



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Classification des freins à la déprescription
pour les personnes âgées polymédiquées
selon les médecins généralistes
de la Pévèle du Douaisis en 2020**

Présentée et soutenue le 2 juillet 2020 à 16h
au Pôle Recherche

par Carla BOURGEOIS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ALD : Affection Longue Durée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

EBM : Evidence-Based Medicine

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupements Hospitaliers Territoriaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des
Innovations Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	15
A. Le phénomène complexe de la polymédication	15
1. Définitions.....	15
2. En croissance chez la personne âgée.....	15
3. Des risques iatrogènes délétères	16
4. Une pratique évitable.....	19
B. La place de la déprescription en médecine générale.....	19
C. Question de recherche	21
II. Méthode	22
A. Type d'étude	22
B. Choix de la population cible	22
C. Rédaction du questionnaire	23
D. Diffusion du questionnaire	23
E. Recueil et analyse des données	24
III. Résultats	26
A. Diagramme de flux.....	26
B. Population.....	28
1. Profil	28
2. Activité professionnelle.....	29
C. Classification des freins à la déprescription par domaine	32
1. Domaine de freins liés au médecin	32
2. Domaine de freins liés au patient	33
3. Domaine de freins liés à l'environnement.....	35
D. Classification des freins tout domaine confondu.....	37
E. Classification par domaine de freins	39
IV. Discussion	40
A. Critiques de l'étude	40
1. Faiblesses	40
2. Forces	41
B. Résultats principaux	42

1. Les principaux freins à la déprescription selon les médecins généralistes de la Pévèle du Douaisis.....	42
2. Les freins les moins importants	43
C. Comparaison aux autres travaux	44
D. Interprétation des résultats	46
1. Le médecin guidé par le « primum non nocere »	46
2. Le patient âgé, un allié potentiel à convaincre.....	47
3. L'influence de l'environnement.....	49
E. Propositions et perspectives	54
1. Accompagner les médecins généralistes dans le processus de déprescription.....	54
2. Le patient âgé, un partenaire précieux à sensibiliser	56
3. Améliorer la communication entre les acteurs de santé	59
4. Valoriser le temps consacré à la révision d'ordonnances.....	65
F. Synthèse et perspectives.....	66
V. Conclusion.....	69
VI. Bibliographie	71
VII. Annexes	85

I. Introduction

A. Le phénomène complexe de la polymédication

1. Définitions

La polymédication est une notion apparue dans les années 1990, actuellement en augmentation progressive depuis une vingtaine d'années dans de nombreux pays (1).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la polymédication en 2004 comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (2).

S'il n'existe pas de consensus sur un nombre précis de médicaments définissant la polymédication, il est généralement admis dans la littérature que le chiffre 5 représente une valeur seuil. Cela se justifie par une croissance linéaire entre le nombre d'effets indésirables et le nombre de médicaments au-delà de 5 (3).

2. En croissance chez la personne âgée

En France, selon un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) fondé sur des données de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), la consommation de médicaments a doublé entre 1990 et 2011 (4).

Cela s'explique principalement par l'augmentation de l'espérance de vie et la prévalence croissante des maladies chroniques qui lui est associée (Annexes 1 et 2).

La HAS définit une personne âgée comme une personne de plus de 75 ans ou plus de 65 ans polypathologique (5). En 2016, une personne de plus de 65 ans sur 5 est touchée par la polypathologie (6). L'âge seuil retenu pour définir une personne âgée est ainsi de 65 ans, en raison du risque croissant de polypathologie.

Les personnes âgées sont donc les personnes les plus touchées par la polymédication. Le précédent rapport de la HAS met d'ailleurs en évidence un nombre moyen de 8 médicaments chez les sujets de 70 à 80 ans.

Ce chiffre est en accord avec les données issues d'une étude menée dans le Nord Pas-de-Calais sur 207 979 patients de plus de 75 ans, entre le 1er janvier et le 31 mars 2012, à partir des données de l'Assurance Maladie. Celle-ci a retrouvé une moyenne de 8,3 principes actifs par patient et plus de 10 médicaments par ordonnance chez 35% de la population étudiée (7).

3. Des risques iatrogènes délétères

Cette polymédication fait craindre une augmentation du risque iatrogène puisque chaque nouvelle spécialité médicamenteuse augmente le risque d'effets indésirables de 12 à 18% (1). Ce risque est de 5% pour une ordonnance de six médicaments contre 40% quand elle en contient quinze (8).

Il existe d'autres facteurs qui favorisent le risque iatrogène, dont les risques propres à chaque médicament. Parmi les classes thérapeutiques les plus touchées par cette surconsommation chez la personne âgée, on trouve les médicaments agissant sur :

- Le système cardio-vasculaire (diurétiques, digitaliques et anticoagulants notamment)
- Le système nerveux central (benzodiazépines, neuroleptiques, etc.)
- Le système digestif (les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) en tête de liste)
- L'appareil locomoteur (antalgiques dont les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)) (5).

On s'aperçoit également que plusieurs de ces classes médicamenteuses comptent parmi celles les plus à risque d'effets indésirables (9) (Annexe 3).

S'ajoutent des modifications physiologiques en lien avec le vieillissement, qui vont perturber la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des médicaments. Elles vont exposer davantage cette population spécifique à une toxicité médicamenteuse et à des effets indésirables. Les modifications pharmacocinétiques concernent plusieurs champs (10) :

- Absorption : majoration par diminution de la vidange gastrique, de la motilité intestinale et du débit sanguin.
- Distribution : diminution du volume de distribution des médicaments hydrophiles par diminution de la masse maigre (masse hydrique et protéique) ; augmentation du volume pour les médicaments lipophiles par augmentation de la masse grasse ; diminution du pourcentage de fixation des médicaments à l'albumine du fait d'une hypoalbuminémie fréquente chez le sujet âgé (principalement par diminution de la fonction rénale, de la

capacité de synthèse du foie et par malnutrition) et majoration de la fraction libre pharmacologiquement active.

- Métabolisation : diminution par baisse du débit sanguin hépatique et donc du premier passage hépatique : biodisponibilité des médicaments plus importante.
- Élimination : diminution par baisse du flux sanguin rénal et de la filtration glomérulaire, à l'origine d'une plus grande demi-vie plasmatique.

Quant aux modifications pharmacodynamiques, elles se traduisent par une variation du nombre et de l'affinité des récepteurs aux médicaments sur les différents tissus. C'est notamment par ce phénomène que les sujets âgés ont une sensibilité accrue aux psychotropes.

Ces données justifient le risque iatrogène plus grand chez les personnes âgées, dont les conséquences sont largement développées dans la littérature :

- Augmentation du risque de chutes,
- Majoration de 10 à 20% du nombre d'hospitalisations, selon l'OMS. Ce risque est d'ailleurs évalué dans une méta-analyse comme quatre fois plus grand chez les sujets de plus de 65 ans par rapport à des sujets plus jeunes (11).
- Augmentation de la durée du séjour hospitalier, du taux de réadmission hospitalière et de la mortalité (12).

Il a été démontré que la polymédication peut être considérée comme un marqueur prédictif de la mortalité (13).

4. Une pratique évitable

Selon les études, une part non négligeable des accidents iatrogènes est considérée comme évitable. La méta-analyse précédemment citée estime que jusque 88% des hospitalisations liées à cette iatrogénie pourrait être évitée (11).

L'étude Polychrome a mis en évidence un taux d'optimalité d'un échantillon d'ordonnances de 58%. Ce taux est défini comme « le rapport du nombre de lignes de médicaments considérées par les experts comme ayant un intérêt clinique sur le nombre total de médicaments de l'ordonnance » (14). Après optimisation des ordonnances, on note un arrêt de 30% de médicaments, une diminution de 46% de contre-indications médicamenteuses et de 66% d'interactions médicamenteuses déconseillées.

B. La place de la déprescription en médecine générale

La polymédication est donc une pratique en expansion, malgré les risques iatrogènes qui lui sont associés, et cela plus spécifiquement chez la personne âgée.

Pour réduire le risque iatrogène, on peut donc, entre autres, envisager une amélioration de la pertinence des ordonnances et notamment réduire cette polymédication.

Cependant, cette pratique semble bien ancrée dans les habitudes actuelles de prescription. Les médecins généralistes étant les principaux prescripteurs, nous pouvons nous interroger sur les raisons qui les freinent à alléger les ordonnances des personnes âgées polymédiquées.

Ces freins ont été explorés dans la littérature, de manière qualitative principalement. Ils ont été regroupés dans une méta-analyse de 6011 articles réalisée en 2014 (15). En revanche, il existe peu de données sur l'importance de ces différents freins dans le processus de déprescription.

Notre travail consiste donc à nous intéresser à ces freins, mais de manière quantitative cette fois, de telle façon à ce que les médecins généralistes évaluent leur importance respective dans ce processus de déprescription.

Il est supposé que les contraintes de temps, la réticence du patient, la peur de conséquences négatives pour le patient et le respect des prescriptions du spécialiste par sentiment de hiérarchie sont les principaux freins à la déprescription pour les ordonnances de personnes âgées polymédiquées.

Cette réflexion sera menée à l'échelle d'un territoire raisonnable, qui s'inscrit dans une dynamique de structuration de l'exercice coordonné, de pertinence et qualité des soins : la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Pévèle du Douaisis (Annexe 4). Le choix de ce territoire est également ambitieux puisque cette circonscription est dotée de 41 médecins généralistes qui pourraient être intégrés facilement dans une démarche de changement de pratiques.

C. Question de recherche

Quels sont les principaux freins à la déprescription pour les personnes âgées polymédiquées selon les médecins généralistes de la Pévèle du Douaisis en 2020 ?

L'objectif de cette thèse est d'identifier les freins à la déprescription pour les personnes âgées polymédiquées afin d'entrevoir au décours des pistes d'amélioration et des actions concrètes d'optimisation des pratiques de prescription sur la Pévèle du Douaisis.

II. Méthode

Pour connaître l'importance des freins à la déprescription, la démarche a été d'interroger directement les médecins généralistes par questionnaire.

A. Type d'étude

L'étude était quantitative, descriptive et transversale, et se présentait sous la forme d'un questionnaire soumis aux médecins généralistes.

B. Choix de la population cible

L'étude s'intéressait aux médecins généralistes installés sur le territoire de la CPTS Pévèle du Douaisis (Annexe 4). Elle inclut les communes d'Aix-en-Pévèle, Anhiers, Auchy-lez-Orchies, Beuvry-la-Forêt, Bouvignies, Coutiches, Faumont, Flines-lez-Raches, Landas, Nomain, Orchies, Raches, Raimbeaucourt et Saméon.

La liste des médecins concernés a été obtenue grâce à l'annuaire des Pages Jaunes. La population cible comptait 41 médecins.

L'anonymat des médecins a été respecté dans le questionnaire.

C. Rédaction du questionnaire

Un travail de recherche bibliographique a précédé la rédaction du questionnaire. Il a permis de relever les différents freins à la déprescription actuellement connus dans la littérature (13).

Trois domaines de freins se sont naturellement dégagés :

- Les freins liés au médecin, au nombre de 7,
- Ceux liés au patient, au nombre de 4,
- Et enfin, ceux liés au contexte environnemental du médecin et du patient, au nombre de 13.

Chaque frein a été coté de 0 à 10 par une échelle de Likert, selon son implication respective dans le processus de déprescription. Zéro représentait une influence nulle sur ce processus, tandis que 10 faisait du frein concerné un obstacle majeur.

Une partie supplémentaire a été ajoutée dans le questionnaire, visant à définir les caractéristiques du médecin interrogé et s'assurer qu'il correspondait au profil type du médecin généraliste (Annexe 5).

Le questionnaire a ensuite été édité grâce à l'outil LimeSurvey, logiciel de création d'enquêtes statistiques.

D. Diffusion du questionnaire

L'étude a été lancée le 12 février 2020, en téléphonant aux cabinets des 41 médecins généralistes répertoriés.

Les interlocuteurs étaient les médecins eux-mêmes, qui transmettaient leur adresse mail après une rapide description du travail entrepris, ou leurs secrétaires, qui faisaient de même ou laissaient un message au médecin expliquant le but de l'étude et son déroulement.

Un courriel leur était alors envoyé, présentant à nouveau l'étude et son but et mettant à disposition un lien pour accéder au questionnaire sur LimeSurvey (Annexe 6).

L'étude s'est déroulée sur 4 semaines avec chaque semaine une relance téléphonique et un bilan hebdomadaire du nombre de réponses obtenues au questionnaire.

Lors des relances, les médecins répondaient qu'ils n'avaient pas encore pu participer ou confirmaient au contraire avoir répondu au questionnaire. Les secrétaires, quant à elles, confirmaient la participation du médecin à l'étude ou renouvelaient leur message si elles n'avaient pas eu de retour. En cas de participation, il n'y avait pas de nouvel appel la semaine suivante.

L'étude a pris fin le 08 mars 2020.

E. Recueil et analyse des données

Les données brutes ont été intégrées à un fichier Excel grâce au logiciel LimeSurvey.

La moyenne pondérée de chaque frein à la déprescription a ensuite été calculée. Ce travail a permis une hiérarchisation des freins selon leur moyenne pondérée et d'identifier :

- Le frein principal par domaine, qui correspondait à celui ayant obtenu la plus grande moyenne pondérée pour chaque domaine.
- Le frein principal tout domaine confondu : le frein ayant la moyenne pondérée la plus importante était considéré comme le frein dominant de cette étude.
- Le domaine de freins principal, qui correspondait au domaine qui s'est vu attribuer la moyenne pondérée la plus grande.

III. Résultats

A. Diagramme de flux

Sur les 41 médecins inclus dans la population source, 29 ont participé et répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de 70,7%. Il y a eu 1 refus de participation et 11 absences de réponse au questionnaire.

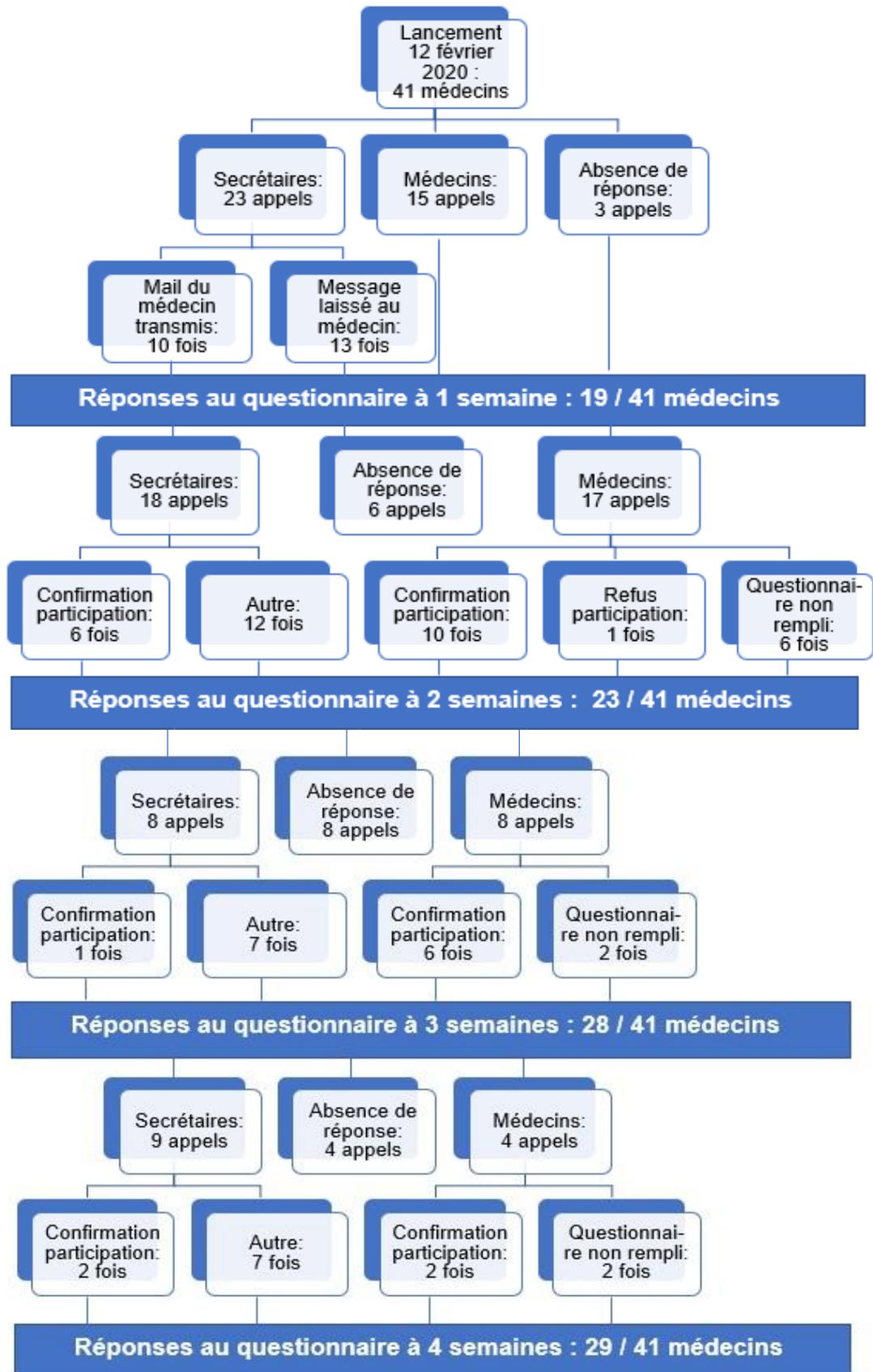
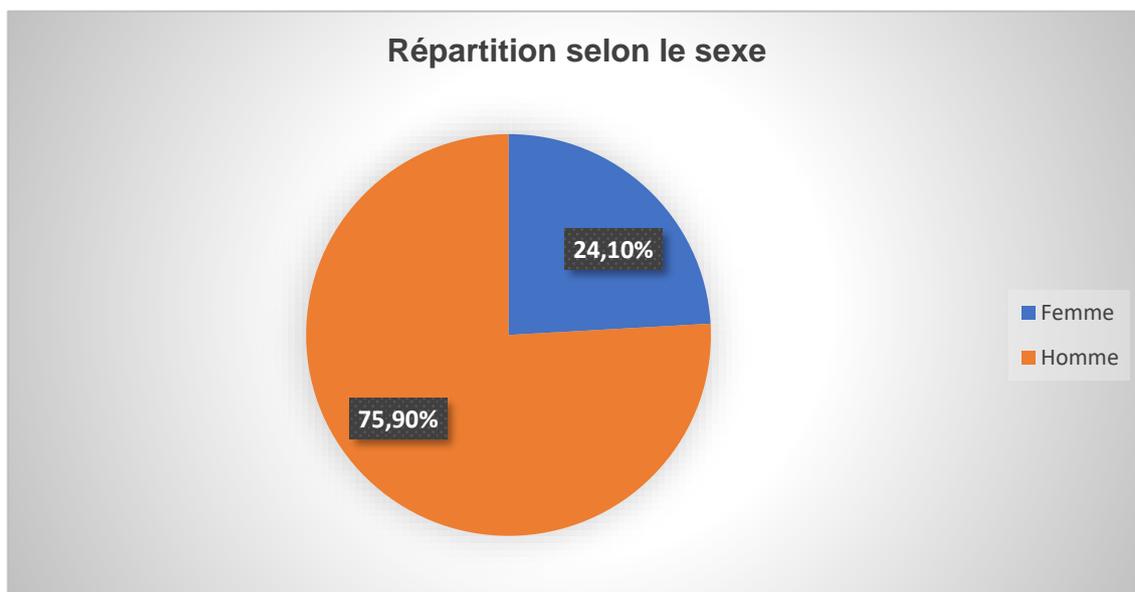


Figure 1 : diagramme de flux des participants à l'étude

B. Population

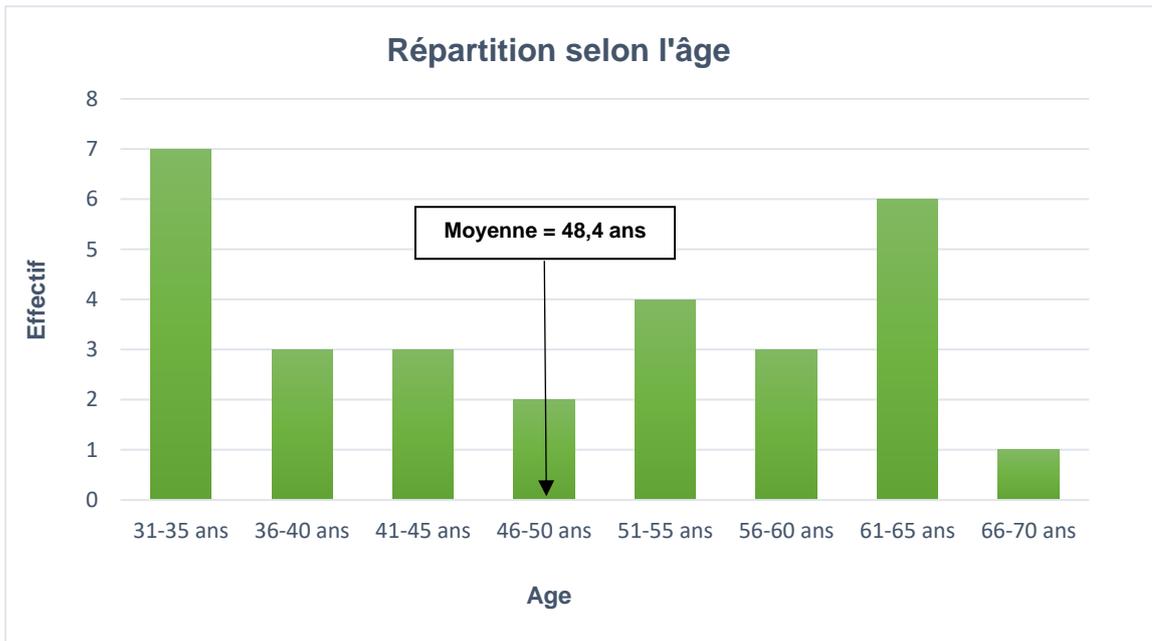
1. Profil

Parmi les 29 participants, 75,9% étaient des hommes.



Graphique 1 : Répartition des participants selon le sexe (en %)

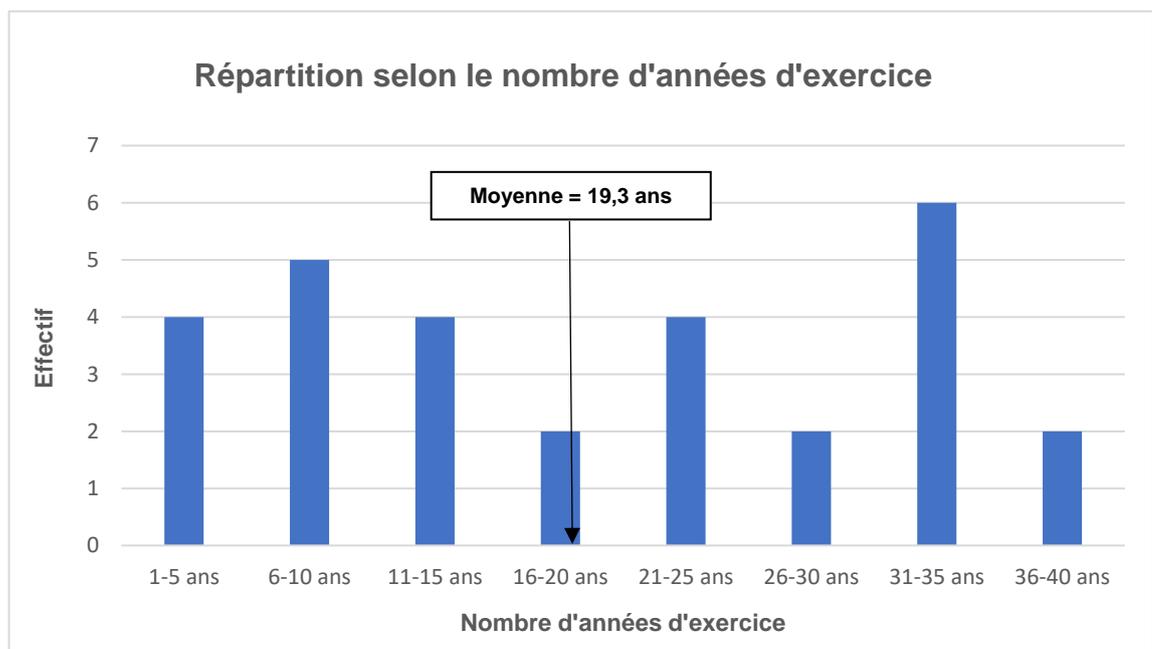
La moyenne d'âge était de 48,4 ans.



Graphique 2 : Répartition des participants selon l'âge

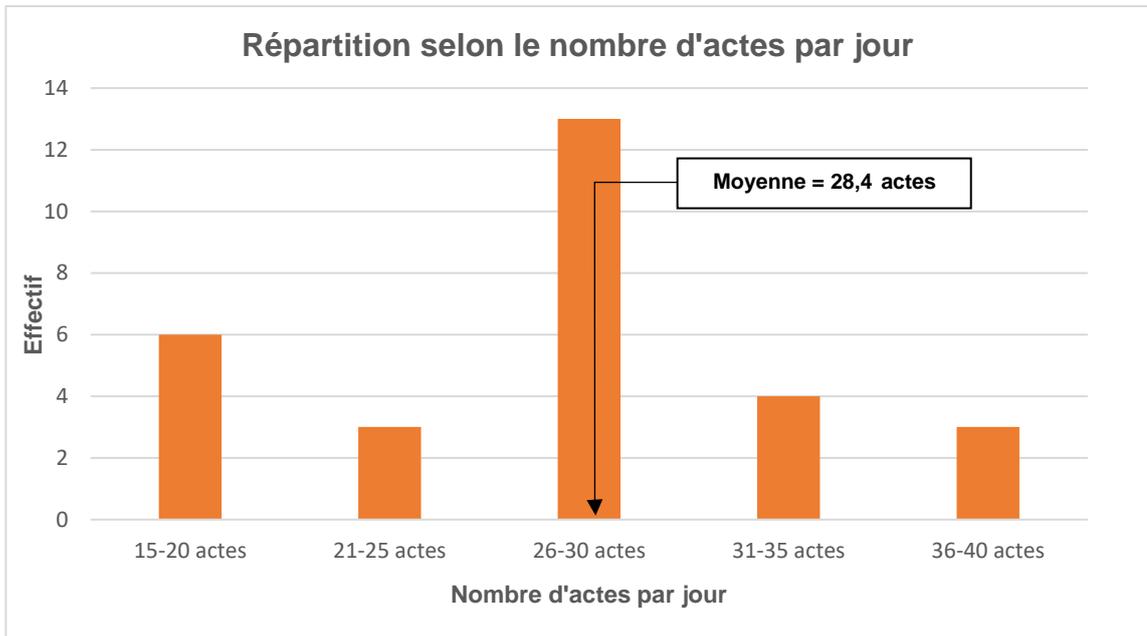
2. Activité professionnelle

Les médecins généralistes étaient installés en moyenne depuis 19,3 années.



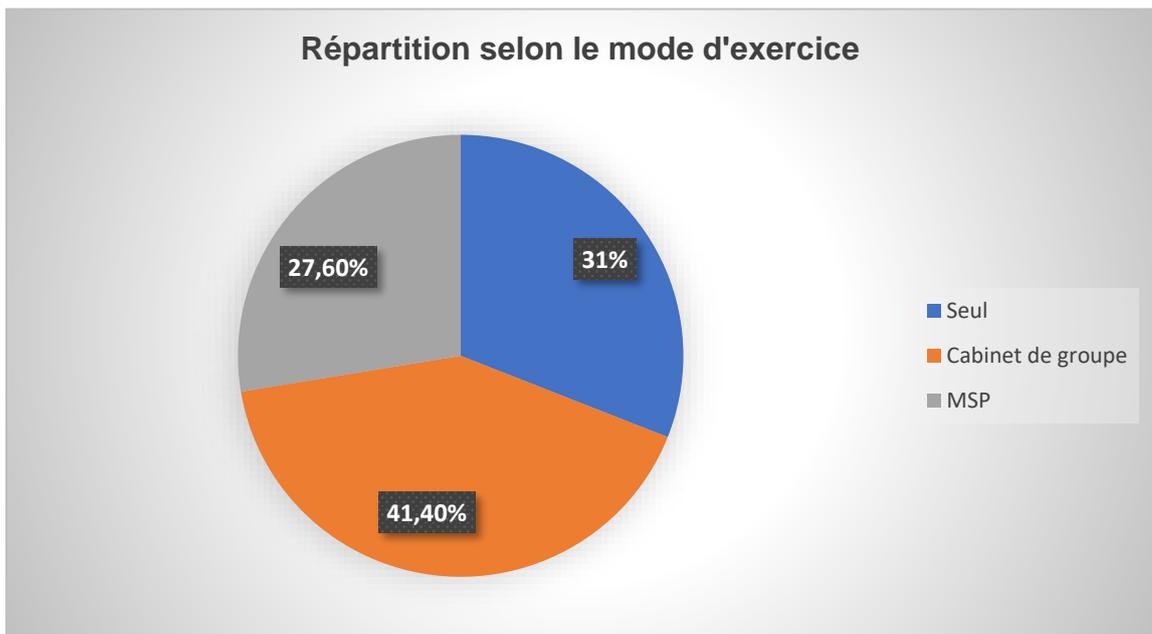
Graphique 3 : Répartition des participants selon le nombre d'années d'exercice

Ils effectuaient en moyenne 28,4 actes de médecine générale par jour travaillé.



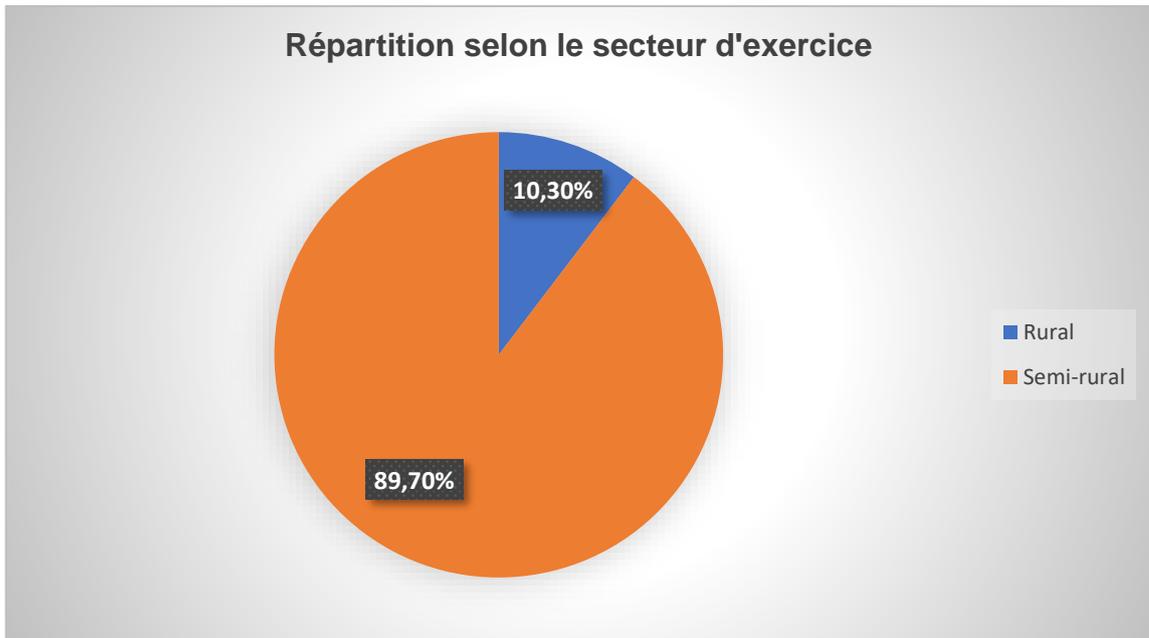
Graphique 4 : Répartition des participants selon le nombre d'actes par jour

Parmi les 29 médecins interrogés, 12 exerçaient dans un cabinet de groupe, soit 41,4% des participants.



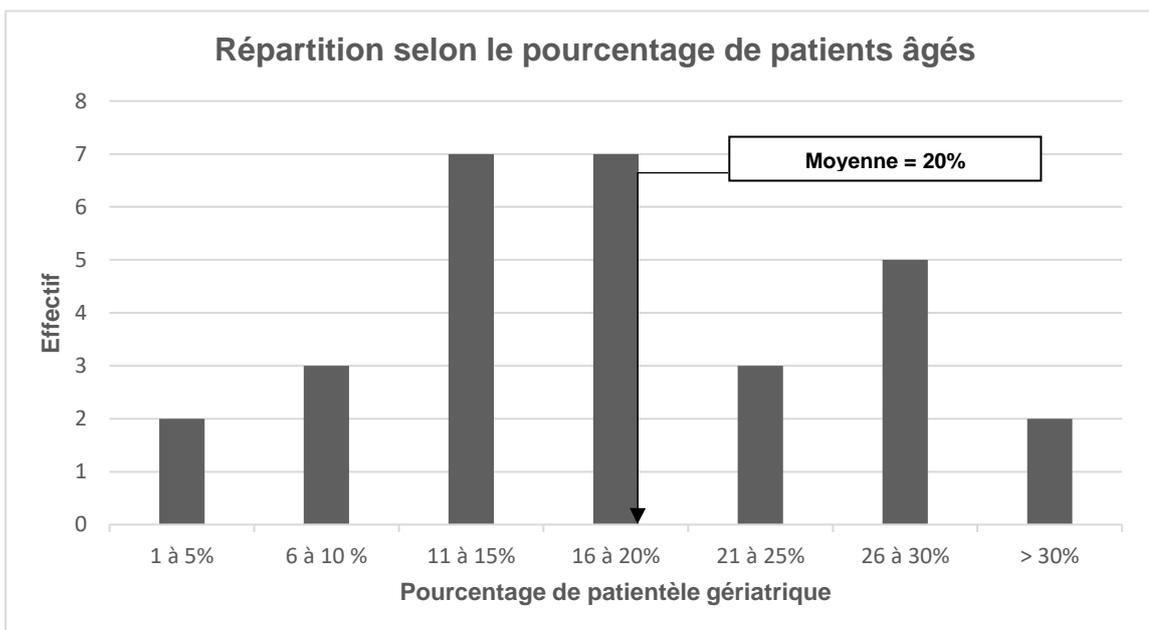
Graphique 5 : Répartition des participants selon le mode d'exercice

26 médecins sur 29 exerçaient en secteur semi-rural, soit 89,7%.



Graphique 6 : Répartition des participants selon le mode d'exercice

Les médecins participants estimaient avoir en moyenne 20% de patients gériatriques dans leur patientèle.



Graphique 7 : Répartition des participants selon leur patientèle gériatrique

C. Classification des freins à la déprescription par domaine

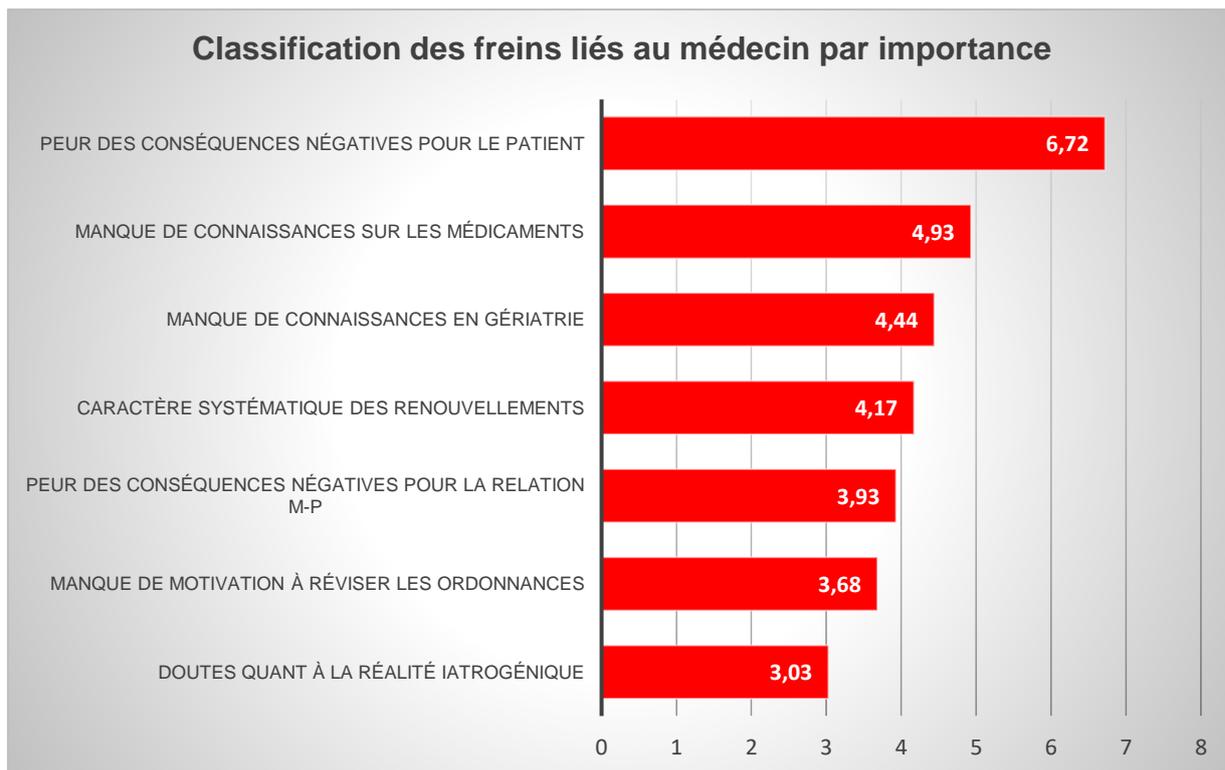
1. Domaine de freins liés au médecin

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Moyenne pondérée
Peur des conséquences négatives pour le patient	2	2	0	2	2	1	4	9	5	2	6,72 / 10
Peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient	7	4	1	3	7	2	3	2	0	0	3,93 / 10
Manque de connaissances sur les médicaments	5	1	1	3	7	6	3	0	1	2	4,93 / 10
Manque de connaissances en gériatrie	4	2	5	3	6	1	6	2	0	0	4,44 / 10
Caractère systématique des renouvellements d'ordonnance	6	4	3	3	5	1	2	4	1	0	4,17 / 10
Manque de motivation à réviser les prescriptions	8	3	5	3	2	3	3	1	1	0	3,68 / 10
Doutes quant à la réalité iatrogénique	11	4	5	1	5	0	1	0	2	0	3,03 / 10

Tableau 1 : Résultats de l'importance respective des freins à la déprescription liés au médecin

Parmi la liste des freins liés au médecin, la peur des conséquences négatives pour la santé du patient était prépondérante avec une moyenne pondérée de 6,72 sur 10.

Le frein ayant le moins d'importance dans cette catégorie était les doutes quant à la réalité iatrogénique chez la personne âgée polymédiquée, avec une moyenne pondérée de 3,03 sur 10.



Graphique 8 : Importance des freins liés au médecin selon la moyenne pondérée

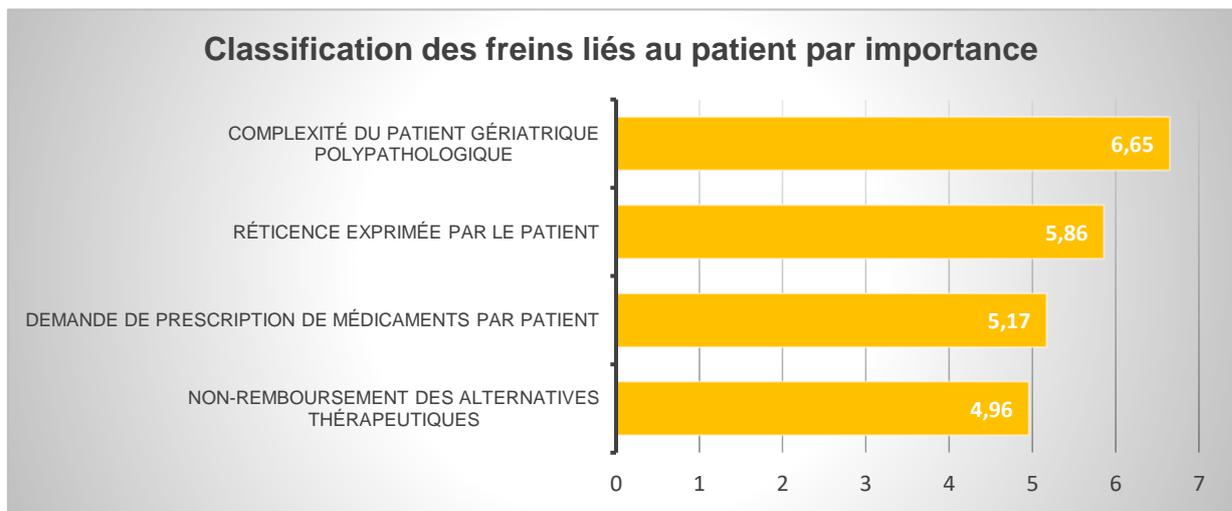
2. Domaine de freins liés au patient

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Moyenne pondérée
Réticence exprimée par le patient	1	1	3	2	5	6	3	5	2	1	5,86 / 10
Demande de prescription de médicaments par le patient	3	1	3	1	7	6	3	5	0	0	5,17 / 10
Complexité du patient gériatrique polypathologique	0	1	2	3	2	2	8	6	3	2	6,65 / 10
Non-remboursement des alternatives thérapeutiques existantes	4	2	5	1	5	4	2	2	2	2	4,96 / 10

Tableau 2 : Résultats de l'importance respective des freins à la déprescription liés au patient

Parmi la liste des freins liés au patient, la complexité du patient gériatrique polypathologique, justifiant une polymédication, était prépondérante avec une moyenne pondérée de 6,65 sur 10.

Le frein ayant le moins d'importance dans cette catégorie était l'absence de remboursement des alternatives thérapeutiques existantes actuellement, avec une moyenne pondérée de 4,96 sur 10.



Graphique 9 : Importance des freins liés au patient selon la moyenne pondérée

3. Domaine de freins liés à l'environnement

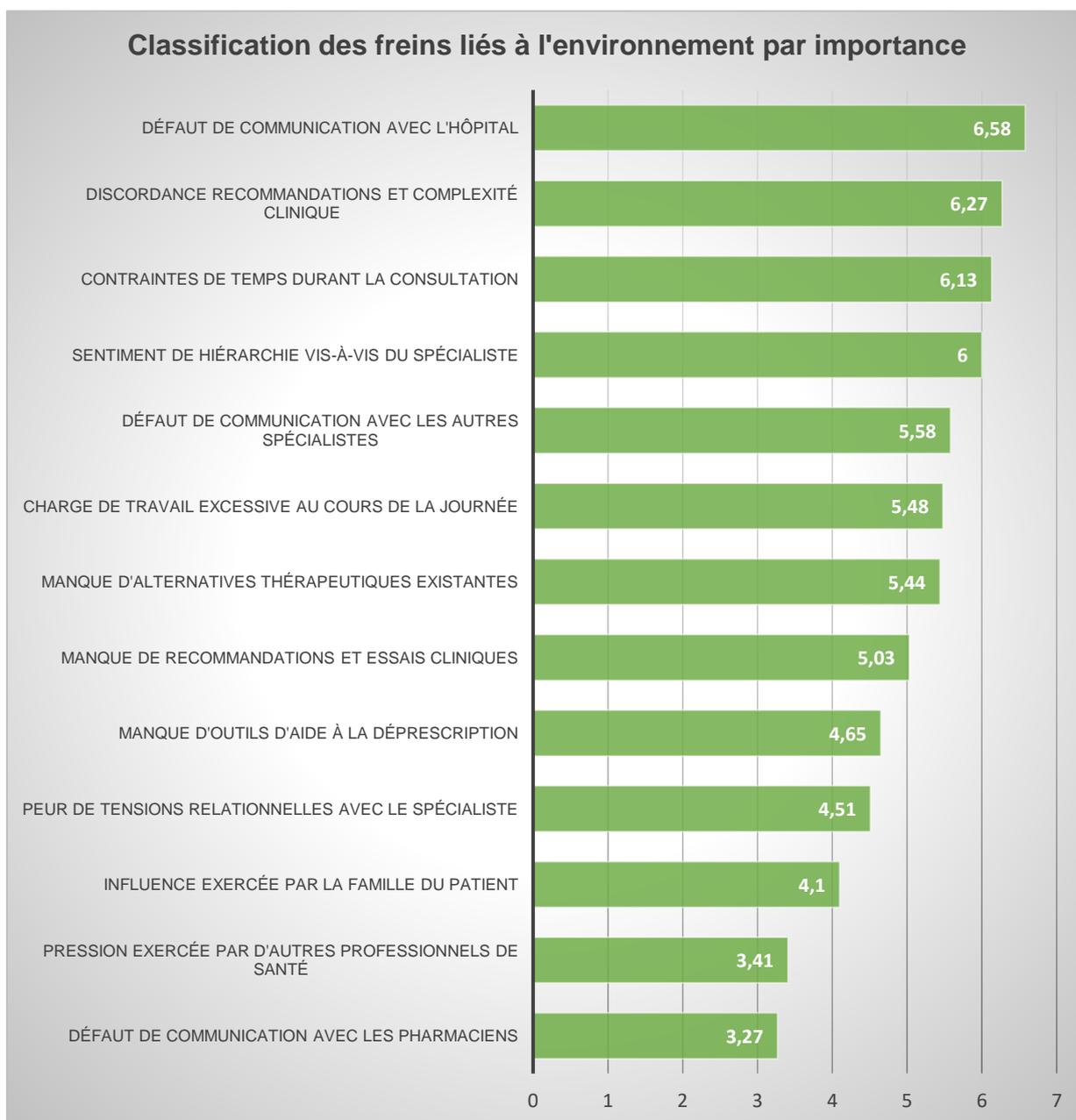
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Moyenne pondérée
Contraintes de temps durant la consultation	2	2	3	2	3	2	4	3	4	4	6,13 / 10
Charge de travail excessive au cours de la journée	4	2	1	5	1	3	5	4	2	2	5,48 / 10
Sentiment de hiérarchie vis-à-vis du spécialiste et ses prescriptions	2	1	2	1	4	5	6	5	2	1	6,0 / 10
Peur de tensions relationnelles avec le spécialiste	3	4	6	3	2	4	3	2	1	1	4,51 / 10
Défaut de communication avec les autres spécialistes	2	4	2	1	3	4	5	5	2	1	5,58 / 10
Défaut de communication avec l'hôpital	2	1	0	0	4	4	7	5	6	0	6,58 / 10
Défaut de communication avec les pharmaciens	6	9	4	2	4	0	2	1	1	0	3,27 / 10
Pression exercée par d'autres professionnels de santé	5	11	3	1	4	1	0	3	1	0	3,41 / 10
Influence exercée par la famille du patient	2	6	4	5	5	3	3	0	1	0	4,10 / 10
Manque de recommandations et essais cliniques	4	2	4	4	5	0	3	2	2	3	5,03 / 10
Discordance entre les recommandations et la complexité clinique	1	1	2	4	3	3	3	7	3	2	6,27 / 10
Manque d'alternatives thérapeutiques existantes	3	2	4	2	4	3	3	3	2	3	5,44 / 10
Manque d'outils d'aide à la déprescription	4	2	4	2	6	5	2	3	1	0	4,65 / 10

Tableau 3 : Résultats de l'importance respective des freins à la déprescription liés à l'environnement

Parmi la liste des freins liés à l'environnement, le défaut de communication avec l'hôpital était celui prépondérant avec une moyenne pondérée de 6,58 sur 10. Les deux freins suivants ayant le plus d'importance étaient la discordance entre les

recommandations et la complexité de la pratique clinique (6,27 sur 10) et les contraintes de temps pendant la consultation (6,13 sur 10).

Le frein ayant le moins d'importance dans cette catégorie était le défaut de communication avec les pharmaciens, avec une moyenne pondérée de 3,27 sur 10.



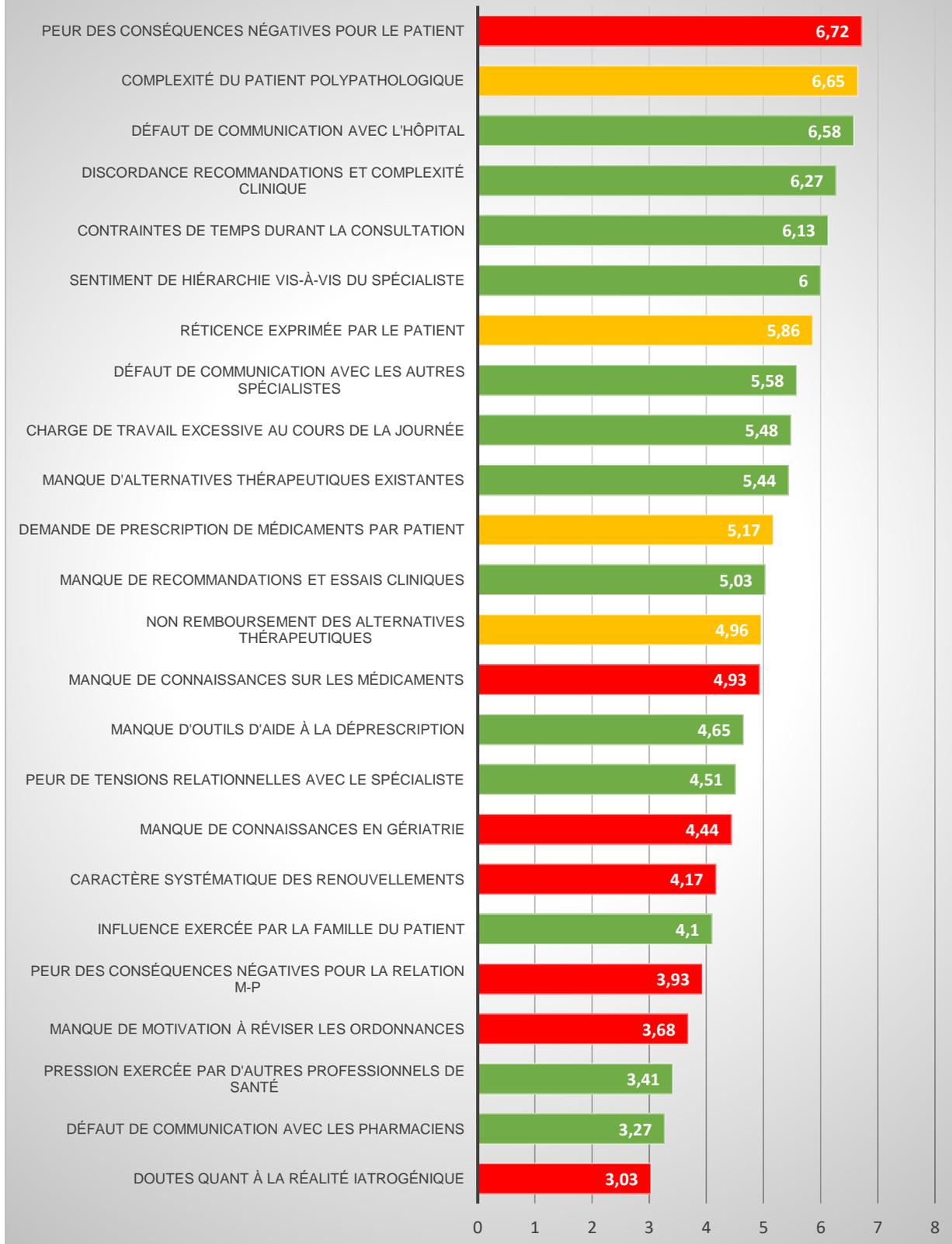
Graphique 10 : Importance des freins liés à l'environnement selon la moyenne pondérée

D. Classification des freins tout domaine confondu

Le frein le plus important tout domaine confondu était la peur des conséquences négatives pour la santé du patient, appartenant au domaine des freins liés au médecin. Le second frein était représenté par la complexité du patient polypathologique, qui justifie une polymédication, appartenant au domaine des freins liés au patient. En troisième position par ordre d'importance venait un élément qui dépend du contexte environnemental, le défaut de communication avec l'hôpital.

À noter également que parmi les dix premiers freins à la déprescription, sept étaient liés au contexte environnemental.

Classification des freins par importance

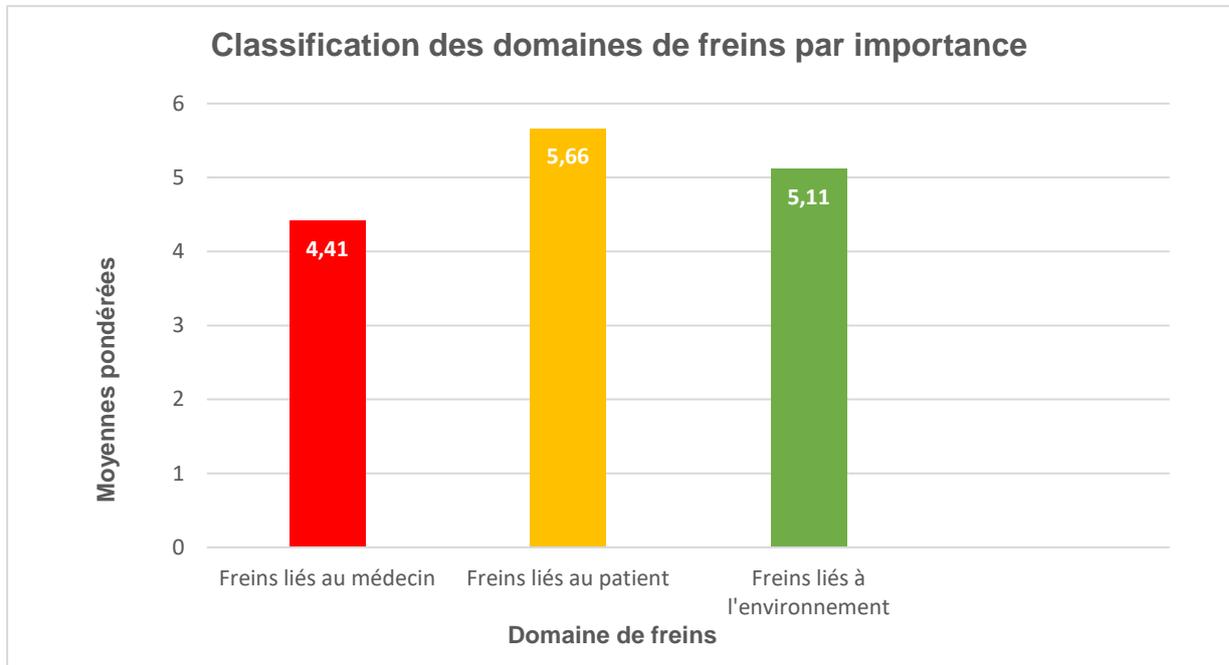


Graphique 11 : Importance des freins tout domaine confondu selon la moyenne pondérée

■ Freins liés au médecin ■ Freins liés au patient ■ Freins liés à l'environnement

E. Classification par domaine de freins

Le domaine de freins principal était celui lié au patient.



Graphique 12 : Importance des domaines de freins selon la moyenne pondérée

IV. Discussion

A. Critiques de l'étude

1. Faiblesses

L'ambition initiale de ce travail était de réaliser l'étude sur le territoire du Douaisis, soit à une échelle plus grande que celle actuelle. Malheureusement, nous n'avons pas pu obtenir la contribution de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) ni celle de l'Ordre des Médecins pour la diffusion du questionnaire. Ils n'acceptaient de nous aider que si l'étude portait sur le territoire régional des Hauts-de-France. Le but de ce travail était de mettre en place des solutions au décours et d'induire un changement de pratiques pour favoriser la déprescription. Cela nous paraissait plus judicieux de le faire à une échelle raisonnable et sur un territoire dont les caractéristiques étaient maîtrisées. Nous avons donc décidé de diffuser le questionnaire sur un territoire restreint comprenant 41 médecins généralistes. Néanmoins, il est possible que les principaux freins à la déprescription diffèrent d'un territoire à un autre, selon les spécificités locales, et qu'une approche par secteur soit davantage pertinente.

Un biais de sélection a pu être engendré, dans notre population source, selon l'interlocuteur contacté lors des appels téléphoniques. Le fait d'avoir appelé les médecins directement a pu les inciter davantage à répondre au questionnaire, en comparaison avec les médecins disposant d'un secrétariat téléphonique pour lesquels un simple message était produit, peut-être non relayé. En revanche, le choix de cette méthode d'appels a pu contribuer à améliorer le taux de participation, par rapport à une diffusion du questionnaire par voie informatique seule.

Il n'a pas été réalisé d'analyse comparative statistique qui aurait pu être intéressante pour déterminer s'il y avait des différences significatives selon le profil des médecins et la prépondérance de certains freins. L'étude ne cherchait pas à atteindre un tel objectif, mais juste à dégager les freins principaux. Un classement avec des échelles de Likert suffisait donc.

2. Forces

Le choix d'une étude quantitative des freins à la déprescription s'est justifié par le manque de données existantes dans la littérature, contrairement aux données qualitatives. Cela a permis de rendre original ce travail et d'apporter une vision nouvelle des obstacles à la déprescription, puisqu'il a permis de les classer selon leur implication respective. L'objectif final reste le même : les identifier, tenter d'y remédier et d'améliorer nos pratiques de prescription. Mais nous savons désormais comment les prioriser et sur lesquels agir en premier.

En ce qui concerne la méthode, nous avons d'abord relevé les freins à la déprescription connus dans la littérature. Une recherche bibliographique bien documentée en amont a contribué à les lister de manière fiable, puisque nous nous sommes appuyés sur une méta-analyse, qui a l'avantage d'avoir une forte puissance statistique.

Pour ce travail, nous avons opté pour une échelle ordinale telle que celle de Likert, permettant aux médecins interrogés de nuancer leurs réponses et de rendre précise cette classification des freins à la déprescription.

Enfin, notre étude se limite à un territoire restreint mais dont les spécificités sont bien connues du fait de l'existence d'une structuration de l'exercice coordonné en CPTS. Les actions d'optimisation des prescriptions seront plus facilement mises en place dans ce contexte. Le second avantage lié à ce choix d'un territoire limité est un fort taux de participation, de 70,7%, puisque chaque médecin inclus dans la population source a pu être contacté à plusieurs reprises. Cette forte participation a contribué à améliorer la pertinence de ce travail.

B. Résultats principaux

1. Les principaux freins à la déprescription selon les médecins généralistes de la Pévèle du Douaisis

Dans ce travail, nous avons cherché à identifier les principaux freins à la déprescription pour la personne âgée polymédiquée selon les médecins généralistes de la Pévèle du Douaisis.

Tout domaine confondu, le frein principal identifié était la peur des conséquences négatives pour le patient (moyenne pondérée de 6,72 sur 10), qui était donc prépondérante dans le domaine des freins liés au médecin.

Dans la catégorie des freins liés au patient, la complexité du patient gériatrique, avec ses pathologies souvent multiples qui justifient une polymédication, constituait l'obstacle principal pour parvenir à déprescrire des médicaments (moyenne pondérée de 6,65 sur 10).

Concernant l'environnement autour du patient et du médecin, les participants témoignaient principalement d'un défaut de communication avec l'hôpital qui engendrait des difficultés à déprescrire chez la personne âgée polymédiquée (moyenne pondérée de 6,58 sur 10).

Enfin, avec une moyenne de 5,66 sur 10, l'ensemble des freins liés au patient constituait le domaine de freins principal.

2. Les freins les moins importants

A l'opposé, plusieurs freins semblaient avoir une influence mineure selon les médecins généralistes interrogés.

Tout domaine confondu, les doutes éventuels quant à la réalité iatrogénique constituaient le frein ayant le moins d'importance (moyenne de 3,03 sur 10). Il appartenait au domaine de freins liés au médecin.

Dans le domaine de freins liés à l'environnement, le défaut de communication avec les pharmaciens ne représentait qu'un frein mineur (moyenne de 3,27 sur 10).

Pour la catégorie des freins liés au patient, le non-remboursement des alternatives thérapeutiques était le moins important avec une moyenne pondérée de 4,96 sur 10.

Le domaine de freins le moins important était celui lié au médecin (moyenne de 4,41 sur 10).

C. Comparaison aux autres travaux

Une étude réalisée sur 170 médecins à Parme a mis en évidence que 47% des participants avaient des difficultés à déprescrire lorsque cela s'opposait aux recommandations actuelles (16). La peur d'effets secondaires pour le patient était un obstacle à la déprescription pour 31% des médecins. Ces données étaient retrouvées dans notre étude mais avec une influence plus forte (cf tableau 1 : 21 médecins sur 29 ont donné une cotation > 5 sur 10 pour la peur des conséquences négatives pour le patient). Dans 45% des cas, les médecins se sentaient mal à l'aise pour déprescrire à cause de la réticence du patient.

Une étude qualitative néo-zélandaise visant à recueillir le témoignage de dix médecins généralistes a mis en évidence des freins très proches de ceux qui dominaient dans notre travail. A noter qu'ils rapportaient une nette influence des autres professionnels de santé et de la famille du patient, alors que ces deux freins semblaient mineurs ici (17).

En France, dans l'étude Polychrome (14), on notait une prépondérance de certains freins environnementaux très proches de notre étude. Les médecins mettaient en avant des difficultés de communication avec les spécialistes, un excès de recommandations difficilement applicables aux multiples pathologies du patient et des contraintes organisationnelles, notamment la répartition du temps de travail.

En revanche, nos données allaient à l'encontre d'autres études réalisées sur le territoire français. Le travail quantitatif de thèse de Sylvain Blesses a permis d'interroger, par l'intermédiaire de questionnaires, 100 médecins en Picardie afin

d'identifier les freins et déterminants à la déprescription. Le frein principal identifié était la difficulté d'acceptation par le patient (18).

Il en était de même dans le travail de thèse d'Emilie Goujon où le refus du patient représentait la cause principale d'échec à la déprescription (dans 68,5% des cas) (19). Le syndrome de sevrage ou rebond (qui compte parmi les conséquences négatives pour le patient) constituait un frein mineur à la déprescription, à l'origine de 5,9% des cas d'échec, de même que les contraintes de temps (4,1% des échecs).

Les discordances avec ces deux derniers travaux peuvent être liées au territoire en premier lieu. De plus, dans notre travail, la population source se distinguait par certains aspects :

- Nous n'avons obtenu que 24% de réponses de la part de femmes, alors qu'en France, selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 48,2% des médecins généralistes en activité régulière étaient des femmes en 2018, avec un ratio homme/femme de 1,07 seulement dans le Nord (20).
- Les médecins généralistes dans notre étude effectuaient 28,4 actes par jour en moyenne, contre une moyenne nationale de 22 actes par jour (21).
- Le pourcentage moyen de patientèle gériatrique était de 20%, supérieur à celui national (16% pour les hommes et 11% pour les femmes) (22).

Les résultats semblent donc être hétérogènes selon les territoires et les médecins généralistes qui y répondent. Ceux obtenus dans cette étude, sur la Pévèle du Douaisis, ne sont pas extrapolables à d'autres territoires.

D. Interprétation des résultats

1. Le médecin guidé par le « primum non nocere »

Le médecin généraliste est freiné dans sa tentative de déprescription par des recommandations qui lui paraissent peu applicables en pratique, face à des patients âgés, avec leurs spécificités et pathologies multiples. Cette discordance est une donnée courante dans la littérature (23). Le manque d'essais cliniques et l'exclusion fréquente des personnes âgées polypathologiques sont des notions qui y sont fréquemment associées, puisqu'elles remettent en cause la manière dont sont fondées ces recommandations (24). Il est même suggéré que l'application stricte de ces recommandations puisse avoir des effets indésirables pour ces patients (25). Ces éléments favorisent la crainte des médecins qui est révélée dans cette étude : la peur des conséquences négatives en arrêtant un médicament.

Les médecins dans notre étude sont bien convaincus du danger de la iatrogénie médicamenteuse, comme en témoigne la faible moyenne attribuée aux doutes quant à la réalité iatrogénique, en dernière position tout domaine confondu. Il ne s'agit pas non plus d'un problème de compétences médicales ni d'un manque de motivation à la déprescription puisque les freins qui s'y rapportent ne sont pas prépondérants. Les médecins interrogés ne semblent pas souffrir d'un manque d'outils d'aide à la déprescription.

Les médecins généralistes sont désireux et capables de déprescrire. Ils voudraient appliquer les recommandations existantes mais craignent de les mettre en pratique par peur de nuire aux patients en premier lieu. Cela nous amène à citer un principe fondamental de la médecine : primum non nocere.

On retrouve cette idée dans la thèse de Céline Boufflet, menée en Picardie, dans laquelle la volonté des médecins à déprescrire était marquée mais contrariée par un sentiment d'impuissance (26).

2. Le patient âgé, un allié potentiel à convaincre

a) Le patient au centre de la déprescription

Cette étude met évidence que le domaine principal de freins à la déprescription est celui lié au patient. Il en ressort un point essentiel : le patient est au centre de la prise en charge et du processus de déprescription.

Le premier obstacle à la déprescription lié au patient est la complexité de la personne âgée polypathologique. Les médecins généralistes prennent donc en compte la personne âgée dans sa globalité, avec une approche et une prise de décisions centrées sur elle.

Dans ce domaine de freins, on note que la réticence du patient ainsi que sa pression de prescription sont deux facteurs exerçant une influence modérée sur les tentatives de déprescription. C'est donc avant tout le profil du patient gériatrique polypathologique, fragile et à risque de décompensations, qui freine les médecins à stopper des médicaments. Mais la déprescription sous-entend aussi pour les médecins généralistes d'agir en prenant aussi en compte les attentes du patient : il s'agit d'une prise de décision avec et centrée sur la personne âgée.

b) Une population réticente à la déprescription

Une revue de la littérature permet de connaître le point de vue des patients vis-à-vis de la déprescription. Contrairement à ce que perçoivent les médecins dans notre étude, il est mis en valeur une bonne acceptation des patients, à condition qu'ils reçoivent des explications concernant cette démarche, notamment sur les bénéfices attendus. Ils ont besoin d'une bonne communication avec le prescripteur et d'être éduqués afin d'envisager une déprescription (27) (28). Le but est d'aboutir à une prise de décision partagée.

Chez les personnes âgées, il peut exister une angoisse à effectuer des changements de traitement par peur d'un déséquilibre de leur état de santé. Leur raisonnement diffère de celui de patients plus jeunes et ils peuvent connaître des difficultés à intégrer les notions de bénéfices et de risques médicamenteux (29) (30) (31).

C'est ce qui ressort de la thèse de Marine Guilluy Crest : les patients opposés à la déprescription sont des personnes âgées, vivant seules, avec une autonomie réduite. Elles craignent davantage d'effets indésirables et d'inconfort engendrés par l'arrêt d'un médicament que d'avantages potentiels. Sans compter sur le fait que la prescription de médicament « valide » d'une certaine manière la maladie ; c'est pourquoi le patient âgé attend une réponse médicamenteuse à ses plaintes (32).

Les médecins subissent d'autant plus cette pression de prescription car ils semblent gênés par le manque d'alternatives thérapeutiques disponibles (dixième frein sur vingt-quatre, tout domaine confondu) ou leur non-remboursement.

Les personnes âgées comptent donc parmi les patients les plus récalcitrants à la déprescription. On peut supposer que puisque le patient est lui-même réticent à voir ses médicaments suspendus, l'influence de sa famille sur ce processus est peu perceptible (moyenne pondérée de 4,1 sur 10).

3. L'influence de l'environnement

a) Des facteurs relationnels mis en cause

- Un défaut de communication ville-hôpital surtout perceptible en sortie d'hospitalisation

Les médecins généralistes rapportent un défaut de communication avec l'hôpital en premier frein à la déprescription lié à l'environnement.

Dans la littérature, ce défaut de communication ville-hôpital en rapport avec les thérapeutiques est souvent cité lors d'un passage du patient à l'hôpital (33). Une étude réalisée aux Etats-Unis a prouvé qu'une mauvaise communication des informations médicamenteuses à l'entrée ou à la sortie de l'hôpital est à l'origine de 46% des erreurs médicamenteuses (34). Ce risque de discordance médicamenteuse, aussi appelé écart de médication, augmente avec le nombre de médicaments (35). Au Royaume-Uni, 81% des médecins généralistes interrogés dans une étude se déclaraient insatisfaits des prescriptions de sortie hospitalières car imprécises ou inexactes (36). On retrouve jusque 40% d'écarts de médication involontaires à la sortie d'une hospitalisation (37).

En France, une étude a été menée par l'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) de Poitou-Charentes durant l'été 2019. Un échantillon de 238 ordonnances de sortie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers a été analysé, soit 657 médicaments, selon 9 critères de conformité jugés indispensables. Seules 62% des ordonnances rédigées par informatique et 57% à la main ont été retenues comme valides. L'OMEDIT a alors mis en place un dispositif de fiches recueillant les dysfonctionnements sur les prescriptions de sortie hospitalières, à compléter par les professionnels de santé libéraux. Les dysfonctionnements listés comprenaient notamment un défaut d'informations sur le traitement (la durée dans 19% des cas, la posologie pour 16%), des contre-indications pour le patient (4% des cas), un manque de lisibilité de l'ordonnance (9%), etc. Ils ont engendré des pertes de temps afin de rechercher les informations manquantes, des retards dans la prise des médicaments par le patient, voire la nécessité d'une consultation avec le médecin traitant ou une nouvelle hospitalisation (38). Une étude à partir de ce modèle a été menée en Haute-Normandie, toujours avec l'OMEDIT. Sur les 43 fiches de dysfonctionnements relevées, on retrouvait dans 75% des cas des erreurs de prescription (dont une absence de conformité pour 41% des ordonnances et une insuffisance d'informations pour 40%) avec des conséquences semblables (39).

L'échange d'informations doit également être satisfaisant lorsque le médecin généraliste adresse un patient à l'hôpital. Les courriers actuels sont considérés comme incomplets (40) et s'ils manquent de précision sur les traitements habituels du patient, ils peuvent être source d'erreurs lors du recueil des informations à l'hôpital.

- Des spécialistes multiples qui peinent à échanger

Plusieurs études qualitatives explorant les freins à la déprescription selon les médecins généralistes mettent en avant le manque de communication entre les spécialistes et soulignent pourtant leur importance (14) (29) (41). La qualité de leur communication est remise en question : qualité des courriers mutuels, délai de réception, suivi des recommandations émises par le spécialiste, etc. (42). Il semble tout de même que l'informatisation, avec notamment le développement des messageries sécurisées depuis quelques années, améliorent cette situation (43).

On retrouve l'idée d'un sentiment de hiérarchie vis-à-vis du spécialiste dans certains travaux, notamment pour les médecins jeunes et moins expérimentés (29) (44). Ce frein est dans notre étude plus important encore que le défaut de communication avec les autres spécialistes (moyenne pondérée de 6 sur 10 contre 5,58 sur 10) : serait-ce en lien avec les caractéristiques propres des médecins du territoire de la Pévèle du Douaisis ? Il nous semble évident que le concours des Epreuves Classantes Nationales en fin de deuxième cycle des études médicales contribue à cette idée de hiérarchie, avec des postes de médecine générale principalement pourvus en deuxième partie de classement. Le médecin généraliste peut ainsi percevoir un sentiment d'infériorité vis-à-vis des autres spécialistes. Nous pouvons nous réjouir d'un changement progressif des tendances, puisqu'en 2019, la médecine générale a pris la cinquième position des spécialités choisies par les 1000 premiers étudiants au classement (45). L'adoption du statut de spécialiste et la reconnaissance universitaire de cette filière contribuent à valoriser la médecine générale et à lutter contre cette idée d'infériorité de la médecine générale vis-à-vis des autres spécialités.

En parallèle, on sait qu'un patient polypathologique bénéficie souvent d'un suivi avec plusieurs spécialistes, possiblement prescripteurs. Une étude menée par l'organisme de pharmacovigilance Open Health en France en 2017 nous apprend que pour les 154 292 personnes âgées polymédiquées identifiées, on comptait en moyenne 2,6 prescripteurs (46). Cette pluralité d'intervenants favorise donc la polyprescription et la polymédication associée.

Face à ces intervenants multiples, le médecin généraliste se positionne en tant que coordinateur du parcours de soins du patient. Pour cette mission, il doit recevoir toutes les informations des autres professionnels de santé, aussi bien spécialistes libéraux que praticiens hospitaliers (résultats d'examen, compte-rendu d'hospitalisation, courriers d'autres spécialistes, etc.). Cette centralisation favorise la cohérence dans la prise en charge de la personne âgée polypathologique. Sur le plan thérapeutique, cela permet d'évaluer l'intégralité du traitement chronique et d'éviter les erreurs médicamenteuses potentielles : limiter les redondances de classe, les interactions médicamenteuses et les contre-indications potentielles si la totalité du traitement n'est pas connu.

b) L'organisation du cabinet à optimiser

De nombreux médecins citent les contraintes de temps comme un facteur péjoratif pour réussir une déprescription (17) (29) (41). Dans notre étude, la distinction a été faite entre contraintes de temps durant la consultation et charge de travail excessive sur la journée, ces deux notions n'étant pas forcément intriquées.

Les médecins généralistes répartissent leur temps de travail entre les consultations « chroniques » et celles dites « aiguës ». La déprescription s'envisage surtout lors de consultations de suivi des personnes âgées polypathologiques ; elle appartient au temps consacré aux consultations dites chroniques. Les contraintes de temps durant ces consultations s'expliquent probablement par la nécessité de gérer le suivi de chaque pathologie indépendamment, avec une durée de consultation égale aux autres, laissant peu de temps pour envisager une déprescription. La charge de travail au cours de la journée est liée non seulement à ces consultations chroniques, mais aussi à la demande quotidienne de gestion de pathologies aiguës. En période épidémique par exemple, ces consultations sont plus nombreuses et peuvent engendrer des difficultés organisationnelles au cabinet. Cette notion est évoquée dans l'étude Polychrome (14). Une étude au Danemark a prouvé que les différences organisationnelles (structure de pratique et charge de travail notamment) expliquent jusque 56% de variations de prescription chez les personnes polymédiquées (47).

Il convient de spécifier que si la charge de travail excessive prend la neuvième place des freins tout domaine confondu dans ce travail de thèse, ce résultat peut être influencé par la moyenne d'actes quotidiens plus élevée que celle nationale.

Pour conclure sur le plan environnemental, les données témoignent bien d'un défaut de communication des médecins généralistes avec l'hôpital et les autres professionnels de santé en ville. Comme expliqué, il peut engendrer des erreurs de médication et une perte de temps afin de rechercher les informations correctes et pouvoir assurer la continuité et la coordination des soins. Or, cette contrainte de temps pour les médecins généralistes en consultation et au cours de leur journée représente

également un frein important. Nous pouvons supposer que ces deux facteurs se potentialisent et limitent encore les tentatives de déprescription par le médecin.

E. Propositions et perspectives

1. Accompagner les médecins généralistes dans le processus de déprescription

a) L'accompagnement au changement de pratiques

Pour lutter contre la peur de déprescrire des médecins généralistes, il faut les accompagner et les rassurer dans la démarche de déprescription.

Face à la complexité de ce processus, l'accompagnement au changement de pratiques semble être une notion clé. Il s'agit de faire collaborer et interagir des professionnels de santé pour échanger, réfléchir sur une problématique complexe concernant leur pratique professionnelle. Les participants évoquent leurs difficultés au quotidien, leurs doutes, leurs habitudes vis-à-vis de cette pratique, en étant guidés par un tiers. Le but est d'adopter un regard critique sur leur travail, celui des autres et d'émettre des solutions et tenter d'optimiser ensemble cette pratique (48). Le tiers a pour mission de soutenir les participants : il les incite à s'exprimer, à persévérer, organise le discours et les étapes pour les guider vers un modèle de changement de pratiques.

Cela pourrait tout à fait s'appliquer au thème de la déprescription sur le territoire étudié. Nous pourrions, après ce travail de thèse, faire un état des lieux de la manière dont les praticiens interrogés déprescrivent et leur citer les perspectives envisagées.

Ils pourraient choisir eux-mêmes celles qui leur semblent les plus pertinentes à mettre en place, les plus à même de résoudre les difficultés soulevées et identifiées dans ce travail de thèse.

b) La place des outils d'aide à la déprescription à définir

Les outils d'aide à la déprescription sont nombreux mais la version 2 des critères STOPP and START est régulièrement citée comme facile d'utilisation, pratique et dotée d'une bonne sensibilité pour réviser les ordonnances (49) (50) (51) (52). Leur utilisation est parfois citée comme une des solutions aux difficultés de déprescription (53).

Une étude menée dans les départements du Rhône et Bouches-du-Rhône sur 100 médecins a montré que les critères STOPP and START étaient peu connus et utilisés et que seule une minorité des médecins étaient prêts à les employer dans leur pratique (54).

Dans notre travail, le manque d'outils d'aide à la déprescription ne semble pas être un frein majeur aux yeux des médecins participants. On pourrait s'interroger sur le niveau de connaissances de ces outils par les médecins de la Pévèle du Douaisis, en particulier les critères STOPP, et sur leur utilisation éventuelle dans la pratique quotidienne. Il est cependant possible que ces outils soient perçus par les médecins généralistes à nouveau comme des recommandations générales, inadaptées à une prise en charge centrée sur le patient et ses spécificités.

c) La déprescription en pluriprofessionnalité

Si la réponse à la peur de déprescrire n'est pas celle d'outils d'aide à la déprescription, nous pourrions envisager de développer davantage les prises de décision en groupe pour l'arrêt de médicament. Ces projets de déprescription pourraient se faire de manière individualisée pour chaque patient, entre plusieurs médecins ou en pluriprofessionnalité. L'aide des gériatres serait précieuse pour cette tâche. Le pharmacien semble être également un allié pour cette mission, grâce à ses connaissances pharmaceutiques, d'autant que la communication avec lui n'est pas un obstacle pour les médecins interrogés dans cette étude.

Ce type d'intervention a déjà fait ses preuves sur la réduction du nombre de médicaments (55) (56). L'étude Polychrome a permis une réduction du nombre de médicaments, avec diminution des contre-indications et interactions médicamenteuses, grâce à un groupe d'experts pluriprofessionnels (14).

Le fonctionnement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) se prêterait tout particulièrement à ces projets de déprescription en pluriprofessionnalité. Il serait intéressant de développer ces projets au niveau des MSP du secteur étudié et d'évaluer les conséquences d'une telle pratique, à court et à long terme.

2. Le patient âgé, un partenaire précieux à sensibiliser

La réticence et la pression de prescription de la personne âgée sont des facteurs modifiables, contrairement à sa complexité clinique. Nous pouvons donc les

envisager comme des leviers afin de limiter les freins liés aux patients lors des tentatives de déprescription.

a) Les enjeux

L'information du patient sur son traitement et son adhésion sont essentielles car elles améliorent l'observance thérapeutique (57). La connaissance de son traitement par un patient est un atout pour les professionnels de santé s'il existe un défaut de communication entre eux, d'ailleurs mis en évidence dans ce travail. Lors d'une hospitalisation, on peut imaginer que si le patient est capable de citer tous les médicaments pris, il en résulte une diminution des risques d'écarts de médication précédemment cités.

b) Les moyens : la prise de décision partagée

Les personnes âgées sont tout aussi capables qu'une population plus jeune de participer à des prises de décision en ce qui concerne leur santé et ont, de la même manière, besoin d'être informées par le médecin. Cela sous-entend pour le médecin d'engager avec elles la discussion sur la déprescription, qui leur est d'ailleurs souvent méconnue (30). Le médecin estime que la déprescription ne correspond pas aux attentes des patients (29). Orienter la consultation sur ce thème doit donc lui sembler difficile, d'autant plus avec des personnes âgées polymédiquées dont la réticence est particulièrement marquée. Il doit aussi s'adapter à cette population, en levant les obstacles à la communication : hypoacousie, ralentissement cognitif, troubles de l'élocution notamment. Pour cela, il doit leur accorder du temps. L'accompagnement

et l'implication des proches peut aussi être une piste d'amélioration pour la compréhension et l'aide à la prise de décision (30).

Lors d'une prise de décision partagée, il est important de toujours présenter au patient les différentes options possibles et s'assurer de leur exacte compréhension. Certaines personnes âgées, parfois plus habituées à un modèle paternaliste de la relation médecin-patient, n'ont pas toujours notion de l'existence d'autres options et de la possibilité d'une prise de décision partagée (58). Cette décision partagée est essentielle car les personnes âgées ont souvent des attentes vis-à-vis des traitements qui diffèrent des plus jeunes. Elles ne raisonnent pas forcément en termes d'espérance de vie mais privilégient souvent la qualité de vie, ce qui explique leur réticence (30). Il s'agit donc pour le praticien de mettre en valeur cet aspect lorsqu'il entame le processus de déprescription d'un médicament.

Les personnes âgées ont des capacités de compréhension des bénéfices et risques très variables et ont tendance à s'appuyer davantage sur les effets positifs. Les représentations graphiques des risques liés à un médicament (pictogrammes, graphiques, chiffres, etc.) peuvent être un outil très intéressant en pratique pour lever la réticence du patient à la déprescription car elles sont généralement bien comprises (59). Au Canada, dans le cadre d'une étude, des personnes âgées polymédiquées ont reçu des brochures informatives sur les dangers liés à la prise de certains médicaments, considérés comme inappropriés. Après 6 mois, il existait une diminution de leur consommation (60). Certaines brochures disponibles sur Internet visant à éduquer les patients sur l'arrêt des médicaments inappropriés peuvent s'avérer utiles (61). Ce modèle pourrait être repris avec des brochures d'information uniformisées créées avec les médecins de la Pévèle du Douaisis. Les infirmiers de santé publique

Asalée, spécialisés en éducation thérapeutique, sont des acteurs qui pourraient aussi être sollicités pour ce travail.

3. Améliorer la communication entre les acteurs de santé

Notre travail a permis de repérer que sur le territoire de la Pévèle du Douaisis, des défauts de communication avec les autres acteurs de santé, aussi bien hospitaliers que libéraux, influençaient négativement la déprescription. Quelles pistes d'amélioration sont alors envisageables ?

a) La communication ville-hôpital

- Sensibiliser aux besoins réciproques

La première voie d'amélioration consiste en une transmission d'informations de qualité en amont et en aval d'une hospitalisation d'un patient. Un décret publié en juillet 2016 (décret n°2016-995) la rend obligatoire mais elle est perfectible.

On pourrait envisager de sensibiliser davantage les praticiens hospitaliers aux besoins du médecin généraliste, d'améliorer leur connaissance de cette spécialité, afin qu'ils comprennent les enjeux d'un bon échange d'informations entre l'hôpital et la ville.

Les médecins généralistes doivent comprendre que cette qualité d'échange doit être réciproque et réaliser des courriers satisfaisants en cas d'hospitalisation d'un de leurs patients, avec une transcription précise des traitements pris.

- Valoriser l'utilisation du Dossier Médical Partagé

Ce travail pourrait être facilité grâce au Dossier Médical Partagé (DMP). Disponible grâce à la carte vitale, il a pour vocation de regrouper les données médicales d'un patient afin de faciliter leur partage entre professionnels de santé et structures de soins. Le développement de cet outil est un projet en date de 2004 mais il a subi des difficultés à sa mise en place et un accueil mitigé du corps médical à ces débuts. Il bénéficie d'une nouvelle dynamique depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016. L'Assurance Maladie en a désormais la gestion et a entamé une campagne de promotion de ce « carnet de santé numérique » en 2018. Fin 2019, on comptait 8 millions de DMP créés et une approbation des professionnels de santé qui étaient près d'un sur deux à le consulter régulièrement (62). Chaque professionnel de santé intervenant autour du patient ainsi que le patient lui-même sont invités à compléter son DMP. Les hôpitaux jouent le jeu également et contribuent à l'enrichir.

- Renforcer le lien ville-hôpital

La Fédération Hospitalière de France (FHF) a publié en 2018 un rapport dont le but est de renforcer le lien ville-hôpital (63). Plusieurs propositions peuvent s'appliquer à la thématique médicamenteuse abordée dans ce travail.

- De la même manière que le patient déclare un médecin traitant à l'Assurance Maladie, il serait pertinent qu'il puisse indiquer une pharmacie référente, voire un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) référent. Les traitements

habituels pourraient être facilement transmis aux médecins hospitaliers par la pharmacie ou l'IDE référents et inversement pour ceux de sortie.

- Élaborer des protocoles communs pour les praticiens hospitaliers et libéraux au niveau local. On pourrait justement l'envisager pour la rédaction des courriers d'entrée et de sortie d'hospitalisation ou pour leur diffusion. L'adoption de tels protocoles présente l'avantage de mieux cerner et comprendre les attentes de chaque parti.
- Simplifier les échanges avec les spécialistes hospitaliers par une ligne téléphonique d'accès direct. Sur la Pévèle du Douaisis, l'hôpital de Douai a mis en place un annuaire avec les numéros d'accès direct aux spécialistes. Cela pourrait s'appliquer aux autres hôpitaux du secteur.
- Développer un système d'information commun entre l'hôpital et les professionnels de ville. Actuellement, la communication se fait principalement par le biais d'une messagerie sécurisée pour transmettre les courriers de sortie d'hospitalisation. Un système d'information via une plateforme web pourrait permettre aux médecins libéraux d'accéder en temps réel aux informations concernant le séjour hospitalier du patient (pathologies explorées, modifications thérapeutiques par exemple), voire d'y ajouter des données.
- Favoriser les projets communs entre les réseaux hospitaliers (Groupements Hospitaliers Territoriaux (GHT)) et les réseaux de ville (CPTS). Un des

projets pourrait être de développer avec des gériatres des hôpitaux du Douaisis des réunions de concertation pluridisciplinaire, avec notamment des médecins généralistes et pharmaciens libéraux, visant à effectuer des réévaluations thérapeutiques centrées sur la personne âgée polymédiquée. On pourrait même envisager des consultations spécialisées de gériatrie pour les patients âgés polymédiqués au sein de cabinets de ville, tels que les MSP. Le gériatre pourrait faire part en particulier de propositions d'optimisation des ordonnances.

- Développer la transmission de la conciliation médicamenteuse

Une autre perspective serait de tenir informé le médecin généraliste des conclusions de la conciliation médicamenteuse réalisée lors d'une hospitalisation. La conciliation médicamenteuse permet d'optimiser les prescriptions médicamenteuses (64). Les fiches de conciliation de sortie, précisant les modifications réalisées et les raisons, favorisent le maintien dans le temps de cette optimisation (65). Différentes études ont montré un accueil favorable de ce processus par les médecins généralistes (66) (67). Ce modèle pourrait être reproduit sur le territoire de la Pévèle du Douaisis.

b) La communication entre spécialistes

Le DMP contribue à améliorer la communication entre les différents spécialistes. Il en est de même pour le développement des messageries sécurisées permettant un échange rapide.

Une proposition permettant à la fois d'améliorer la communication et de lutter contre le sentiment de hiérarchie des médecins généralistes vis-à-vis des spécialistes serait de renforcer les formations médicales continues à l'échelon local. Elles se réalisent par exemple sous forme de soirées où les praticiens du secteur, toute spécialité confondue, peuvent réaliser des présentations ou faire appel à des intervenants extérieurs. Il y a là un partage des connaissances réciproque et un échange qui pourraient favoriser la compréhension mutuelle des praticiens. Nous supposons que le développement de cette pratique sur la Pévèle du Douaisis aurait une influence positive sur le degré de communication et renforcerait l'idée d'un travail conjoint entre spécialistes, dans l'intérêt du patient.

c) Le rôle essentiel du pharmacien

Le pharmacien, à l'origine de la délivrance des médicaments, est essentiel dans le parcours de soins du patient. Il s'assure de la sécurité des traitements prescrits en détectant des contre-indications et interactions médicamenteuses potentiellement à risque. Il dispose de connaissances pharmaceutiques précieuses et constitue ainsi un partenaire privilégié dans le processus difficile de déprescription. En 2017, la HAS a confié aux pharmaciens la mission de réaliser des bilans de médication pour les personnes de plus de 75 ans ou 65 ans avec une Affection Longue Durée (ALD). Le pharmacien réalise une analyse des médicaments du patient après recueil des informations médicales, émet des propositions d'intervention pharmaceutique qu'il adresse au médecin traitant sous forme de synthèse par messagerie sécurisée ou via le DMP. Si ce dernier les approuve, le pharmacien informe alors le patient des changements effectués (68). Le principe est semblable à celui des conciliations

médicamenteuses hospitalières, mais les bilans de médication sont réalisés en ville. On peut tout de même regretter que les contacts entre le pharmacien et le médecin soient limités à des échanges indirects et s'interroger sur la place du patient : s'il s'agit d'un bilan centré sur le patient, s'agit-il de décisions prises avec lui ? Il semble plus pertinent que ces bilans soient réalisés lors de réunions en pluriprofessionnalité et que le médecin généraliste présente au patient lors d'une consultation ultérieure les propositions d'optimisation émises, afin de ne pas l'écarter de la prise de décisions.

Le pharmacien tient un rôle essentiel également dans l'échange d'informations entre professionnels de santé grâce au Dossier Pharmaceutique (DP). Issu du DMP, le DP est apparu avec la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé. Il est disponible sur la carte vitale des patients et permet de relever les médicaments pris sur les quatre derniers mois. Le pharmacien de ville est responsable de sa création et de sa gestion. Il peut s'assurer de l'absence d'interaction médicamenteuse, de contre-indication ou redondance avec d'autres traitements et proposer des alternatives thérapeutiques, qui semblent manquer selon les médecins interrogés dans notre étude. Cet outil est désormais accessible aux praticiens et pharmaciens hospitaliers et favorise à la fois la communication entre les professionnels de santé et entre la ville et l'hôpital (69). Ses principales limites actuellement sont l'exclusion des médicaments obtenus sans ordonnance et l'absence d'indication sur les posologies.

En 2018, 60% de la population française seulement bénéficiaient du DP mais ce taux atteignait 75% chez les plus de 75 ans (70). Malheureusement, le constat actuel n'est pas satisfaisant en termes d'échange avec les structures hospitalières : seulement 17% des pharmacies hospitalières peuvent utiliser le DP (nécessité d'une

redevance à verser au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens) et parmi elles, 40% ne l'ont pas utilisé en 2018.

Malgré quelques points perfectibles, le DP s'avère être un outil prometteur et mériterait d'être davantage répandu.

4. Valoriser le temps consacré à la révision d'ordonnances

Le temps, évoqué à plusieurs reprises dans ce travail, est une notion fondamentale, indissociable de la possibilité de déprescrire.

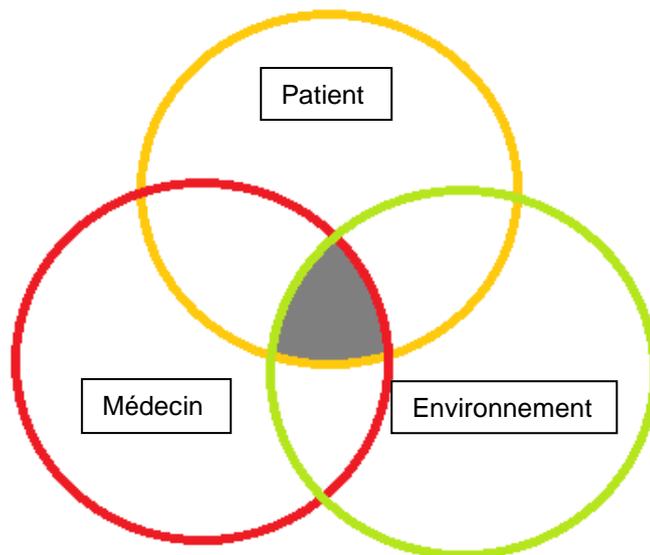
Des travaux suggèrent l'intérêt d'une rémunération spécifique annuelle pour les consultations de suivi des personnes âgées polymédiquées, afin de consacrer le temps nécessaire à une révision d'ordonnances sans s'inquiéter d'une perte financière (29). Cette rémunération spécifique existe pour les bilans de médication réalisés par le pharmacien. Elle pourrait s'envisager également pour le médecin généraliste.

Il serait intéressant de recueillir le témoignage des médecins généralistes installés en MSP sur l'existence ou non d'un gain de temps lors d'un travail en pluriprofessionnalité. Les réunions de concertation individualisées pour chaque personne âgée polymédiquée pourraient être chronophages, mais l'efficacité des actions de santé mises en place en serait améliorée.

Nous pouvons aussi nous interroger sur la manière d'optimiser les conditions de travail au cabinet, afin qu'elles soient propices à une possibilité de déprescription.

F. Synthèse et perspectives

Toutes ces données témoignent du fait que la problématique de la déprescription est complexe. Il s'agit d'un processus plurifactoriel, qui engage trois grands domaines : le médecin, le patient et l'environnement. Sa difficulté de réalisation est liée à l'intrication de ces trois domaines.



Par analogie, on peut créer une conceptualisation très proche de celle de l'Evidence-Based Medicine (EBM). On retrouve les domaines liés au patient, au médecin et à l'environnement, qui inclut les données de la recherche (troisième domaine dans l'EBM). On aboutit ici à la prise de décision suivante : la déprescription.

Ce travail a ouvert des voies pour déprescrire davantage et ainsi réduire le risque iatrogénique. La déprescription s'inscrit dans un cadre plus général de révision

d'ordonnances visant à améliorer leur pertinence. Une ordonnance peut être sous-optimale pour 3 raisons :

- « Overuse » : la surutilisation de médicaments, liée à une prescription de médicaments non efficaces ou non indiqués.
- « Misuse » : la mauvaise utilisation, liée à une prescription inappropriée, concerne des médicaments dont le rapport bénéfice/risque est défavorable (exemple des benzodiazépines au long cours ou des hypnotiques) ou des médicaments indiqués mais mal prescrits (galénique inadéquate, posologie non correcte, durée inadaptée, etc.).
- « Underuse » : la sous-utilisation d'un médicament, pourtant indiqué au vu de la pathologie de la personne âgée. Il s'agit d'une notion essentielle car fréquente en pratique. Selon les études, elle peut concerner jusque 70% des patients (71) (72). Les principales classes médicamenteuses concernées sont celles visant à lutter contre l'ostéoporose (Vitamine D et biphosphonates), contre l'insuffisance cardiaque ou les coronaropathies (béta-bloquants, aspirine, Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC)), contre les arythmies (Anti-Vitamines K), ou encore les antidépresseurs et les antalgiques (morphiniques pour les douleurs cancéreuses). Les critères START sont des outils qui visent à lutter contre cette sous-médication.

La déprescription peut s'appliquer aux catégories de l'« overuse » et du « misuse » mais pas sur la troisième, l'« underuse ». Elle ne représente donc qu'un des axes possibles à l'optimisation des ordonnances.

La prise en compte de la sous-médication dans l'optimisation des ordonnances est essentielle également. Il est possible que ce soit une des raisons pour laquelle les études peinent à montrer une réduction de la mortalité ou une amélioration de la qualité de vie en cas de déprescription. (73) (74) (75).

V. Conclusion

La polymédication est un phénomène croissant depuis plusieurs décennies, notamment chez la personne âgée, en raison des pathologies multiples qui lui sont fréquemment associées. Elle engendre chez cette population une morbi-mortalité bien documentée. La plupart des accidents iatrogènes est pourtant considérée comme évitable. Une des solutions envisagées est d'améliorer la pertinence des ordonnances et notamment de tenter de réduire les prescriptions médicamenteuses. Le but de ce travail était d'identifier les principaux freins à la déprescription pour les personnes âgées polymédiquées selon les médecins généralistes de la Pévèle du Douaisis.

La peur des conséquences négatives pour le patient a été identifiée comme frein principal à la déprescription. D'autres freins semblaient être impliqués dans les difficultés pour les médecins généralistes à déprescrire, notamment la complexité du patient polypathologique et un défaut de communication avec l'hôpital. Le domaine de freins principal était celui lié au patient. Il existait donc une intrication entre trois grands domaines de freins : ceux liés au médecin, au patient et à l'environnement.

Les perspectives envisagées pour améliorer les tentatives de déprescription sont nombreuses. La peur des conséquences négatives pour le patient pourrait être atténuée par l'accompagnement des médecins aux changements de pratique. La déprescription en pluriprofessionnalité est une autre piste d'amélioration à encourager.

Pour parvenir à déprescrire, le médecin généraliste doit inclure la personne âgée polymédiquée dans sa globalité, la placer au centre de la prise en charge et travailler conjointement avec elle.

Enfin, le médecin généraliste a besoin de mieux communiquer avec les autres spécialistes, aussi bien libéraux que praticiens hospitaliers. Une communication optimale entraîne un gain de temps, qui est un facteur nécessaire pour réussir une déprescription chez la personne âgée polymédiquée.

La déprescription est nécessaire mais non suffisante pour améliorer la pertinence des ordonnances. Leur optimisation nécessite de prendre en compte d'autres éléments, dont la sous-médication.

« Ce n'est pas un art de peu d'importance que de prescrire correctement des médicaments, mais c'est un art d'une bien plus grande difficulté que de savoir quand les arrêter ou ne pas les prescrire. » Philippe Pinel (1745-1826)

VI. Bibliographie

- (1) Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8
- (2) WHO (2004). "A glossary of terms for community health care and services for older persons". In Aging and Health Technical Report
- (3) Duerden M, Payne R, Avery T. Polypharmacy and Medicines Optimisation. King's Fund Report, November 2013. 2013.
- (4) HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Septembre 2014
- (5) Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16
- (6) Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004). Juillet 2018
- (7) Beuscart JB, Dupont C, Defebvre MM, Puisieux F. Potentially inappropriate medications (PIMs) and anticholinergic levels in the elderly:A population based study in a French region. Arch Gerontol Geriat. 2014;59:630-635

- (8) Labetoulle M. La iatrogénie : quelle ampleur, pourquoi et comment la réduire ? /data/revues/01815512/v32i1/S0181551208000168/ [Internet]. 26 févr 2009 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/201997>
- (9) AFSSAPS. Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aec3f1985.pdf
- (10) Pharmacocinétique chez le sujet âgé - EM|consulte [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/144657>
- (11) Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci. avr 2002;24(2):46-54
- (12) Seymour DG, Campbell SE, Primrose WR, Team AcmeP. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. Age Aging. 2004;33:110-5
- (13) Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy Status as an Indicator of Mortality in an Elderly Population. Drugs Aging. 1 déc 2009;26(12):1039-48

- (14) Clerc P, Breton JL, Mousquès J, Hebbrecht G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies - Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. 2010;6
- (15) Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 1 déc 2014;4(12):e006544
- (16) Djatche L, Lee S, Singer D, Hegarty S, Lombardi M, Maio V. How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 1 déc 2017;43
- (17) Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. Challenges and Enablers of Deprescribing: A General Practitioner Perspective. *PLoS ONE*. 2016;11(4):e0151066
- (18) Blesses Sylvain. La déprescription en médecine générale : ses freins et ses déterminants. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2012
- (19) Goujon Emilie. Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2011

- (20) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018. PDF Free Download [Internet] [cité 28 mars 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
- (21) 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
- (22) DREES. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Etudes et Résultats. 2004 Fev;(869)
- (23) Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiples conditions. N Engl J Med. 2004 Dec 30;351:2870-2874
- (24) Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary Care Clinicians' Experiences With Treatment Decision Making for Older Persons With Multiple Conditions. Arch Intern Med. 10 janv 2011;171(1):75-80

- (25) Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716-724
- (26) Boufflet Céline. La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué : expérience et opinions des MG de Picardie. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2016
- (27) Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, et al. Too much medicine in older people ? Deprescribing through shared decision making. *BMJ*. 2016;353:2893
- (28) Holmes HM, Todd A. The Role of Patient Preferences in Deprescribing. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(2):165-75
- (29) Wallis KA, Andrews A, Henderson M. Swimming Against the Tide : Primary Care Physicians' Views on Deprescribing in Everyday Practice. *Ann Fam Med*. 2017;15(4):341-6
- (30) Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, et al. Too much medicine in older people ? Deprescribing through shared decision making. *BMJ*. 3 juin 2016;i2893

- (31) Lutter contre la polymédication des personnes âgées [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_etudiant=&numero_resume=816
- (32) Guilluy Crest Marine. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2012
- (33) Alao O, Anceaux F, Beuscart R, Beuscart-Zéphir MC, Brunetaud J-M, Renard J-M. La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. Les Cahiers du numérique. 2001;Vol. 2(2):37-55
- (34) Santell JP. Reconciliation failures lead to medication errors. Jt Comm J Qual Patient Saf. avr 2006;32(4):225-9
- (35) Hu SH, Capezuti E, Foust JB, Boltz MP, Kim H. Medication discrepancy and potentially inappropriate medication in older Chinese-American home-care patients after hospital discharge. Am J Geriatr Pharmacother. oct 2012;10(5):284-95
- (36) Duerden M, Payne R, Avery T. Polypharmacy and Medicines Optimisation. King's Fund Report, November 2013. 2013

- (37) Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18780806>
- (38) L'ordonnance de sortie, maillon essentiel du parcours patient. Approche régionale en Poitou-Charentes. - PDF Free Download [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/79186332-L-ordonnance-de-sortie-maillon-essentiel-du-parcours-patient-approche-regionale-en-poitou-charentes.html>
- (39) Vincent A. Difficultés de dispensation des ordonnances de sorties hospitalières: enquête régionale pour une amélioration du lien ville / hôpital. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2014 Jul 1
- (40) Alao O, Anceaux F, Beuscart R, Beuscart-Zéphir MC, Brunetaud J-M, Renard J-M. La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. Les Cahiers du numérique. 2001;Vol. 2(2):37-55
- (41) Lancon Aurélie. La déprescription en médecine générale : ses freins et ses déterminants. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2016
- (42) Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Ommeslag D, Van De Putte M, Heytens S, et al. Mutual perception of communication between general practitioners and hospital-based specialists. Acta Clin Belg. oct 2015;70(5):350-6

- (43) Binart Ecale Hortense. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2012
- (44) Mathieu de Vienne Hervé. Communication avec les médecins spécialistes : quel ressenti des médecins traitants. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2014
- (45) Internat : la médecine générale davantage prisée par les premiers des ECN qu'en 2018 [Internet]. Le Généraliste. [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/09/02/internat-la-medecine-generale-davantage-prisee-par-les-premiers-des-ecn-quen-2018_319540
- (46) Conférence de presse sur la polymédication des personnes de plus de 65 ans [Internet]. France Assos Santé. [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/actualite/conference-de-presse-sur-polymedication-des-personnes-de-plus-de-65-ans/>
- (47) Bjerrum L, Søgaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy in general practice: differences between practitioners. Br J Gen Pract. mars 1999;49(440):195-8
- (48) Dufour R, Beaudet N, Lecavalier M. L'accompagnement pour améliorer les pratiques professionnelles en santé publique. Sante Publique. 24 juill 2014;Vol. 26(3):317-21

- (49) Desnoyer A, Guignard B, Lang P-O, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ? /data/revues/07554982/unassign/S075549821630207X/ [Internet]. 13 sept 2016 [cité 9 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1079496>
- (50) Lam MPS, Cheung BMY. The use of STOPP/START criteria as a screening tool for assessing the appropriateness of medications in the elderly population. *Expert Rev Clin Pharmacol.* mars 2012;5(2):187-97
- (51) Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, O'Mahony D. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med.* 13 juin 2011;171(11):1013-9
- (52) Bahat G, Bay I, Tufan A, Tufan F, Kilic C, Karan MA. Prevalence of potentially inappropriate prescribing among older adults: A comparison of the Beers 2012 and Screening Tool of Older Person's Prescriptions criteria version 2. *Geriatr Gerontol Int.* sept 2017;17(9):1245-51
- (53) Terret Amandine. Les déterminants du comportement des médecins généralistes prescripteurs de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée de plus de 75 ans en Limousin. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2018

- (54) Fayolle Pierre-Yves. Évaluation par les médecins généralistes de l'outil STOPP-START dans la détection des prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez la personne âgée. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine
- (55) Combined intervention programme reduces inappropriate prescribing in elderly patients exposed to polypharmacy in primary care. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18807252>
- (56) Effet positif de la revue médicamenteuse multidisciplinaire sur l'arrêt des médicaments inappropriés [Internet]. Minerva Website. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/2167>
- (57) Richard C, Lussier M-T. Le médecin, le pharmacien et le médicament. Les cahiers de MedActuel FMC. 2005 Sept 7;5(19):33-6
- (58) Bynum JP, Barre L, Reed C, Passow H. Participation of Very Old Adults in Healthcare Decisions. Med Decis Making. févr 2014;34(2):216-30
- (59) Fuller R, Dudley N, Blacktop J. Risk communication and older people- understanding of probability and risk information by medical in patients aged 75 years and older. Age Ageing2001;30:473-6.doi:10.1093/ageing/30.6.473pmid:11742775

- (60) Polymédication des seniors : déprescription, une initiative venue du froid [Internet]. France Assos Santé. 2019 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2019/04/03/polymedication-des-seniors-deprescription-une-initiative-venue-du-froid/>
- (61) Dépliants d'information sur la déprescription [Internet]. Deprescribing.org. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://deprescribing.org/fr/ressources-pour-les-patients-et-les-prestataires-de-soins-de-sante/depliants-dinformation-sur-la-deprescription/>
- (62) Plus de 8 millions de DMP désormais ouverts [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/plus-de-8-millions-de-dmp-desormais-ouverts>
- (63) Ville - hôpital : des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communique-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>
- (64) Fontenay S, Guimaraes R, Leplay C, Fellous L, Deconinck L, Matt M, et al. Coût-efficacité de la conciliation médicamenteuse des prescriptions de sortie dans un service de maladies infectieuses. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 1 mars 2019;54(1):83-4

- (65) Moulis-Rivière Mélanie. Conciliation médicamenteuse de sortie en gériatrie : impact de la transmission hôpital-ville d'un bilan médicamenteux sur le maintien des optimisations thérapeutiques. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2014
- (66) Alix L, Dumay M, Cador-Rousseau B, Gilardi H, Hue B, Somme D, et al. Conciliation médicamenteuse avec remise d'une fiche de conciliation de sortie dans un service de Médecine Interne : évaluation de la perception des médecins généralistes. La Revue de Médecine Interne. 1 juin 2018;39(6):393-9
- (67) Li Vigni Déborah. Place de la conciliation médicamenteuse de sortie du sujet âgé de plus de 75 ans en soins primaires : étude qualitative auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2017
- (68) Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux supports d'accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d'officine - le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2797383/fr/avis-n2017-0082/ac/sa3p-du-4-octobre-2017-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-aux-supports-d-accompagnement-des-patients-ages-polymediques-par-les-pharmaciens-d-officine-le-bilan-de-medication-convention-entre-l-uncam-et-les-syndicats-d-officinaux

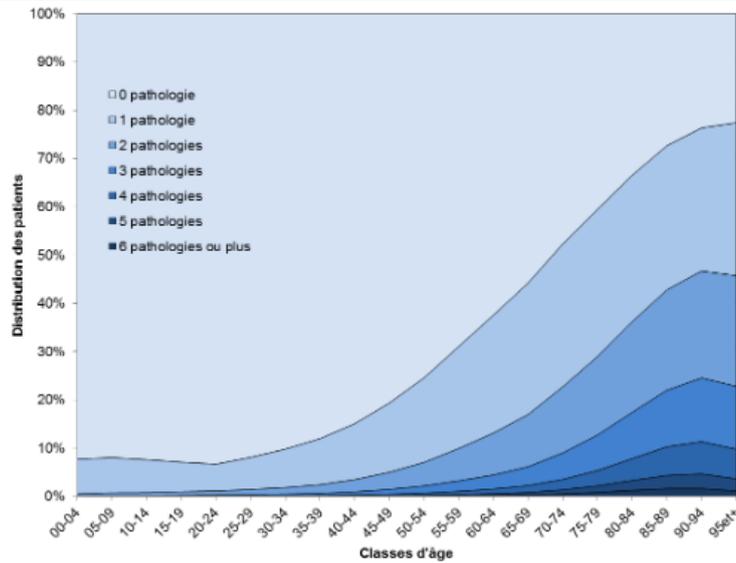
- (69) Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
- (70) Cour des Comptes. Le dossier pharmaceutique : un outil au service de la santé publique. Rapport public annuel 2020. 2020 fév
- (71) Andro M, Estivin S, Gentric A. Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. La Revue de Médecine Interne. 1 mars 2012;33(3):122-7
- (72) Meid AD, Quinzler R, Groll A, Wild B, Saum K-U, Schöttker B, et al. Longitudinal evaluation of medication underuse in older outpatients and its association with quality of life. Eur J Clin Pharmacol. juill 2016;72(7):877-85
- (73) The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27077231>

- (74) Prevention of Hospital-Acquired Adverse Drug Reactions in Older People Using Screening Tool of Older Persons' Prescriptions and Screening Tool to A... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27365262>
- (75) Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the R... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26990017>

VII. Annexes

Annexe 1 - Nombre de maladies chroniques selon l'âge, en 2013

Graphique II.1.6 – Nombre de maladies chroniques*, selon l'âge, en 2013

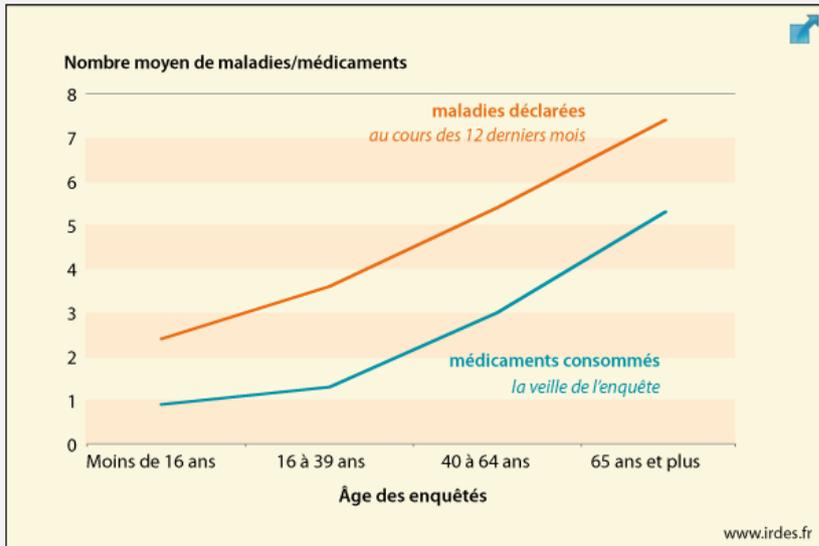


*Il s'agit des pathologies chroniques exclusivement (hors traitements chroniques, hors hospitalisations ponctuelles et hors maternité).
Champ : Régime général

Source : Assurance Maladie. Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_7.pdf

Annexe 2 - Nombre de maladies et de médicaments selon l'âge des personnes déclarant au moins une maladie chronique, 2008

Nombre de maladies et de médicaments, selon l'âge des personnes déclarant au moins une maladie chronique. France métropolitaine, 2008.

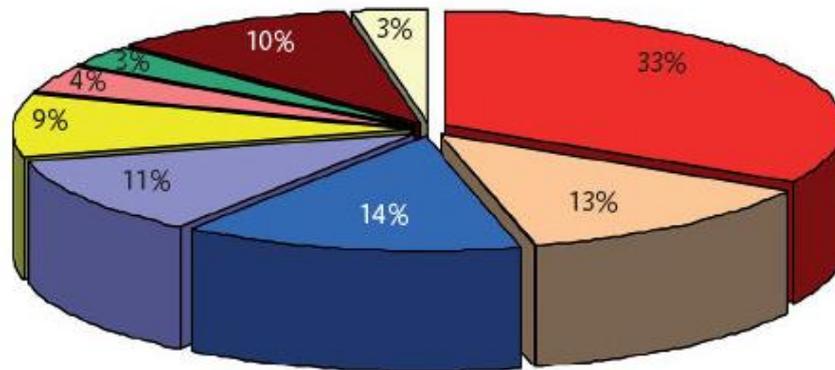


Source : Le graphique du mois – IRDES. Disponible sur:

<https://www.irdes.fr/EspacePresse/GraphiquesDuMois/LeGraphiqueDuMoisOctobre10.html>

Annexe 3 - Distribution des effets indésirables selon les classes
médicamenteuses

■ Anticoagulants oraux; ■ Antiagrégants plaquettaires; ■ Insuline; ■ Anti-diabétiques oraux; ■ Médicaments du système nerveux central (SNC); ■ Anti-infectieux; ■ Agents chimiothérapeutiques; ■ Médicaments cardiovasculaires; ■ Autres.



Source : Netgen. La polypharmacie : une nouvelle épidémie. *Revue Médicale Suisse*.

2016;12(518) :942-7

Annexe 4 - Territoire de la CPTS Pévèle du Douaisis



Source : *Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) du Douaisis. Disponible sur: <https://maia-douaisis.fr/>*

Annexe 5 – Questionnaire de thèse

« Chère Consœur, cher Confrère,

Vous trouverez ci-dessous le questionnaire de thèse explorant les différents freins à la déprescription chez les personnes âgées polymédiquées.

Le questionnaire est divisé en quatre parties. La première vise à identifier votre profil en tant que médecin généraliste et les suivantes correspondent à une répartition des freins à la déprescription connus dans la littérature, classés en 3 domaines :

- les freins liés au médecin,
- ceux liés au patient,
- et enfin, ceux liés au contexte environnemental.

Les obstacles à la déprescription sont présentés ici sous forme de propositions qu'il faudra coter de 0 à 10, en les appliquant aux ordonnances de vos patients âgés polymédiqués (plus de 5 médicaments). La valeur 0 correspond à une influence nulle sur le processus de déprescription alors que l'attribution de 10 fera du frein concerné un obstacle majeur.

Je vous remercie de votre participation à ce travail de thèse.

Carla BOURGEOIS »

Votre profil

- Êtes-vous ?
 - Un homme
 - Une femme

- Quel est votre âge ?

- Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin généraliste ?

- Combien d'actes en moyenne effectuez-vous par jour ?

- Quel est votre mode d'exercice ?
 - Seul
 - En cabinet de groupe
 - En MSP

- Quel est votre secteur d'exercice ?
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain

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

- Quel est le pourcentage de votre patientèle gériatrique ?

Selon vous, parmi les freins à la déprescription **liés au médecin**, quels sont ceux qui prennent le plus d'importance dans votre pratique ?

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

- La peur des conséquences négatives pour le patient
0 10
- La peur des conséquences négatives pour la relation médecin-patient
0 10
- Un manque de connaissances sur les médicaments
0 10
- Un manque de connaissances en gériatrie
0 10
- Le caractère systématique des renouvellements d'ordonnance
0 10
- Un manque de motivation à réviser les prescriptions
0 10
- Des doutes quant à la réalité iatrogénique chez la personne âgée polymédiquée
0 10

- La discordance entre les recommandations et la complexité de la pratique clinique

0

10

- Le manque d'alternatives thérapeutiques existantes actuellement

0

10

- Le manque d'outils d'aide à la déprescription

0

10

Annexe 6 – Mail adressé aux médecins généralistes acceptant de participer

« Chère Consœur, cher Confrère,

Actuellement remplaçante en médecine générale, je me permets de vous contacter afin de vous proposer de participer à mon travail de thèse qui porte sur les freins à la déprescription chez les personnes âgées polymédiquées.

L'objectif de cette étude quantitative est d'identifier les freins ayant le plus d'importance dans le processus de déprescription chez les personnes âgées polymédiquées afin d'entrevoir au décours des actions concrètes d'optimisation des prescriptions.

Un questionnaire de thèse très court, dont la durée de remplissage est estimée à moins de 5 minutes, est proposé aux médecins généralistes exerçant sur le territoire du Douaisis.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de bien vouloir répondre au questionnaire en cliquant sur le lien suivant :

<https://deprescription.limequery.com/365274?lang=fr>

Je vous remercie d'avance pour l'intérêt que vous pourrez porter à mon travail et pour votre avis qui me sera précieux,

Bien respectueusement,

Carla Bourgeois »

AUTEUR : Nom : BOURGEOIS

Prénom : Carla

Date de soutenance : Jeudi 2 juillet 2020

Titre de la thèse : Classification des freins à la déprescription pour les personnes âgées polymédiquées selon les médecins généralistes de la Pévèle du Douaisis en 2020.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Deprescription, Barriers, General practitioners, Elderly, Polypharmacy

Résumé :

Contexte : Les personnes âgées polypathologiques sont particulièrement touchées par la polymédication. Elle est associée à une augmentation de la morbi-mortalité en raison des accidents iatrogènes qu'elle engendre, dont la majorité est considérée comme évitable. Pour réduire cette iatrogénie médicamenteuse, il semble nécessaire d'optimiser les ordonnances et notamment déprescrire davantage. L'objectif de ce travail était d'identifier les principaux freins à la déprescription pour les ordonnances des personnes âgées polymédiquées selon les médecins généralistes.

Méthode : Etude quantitative descriptive et transversale menée auprès des médecins généralistes de la CPTS de la Pévèle du Douaisis en 2020. Un questionnaire leur a été envoyé, visant à explorer leur profil et à quantifier selon leur importance les freins à la déprescription répartis en 3 domaines : ceux liés au médecin, au patient et à l'environnement.

Résultats : La peur des conséquences négatives pour la santé du patient constituait le frein principal tout domaine confondu. La complexité du patient gériatrique polypathologique et le défaut de communication avec l'hôpital étaient les freins ayant le plus d'importance respectivement pour les domaines liés au patient et à l'environnement. Le domaine de freins principal était celui lié au patient.

Conclusion : Pour parvenir à déprescrire, une intervention sur ces trois domaines de freins est nécessaire. L'accompagnement aux changements de pratique et la déprescription en pluriprofessionnalité sont des pistes d'amélioration pour palier à la peur des médecins d'éventuelles conséquences négatives de la déprescription. La prise de décision doit être centrée sur la personne âgée et partagée avec elle. Une amélioration de la communication semble nécessaire avec les spécialistes libéraux et hospitaliers, de même qu'une optimisation des conditions de travail au cabinet pour consacrer plus de temps aux tentatives de déprescription.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ