou peu finalement. Alors qu'est-ce qui vous pousse à prendre un médicament dans le cas de figure de la tension ?

M. L : Le médecin.

LM : Oui.

M. L : Tout simplement. Le médecin qui me dit que je dois prendre tel médicament pour régler le problème de tension. Alors le problème de tension, je suis capable moi, plus ou moins, de le diagnostiquer. C'est-à-dire, bon depuis que j'ai de la tension, j'ai des appareils, des tensiomètres et donc de moi-même je vais surveiller de temps en temps. Comme je vois régulièrement mon médecin traitant, c'est au moins tous les trois mois pour un renouvellement d'ordonnance, ça me permet suffisamment d'être suivi régulièrement sur l'année. Mais autrement, c'est une fois que mon médecin m'a dit : "bah voilà, vous avez ceci, il faut prendre tel médicament". Je prends tel médicament. Il est évident que quand c'est des problèmes de douleurs d'estomac, je m'en rends compte rapidement quoi. Mais la tension, ben je pense que c'est pareil pour beaucoup de monde, une fois qu'on fait de la tension *a priori* on en fait tout le temps quoi. Je sais pas mais je pense pas qu'on puisse guérir de l'hypertension. On peut la stabiliser, mais je sais pas si on peut se passer de médicaments après, donc... Pour moi, c'est ça. C'est le médecin me prescrit quelque chose, alors c'est soit parce que j'ai moi diagnostiqué le problème - douleurs d'estomac - soit parce que lui a diagnostiqué un problème genre hypertension. A partir de là, médicaments. Mais pour moi c'est pas quelque chose que moi je vais de moi-même décider de prendre quoi. C'est toujours l'avis médical pour moi qui fait que je prends ou pas un médicament.

LM : Est-ce qu'il y a d'autres intervenants que le médecin dans cette décision finalement de prendre un médicament ? D'autres intervenants, d'autres influences ou pas ?

M. L : Du tout, du tout.

LM : D'accord.

M. L : Non non non non, je ne fais que...

LM : Dans ce qu'on peut entendre et voir partout finalement !

M. L : Non non, ce qui m'arrive par exemple, bon, on vit dans une époque maintenant où peut on effectivement se renseigner... Bon moi je suis absolument anti réseau social, autant je suis pro informatique pour beaucoup de choses, mais les réseaux sociaux j'exerce ça. Et par contre bon, ça m'arrive de me tuyauter sur internet, sur je sais pas, on me dit j'ai une pharyngite, je voulais voir exactement ce que c'est *et caetera*. Mais c'est pas pour autant que moi je vais prendre un médicament ou faire quoi que ce soit. Pour moi c'est l'avis médical seul qui compte.

LM : D'accord.

M. L : Donc alors, c'est mon médecin traitant, mais si c'était un autre médecin ce serait pareil. Mais ce sera pas quelqu'un qui me dira : "oh, j'ai eu la même chose, j'ai fait ci, j'ai fait ça". Non.

LM : Mmh.

M. L : Pour moi c'est uniquement le corps médical en général quoi, ça se limite à ça.

LM : Ok. Et est-ce que votre médecin il vous a dit finalement ce qu'il en attendait, de ce médicament, au-delà du fait de réguler la tension hein. Pourquoi la tension ça peut poser problème, ou alors est-ce que c'est une idée générale de tension... Finalement qu'est-ce que vous en avez...

M. L : Alors c'est justement peut-être un reproche qu'on peut faire aux médecins généralistes actuellement d'une certaine façon, c'est qu'on a peu d'informations. Bon, je pense que c'est parce que ce sont des gens qui ont un planning tellement chargé qu'ils peuvent pas se permettre de passer un quart d'heure, vingt minutes à expliquer un petit peu tout ça. C'est sûr que ce serait intéressant de... Moi je me souviens par exemple bon, c'est le Docteur Dela., je l'ai vu arriver ici et puis il est parti à la retraite l'an dernier, qui m'avait dit que ma tension, elle s'est déclenchée vers 50 et quelques, 55 ans, on va dire. Il m'a dit : "c'est hormonal". J'étais resté sur ça jusqu'à ce que, il y a un mois ou deux, le Docteur Dub. qui le remplace me dise... Enfin, il me l'a pas dit clairement comme ça mais il m'a laissé entendre que ça pouvait être aussi une question d'âge, avec les artères qui se rétrécissent. J'ai pas approfondi sur le coup, je pense que peut-être j'aurai l'occasion de le refaire, mais c'est toujours intéressant effectivement de connaître la cause de sa pathologie quoi. De savoir un petit peu de où ça vient, ne serait-ce que pour savoir si par des histoires d'hygiène de vie et tout ça on peut éventuellement essayer d'arranger ça, mais c'est une information que j'ai pas.

LM : Mmh, mmh. Et vous me parlez d'hygiène de vie, est-ce que pour vous ça peut être une alternative aux médicaments ? Ou pas finalement ?

M. L : Je pense que l'hygiène de vie peut intervenir jusqu'à un certain point, mais à mon avis... Je pense par exemple à mes problèmes d'estomac, mon hygiène de vie n'y changera strictement rien de toutes façons. Parce que c'est quelque chose... Je pense avoir une vie à peu près saine, si j'ai le malheur d'oublier le médicament un jour, je le paye dès le lendemain quoi. Bon, donc, non. Je pense que si, pour certaines personnes, effectivement, il y a des gens qui n'ont aucune activité physique, qui sont sédentaires au maximum, qui mangent énormément, qui boivent, qui fument, tout ça, bon. Il est évident que tout ça, ça a une influence sur la santé, mais bon. Pour ce qui me concerne, non, je ne pense pas que... Je ne prends pas de sel, je prends très peu d'alcool, j'ai de l'activité physique, bon, je ne pense pas que... Et puis bon, je suis pas énorme (*rires*) ! Donc je ne pense pas que ça joue beaucoup. Si on me disait : "il faut faire ci, ou ça". J'essayerais de le faire évidemment, mais pour le moment j'ai pas l'impression que ça changerait quoi que ce soit de toutes façons, et que ça réglerait mes problèmes, les deux soucis principaux que j'ai actuellement, donc voilà.

LM : D'accord. Et alors. Mmh. Finalement, les traitements que vous prenez, est-ce que vous savez exactement pour quelles raisons exactement vous les prenez ? Est-ce que vous savez pour quelle durée ça va être finalement de prendre ces médicaments ? Est-ce que pour ça vous avez une idée en tête ?

M. L : Ah, oui ! Les raisons, bon, oui, je sais à quoi ils correspondent hein. Mais la durée, je sais *a priori*, sauf si on vient me dire le contraire, que c'est pour le restant de ma vie.

LM : Mmh.

M. L : C'est pas quelque chose que je vais arrêter. De toutes façons, bon, encore une fois la tension c'est quelque chose de sournois parce qu'on ne s'en rend pas compte. Mais je sais très bien qu'il faut que je continue à prendre ces médicaments. Et puis les problèmes d'estomac, je suis vite rappelé à l'ordre si j'oublie, donc euh... De ce côté-là y a pas de souci !

LM : Et vous prenez quoi d'autre comme médicament finalement ? Vous m'avez parlé pour la tension, pour l'estomac...

M. L : Et puis j'en ai un autre pour le cholestérol.

LM : Oui.

M. L : J'étais à la limite, mais mes résultats sont bons, donc euh...

LM : D'accord. Donc vous en prenez trois finalement de médicaments.

M. L : C'est les trois seuls.

LM : Les trois seuls.

M. L : Oui.

LM : Ok. Ca fait combien de temps que vous les prenez finalement ces médicaments ?

M. L : Le premier ça a été pour l'estomac.

LM : Oui.

M. L : Euh, donc c'était de mémoire, la première molécule c'était Ogast®. Et puis ça a changé, et puis comme maintenant c'est les génériques, bon. C'est Madame qui s'occupe de la gestion des médicaments donc les noms je les connais pas. Par contre, je les ai là-bas. Ca a été ensuite la tension.

LM : Oui.

M. L : Donc l'estomac ça fait plus de 15 ans, ça fait même pas loin de 20 ans que j'ai des problèmes. Et bon, à mon avis c'est héréditaire parce que mon père avait aussi de gros problèmes d'estomac. Euh, ensuite donc ça a été la tension.

LM : Oui.

M. L : Donc j'ai 69 ans, ça a été vers les 55 à peu près, donc ça fait 14, 15 ans à peu près. Et le... Celui pour le cholestérol, ça fait moins de 10 ans je pense.

LM : Moins de 10 ans, d'accord. Ok. Mmh, est-ce que vous vous rappelez la première fois que votre médecin il vous a prescrit un des trois médicaments finalement ? Est-ce qu'il y a des choses qui vous ont... Est-ce que vous vous rappelez ?

M. L : Le premier c'était pour l'estomac oui, bon, j'ai eu une fibroscopie et à la suite de ça c'est le, je sais pas si on peut dire le chirurgien, m'enfin c'est lors de cette opération-là. Enfin, c'est pas une opération mais bon, c'est quand j'ai eu l'intervention, quand j'ai eu ma fibro qu'ils ont commencé à me donner, je me souviens Ogast® , c'est un nom qui m'est resté marqué, donc je prenais un comprimé. Et puis bon, ça a été pendant plusieurs années, ça s'est bien passé, et puis petit à petit je commençais à régulièrement, malgré le comprimé, à avoir des douleurs. Bon, je travaille beaucoup, des travaux physiques à l'extérieur, c'est des travaux de terrassement, c'est des travaux de maçonnerie enfin des choses comme-ça.

LM : Oui.

M. L : Et dès que je me pliais, dès que je me courbais, la nuit, quand je dormais sur un côté, j'avais toujours des douleurs, j'étais obligé de prendre régulièrement en plus dans la journée des anti-acides, genre Phosphalugel® , Gaviscon® , des choses comme ça. Et si j'avais le malheur d'oublier mon comprimé un jour, je pouvais faire ce que je voulais, je pouvais avaler une bouteille de Gaviscon®, ça se passait pas, j'avais des brûlures terribles. Et donc je suis passé à deux. Et alors, deux, ça fait peut-être sept, huit ans que je suis passé à deux. Et j'en prenais deux le soir, et puis ça a été à peu près. Et puis, au bout d'un moment, pareil malgré tout, j'avais des problèmes. Alors si j'oubliais, c'était terrible le lendemain. Mais malgré deux le soir, j'avais encore des problèmes dans la journée où j'avais des douleurs. Et puis euh, je suis passé à un le soir et un le matin au lieu de deux le soir. Et quasiment du jour au lendemain, mais vraiment c'est aussi rapide que ça, mes douleurs ont complètement disparu, et là je vous dis, ça fait bien cinq ans que je suis comme ça, et si j'ai deux trois fois par an des problèmes de brûlures d'estomac, c'est tout. Je peux vous assurer que je revis grâce à ça, parce que c'est des douleurs qui sont pénibles, c'est un peu comme des douleurs aux dents... C'est lancinant, ça fait mal, enfin c'est pas marrant. Et maintenant j'ai quasiment plus jamais de problème.

LM : D'accord.

M. L : En étant passé à un le matin et un le soir.

LM : Et euh, à quel moment est-ce que vous êtes passé de Ogast® ... Parce que là vous ne prenez plus Ogast® , c'est...

M. L : Non, non non, euh... *(il ouvre son dossier médical)* Alors ça c'est une pochette que j'ai toujours sur moi.

LM : Oui, en cas d'urgence.

M. L : Oui, alors il y a toutes mes infos là-dedans. Donc ça c'est le... Je sais pas si vous avez déjà vu quelqu'un avec ce genre de chose ?

LM : Intéressant d'avoir ça.

M. L : Donc là c'est mon suivi d'imagerie par exemple. *(il me présente un document excel réalisé par ses soins, reprenant son suivi)*.

LM : Pas mal !

M. L : Ca c'est mon suivi de vaccination.

LM : Oui.

M. L : Donc il faut que le mette à jour avec les derniers vaccins de l'an dernier. Et donc le suivi médical, alors en fait j'ai ici les médicaments, alors j'ai pas noté de quand c'est. Quand j'ai commencé. Parce que ça a changé plusieurs fois, en plus on est passé au générique donc ça ce sont les médicaments que je prends actuellement.

LM : Donc là vous prenez Pariet® c'est ça ?

M. L : Oui, tout à fait.

LM : Et à quel moment vous êtes passé de Ogast® à Pariet® ?

M. L : Oh, il y a longtemps parce que le problème, si vous voulez, c'est qu'il y a aussi eu un problème de générique. C'est-à-dire que bon, maintenant ce sont des génériques, donc le nom il est différent, mais Ogast®, ça fait plus de 10 ans que j'ai plus Ogast®.

LM : Ca vous a pas marqué ce changement de molécule de Ogast® à Pariet® ?

M. L : Absolument pas, non non. Absolument pas.

LM : Parce que c'est pas exactement la même famille de molécule.

M. L : Non non non non.

LM : D'accord. Et vous avez vu une différence finalement entre Ogast® et Pariet® ? Pas tellement ?

M. L : Pas que je me souviens en tous cas.

LM : Non, ça n'a pas eu de changements sur vos symptômes. Enfin, sur le traitement, sur l'efficacité du traitement.

M. L : Non non non. Pas que je me souviens, pas dont j'aurais gardé un souvenir, non.

LM : D'accord, ok. Euh, donc à la question pour quelle raison vous alliez prendre ces médicaments, vous m'avez déjà dit qu'*a priori* ce serait à vie c'est ça ?

M. L : Sauf indication contraire de mon médecin, oui, pour moi, enfin dans mon esprit, c'est à vie, ça c'est clair.

LM : Et est-ce qu'il y a quelque chose qui vous a fait penser que ça allait être à vie justement ? Ou pas ?

M. L : Euh, un avis personnel, car pour autant que je sache, encore une fois l'hypertension c'est pas quelque chose dont on peut guérir. Je pense qu'au contraire, si c'est dû à un problème de rétrécissement des artères, c'est pas quelque chose qui va aller en s'arrangeant. Et mes problèmes d'estomac, euh, sauf à ce qu'il y ait une possibilité d'opération ou quelque chose, j'en sais rien, mais je me suis même pas posé vraiment la question, mais dans mon esprit c'est quelque chose de à vie, de toutes façons. Dans l'état actuel des choses en tous cas, et de mes connaissances je veux dire.

LM : D'accord. Et finalement vous savez pour quelles raisons l'estomac vous pose des soucis comme ça ?

M. L : Alors, c'est... Alors, je sais que le terme, c'est un inhibiteur de la pompe à protons.

LM : Oui.

M. L : Vous dire exactement ce que c'est... Pour moi c'est un excès d'acidité dans l'estomac, donc c'est un ... je sais pas si c'est la vésicule biliaire, exactement, je ne saurais pas vous dire, je sais que c'est un excès de... D'acidité, mais euh, bon, je peux pas... je suis pas médecin donc je peux pas vous en dire plus.

LM : Vous m'avez parlé de fibroscopie aussi, est-ce que lors de cet examen finalement, qui regarde l'estomac, est-ce que le médecin il vous a dit : "vous avez mal parce qu'il y a ça, ou parce qu'il y a ça, ou parce qu'il y a ça"...

M. L : J'ai eu une ulcérisation juste avant le... Alors d'abord j'ai eu une hernie hiatale et juste au-dessus j'avais une grosse ulcérisation. Donc moi ce que j'ai compris, c'était que justement, du fait de l'hernie hiatale, j'avais des remontées acides qui ont brûlé les parois de l'oesophage. Bon, c'est ce que j'en ai conclu. Et les médicaments que je prends, sauf erreur de ma part, sont justement pour limiter le problème de l'acidité. Ce qui fonctionne bien dans mon cas, moi c'est ce que j'en retiens. Moi, ce que je retiens avant tout c'est mon confort final. Bon, est-ce que je me sens bien comme ça. Sachant que je vais pas prendre plus que ce qu'il ne faut, et en aucun cas je ne vais surdoser moi-même. Par exemple quand j'avais mes problèmes d'estomac, je prenais en accord avec mon médecin du Phosphalugel® ou bien du Gaviscon®, mais quand ça devenait nettement trop important, et en durée et en quantité, je le voyais avec lui. Mais de moi-même, je ne vais pas dire j'augmente, je double ou quoi que ce soit. La seule chose que je me suis permis de faire, comme je vous le disais, c'est de passer de deux pour mon estomac, de deux le soir à un le matin et un le soir. Bon, il s'est trouvé que ça a parfaitement marché. Mais autrement, non non. Pour moi le médicament ce n'est pas quelque chose d'anodin. Je joue pas avec ça. Je ne m'auto-médicamente pratiquement jamais. Ça peut être de l'aspirine ou quelque chose comme ça, mais autrement, non. Jamais.

LM : D'accord. Est-ce que vous, vous ressentez des effets secondaires parfois aux médicaments ? Des effets indésirables, quels qu'ils soient.

M. L : Strictement aucun. Non, non.

LM : D'accord, ça ne vous est jamais arrivé de vous dire : "tiens, ça ne se passe pas bien". Un effet qui n'était pas prévu.

M. L : Non non non non non non. Il m'arrive d'avoir des maladies, je vous dis, chaque hiver il m'arrive d'avoir une pharyngite ou un truc comme ça. Bon. Mais non non, lié aux médicaments que je prends, non, absolument pas. Ou alors c'est complètement inaperçu. Mais de toutes façons, je me sens bien, il y a pas de souci donc, j'ai pas de problème avec ça, du tout.

LM : Et est-ce que votre médecin, parfois il vous a mis en garde parfois sur certains... votre médecin, ou un autre médecin, finalement. Sur des médicaments... Sur vos médicaments, sur des effets secondaires, sur des effets indésirables qui pourraient avoir lieu avec les médicaments que vous prenez ? Qui pourraient arriver ?

M. L : Pas que je me souviene, non. Pas que je me souviene. Par contre, syst... Enfin, oui, quasiment systématiquement, de moi-même, quand je prends un médicament, avant de le prendre, malgré l'ordonnance que j'ai, je regarde la notice.

LM : Ouais.

M. L : La notice, ne serait-ce que pour j'allais dire "vérifier" que ça correspond bien à la pathologie que j'ai, qui a nécessité que j'ai ce médicament. Et je vais, entre autre, regarder s'il y a pas des indications particulières sur des troubles qui pourraient survenir. Ca peut être des troubles de sommeil ou quelque chose dans ce genre-là. Je regarde en général pour un nouveau médicament. Pour ceux que je prends d'habitude, non, je regarde plus, évidemment. Autrement, je n'ai jamais eu d'avis particulier dont je me souviene en tous cas de mon médecin.

LM : Et est-ce que vous en apprenez des choses, justement, de la notice ? Est-ce qu'il y a des choses qui vous semblent pertinentes, quand vous lisez la notice d'un médicament ? Où vous vous dites : "ah, ben tiens, ça, j'aurais aimé le savoir, j'aurais bien aimé que mon médecin il me le dise", ou pas hein ?

M. L : Non, non. Ce qui est toujours frappant, c'est la liste des problèmes qui peuvent survenir éventuellement quoi. Dont des choses qui peuvent paraître assez graves hein, mais je comprends bien que les labos pharmaceutiques sont obligés, même si c'est un pour un million, de le noter quoi. Mais non, autrement, j'ai jamais eu de souci avec ça, non.

LM : Et qu'est-ce que vous en pensez justement des effets secondaires qui sont notés sur la notice, ou ceux que le médecin pourrait vous lister pendant la consultation, avant de prendre un médicament, est-ce que pour vous c'est pertinent ? Ou pas ?

M. L : Oui, il y a des choses qui pourraient être intéressantes, je pense par exemple, je pense que c'est le CRESTOR®. Vous pourrez peut-être me le confirmer. Le Docteur Dub. m'a appris il y a pas longtemps... Non, c'est pas le Crestor® c'est le... attendez, c'est le Pritor®

LM : Pritor® oui.

M. L : C'était un diurétique. Bon, ben ça je le savais pas. Je le savais pas, bon je me relève quasiment jamais la nuit. Mais bon, c'est vrai que c'est le genre de choses qui pourraient être intéressantes à savoir et je l'ignorais. Alors je disais que c'est vrai que les médicaments que je prends depuis très longtemps, c'est vrai que je ne lis plus les notices. Alors est-ce que je l'ai vu au départ, j'ai pas souvenir que mon médecin d'avant, le Dr. Del. m'en ait parlé de ça. Bon, c'est pas...

LM : Et en quoi ça vous aurait intéressé de savoir par exemple que c'est un diurétique ?

M. L : Ben, si j'avais eu des problèmes qui m'obligeaient à me lever régulièrement la nuit, j'aurais pu mettre ça sur le compte de ce médicament-là, et éventuellement voir avec mon médecin si je pouvais pas plutôt que le soir, le prendre le matin. Si vous voulez bon, les médicaments, j'en prends pas des tonnes mais en règle générale j'essaie de les regrouper, parce que c'est plus commode, et on risque moins d'oublier. Donc j'avais pris l'habitude de tout prendre le soir. Euh, par souci de commodité. En fait maintenant le Pariet® c'est un le soir un le matin, donc je suis

obligé de prendre le matin, et j'ai depuis deux mois, avec le Dr. Dub. un second comprimé pour la tension à prendre le matin. Donc j'en prends le soir et le matin. Donc bon maintenant, ça ne me poserait plus de problème, mais c'est vrai qu'avant, par souci de commodité, je prenais tout le soir. Mais c'est vrai que si ça m'avait posé des problèmes sérieux de me lever la nuit pour aller pisser, j'aurais peut-être pu essayer de changer vers le matin.

LM : Ca aurait pu être une information pertinente.

M. L : Oui oui, bon ceci dit, y a rien de bien important là-dedans quoi.

LM : Mmh. Alors vous n'avez jamais eu de problème quand vous preniez vos médicaments, la notice, d'accord. (*je me reporte à mon guide d'entretien*). Finalement, le fait de changer vos médicaments vous, qu'est-ce que vous pensez finalement, si la nécessité faisait, ou si votre médecin vous informait que ça pourrait être intéressant de changer cette ordonnance. Qu'est-ce que vous en pensez ?

M. L : Je me rallie à 1000% pour ce qu'il me dit.

LM : Oui.

M. L : (*il me coupe la parole pour compléter sa phrase*) J'ai aucun souci avec ça.

LM : Au niveau de tous vos cachets ou...

M. L : Ah n'importe lequel ! Vous savez, on va chez le garagiste, le garagiste il dit qu'il faut changer le filtre à air. Bon, à moins de s'y connaître, de soi-même être garagiste ou... Bon, euh, on va faire ce qu'il dit. Bon, là en l'occurrence, même si j'ai de vagues connaissances, c'est pas moi qui vais aller lui dire : "ho non non...". Bon, par contre, moi je serais absolument pas opposé au fait qu'on change tout ou partie de mes médicaments, sachant que si au bout de 15 jours, trois semaines, un mois, je ressens des soucis, là, dans ce cas-là, je reverrai avec lui. Je demanderais peut-être la possibilité de revenir au traitement d'avant. Mais *a priori*, j'ai aucun souci, à plus forte raison si c'est mon médecin qui me dit que ce sera peut-être mieux. Moi je... J'ai aucun problème avec ça, aucun problème.

LM : D'accord. Parfois, on a certaines habitudes avec les médicaments, les patients nous disent que ça se passe bien avec ce médicament-là... Mais vous, finalement...

M. L : Non non, c'est comme pour les génériques, moi je suis à 1000% pour les génériques. Je vous dis, la seule chose qui importe pour moi c'est le résultat.

LM : Oui.

M. L : Si je dois changer, alors, à plus forte raison s'il me dit que ce serait mieux pour telle ou telle raison, je n'ai aucune raison de ne pas le croire. C'est lui le spécialiste, c'est pas moi, bon. Par contre, s'il s'avérait que pour une raison ou pour une autre ça se passait moins bien, je verrais avec lui, soit on adapte, soit... mais bon, sur le fait de changer, non il n'y a aucun problème.

LM : D'accord. Mais pour une efficacité... Disons parfois un médicament, il a une bonne efficacité, mais il a des effets secondaires parfois qu'on ne ressent pas finalement. Hein, c'est tout le problème parfois de certains médicaments. Ou alors qui apparaissent plusieurs années, plusieurs dizaines d'années après la prise du médicament. Donc finalement, une bonne efficacité, des effets

secondaires qu'on ne ressent pas. Et parfois, on peut justement proposer de changer, de modifier ça. Est-ce que, au prix d'une efficacité un peu moins importante, et du coup d'effets secondaires aussi moins importants, est-ce que ça peut être quelque chose qui soit possible ? Ou justement compliqué ?

M. L : Compliqué non, par contre je pense que c'est une question d'équilibre justement à trouver. Bon, les effets secondaires qu'on ressent pas, ça veut dire que c'est pas moi qui pourrais les diagnostiquer. Bon, je vais dire n'importe quoi. Si par exemple mon médecin me disait : "à prendre du Pariet® deux doses par jour pendant 20 ans, vous risquez d'avoir un cancer". Je dis n'importe quoi.

LM : Oui, bon exemple.

M. L : Euh, il est bien évident que j'étudierais la possibilité de changer. Par contre, si c'est pour souffrir du jour au lendemain et puis avoir une qualité de vie dégradée pendant 10 ans et puis peut-être risquer un cancer 10 ans après, mon choix il sera vite fait. J'ai bientôt 70 ans, si j'avais 20 ou 30 ans j'aurais sans doute un raisonnement différent. Bon. Donc c'est à voir un petit peu. Ce qui est évident pour moi : c'est que je n'ai pas du tout envie de, je parle du problème d'estomac, là, je n'ai pas du tout envie de resouffrir comme j'ai souffert, ne serait-ce qu'il y a une dizaine d'années. C'est invalidant, c'est pas marrant du tout, une qualité de vie qui est pas drôle. Moi je revis maintenant, depuis que je prends mes deux cachets, j'ai aucun problème tout va très bien, donc c'est quelque chose qui serait à étudier. Je serais certainement pas opposé au fait d'essayer de changer, ça c'est clair et net, mais si ma qualité de vie immédiate devait s'en trouver altérée, pour une possibilité de quelque chose qui se passerait dans 10 ou 15 ou 20 ans, je pense que je préférerais revenir au traitement précédent. Donc c'est pas un non immédiat, ça c'est clair, ce serait un oui total et franc pour un changement, sous réserve que j'ai pas une dégradation de ma qualité de vie de tous les jours, voilà, c'est tout.

LM : D'accord. Et quelle serait justement pour vous la meilleure option finalement, pour modifier... On reste sur l'exemple de l'estomac. Pour modifier la prise du Pariet®, pour vous ce serait quoi la meilleure option pour essayer de s'en passer de ce médicament ?

M. L : Alors j'ai essayé de moi-même justement, parce que quand je suis passé de deux le soir à un le soir et un le matin, ça s'est tellement bien passé du jour au lendemain, que je me suis dit : "je vais faire un essai". Comme j'en prenais deux le soir, j'avais des problèmes, je suis passé à un le soir et un le matin, j'ai dit, bon, peut-être que celui du matin il est beaucoup plus efficace que celui du soir. De toutes façons il y avait forcément un progrès. Donc j'ai dit : "je vais essayer de supprimer un jour sur deux celui du soir". Je l'ai fait pendant plusieurs jours, et j'ai à nouveau eu des problèmes. Alors, pas des problèmes très forts, mais ils sont revenus très rapidement malgré tout, donc je suis rapidement revenu à un tous les soirs et un tous les matins. Où là je n'ai strictement aucun souci quoi. Dès que je descends un tout petit peu la dose, je me rends compte qu'à nouveau j'ai des problèmes.

LM : D'accord. Donc ça c'était pas satisfaisant pour vous.

M. L : Non. le résultat final, si vous voulez, pour moi c'est ça : c'est d'arriver à ne plus avoir de douleurs d'estomac. Si j'en avais épisodiquement, je sais pas, une fois par mois un truc comme ça... Bon, à la limite ça pourrait aller, mais tous les essais que j'ai pu faire de moi-même, ça n'a pas été concluant. Et j'avais tous les jours à peu près des petits... Alors c'était pas des brûlures comme j'avais avant de prendre les médicaments, mais ça reste quand même pénible et pas marrant quoi.

LM : D'accord. Il me semble aussi que vous prenez aussi parfois un médicament pour dormir.

M. L : Alors, le Noctamide®. J'ai depuis... 10, 15 ans, des problèmes de sommeil aussi. Alors, ce qui est bizarre d'ailleurs, c'est que, bon, j'ai travaillé pendant longtemps par poste. J'ai fait tous les horaires possibles et imaginables. Sur 24 heures j'ai commencé à 22 horaires différents. C'est-à-dire qu'il n'y a que deux horaires où je n'ai pas commencé. Ça ne m'a jamais posé de problème de sommeil. Et là aussi, depuis l'âge de 50, 55 ans, j'ai des problèmes. J'ai pas de problème de qualité de sommeil, j'ai des problèmes d'endormissement. C'est-à-dire que j'arrive pas à m'endormir, et pour moi c'est lié à... J'allais dire, une activité cérébrale. C'est-à-dire, je vous disais, je travaille régulièrement sur toute sorte de projets d'aménagements, tout le temps, depuis des années et des années, l'hiver, ben, je fais des montages vidéos, donc je suis toujours, sans arrêt en train de cogiter. Je suis quelqu'un de naturellement assez anxieux. Donc j'allais dire, si j'ai un souci quelconque dans la maison, je vais y réfléchir. J'arrive pas à m'endormir. C'est pas souvent, mais je me couche en général aux alentours de minuit, ben il m'est arrivé de me relever le lendemain matin à huit heures sans avoir dormi du tout. Bon. En règle générale, quand je m'endors très rapidement c'est une demi-heure, le laps normal chez moi c'est une heure, et des fois c'est plusieurs heures. Ceci dit, je me refuse à prendre régulièrement le Noctamide®. Je ne le prends que par exemple, pour vous dire que c'est psychologique chez moi, si je sais que je dois me lever de bonne heure le lendemain matin, je vais pas m'endormir. Donc dans ce cas-là j'en prends un, j'en prends un le soir. Y a des fois où ça me sert à rien, parce que j'arrive pas à m'endormir malgré tout. Bon, je suis retraité, si je voulais me lever plus tard, je me lèverais plus tard donc ça c'est pas un souci. Donc euh, le Noctamide® si j'en prends, allez, on va dire, deux trois fois par mois, c'est le grand maximum. Là, ça doit faire 15 jours que j'en ai pas pris bon. Donc je le prends vraiment quand j'ai besoin de pouvoir m'endormir rapidement parce que je sais que le lendemain je dois me lever de bonne heure ou un truc comme ça quoi. Bon. Ça fait partie des choses qui sont un peu embêtantes chez moi, mais je prends le moins de médicaments possible. Je prends ce qu'il faut, quand il faut. Mais si je peux éviter d'en prendre... Alors ça c'est une chose, on parlait tout à l'heure justement des, de la documentation de la notice, c'est une chose qu'il y a de marqué, il y a des risques d'accoutumance. Donc bon, c'est une des choses que j'ai apprises en lisant la notice, et c'est une des raisons, c'est pas la seule, mais c'est une des raisons qui fait que je veux pas en prendre trop souvent. Parce que je veux pas m'habituer à ça.

LM : D'accord. Et il y a des choses pourraient faire que parfois, la prise du Noctamide®... Enfin, des choses que vous feriez, des choses qui pourraient éviter la prise du médicament ?

M. L : Malheureusement non.

LM : Non ?

M. L : Par exemple, la fatigue physique, je sais pas si c'est à ça que vous pensez, bon, on était... bon le terrain fait 100 mètres, je le fais 30 fois par jour, donc ça fait des kilomètres, monter avec 30 kilos de charge, le soir il y a des fois je suis mort, mort, mort de chez mort, épuisé, c'est pas pour autant que je vais m'endormir facilement. C'est quelque chose que j'ai du mal à comprendre justement, mais non. Il y a des moments... Pourtant je me couche, j'essaie toujours de me coucher au moment où je sens que j'ai tendance à m'end... Enfin, où je suis prêt à m'endormir on va dire, mais ça change rien de toutes façons. Enfin si parfois, mais c'est rare. Bon, je fais avec ça c'est pas un souci.

LM : Donc vous avez essayé plusieurs choses vous comme ça. Au niveau de l'activité physique dans la journée, vous coucher au bon moment, c'est ça, vous avez essayé...

M. L : Oui oui, par exemple, bon, on est amateurs de café. Avant, on prenait encore, je sais pas, il y a une dizaine d'années on prenait encore un café le soir après le repas. Bon, on a arrêté ça au cas où, ce qui ne change absolument rien de toutes façons, des fois on a du monde à la maison, on prend un café à 10h le soir, bon, ça change absolument rien non plus. J'ai jamais trouvé de cause réelle qui me fasse dire : "tiens, c'est ça". Enfin, si, à part le fait de cogiter comme ça quoi. Ca je sais... Si vous saviez le nombre de problèmes que j'ai pu résoudre comme ça dans le lit (rires) !

LM : Oui !

M. L : Et puis une fois que j'ai quelque chose en tête, y a rien à faire, j'essaie de penser à autre chose, mais bon ça marche pas quoi.

LM : Et vous avez essayé autre chose que le Noctamide® ?

M. L : Non, non. Et je veux pas.

LM : D'accord, alors justement, pourquoi ?

M. L : Parce que je veux pas prendre de médicaments pour dire de prendre des médicaments.

LM : Oui.

M. L : Encore une fois, les rares fois où j'en prends c'est pour répondre à un besoin, donc je dirais que dans 75, 80% des cas, ça marche, j'arrive à m'endormir. C'est parfait, bon ben, le reste du temps je suis dans mon lit, je dors pas avant 2, 3h du matin, voire plus, bon ben je me lève plus tard le matin et puis voilà quoi.

LM : D'accord.

M. L : Non, non, je prends pas des médicaments pour prendre des médicaments. Médicaments, pour moi, doivent répondre à un besoin bien particulier, si j'ai pas de besoin particulier, je prends pas, c'est clair et net.

LM : Entendu. Est-ce que pour vous, votre médecin il pourrait vous aider à arrêter un médicament ? Quel qu'il soit, on parlait du Pariet® finalement. Vous avez dit qu'éventuellement s'il y avait un

autre médicament, vous... Voilà, est-ce que pour vous le médecin, dans la gestion finalement, dans la modification de l'ordonnance, ça peut se situer à quel endroit ?

M. L : Ben, pour moi, le médecin, bon, on va parler du problème d'estomac par exemple.

LM : Par exemple.

M. L : Le médecin pourrait me dire - on revient un petit peu à ce qu'on disait tout à l'heure - "Pariet®, par exemple, vous risquez d'avoir des problèmes dans 10 ans, dans 15 ans, dans 20 ans, ce serait bien d'essayer de supprimer". Il y a plusieurs solutions dans ce cas-là, il peut me dire : "on va essayer un autre médicament, avec un dosage différent, il y aura peut-être moins de problèmes". Bon si ça marche c'est très bien, moi je suis pas opposé. Si ça marche pas, on va revenir au Pariet®. Sinon après, ben c'est toujours le médecin qui va me dire : "bon, ben, il faut peut-être envisager une opération par exemple, ce genre de choses". Si vous voulez. Donc là il y a pas de problème à mon niveau non plus. Encore une fois, pour moi, tout passe par le médecin, c'est lui le spécialiste. C'est lui qui va me dire, que ce soit au niveau des médicaments, ou au niveau d'une autre possibilité, mais *in fine*, il faut qu'on arrive à ce que moi, je n'ai plus mal.

LM : Oui.

M. L : Partant de là, ben, c'est lui qui est le connaisseur, c'est lui qui est le spécialiste, c'est lui qui va me dire : "il faut faire ci, il faut faire ça". C'est tout. Encore une fois, j'ai pas d'*a priori* sur quoi que ce soit tant qu'on arrive à un résultat. Bon ce qu'il faut pas c'est que évidemment, s'il me dit que je dois me faire opérer et puis qu'il y a un tas de complications de ce fait-là, du genre, je ne sais pas mais que je peux plus manger un tas de trucs... Enfin bon.

LM : Mmh.

M. L : J'en sais rien mais bon, autrement... Mais pour moi tout passe par le médecin, et c'est lui qui me dit, alors, qui me dit aussi en fonction de moi ce que je vais lui rapporter, parce que j'estime qu'il doit y avoir un dialogue quoi.

LM : Bien sûr.

M. L : Il faut qu'il comprenne ma position et à partir de là on en discute.

LM : D'accord, c'est intéressant. Bon, finalement, on a déjà pas mal fait le tour de ce dont je voulais parler avec vous. Est-ce que vous avez des choses à rajouter, sur les médicaments en général. Vous m'avez déjà dit beaucoup de choses, sur ce qu'ils vous apportent. Ca, vous m'avez déjà répondu. Finalement, sur une idée plus globale, vous votre rapport aux médicaments, ce que vous en pensez, voilà ?

M. L : Ben, moi ce que j'en pense, c'est que pour moi le médicament, alors d'abord c'est pas, comme je vous disais, c'est pas des bonbons les médicaments. C'est des substances actives, que nous, en tant que profanes, on prend parce que le médecin nous la donne, sans savoir... Par exemple il peut y avoir des interactions entre différents médicaments, et c'est une chose qui m'a toujours sidéré moi : c'est de voir que les gens prennent eux-mêmes, font de l'automédication. Alors si c'est prendre du paracétamol, ça c'est pas... Enfin, sauf à ce qu'ils en prennent des quantités tous les jours quoi. Moi j'ai jamais compris justement ce principe de dire : "ben, je suis

malade, mon copain il a la même chose il prend ça, bon ben je vais prendre ça aussi". C'est le problème des antibiotiques, ça c'est quelque chose qui me sidère, moi je peux être plusieurs années sans prendre d'antibiotiques. Et quand j'entends un médecin qui dit : "bon, vous êtes d'accord pour les antibiotiques ?" J'ai du mal à comprendre parce que c'est pas à moi de décider. On me dit : vous devez prendre des antibiotiques, c'est tant tous les jours pendant tant de jours, je prends tant tous les jours pendant tant de jours. Et puis on arrête après, et on reprend pas comme ça, on va pas ressortir la boîte si on a un peu la même chose et tout ça. Enfin moi c'est quelque chose, autant je trouve que le médicament c'est quelque chose qui est là pour, ou soulager, ou pour guérir, ou pour les deux mais c'est pas quelque chose d'anodin. Et j'ai l'impression qu'on vit à une époque où, avec internet, les gens s'imaginent qu'ils vont pouvoir trouver d'après les quelques symptômes qu'ils ont vus, enfin qu'ils ressentent, ils voient que les gens ont eu à peu près ça et ils se sont guéris avec ça bon. On a l'impression que maintenant tout est facile. Tout est facile, on a accès à tellement d'informations que voilà. Moi je suis persuadé que dans l'esprit de beaucoup de gens, le médecin, c'est un commerçant qui vend des médicaments. Ca, je trouve ça assez regrettable. Le médicament, pour moi, c'est quelque chose qui répond à un besoin bien particulier et puis qui est prescrit par un médecin. Point.

LM : D'accord. Bon, ben c'est intéressant.

M. L : L'avantage étant qu'on a un tel éventail maintenant que... Moi je vous dis, grâce aux médicaments, bon, j'étais pas malheureux, mais quand on a des brûlures d'estomac comme ça, c'est vraiment, je vous dis, je compare ça à une rage de dents costaud, c'est lancinant, ça brûle, ça fait mal, grâce aux médicaments, j'ai plus de problèmes. Donc ça, c'est très bien ! (*rires*)

LM : Bon, ben c'est parfait, je pense que j'ai toutes les informations qu'il me faut. Je vous remercie.

M. L : Je vous en prie.

B. Compte rendu de terrain

Cet entretien s'est très bien déroulé. Il fallait que je rencontre un informateur d'un bon niveau intellectuel afin de diversifier au maximum mes sources d'informations et je n'ai pas été déçu de la qualité de l'échange que j'ai eu avec M. L.

Le patient est un ancien directeur opérationnel d'un important centre de gestion, qui a gravi les échelons lors de sa carrière (d'après ce qu'il m'a dit).

Il m'a reçu chez lui, autour d'un café (ce qui fut la première fois depuis le début de ces entretiens).

Il m'a renseigné sur sa vision des médicaments et son opinion sur la déprescription durant 46 minutes.

C. Compte rendu de codage triangulé

Ce 9ème entretien a permis de mieux structurer les résultats que nous avons déjà en apportant de nouveaux éléments.

Premièrement, concernant le rapport du patient au médicament.

Le bon niveau intellectuel de notre informateur a permis de préciser comment les connaissances et les convictions d'un patient conditionnent sa prise médicamenteuse.

Concernant cette partie des résultats, j'ai pu réorganiser les catégories conceptuelles, en deux grandes parties :

- « Disposer d'un niveau de connaissances variable »
- « Avoir des convictions »

Dans le concept lié aux connaissances variables du patient, il y a une nouvelle dimension concernant « La volonté du patient de connaître la physiopathologie de sa maladie ». Il y a également une nouvelle propriété qui est « La perte du suivi de ses prescriptions à cause de la substitution de ses médicaments princeps en génériques ».

Dans le concept lié aux convictions, le patient nous renseigne sur ses croyances.

Ses croyances sont parfois non-scientifiques, notamment sur le fait que *“l'hypertension soit une maladie dont on ne peut pas guérir”*, *“que ses épigastalgies soient héréditaires”*. C'est une dimension que j'ai reliée à d'autres verbatims, notamment quand (lors de l'entretien N°6) notre informateur a dit que *“2 mg de Lormetazepam est moins fort que 7,5 mg de Zopiclone, car le chiffre est moins important”*.

Le patient peut aussi avoir des convictions concernant la notion de prévention primaire, avec la volonté de *“prévenir plutôt que guérir”*. Il peut aussi avoir la volonté de vouloir éviter la iatrogénie, ce que nous a dit notre informateur.

Une partie difficile à coder, mais par ailleurs très intéressante concerne ces verbatims :

“Et j'ai l'impression qu'on vit à une époque où, avec internet, les gens s'imaginent qu'ils vont pouvoir trouver d'après les quelques symptômes qu'ils ont vus, enfin qu'ils ressentent, ils voient que les gens ont eu à peu près ça et ils se sont guéris avec ça bon. On a l'impression que maintenant tout est facile. Tout est facile, on a accès à tellement d'informations que voilà. Moi je suis persuadé que dans l'esprit de beaucoup de gens, le médecin, c'est un commerçant qui vend des médicaments. Ca, je trouve ça assez regrettable. Le médicament, pour moi, c'est quelque chose qui répond à un besoin bien particulier et puis qui est prescrit par un médecin. Point.”

Dans ce passage, le patient considère le médecin comme une référence au milieu d'un flux d'informations important. Le patient se compare aux autres (qui voient le médecin comme un commerçant) pour nous éclairer sur sa vision du médecin plus valorisante.

J'ai interprété cela comme : « Considérer le médecin comme prescripteur indépendant et compétent ».

La triangulation avec Sacha m'a aidé, car je n'étais pas certain de la pertinence de mon codage. Sacha a considéré que ce verbatim était "Une dénonciation de la société de consommation, considérant la consommation médicamenteuse comme un bien de consommation comme les autres".

J'ai finalement synthétisé nos deux visions en un seul codage : « Être un prescripteur indépendant de la société de consommation ».

Le rôle du médecin est également évoqué lorsque le patient fait la différence entre les maladies avec ou sans symptôme perçu par le patient.

En effet, il explique (en prenant son exemple personnel d'épigastralgie soulagée par un IPP) que pour une maladie générant des symptômes perçus par le patient, il est facile pour lui de surveiller l'indication et l'efficacité du traitement prescrit par le médecin.

Dans le cas de médicaments prescrits dans le cadre d'une prévention (primaire, secondaire ou tertiaire), notre informateur fait référence ici à l'hypertension artérielle, le patient verbalise sa confiance envers son médecin traitant.

“Mais autrement, c'est une fois que mon médecin m'a dit : “bah voilà, vous avez ceci, il faut prendre tel médicament”. Je prends tel médicament.”

On comprend grâce à notre informateur que pour un traitement symptomatique le meilleur juge est le patient, et que pour un traitement préventif la décision revient au médecin.

J'ai donc abouti, au sein du concept de confiance dans le corps médical, à la dimension « Faire confiance à son médecin pour juger de l'intérêt d'un traitement préventif ».

Deuxièmement, concernant les leviers pour la déprescription.

Cet entretien a également permis de restructurer nos résultats.

J'ai organisé les résultats grâce à des verbes d'actions, pouvant être reliés à des moments de la consultation médicale :

- écouter et rechercher,
- informer,
- conseiller une modification du mode de vie,
- proposer une modification thérapeutique.

Il y a également une partie faisant référence au contexte dans lequel s'effectue chaque déprescription (agir dans un contexte), qui regroupe des notions plus générales.

Par ailleurs, cet entretien a permis de renforcer le levier lié à la connaissance des effets indésirables avec la dimension : « Connaître un effet indésirable limite la prise médicamenteuse ». En effet, notre informateur nous explique qu'il limite sa consommation de somnifère car il a appris, en lisant la notice, qu'il y avait un risque d'accoutumance.

Concernant la modification du mode de vie, le patient nous informe que ce levier n'aurait que peu d'impact sur sa symptomatologie car il estime déjà avoir adapté son mode de vie à ses symptômes et à son insomnie sans succès : « Ressentir les limites du potentiel thérapeutique d'un mode de vie modifié ».

La partie la plus intéressante concerne certainement la modification du traitement.

J'ai abouti à un nouveau codage : « Trouver un compromis pour préserver le confort de vie du patient, par une décision médicale partagée ».

En effet, le patient évoque la notion de dialogue et la nécessité d'une compréhension de la part du médecin des symptômes ressentis par le patient. Il y a une acceptation totale par ce patient d'une modification de son traitement, sous réserve d'une efficacité similaire. Si cette modification de traitement est un échec, le patient imagine reprendre son traitement antérieur. Ce processus de dialogue que le patient nous décrit fait référence à la notion de décision médicale partagée.

D. Compte rendu théorique

1/ Patient demandeur d'informations

Cet entretien a été réalisé grâce à un informateur qui disposait de connaissances fiables sur sa prise en charge médicale. Malgré les informations dont il disposait déjà, il nous a appris qu'il était demandeur d'informations supplémentaires venant de son médecin généraliste.

*Alors c'est justement peut-être un reproche qu'on peut faire aux médecins généralistes actuellement d'une certaine façon, c'est qu'on a peu d'information
(...) c'est toujours intéressant effectivement de connaître la cause de sa pathologie quoi. (M. L)*

Cette quête d'informations médicales a déjà été mise en évidence par une enquête de la revue *Prescrire* (1) décrivant que les patients souhaitent "l'obtention d'informations sur leur problème de santé et leur traitement", ainsi que la "clarté des informations délivrées".

2/ Prévention quaternaire évoquée par le patient

Durant l'entretien (verbatim cité dans le compte rendu de codage), le patient fait référence à la société de consommation et en particulier à l'usage des médicaments.

Notre informateur décrit également le rôle du médecin comme un prescripteur limitant l'accès et l'usage des médicaments. On se trouve alors dans un axe de prévention qui a été décrit par le Dr Marc Jamouille : la prévention quaternaire (2).

La prévention quaternaire est définie comme : "une action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation et pour le/la protéger d'interventions médicales invasives ou abusives tout en lui proposant des procédures de soins éthiquement acceptables".

Cet acte de prévention, de la surmédicalisation, est d'autant plus important au sein d'une société où l'accès à l'information, aux médicaments et aux examens complémentaires est facilité.

3/ Une décision médicale partagée

Dans une autre partie de l'entretien, notre informateur l'évoque sans la nommer : la décision médicale partagée.

"M. L : J'en sais rien mais bon, autrement... Mais pour moi tout passe par le médecin, et c'est lui qui me dit, alors, qui me dit aussi en fonction de moi ce que je vais lui rapporter, parce que j'estime qu'il doit y avoir un dialogue quoi.

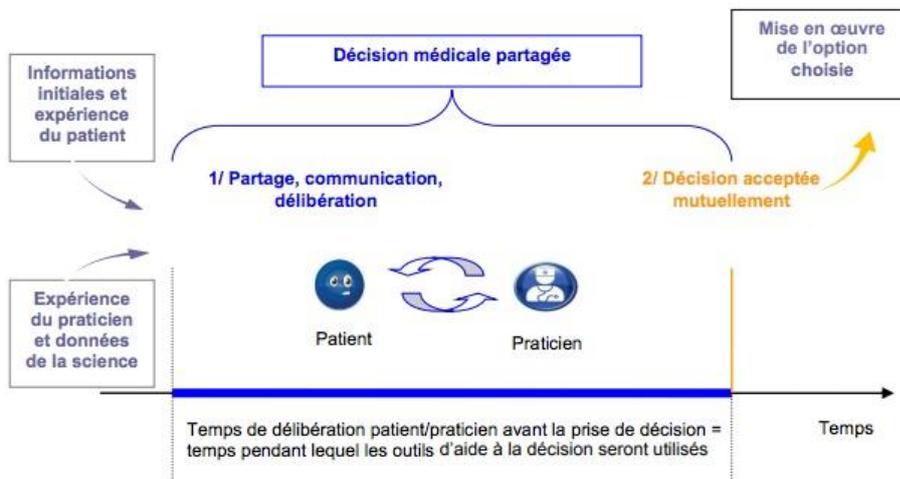
LM : Bien sûr.

M. L : Il faut qu'il comprenne ma position et à partir de là on en discute."

En 2013, la HAS (3) définit la décision médicale partagée comme le processus au cours duquel, lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, praticien(s) et patient partagent une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique, et où le patient reçoit le soutien nécessaire pour exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles relatives aux soins, afin de choisir d'un commun accord entre elles de manière éclairée.

Ce processus est soutenu, juridiquement, par l'article 1111-4 du Code de la Santé Publique : « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...] »

Figure 4 : Le processus de décision médicale partagée (3)



La figure proposée dans le rapport de la HAS résume les différentes étapes de la décision médicale partagée. La première phase est un moment d'échange entre le médecin et le patient. La seconde phase est une étape de décision.

La déprescription telle que nous l'imaginons, comportant l'adhésion du patient, s'intègre parfaitement dans ce schéma.

1 - Prescrire. Les patients veulent savoir. La revue Prescrire. déc 2011;31(338):937.

2 - Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale. In : Les informa-g-iciens. Namur : Presses Universitaires de Namur, 1986.

3 - Haute Autorité de Santé. Patients et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. octobre 2013.

E. Guide pour l'entretien N°10

Compte rendu opérationnel, entretien n°9

Tenter d'explorer la valeur symbolique du médicament

A quoi vous pourriez relier vos médicaments ? A quoi ça vous fait penser, les médicaments ?

A quelle idée ? A quel sentiment ? A quelle situation ? A un souvenir ?

LE MÉDICAMENT :

RACONTEZ-MOI :

Dans votre vie de tous les jours, à quel moment prenez-vous des médicaments ?

Comment cela se passe ?

Pourquoi prenez-vous ce traitement ? Pour quelle durée ?

Comment ça s'est passé la première fois que votre médecin vous a prescrit ce médicament ?

De quoi vous vous souvenez à propos de cette consultation ?

Pour quelle raison vous a-t-il prescrit ce médicament ?

Vous a-t-il dit pour combien de temps vous alliez prendre ce médicament ?

Pour vous, quels sont les effets positifs du médicament ?

Ressentez-vous des effets secondaires ?

Qu'est-ce que ça vous fait quand vous prenez vos médicaments ?

Qu'est-ce qui se passe les premiers jours quand vous prenez un nouveau médicament ?

(Qu'est-ce que vous ressentez ?)

Avez-vous déjà eu un problème quand vous avez pris un médicament ?

Qu'est-ce que votre médecin vous a dit sur les effets secondaires ?

Est-ce que vous avez déjà lu la notice de vos médicaments ? Si oui, qu'est-ce que vous en avez retenu ?

LA DEPRESCRIPTION :

RACONTEZ-MOI :

Que pensez-vous d'un changement de traitement ou d'un arrêt de ce traitement ?

Pourquoi ?

Est-ce que votre médecin vous a déjà proposé d'arrêter un médicament ?

Si oui = comment avez-vous réagi ?

Si non = comment réagiriez vous ?

Qu'est-ce qui vous fait peur au fait d'arrêter un médicament ?

Qu'est-ce qui vous inquiète ? Qu'est-ce qui pourrait vous rassurer ?

Comment pourrait-on arrêter un médicament ?

Si impossible, pourquoi ?

Comment votre médecin pourrait-il vous aider à arrêter un médicament ?

Comment pourrait-il faire ?

RESPECT DES SILENCES

Dites m'en plus...

Peur ?

Quel est le problème ?

Qu'est-ce que ça représente pour vous ?

AUTEUR : Nom : MERLIN

Prénom : Louis

Date de Soutenance : 31 octobre 2019

Titre de la Thèse : Comment faire accepter la déprescription aux patients lors d'une réévaluation d'ordonnance en médecine générale ?

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : prévention quaternaire, iatrogénie, communication médicale, déprescription.

Résumé :

Contexte : La consommation importante de médicaments favorise la survenue d'effets indésirables. Le médecin généraliste a la possibilité de prévenir cela grâce à une réévaluation d'ordonnance pouvant aboutir à une déprescription. Mais les médecins pensent que les patients sont demandeurs d'une prescription médicamenteuse. Il existe un décalage entre les attentes supposées et les attentes réelles des patients, rendant la déprescription difficile à réaliser.

Objectif : Déterminer une stratégie de communication pour rendre acceptable la déprescription.

Méthodes : Etude qualitative avec analyse selon une approche par théorisation ancrée. Entretiens individuels compréhensifs de patients habitant dans le département du Pas-de-Calais. La suffisance des données a été obtenue après l'analyse de 10 entretiens, codés et triangulés avec l'aide du logiciel QSR Nvivo® 11.4.

Résultats : Les motivations à la prise d'un médicament dépendent du bénéfice ressenti de celui-ci (confort de vie vs effets indésirables), des connaissances et des croyances du patient, des influences extérieures (soignants, entourage, publicité, notice du médicament) et des motivations inconscientes propres au patient. Les patients ont des avis partagés sur la déprescription. Le contexte dans lequel intervient la déprescription a son importance : prescrire sur ordonnance sécurisée ou déprescrire précocement sont des facteurs favorisant. Il faut comprendre l'importance du traitement pour le patient, mais aussi rechercher la survenue d'effets indésirables ou des signes précurseurs. Les patients sont demandeurs d'informations en raison de connaissances variables ou de croyances erronées. Il faut proposer une modification du mode de vie et du traitement - diminution progressive de la posologie, alternative médicamenteuse – en rassurant sur la possibilité de represcrire le traitement initial si nécessaire.

Conclusion : L'étude des motivations à la prise médicamenteuse ouvre d'autres pistes de réflexion pour aider à déprescrire : thérapies psychologiques pour lever le conditionnement à la prise d'un médicament, travail en réseau où infirmier(e), médecin et pharmacien pourraient mettre en commun leurs influences.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Baptiste Beuscart

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Michel Cunin