

Année 2020/2021

N°

# THÈSE

Pour le

## DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Par

**VIGNER Joséphine**

Née le 3 Octobre 1990 à Meaux (77)

---

DÉPRESCRIPTION : QUE PENSENT LES PATIENTS AGÉS POLYMÉDIQUÉS ?

ÉTUDE QUALITATIVE

---

Présentée et soutenue publiquement le 25 Novembre 2021

devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGÈRE, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Daniel ANTIER, Pharmacie, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse :

Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**  
**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**  
Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**  
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**  
Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**  
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**  
Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Jacques CHANDENIER  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Pascal DUMONT  
Pr Dominique GOGA  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Dominique PERROTIN  
Pr Roland QUENTIN

**PROFESSEURS HONORAIRES**  
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU  
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.  
CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA  
LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L.  
GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y.  
LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.  
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.  
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J.  
SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ...	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie

MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale || ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo .....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine .....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

### ***Pour l'Éthique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

## ***SERMENT D'HIPPOCRATE***

***En*** présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.  
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

***A***dmis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

***R***espectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

# REMERCIEMENTS

---

## **Monsieur le Professeur Bertrand FOUGÈRE, président du jury**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse et d'y apporter votre expertise.

## **Madame le Professeur Clarisse DIBAO-DINA, membre du jury**

Vous m'honorez en évaluant ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

## **Monsieur le Professeur Daniel ANTIER, membre du jury**

Vous avez accepté de juger ce travail, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

## **Monsieur le Professeur Jean ROBERT, directeur de thèse**

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger ma thèse. Je vous remercie pour vos conseils, votre bienveillance et votre disponibilité tout au long de ce travail.

## **Docteur Saïd MARRAKCHI BENJAAFAR**

Vous m'avez donné envie de faire ce métier. Vous êtes et serez toujours pour moi un exemple.

## **Docteur Bruno DEVAUX et Docteur Sylvia CAYETTE**

Je vous remercie chaleureusement pour votre soutien lors de ma première année.

## **Docteur Luc DEPROUW**

Vous m'avez accompagnée dans mes premiers pas en tant qu'interne de médecine générale. J'ai beaucoup appris à vos côtés, merci Chef ! Et merci à Lucie pour ses bons petits plats.

## **Docteur Stéphane GARREAU**

Merci pour ta disponibilité et merci de m'avoir épaulée dans mes débuts en tant que remplaçante. Travailler à Meusnes est toujours un plaisir.

## **Docteur Delphine LEROUX-FARRUGIA**

Merci pour ce dernier semestre passé à Châtres-sur-Cher, pour tes précieux conseils et ta gentillesse.

Merci aux patients qui ont accepté avec enthousiasme de participer à cette étude.

### **A ma famille,**

Merci à mes parents de m'avoir soutenue tout au long de mes études. Vous m'avez aidée à surmonter mes doutes et mes peurs pendant toutes ces années. Vous avez partagé mes réussites et mes joies. Je n'y serais jamais arrivée sans vous. Je n'aurais pas assez d'une vie pour vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Merci à mes sœurs, Emmanuèle, Michaèle, Gwenaèle et Marie. Grandir à vos côtés m'a permis de devenir la femme et le médecin que je suis aujourd'hui. Merci pour votre amour.

Merci à mes neveux et nièces, vous voir évoluer est un réel bonheur. Je vous souhaite de trouver une voie dans laquelle vous vous épanouirez. Je serais toujours là pour vous.

Merci à mes « beaufs », prenez soin des miens.

### **A mes amis,**

A Anna, mon amie de toujours avec qui je partage cette vocation du soin depuis l'école primaire. Nous avons grandi ensemble, nous avons en commun tant de souvenirs... Bien d'autres restent à venir. Et merci à ta maman, Annick, pour son dévouement auprès des personnes âgées.

A Jeremy, Ingrid, Roux, Laure et Adrian. Merci pour votre amitié qui a résisté aux kilomètres depuis le lycée.

A Florence, à mes années parisiennes. Tout a commencé à l'hôpital Broca, un coup de foudre amical comme tu le dis si bien. Merci pour ton soutien, toutes ces heures passées chez l'une, chez l'autre ou à la BU à réviser. On n'y est arrivées Flo ! Tu es une amie fidèle et sera une pédiatre merveilleuse.

Merci à Marina et Melchior pour toutes ces années d'externat passées ensemble.

A Elodie, Claire-Marie, Naeem et Maya, mes amis de promo et co-internes tourangeaux.

### **Merci tout particulièrement,**

A Célia, mon amie, ma colocataire, ma gazelle, ma partenaire d'aventures... tu m'a tellement soutenue depuis le lycée jusqu'à cette thèse. Je ne trouve pas les mots pour exprimer ma gratitude.

A Chloé, ma dulcinée. Merci pour tes relectures mais surtout merci pour ta précieuse amitié.

A Quitterie, merci de m'avoir coachée tout au long de ce travail. Je souhaite à tout le monde d'avoir une Qiqui dans sa vie.

A Alexandre pour ses talents de traducteur.

A M.Ficho pour ses dépannages informatiques à distance.

*A mes grands-parents,*

# ABRÉVIATIONS

---

**ALD** : Affection Longue Durée

**BPM** : Bilan Partagé de Médication

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**DMP** : Dossier Médical Partagé

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

**HAS** : Haut Autorité de Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**IPP** : Inhibiteur de la Pompe à Protons

## DÉPRESCRIPTION : QUE PENSENT LES PATIENTS AGÉS POLYMÉDIQUÉS ?

### ÉTUDE QUALITATIVE

**CONTEXTE :** Les patients âgés, souvent polypathologiques, se voient fréquemment prescrire de nombreux médicaments. Or, on sait que cette polymédication n'est pas sans conséquence. Trouver des moyens d'endiguer ces risques évitables liés aux médicaments dans cette partie de la population semble indispensable.

**OBJECTIF :** Comprendre le ressenti des personnes âgées polymédicamentées face à la proposition d'arrêt d'un médicament afin d'identifier les obstacles à la déprescription.

**MÉTHODE :** Etude qualitative prospective menée par entretiens semi-dirigés avec échantillon raisonné de 14 personnes âgées de 75 ans ou plus, dont l'ordonnance comporte au moins 5 médicaments depuis 3 mois. Les participants ont été recrutés auprès de médecins généralistes de l'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher. Analyse des données inspirée de la théorisation ancrée.

**RÉSULTATS :** Les patients avaient une bonne connaissance de leurs médicaments et de leurs indications. Ils étaient maîtres de leur traitement et décidaient eux-mêmes de le modifier. La prise médicamenteuse, ritualisée, faisait partie de leurs habitudes de vie. Ils étaient satisfaits de leurs médicaments et ne semblaient pas vouloir que leur médecin généraliste fasse autrement. Leur principale attente lors du renouvellement de traitement était que leur médecin généraliste recopie l'ordonnance. La polymédication ne représentait pas un risque pour les patients. Les patients étaient tous réfractaires face à la déprescription. Selon eux, les médecins spécialistes d'organe seraient les plus compétents pour réévaluer leur traitement. Ainsi, passer par les médecins spécialistes d'organe est une étape indispensable pour faire accepter la déprescription aux personnes âgées. Le rôle du médecin généraliste était avant tout relationnel. Il connaissait les patients dans leur globalité, connaissait leurs traitements, leurs antécédents et leur histoire personnelle. Cette notion de proximité semblait être déterminante dans la relation médecin-patient. Dans cette relation plus intime, le médecin généraliste jouerait le rôle d'accompagnateur pour la déprescription.

**CONCLUSION :** L'étude du ressenti des personnes âgées polymédiquées face à la proposition d'arrêt d'un médicament ouvre des pistes de réflexion pour aider à « déprescrire ». La déprescription est une action complexe qui passe par la négociation avec appui du médecin spécialiste d'organe. L'enjeu principal est de travailler en équipe.

**MOTS CLÉS :** Personne âgée – déprescription – polymédication

## DEPRESCRIBING : WHAT DO ELDERLY PEOPLE WITH MULTIPLE MEDICATIONS THINK ?

### QUALITATIVE STUDY

**CONTEXT :** Elderly patients, often polypathological, are frequently prescribed various drugs. However, we know that this multiple medication does not come with no consequences. It becomes necessary to find ways to reduce the avoidable risks associated with medication in that part of the population.

**GOAL :** Understanding the feelings of multi-medicated elderly patients when their general practitioner suggests to stop taking a drug. The aim is to identify any obstacles to deprescribing.

**METHOD :** A prospective qualitative study conducted by semi-structured interviews on a sample of 14 persons aged 75 years old or more, whose prescription included at least 5 drugs in the last 3 months. Participants were recruited from general practitioners in the Indre-et-Loire and Loir-et-Cher regions. Data analysis used for this study is inspired by grounded theory.

**RESULTS :** Patients had a good knowledge of their medications and their indications. They were in control of their treatment and decided to modify it themselves. Ritualized medication taking was part of their lifestyle. They were satisfied with their medication and didn't seem to want for their general practitioner to do otherwise. They expected for their general practitioner copy the prescription from one appointment to another. Polymedication was not a risk for the patients. The patients were all against to deprescribing. According to them, organ specialist practitioner would be the most competent to re-evaluate their treatment. Therefore, consulting the organ specialist practitioner is a key step in getting the elderly patients to accepting deprescribing. The role of the general practitioner was above all relational. He knew the patients in the entirety, their treatments, their antecedents and their personal history. This notion of proximity seemed to be a determining factor in the doctor-patient relationship. In this more intimate relationship, the general practitioner would take on the role of a companion for deprescribing.

**CONCLUSION :** The study on the feelings of elderly patients with multiple medications when asked to stop taking a drug, opens up tracks to reflection in order to deprescribing. Deprescribing is a complex action that requires negotiation with support of the organ specialist practitioner. The main challenge being working as a team.

**KEY WORDS :** Elderly people – deprescribing – polypharmacy

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>15</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>17</b>
1- Type d'étude .....	17
2- Population étudiée .....	17
3- Procédure de recrutement .....	18
4- Recueil des données .....	18
5- Analyse des données .....	19
6- Aspects éthiques et réglementaires .....	19
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>20</b>
1- Population .....	20
2- Les patients sont dans la maîtrise de leur traitement .....	21
2.1- Les patients ne sont pas prêts au changement .....	21
2.2- Les patients considèrent que la prise de médicaments est indispensable.....	22
2.3- Les patients sont satisfaits de leur ordonnance .....	22
2.4- Les patients ont plus confiance dans les prescriptions du spécialiste d'organe .....	23
3- Le ressenti des patients face à la déprescription .....	24
3.1- Les patients ont un avis plutôt défavorable face à la déprescription.....	24
3.2- Les patients accepteraient la déprescription sous certaines conditions : leurs propositions .....	25
3- Le regard des patients sur leur médecin généraliste .....	27
3.1- Sa place dans l'acte de renouvellement d'ordonnance.....	27
3.2- Le relationnel avant tout.....	27
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>29</b>
1- Validité de l'étude : ses forces et ses limites .....	29
1.1- Un thème original .....	29
1.2- Une méthode appropriée .....	29
1.3- La rigueur de la méthode qualitative .....	29
1.3.1- L'échantillon .....	29
1.3.2- Le caractère novice de la chercheuse .....	30
1.3.3- Le respect des règles éthiques .....	30
2- Principaux résultats .....	31
2.1- Rappel des objectifs .....	31
2.2- Exposé du modèle explicatif .....	31

3- Discussion autour des principaux résultats, comparaison avec la littérature .....	32
3.1- Le patient : acteur de sa prise en charge .....	32
3.1.1- Les obstacles à la déprescription : pourquoi le patient va-t-il dire « non » ?.....	33
3.1.2- Patient vs médecins : différences d'opinions ?.....	34
3.2- Le médecin généraliste : Accompagnateur de ses patients .....	34
3.2.1- Que pensent les patients âgés du médecin généraliste qui « déprescrit » ? .....	34
3.2.2- Quelle est la place du médecin généraliste dans la déprescription ?.....	35
3.2.3- Comment « déprescrire » ?.....	36
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>44</b>

# INTRODUCTION

---

Les patients âgés, souvent polyopathologiques, se voient fréquemment prescrire de nombreux médicaments : c'est la polymédication. Or, on sait que cette polymédication est associée à une augmentation du risque d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de chutes voire de décès (1). Trouver des moyens d'endiguer ces risques évitables liés aux médicaments dans cette partie de la population semble indispensable.

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2021, les personnes âgées de plus de 65 ans composaient 20,7 % de la population française, les plus de 75 ans représentant près d'un habitant sur dix. Cette évolution démographique résulte en grande partie de l'amélioration de l'espérance de vie liée aux progrès de la médecine. Ce phénomène tend à s'accélérer depuis une dizaine d'année avec l'arrivée à 65 ans et plus des générations issues du baby boom d'après guerre. Si cette tendance se maintenait, on estime qu'en 2040 un habitant sur quatre aurait plus de 65 ans (2).

Selon les données de l'assurance maladie, 30 à 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus prennent au moins 10 médicaments différents par jour (3). Bien que cette polymédication soit habituelle et souvent légitime compte tenu des poly-pathologies présentes chez les sujets âgés, elle n'est pas sans conséquences. En effet, l'association entre la polymédication et les accidents iatrogéniques est aujourd'hui bien documentée. Près de 50 % de ces événements indésirables associés aux médicaments pourraient être évités avec une prise en charge appropriée (4). Elle représente également un coût important puisqu'on estime à 3 000 euros par an et par personne de 75 ans et plus les dépenses de soins de ville remboursées par l'assurance maladie (5).

Ainsi, améliorer la qualité des prescriptions semble nécessaire et le médecin généraliste en tant que premier prescripteur a un rôle déterminant dans la gestion complexe de l'ordonnance des patients âgés. Cela passe par une réévaluation régulière des ordonnances et consiste parfois à « déprescrire ».

La majorité des médecins généralistes se sent à l'aise de proposer de « déprescrire » un traitement s'ils le juge inapproprié mais seulement 35 % des médecins interrogés déclarent le faire (6). Le principal frein à la déprescription serait le patient lui-même. Mais sont-ils si réticents ? Les freins des médecins généralistes à la déprescription ont déjà été explorés mais il existe peu de données concernant le point de vue des patients, notamment les patients âgés polymédiqués qui sont les plus concernés. De plus, les médecins généralistes semblent avoir un manque de connaissance de la perception des médicaments par les patients et plus particulièrement de leur ressenti face à la déprescription. D'après la littérature, 84 % des médecins pensent que les patients sont demandeurs de prescriptions médicamenteuses et 62 % supposent que leurs patients voient l'arrêt d'un traitement comme un abandon

de soin (6). Cependant que pensent vraiment les patients de cette pratique ? Enfin, les prescripteurs supposent que la déprescription peut altérer la relation de confiance médecin-patient, mais comment le ressentent les patients ?

L'objectif de ce travail de thèse était donc de répondre à ces questions en interrogeant des personnes âgées polymédiquées sur leurs ressentis face à la proposition d'arrêt d'un ou de plusieurs traitements de leur ordonnance habituelle.

# MATÉRIELS ET MÉTHODES

---

## 1- Type d'étude

L'objectif de cette étude était de connaître le ressenti des personnes âgées face à la déprescription, et de les questionner sur la place du médecin généraliste dans l'acte de renouvellement d'ordonnance. Ce travail avait pour but d'apporter des réponses aux médecins généralistes sur ce que ressentent leurs patients lorsqu'ils leur proposent d'arrêter un médicament et d'identifier les obstacles à la déprescription à partir de ce qu'expriment les patients.

A la suite de ce questionnement, l'objectif secondaire était d'avoir des pistes de réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour lever les réticences des patients face à la déprescription.

La méthode de recherche qualitative inspirée de la théorisation ancrée semblait être la plus adaptée pour explorer le ressenti des patients âgés face à la déprescription : éléments subjectifs tirés du vécu personnel et de l'expérience de chacun. Nous avons ainsi réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de personnes âgées.

## 2- Population étudiée

Nous avons constitué un échantillon raisonné afin d'avoir la plus grande diversité possible d'opinions sur la question de recherche. L'objectif était de prélever dans une population ciblée des participants capables de s'exprimer sur leur expérience et leurs émotions en lien avec le phénomène analysé.

Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient :

- Avoir 75 ans ou plus.
- Avoir une ordonnance comportant au moins 5 médicaments depuis 3 mois, c'est-à-dire pouvant être considérée comme une polyprescription. Étaient pris en compte tous les traitements prescrits, parfois présents sur plusieurs ordonnances de prescripteurs différents. Les médicaments d'épisodes aigus et ceux consommés en automédication n'ont pas été pris en compte.

Les patients présentant des troubles cognitifs avérés, des difficultés de compréhension ou de langage, ainsi que des pathologies psychiatriques lourdes ont été exclus. Ce dernier critère se justifiait par la nécessité de mener un entretien cohérent.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la suffisance des données. L'investigatrice a vérifié que poursuivre le recueil de données n'apportait pas d'informations nouvelles utiles à l'émergence de la théorie. Finalement, 10 entretiens ont été menés regroupant 14 participants (3 entretiens ayant été

conduits auprès de 2 personnes en même temps).

### **3- Procédure de recrutement**

Le recrutement de l'échantillon s'est fait lors des remplacements de l'investigatrice (remplacements dans l'Indre-et-Loire et dans le Loir-et-Cher). Après la consultation de renouvellement d'ordonnance, si le patient correspondait aux critères d'inclusion, l'investigatrice lui proposait un entretien à une date ultérieure. Une lettre d'information était alors remise au patient (Annexe 1).

### **4- Recueil des données**

Après la lecture de la bibliographie, un guide d'entretien (Annexe 2) a été rédigé, avec le directeur de thèse, pour répondre à la question de recherche. Il a été modifié après le troisième entretien. En effet, la notion de « déprescription », initialement évoquée, était trop abstraite pour les personnes interrogées et les mettait en difficulté pour répondre. Nous avons donc apporté de légères modifications. Le guide d'entretien était constitué d'une question ouverte initiale « brise-glace » pour mettre en confiance le patient en l'interrogeant sur ses problèmes de santé en générale. Les autres questions s'intéressaient au vécu du patient autour de l'ordonnance et au thème exploré, avec un dernier questionnement autour de la relation médecin-patient.

Les entretiens avaient lieu au domicile des participants. Le jour J, l'investigatrice leur a donné des explications sur le contenu, sur le déroulement, et sur la nécessité de l'enregistrement de l'entretien. Certains entretiens se passaient en présence d'un non-participant (conjoint ou conjointe). Des informations ont également été données sur leur possibilité d'exprimer leur refus auprès de l'investigatrice, immédiatement ou à la suite d'un temps de réflexion. Après qu'ils aient accepté, leur consentement libre et éclairé était recueilli (Annexe 3).

Les entretiens ont été enregistrés sur smartphone. Des notes de terrain ont été prises pendant les entretiens. Les personnes interrogées ont été prévenues qu'elles pouvaient, à la suite de l'entretien, recontacter l'investigatrice à tout moment. Un formulaire de non-opposition à l'utilisation des données (Annexe 4) a été signé par les personnes interrogées.

De mars 2021 à juillet 2021, 10 entretiens semi-directifs ont été réalisés dont 3 collectifs (2 entretiens auprès d'un couple et 1 entretien de 2 voisins). Chaque entretien était mené au domicile du ou des patients interrogés. La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes, le plus court ayant duré 15 minutes et le plus long 45 minutes.

Les enregistrements ont été détruits par la suite à la demande de la CNIL.

## **5- Analyse des données**

Lors des entretiens, un enregistrement audio a été réalisé avec un smartphone. Les entretiens ont été retranscrits intégralement, anonymisés puis stockés sur l'ordinateur de l'investigatrice.

La retranscription a été l'étape initiale de l'analyse des données. Chaque enregistrement audio a été retranscrit intégralement sous forme écrite dactylographiée par l'investigatrice. Les intonations, les rires et les silences ont été notés afin de respecter au mieux l'authenticité des propos. Des notes de terrain ont également été prises après l'entretien, au moment de la retranscription. A noter que les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants pour commentaire ou correction.

Une fois retranscrit, chaque entretien faisait l'objet d'une analyse inspirée de la théorisation ancrée: méthode d'analyse qualitative inductive visant à générer une théorie au sujet d'un phénomène, ici la déprescription, à partir de données empiriques recueillies.

L'analyse a consisté d'abord en la familiarisation et la contextualisation des verbatims. Puis, elle s'est poursuivie par l'étiquetage des données sous forme de propriétés (analyse ouverte). Enfin, l'analyse des données s'est terminée par l'organisation de ces propriétés en catégories (analyse axiale). Le but était de construire un modèle explicatif à partir de l'ensemble des données recueillies (analyse sélective).

## **6- Aspects éthiques et réglementaires**

Au préalable, les demandes d'autorisation nécessaires ont été réalisées. Un avis favorable a été donné par le Comité d'Éthique, n° du projet : 2021054 (Annexe 5). Aucune donnée personnelle n'ayant été collectée et aucune donnée, même en les croisant, ne permettant de remonter à l'identité des patients, la déclaration CNIL n'était pas obligatoire.

Comme précisé ci-dessus, les participants avaient, après information orale et écrite, consenti librement à leur participation.

La confidentialité avait également été respectée par anonymisation des données. Tous les noms propres ont été supprimés. Chaque participant était affilié à un chiffre par ordre chronologique de réalisation des entretiens. Ainsi, seule l'investigatrice connaissait le participant associé à chaque numéro.

# RÉSULTATS

## 1- Population

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1. L'échantillon est raisonné afin d'avoir la plus grande diversité possible d'idées autour de la question de recherche.

Au total, 14 patients ont été interrogés : 9 femmes et 5 hommes. Leur âge variait de 75 ans à 96 ans, avec une moyenne d'âge de 84,14 ans. 7 patients vivaient seuls (1 célibataire et 6 veufs), les 7 autres étaient mariés et vivaient en couple. Les patients étaient tous retraités, issus de milieux socioprofessionnels variés. Le milieu rural était le plus représenté avec 6 patients. 3 vivaient en milieu « semi rural », et 5 en ville. Les participants étaient issus de 5 patientèles différentes. Tous les patients étaient autonomes dans la gestion de leur traitement. La majorité n'utilisait pas de pilulier. Les personnes interrogées prenaient en moyenne 7,5 médicaments par jour, les classes médicamenteuses les plus représentées étaient : les médicaments à visée cardio-vasculaire, les antidiabétiques oraux, les inhibiteurs de la pompe à protons, les antidépresseurs et anxiolytiques, et les antalgiques.

Tableau 1 : Profils des patients interrogés

Participants	Sexe	Age	Situation familiale	Profession (retraité)	Milieu	Pilulier	N/O	Classes de médicaments les plus représentées				
								CV	ADO	IPP	Psychotropes	Anti-douleur
P1	F	88	Veuve	Agricultrice	Rural	Non	9	x		x	x	
P2	F	75	Veuve	Mère au foyer	Semi-rural	Oui	5	x		x		
P3	F	84	Mariée	Secrétaire	Urbain	Oui	7	x	x	x		
P4	M	87	Marié	Directeur commercial	Urbain	Non	9			x		x
P5	F	86	Veuve	Comptable	Semi-rural	Non	5	x			x	
P6	F	77	Mariée	Employée d'usine	Urbain	Oui	9	x		x	x	x
P7	M	78	Marié	Menuisier	Urbain	Oui	10	x	x		x	
P8	M	79	Marié	Viticulteur	Rural	Oui	8	x	x	x		
P9	M	78	Marié	Viticulteur	Rural	Non	8	x			x	x
P10	F	96	Veuve	Couturière	Rural	Non	7	x		x	x	
P11	F	91	Célibataire	Comptable	Urbain	Non	7	x		x	x	x
P12	F	83	Mariée	Commerciale	Semi-rural	Non	5	x				
P13	M	90	Veuf	Viticulteur	Rural	Non	6	x			x	x
P14	F	86	Veuve	Mère au foyer	Urbain	Non	10	x		x	x	

*H = Homme ; F = Femme*

*N/O = Nombre de médicaments présents sur l'ordonnance, pris tous les jours depuis plus de 3 mois*

*CV = Cardiovasculaire ; ADO = Antidiabétique orale ; IPP = Inhibiteur de la pompe à protons*

## 2- Les patients sont dans la maîtrise de leur traitement

La majorité des personnes interrogées avaient une très bonne connaissance de leur traitement. Les patients connaissaient les noms des médicaments et pourquoi ils les prenaient : « *j'ai ça et ça (me montre une boîte de Lercan et une boîte de Nebivolol) c'est pour la tension, le Diffu K c'est pour le manque de potassium et Betaserc pour les vertiges de Ménières* » (P1), « *ça c'est pour l'estomac, l'Esoméprazole* » (P4).

De façon générale, les patients étaient attentifs à leur traitement : « *vous savez les médicaments c'est pas mécanique, je le prends au sérieux* » (P10), « *je suis à cheval sur mes médicaments* » (P1).

Pour certaines personnes interrogées, les notices apparaissaient comme une source d'information : « *j'ai lu les notices comme ça pour savoir ce que je prends* » (P8), « *moi je lis les papiers* » (P11).

Acteurs de leur prise en charge, les participants modulaient leur traitement en fonction de leur ressenti : « *le médicament pour l'ostéoporose je l'ai arrêté le temps de la bronchite, je me suis dis ça suffit je le reprendrais après* » (P12), « *j'ai l'Eupantol mais je le prends que quand j'ai une mauvaise digestion, tous les 15 jours peut-être* » (P14).

Toujours dans ce concept de maîtrise du traitement, certains avaient d'eux-mêmes modifié la posologie de leur médicament : « *je le prenais deux fois par jour mais j'en prends plus qu'un [...] j'ai jugé qu'il fallait essayer* » (P13), voire qu'ils avaient décidé d'arrêter un médicament sans l'avis de leur médecin généraliste : « *celui du cholestérol ne le comptez pas je le prends pas, je l'ai arrêté par moi-même* » (P14), « *le petit truc pour l'estomac, j'ai essayé de le supprimer tout seul* » (P8).

Si les participants expérimentaient par eux-mêmes la déprescription, ils informaient à postériori leur médecin traitant de leur modification : « *je lui ai dit j'ai préféré vous le dire, j'en prends presque plus* » (P1), « *je lui ai quand même demandé si je pouvais continuer de ne pas le prendre* » (P11).

### 2.1- Les patients ne sont pas prêts au changement

« *On ne change pas une monture en cours de route* » (P13), ce verbatim illustre bien le fait que les patients ne souhaitaient pas de changement. La prise de leur médicament faisait partie de leurs habitudes de vie : « *quand on est habitué à un médicament on n'aime pas trop changer* » (P2), « *mon Temesta c'est une habitude, ça fait partie de mon rituel du soir* » (P14). La gestion de leur traitement devait respecter un certain rituel: « *le soir je mets les boîtes pour le matin sur la table. Le matin je les*

*range et sitôt je sors celles du midi » (P11), « pour le matin c'est à gauche, j'ai fait une séparation dans mon tiroir. Et le soir c'est à droite » (P10). Changer cette habitude peut être déstabilisant, et peut donc les amener à dire non à la déprescription.*

## **2.2- Les patients considèrent que la prise de médicaments est indispensable**

Le sentiment le plus partagé était que la très grande majorité des médicaments prescrits étaient nécessaires compte tenu de leurs pathologies : *« Si on prend des médicaments c'est qu'on en a besoin » (P2), « des médicaments il faut bien quand même en prendre, [...] il me les faut tous, le corps en a besoin » (P11). Certains voyaient même la prise de médicaments comme une obligation : « quand on vieillit on est obligé d'en prendre » (P12), « j'ai eu d'autres problèmes j'ai été obligée de prendre quelque chose » (P5), « je ne peux pas en prendre moins, je suis obligée de les prendre » (P11).*

La nécessité de prendre des médicaments était également justifiée par une crainte vis-à-vis de leurs antécédents familiaux : *« pour l'hypertension je n'y tiens pas j'ai quand même une sœur qui est morte d'un AVC à 48 ans et elle avait 20 de tension » (P11), « Je me dis que je suis peut être génétiquement à risque. Donc celui là ça m'ennuierait de l'enlever » (P5), « il faut que je continue. Je vais vous dire mon père est mort du cœur à l'âge que j'ai exactement. Je pense que s'il avait eu les médicaments que j'ai il ne serait pas mort » (P8).*

La majorité des patients expliquaient qu'il y avait une influence psychologique dans la prise des médicaments. Cet effet placebo semblait être déterminant dans la perception des patients de leur traitement : *« rien que de penser que je ne prends rien pour dormir je ne dormirais pas » (P6), « ça les médicaments c'est dans la tête » (P7), « depuis le temps que je le prends ça ne doit plus faire grand-chose mais c'est dans ma tête » (P14).*

## **2.3- Les patients sont satisfaits de leur ordonnance**

Au cours des entretiens, il y a eu beaucoup de réponses témoignant de la satisfaction des patients vis-à-vis de leur traitement. Tout d'abord, ils étaient satisfaits du nombre de médicaments présents sur leur ordonnance. La perception de la polymédication et du risque médicamenteux par les patients était très différente de celle des médecins. Une bonne partie des personnes interrogées ne pensait pas prendre beaucoup de médicaments : *« je trouve que le nombre de mes médicaments c'est très bien, [...] j'en ai pas tellement » (P10), « je pense que vu mon âge je n'en prends pas trop » (P14).*

Par ailleurs, la majorité des participants ne semblaient pas inquiets des risques liés au médicament : « *il n'y a pas d'inconvénients, j'en suis pas inquiet en tout cas* » (P13), « *les interactions ça ne me fait pas peur* » (P10).

Enfin, ils n'exprimaient pas de difficultés dans la prise des médicaments : « *j'ai pas de problème pour les avaler, même les gros* » (P12), ni dans la gestion de leur traitement : « *c'est pas une contrainte à gérer, c'est facile comme tout* » (P10).

Pour résumer, les patients interrogés étaient satisfaits de leur traitement et surtout ils ne semblaient pas souhaiter que leur médecin généraliste procède autrement : « *on n'aimerait pas spécialement qu'il fasse autrement en définitif* » (P7), « *je ne pense pas qu'il devrait faire autrement, c'est pas la peine de changer* » (P13).

#### **2.4- Les patients ont plus confiance dans les prescriptions du spécialiste d'organe**

Le médecin spécialiste d'organe était paradoxalement considéré par les personnes interrogées comme étant le premier prescripteur, bien que l'ordonnance soit renouvelée essentiellement par le médecin généraliste. Cette notion était justifiée par le fait que le traitement avait été initié par le médecin spécialiste d'organe : « *c'est lui qui l'a donné au départ et après le généraliste me donne pareil* » (P11), « *pour l'asthme c'est le pneumologue qui l'a mis en place* » (P14), « *c'est le cardiologue qui a dit au docteur G ce qu'il fallait que je prenne* » (P2). Le médecin généraliste apparaissait comme le garant du traitement mis en place par le médecin correspondant : « *Le cardiologue il dit qu'il faut augmenter ça ou ça, c'est lui un peu qui gère. Il passe par le docteur* » (P12).

Les représentations du médecin spécialiste d'organe par les personnes interrogées suggéraient que celui-ci était plus compétent que le médecin généraliste pour réévaluer les traitements : « *c'est un spécialiste donc dans ma tête il est au dessus* » (P6). Chaque spécialiste était considéré comme étant responsable des médicaments qui concernaient son organe : « *chaque docteur a sa spécialité, je pense que les médicaments ça marche par poste* » (P2), « *chaque médecin s'occupe des médicaments de sa spécialité* » (P14).

A la question « *Accepteriez-vous plus facilement d'arrêter un de vos médicaments si cela est proposé par le spécialiste ?* » la réponse était unanimement oui. Ce qui témoignait de la confiance des participants envers le médecin spécialiste. Cette confiance semblait être renforcée par le fait que les décisions des médecins spécialistes d'organe étaient basées sur la réalisation d'exams complémentaires : « *il m'a fait un Holter et tout un cinéma [...] quand même c'est lui qui fait les échographies et les électrocardiogrammes, donc j'ai plus confiance dans le cardiologue* » (P2),

« l'ordonnance je suis contente parce que le cardiologue a regardé tout ces paramètres et a dis que c'était bien » (P11).

### **3- Le ressenti des patients face à la déprescription**

La déprescription se définit comme « l'action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux » (7). En règle générale, les patients ne savaient pas grand-chose de la déprescription et n'avaient pour la plupart jamais entendu ce terme. Pour la majorité des participants, l'ordonnance n'avait pas été modifiée depuis très longtemps : « Houlà là, ceux là peut-être au moins 15 ans que je les prends » (P1), « j'ai toujours eu à peu près les mêmes médicaments » (P2), « depuis toujours, enfin depuis 30 ans » (P10).

#### **3.1- Les patients ont un avis plutôt défavorable face à la déprescription**

L'émotion la plus évoquée par les personnes interrogées était la peur. La peur qu'on leur enlève un médicament auquel ils sont habitués et la peur des conséquences de cet arrêt : « j'aurais peur » (P13), « on a toujours peur de souffrir » (P5). Une patiente avait même expliqué que cette proposition d'arrêt de médicament était vécu comme un abandon : « ça me ferait de la peine [...] je crois que je tomberais dans la déprime, je me laisserais aller » (P10).

A la question « Imaginez que votre médecin vous propose de supprimer un de vos médicaments, seriez-vous d'accord ? », la quasi-totalité des participants avaient répondu à l'investigatrice qu'ils étaient méfiants : « je n'aimerais pas parce que je suis stable comme ça » (P14), « Je n'y tiens pas, il ne faut pas changer quelque chose qui marche » (P13). Certains avaient d'emblée exprimé leur refus : « je dirais non » (P12).

Les personnes interrogées n'ayant exprimé aucune crainte face à la polyprescription, elles ne voyaient aucun avantage à la déprescription. Plusieurs inconvénients ont été énoncés. Certains découlaient directement des propriétés du médicament, d'autres freins étaient plus subjectifs.

Quelques un avaient peur que leur médecin généraliste fasse une erreur en leur proposant d'arrêter un médicament dont ils estimaient avoir besoin : « aussi le docteur il ne faut pas qu'il se trompe » (P11), « je ferais confiance en espérant qu'il ne se trompe pas et que ça ne m'attire pas de problèmes » (P5).

La plupart des participants expliquaient que la déprescription pouvait modifier l'équilibre thérapeutique jusqu'ici établi par le traitement en place : « il faut essayer de tout équilibrer avec les

médocs, si j'arrête j'ai l'impression que ça va tout se déséquilibrer » (P8), « j'ai peur que la maladie avance, qu'elle ne soit plus sous contrôle » (P5). La déprescription apparaissait alors comme dangereuse pour la santé.

L'appréhension de la réapparition des symptômes à l'arrêt du médicament ou l'effet rebond était notifiée par toutes les personnes interrogées : « que les symptômes reviennent » (P8), « mes craintes ça serait que ça recommence » (P3), « que la tension remonte, que les palpitations reprennent, que ça recommence comme avant » (P2).

Le risque de complication à long terme était également une inquiétude exprimée par les participants : « j'ai pas envie de faire un AVC et d'être paralysée à vie » (P11), « le cœur à force il est pas content » (P3), « Même si j'ai pas d'ulcère, il peut revenir » (P10).

Même si le médicament concerné par la déprescription n'était pas un antalgique, les personnes interrogées confiaient à l'investigatrice qu'elles avaient peur de la douleur : « c'est la peur d'avoir mal » (P6), « j'ai peur de souffrir » (P11), « si on l'enlève je me dis que je vais avoir mal » (P2).

Enfin, les personnes interrogées appréhendaient de revivre à travers la déprescription une expérience négative vécue comme un traumatisme : « j'ai tellement dégusté [...] vraiment ça m'a fait peur » (P2), « une fois j'ai été en rupture de médicaments, là j'étais vraiment mal » (P3).

### 3.2- Les patients accepteraient la déprescription sous certaines conditions : leurs propositions

Lorsque l'enquêtrice demandait aux participants comment ils souhaitaient que leur médecin procède, plusieurs éléments de réponses semblaient importants :

- Une décision qui vient du médecin spécialiste d'organe : La première crainte exprimée par les patients était d'aller à l'encontre de l'avis du médecin spécialiste : « si je l'enlève le cardiologue il ne va pas être d'accord » (P2). Ils étaient rassurés si la décision d'arrêt du médicament venait du médecin spécialiste. Pour certains c'était d'ailleurs la seule condition acceptable : « si c'est le spécialiste qui propose pour moi ça serait pas pareil » (P6), « si le cardiologue me dit tel médicament c'est inutile de le prendre bon bah je serais quand même tenu de suivre son avis » (P13).

- Une décision basée sur des examens complémentaires : Les participants semblaient aussi rassurés si la décision de supprimer un médicament de leur ordonnance habituelle était basée sur un examen complémentaire. La prise de sang était un des principaux critères : « j'accepterais s'il me dit que d'après

*une prise de sang j'ai pas besoin de ce médicament [...] depuis le temps que je le prends il faut quand même une preuve avant de le supprimer » (P3), « je veux bien à condition que dans mes examens je ne manque pas de potassium » (P7).*

- Une déprescription progressive : Un autre critère qui semblait important pour les participants était que la déprescription se fasse de manière progressive. Le caractère brutal de l'arrêt du médicament était un frein majeur : *« ce qu'il pourrait faire peut-être dans un premier temps c'est pas de l'enlever mais le diminuer » (P7), « faudrait peut être arrêter progressivement » (P8), « si un jour il me dit on le met moins fort, on peut essayer » (P2).*

- Le patient acteur de sa déprescription : Tout comme pour la gestion de leur traitement et la prise de leur médicament, les personnes interrogées exprimaient le besoin d'être maître de l'arrêt de leur médicament : *« j'ai arrêté pendant quelques mois et je l'ai repris quand même. Je lui ai demandé de le reprendre au cas où » (P5).* Les patients voulaient expérimenter eux-mêmes la déprescription.

- Le dialogue, élément phare de la déprescription :

\* *Entre le médecin et le patient* : Le dialogue entre le médecin généraliste et son patient semblait être indispensable. Cette notion était retrouvée lors de tous les entretiens. Toutes les personnes interrogées ont confié à l'investigatrice qu'ils attendaient de leur médecin généraliste qu'il leur explique les raisons de sa décision de « déprescrire » : *« il faudrait m'expliquer pourquoi » (P10), « faudrait qu'il m'explique ses arguments » (P13), « je souhaiterais qu'on m'explique pourquoi j'en ai pas besoin » (P5).*

\* *Entres médecins* : La notion de coordination entre le médecin spécialiste d'organe et le médecin généraliste était fréquemment mise en avant : *« du moment qu'ils se concertent pour mettre un médicament, qu'ils se concertent pour l'enlever » (P2).* L'idée d'une décision partagée par le médecin généraliste et le spécialiste d'organe semblait être un facteur favorisant la déprescription : *« le médecin traitant et le cardiologue ils sont faits pour marcher ensemble » (P9).*

- Un suivi efficace grâce à un médecin généraliste disponible : Le suivi semblait être indispensable. Il permettrait de surveiller la déprescription et de s'assurer qu'il n'y a aucun effet secondaire. Les patients y étaient attachés : *« Il faut que le médecin traitant soit réactif, si ça revient bah qu'on le remette » (P3), « si ça ne va pas j'irais voir mon médecin avant les 3 mois » (P5).* Après la déprescription le médecin généraliste devrait être disponible pour son patient afin de le rassurer et de vérifier que tout se passe bien. Le médecin traitant devait réellement accompagner le patient dans sa démarche.

## 4- Le regard des patients sur leur médecin généraliste

La médecine générale constituait pour les patients un contexte particulier de proximité avec leur médecin. La qualité de la relation médecin-patient était considérée comme essentielle pour l'obtention d'une prise en charge optimale et semblait devoir être fondée sur l'écoute, l'empathie et la sincérité du langage.

### 4.1- Sa place dans l'acte de renouvellement d'ordonnance

Les personnes interrogées sur leurs attentes vis-à-vis de la consultation de renouvellement d'ordonnance se rejoignaient dans une notion commune de « routine ». Pour chacune d'entre elles, la consultation de renouvellement d'ordonnance était l'occasion pour le médecin généraliste de procéder à un bref examen clinique avant de refaire l'ordonnance à l'identique : « *le docteur nous ausculte et il remet ce qu'il ya déjà sur l'ordonnance* » (P6), « *le renouvellement d'ordonnance c'est de la routine quoi* » (P7). Lorsque les participants décrivaient leur consultation de renouvellement d'ordonnance c'est le concept de rituel qui revenait : « *il me prend la tension, il me regarde un peu partout pour voir si ça se passe bien et il me redonne ce qu'il faut* » (P12), « *il prend ma tension, il m'écoute les bronches et il renouvelle l'ordonnance pour 3 mois* » (P14). Les patients attendaient principalement que le médecin recopie l'ordonnance habituelle : « *le médecin traitant ben il recopie et c'est tout* » (P2), « *j'attends qu'il continue ce qui est en cours, comme avant* » (P13).

A aucun moment les participants ne voyaient la consultation de renouvellement d'ordonnance comme l'occasion de réévaluer le traitement et encore moins de « déprescrire » : « *Je ne lui demande pas qu'il en enlève, je ne veux pas d'abord* » (P2).

### 4.2- Le relationnel avant tout

Les patients accordaient tous leur confiance dans leur médecin généraliste. Bien que paradoxalement ils insistaient sur le fait que c'est au médecin spécialiste d'organe de « déprescrire ». Cette notion de confiance est apparue dans tous les entretiens : « *quand je vais chez le médecin j'ai confiance* » (P6), « *si on n'a pas confiance en son médecin c'est pas la peine d'y aller* » (P12). Cette confiance semblait être liée à plusieurs critères :

- Le médecin généraliste connaît son métier : « *j'aimerais qu'on me rassure sur ce qui va se passer après sans le médicament parce qu'on n'est pas médecin vous comprenez* » (P5), « *le docteur pour moi c'est une personnalité compétente et utile [...] il y a le contact et puis les études c'est pas négligeable* »

(P13). Les personnes interrogées avaient confiance en leur médecin car elles le jugeaient compétent de par ses connaissances médicales acquises lors de ses études et de par son expérience professionnelle : « moi j'ai pas la connaissance, je ne suis pas médecin » (P11).

- Le médecin traitant est plus proche de ses patients : Les participants insistaient sur le fait que le médecin généraliste connaît mieux les patients dans leur globalité, il connaît leurs antécédents, leurs habitudes : « il me connaît le mieux, il sait tout mes antécédents, il sait comment je réagis, connaît mon tempérament » (P12). La relation entre le médecin généraliste, médecin de famille, et les patients semblait être plus intime qu'avec un médecin correspondant. Cette intimité renforcerait la relation de confiance : « mon ancien médecin connaissait ma vie par cœur [...] vous voyez je trouve qu'il faut qu'on se sente en toute liberté avec son médecin traitant [...] avec un médecin de médecine générale on aime être plus proche » (P14), « il me connaissait à fond et j'étais en réelle confiance [...] il me parlait de ses enfants, d'un tas de choses [...] je me sentais libre » (P10). La notion de fidélité dans la relation médecin-patient était également soulignée dans plusieurs entretiens : « j'ai toujours eu que lui, depuis que je suis partie d'avec le docteur T qui s'arrêtait » (P1), « je lui fais confiance parce que je suis cliente chez lui depuis qu'il est installé, il m'a toujours suivi [...] je suis une de ses premières clientes d'ailleurs » (P12).

- Le médecin généraliste est plus à l'écoute : Communiquer librement avec son médecin serait la pierre angulaire de la relation médecin-patient : « on dit plus facilement les choses à son médecin traitant [...] la confiance c'est pouvoir tout lui dire » (P14), « il faut un médecin à qui on peut parler, disons que c'est ça que j'appelle la confiance » (P3), « c'est un docteur avec lequel je me sens bien, si j'avais le moindre problème je lui dirais [...] et puis le contact, la communication ça compte énormément » (P10).

Le fait de proposer d'enlever un médicament de l'ordonnance habituelle ne change pas la relation médecin-patient et n'altère pas la confiance envers le médecin généraliste: « oh non pourquoi ça changerait quelque chose ? » (P3), « non je ne pense pas que ça changerait quelque chose » (P1), « non ça ne changerait pas ma confiance » (P10), « ça ne changerait rien, je vous dis je lui fais confiance » (P12).

# DISCUSSION

---

## 1- Validité de l'étude : ses forces et ses limites

### 1.1- Un thème original

Le ressenti des personnes âgées face à la proposition d'arrêt d'un médicament a été peu exploré jusqu'à présent, c'est ce qui fait l'originalité de ce travail. Si les freins des médecins généralistes à la déprescription ont déjà été étudiés, il existe peu de données sur les représentations des personnes âgées qui sont les plus concernées.

Le vieillissement de la population, la polymédication et les risques médicamenteux qui en découlent sont des préoccupations majeures aujourd'hui. Pour y répondre, de nombreux projets voient le jour. Il semblait donc important de connaître le point de vue des patients âgés pour savoir si ces propositions leurs étaient adaptées, si elles correspondaient véritablement à leurs attentes.

### 1.2- Une méthode appropriée

La méthode de recherche qualitative inspirée de la théorisation ancrée était la plus adaptée pour explorer la manière dont cette expérience, la proposition d'arrêt d'un médicament, a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue. La trame d'entretien a été construite de manière à ce que les patients puissent s'exprimer librement autour de ce thème.

### 1.3- La rigueur de la méthode qualitative

Cette recherche a été menée de manière rigoureuse afin de répondre au mieux aux critères de validité d'une étude qualitative.

#### **1.3.1- L'échantillon**

Un échantillon raisonné a été constitué. L'objectif de ce type d'échantillonnage était d'inclure des individus variés (selon le sexe, le niveau socio-culturel, le lieu de vie, la présence ou non d'un conjoint) afin d'explorer la plus grande diversité d'opinions et afin de tendre vers une description la plus exhaustive possible du phénomène étudié. Les participants issus d'une population ciblée par la question de recherche étaient donc capables de s'exprimer sur leur expérience, leurs parcours de vie, leurs émotions en lien avec la proposition de déprescription.

La suffisance des données a été obtenue après 9 entretiens et confirmée par 2 entretiens supplémentaires.

Cependant, un biais de sélection était présent. Ce biais était directement lié aux critères d'inclusion. Il s'agissait en particulier du critère incontournable concernant l'état cognitif des

participants, qui devait être assez correct pour permettre la réalisation des entretiens. Ce critère mettait à l'écart un effectif conséquent de la population âgée puisque 20 % des sujets âgés de plus de 75 ans sont touchés par la maladie d'Alzheimer, étiologie la plus fréquente des syndromes démentiels (8). Ce critère était nécessaire pour obtenir des réponses cohérentes et utilisables pour l'étude.

Par ailleurs, nous pouvons nous questionner sur la présence d'un biais de déclaration. En effet, l'investigatrice réalisait des remplacements dans les cabinets médicaux où ont été recrutés les participants. Nous pouvons ainsi nous demander si les patients ont bien exprimé toutes leurs perceptions de la déprescription de peur d'être jugés par l'enquêtrice.

### **1.3.2- Le caractère novice de la chercheuse**

L'investigatrice était novice dans la recherche qualitative en santé ce qui a entraîné des biais :

- Biais de sélection dans le recueil des données : Le manque d'expérience et les techniques d'entretien ont pu orienter les réponses des personnes interrogées.
- Biais d'interprétation dans l'analyse des données : D'autant plus que ce biais n'a pu être limité par la méthode de triangulation des données. Cependant une supervision de l'analyse a été réalisée par le directeur de thèse.

### **1.3.3- Le respect des règles éthiques**

Au préalable, les autorisations nécessaires ont été accordées pour ce travail. Un avis favorable du Comité d'Éthique a été obtenu, n° du projet : 2021054 (Annexe 5). Aucune donnée personnelle n'ayant été collectée et aucune donnée, même en les croisant, ne permettant de remonter à l'identité des patients, la déclaration CNIL n'était pas obligatoire.

Après information orale et écrite, les participants ont signé une déclaration de consentement à l'issu des entretiens (Annexe 3).

Les enregistrements ont été détruits par la suite à la demande de la CNIL.

## 2- Principaux résultats

### 2.1- Rappel des objectifs

L'objectif principal de ce travail était de connaître le ressenti des personnes âgées lorsque leur médecin leur proposait de « déprescrire » un médicament. La déprescription étant défini comme « l'action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux » (9). Cette recherche avait pour but de questionner les patients âgés polymédicamentés sur la place du médecin généraliste dans l'acte de renouvellement d'ordonnance, d'apporter des réponses aux médecins généralistes sur ce que ressentent leurs patients lorsqu'ils leur proposent d'arrêter un médicament et d'identifier les obstacles à la déprescription.

A la suite de ce questionnaire, l'objectif secondaire était d'avoir des pistes de réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour lever les réticences des patients face à la déprescription.

### 2.2- Exposé du modèle explicatif

A la lumière des résultats, nous pouvons suggérer que les patients doivent expérimenter par eux-mêmes la déprescription. Cette théorie centrale rejoindrait le principe d'autonomie, concept dans lequel le patient est acteur de sa prise en charge. Les patients qui avaient une bonne connaissance de leur traitement, décidaient par eux-mêmes de le moduler en fonction de leur ressenti, voire même de l'arrêter. Ils étaient maîtres de leur ordonnance et n'éprouvaient pas de difficultés dans la gestion de leur traitement. La prise de leur médicament, ritualisée, répondait à un besoin d'équilibre, de bien-être et de sécurité. Leur traitement faisait partie de leurs habitudes de vie. Par ailleurs, ils étaient satisfaits de leur ordonnance et ne semblaient pas vouloir que leur médecin généraliste fasse autrement. Leur principale attente lorsqu'ils allaient en consultation pour leur renouvellement d'ordonnance était que leur médecin recopie l'ordonnance à l'identique, sans la modifier. Ils avaient tous un avis défavorable sur la déprescription, voyant cette action comme inutile et potentiellement dangereuse. Enfin, leur perception de la polymédication et du risque médicamenteux semblait différente de celle que l'on pouvait imaginer. Ils n'exprimaient aucune inquiétude face à la polyprescription.

Par ailleurs, les patients âgés font plus confiance aux médecins spécialistes d'organe qu'à leur médecin généraliste pour réévaluer leur traitement. Les médecins spécialistes d'organe étaient considérés comme étant les premiers prescripteurs. Ce qui est étonnant puisque les participants avaient peu recours aux médecins spécialistes d'organes, contrairement à leur médecin généraliste qu'ils voyaient tous les 3 mois. Les prescriptions avaient pour la plupart été initiées par les médecins spécialistes d'organe, c'était donc à eux que revenait la décision de « déprescrire ». La relation médecin-patient se rapprocherait alors du modèle paternaliste dans laquelle le médecin spécialiste d'organe est considéré comme le médecin expert. Selon les patients interrogés, les médecins spécialistes d'organe seraient les plus compétents pour réajuster leur ordonnance, chaque médecin correspondant étant

responsable des médicaments en lien avec son organe. Ainsi, passer par les médecins spécialistes d'organe semblerait être une étape indispensable pour faire accepter la déprescription aux personnes âgées.

Le lien avec leur médecin généraliste serait différent. S'il est jugé moins apte à réévaluer leur traitement, paradoxalement, les personnes âgées de notre étude semblaient se confier plus facilement à lui. Dans cette relation plus intime, dans laquelle la collaboration, l'écoute et le dialogue sont primordiaux, le médecin généraliste jouerait le rôle d'accompagnateur. Les patients interrogés n'attendaient pas de leur médecin généraliste qu'il leur propose d'arrêter un médicament, ni même qu'il réexamine leur ordonnance. Cependant, ils attendaient qu'il soit disponible et joignable afin de répondre à leurs éventuels questionnements et de surveiller qu'il n'y a aucun problème suite à la déprescription. Dans ce modèle informatif, les personnes interrogées attendaient de leur médecin généraliste qu'il assure leur suivi et les rassure. Ainsi, pour lever les réticences des patients âgés face à la déprescription, l'explication claire et détaillée sur les raisons de cet ajustement de traitement est indispensable. Ce résultat traduit le fait que de nos jours les patients sont de mieux en mieux informés et demandeurs d'éclaircissements sur leur prise en charge. Or, seulement 26 % des patients âgés de plus de 65 ans indiquent que leur médecin généraliste les implique dans les décisions de soins qui les concernent (10). Enfin, même si le médecin généraliste n'est pas à l'initiative de la déprescription, les patients interrogés tenaient à ce que celui-ci soit informé des modifications de traitement. La coordination et la communication entre le médecin spécialiste d'organe et le médecin généraliste est indispensable.

### **3- Discussion autour des principaux résultats, comparaison avec la littérature**

#### **3.1- Le patient : Acteur de sa prise en charge**

La majorité des personnes interrogées dans notre étude avait une bonne connaissance des traitements et de leurs indications. Ces résultats sont plutôt étonnants puisque selon la littérature les patients sont peu nombreux à avoir un bon niveau de connaissance de leurs traitements et de leurs maladies (11). Les personnes âgées ne font pas exception. Au contraire, il existe une corrélation négative entre l'âge et la connaissance réelle des médicaments (12). Autrement dit, plus un patient est âgé moins il connaît son traitement. Selon le travail de thèse de Clémence Braud, les patients âgés ne sont que 39 % à connaître à plus de 70 % l'ensemble de leur traitement médicamenteux chronique (13). Or un patient qui connaît bien son traitement est un patient acteur de sa prise en charge.

Comme la moitié des français (14), les personnes interrogées dans notre étude déclaraient utiliser les notices pour s'informer. Ce qui témoignait des précautions prises par les patients âgés interrogés à l'égard de leurs médicaments.

### 3.1.1- Les obstacles à la déprescription : pourquoi le patient va-t-il dire « non » ?

Dans notre étude les patients étaient tous réfractaires face à la déprescription. Certains patients étaient mêmes catégoriques et affirmaient leur refus. Lorsque nous leurs demandions ce qu'ils ressentait à l'idée de supprimer un médicament, les opinions convergeaient : ils avaient peur. Plusieurs facteurs semblaient responsables de cette méfiance.

Selon le code de Santé Publique, « on entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies » (15). Le médicament est par définition une substance administrée en vue de traiter ou de prévenir une maladie. Retirer cette substance, c'est potentiellement s'exposer à nouveau à la maladie et remettre en question sa qualité de vie ou sa survie. Pour les patients de notre étude, la déprescription était donc une démarche jugée sans avantages voire risquée. Elle apparaissait même comme hypothétiquement dangereuse.

Le principal obstacle mis en avant par les patients de notre étude était la possible réapparition des symptômes à l'arrêt du médicament : l'effet rebond. Ce résultat était également retrouvé dans la thèse de Delphine Chauvin qui s'intéressait au regard des patients jeunes face à la déprescription (16). Cette angoisse de l'effet rebond semble être le frein principal à la déprescription quelque soit l'âge. Selon la revue *Prescrire*, les obstacles à la mise en œuvre de la déprescription serait le manque de connaissance des patients de leurs traitements et de leurs pathologies ainsi que la peur du syndrome de sevrage (11). Il y a ici quelques divergences par rapport aux constats faits dans notre étude. Les données portant sur les connaissances des patients ne concordent pas avec nos résultats. En effet, les patients âgés interrogés avaient une très bonne connaissance de leurs traitements et savaient pourquoi ils les prenaient. Par ailleurs, la crainte du syndrome de sevrage n'a pas été mentionnée par les patients de notre étude.

La peur du changement était également un frein majeur décrit par les personnes interrogées. Les patients âgés semblaient développer une certaine habitude envers leur ordonnance et leurs médicaments. Ces résultats sont concordants avec la littérature. En effet, les patients âgés développent des rituels de prise, notamment avec l'utilisation du pilulier (17). Le patient est organisé, sa journée est rythmée par sa prise médicamenteuse. Le médicament prend une dimension sécurisante. Non seulement il atténue les symptômes et contrôle la maladie mais il permet d'instaurer une routine rassurante. « Déprescrire » revient donc à chambouler son quotidien. De plus, le médicament est parfois investi d'une symbolique irrationnelle. Il peut offrir un statut valorisant pour le patient, le statut de malade (18). La déprescription c'est rompre les habitudes de vie mais c'est aussi perdre son statut.

D'autre part, se rendre chez le médecin généraliste tous les trois mois pour aller « chercher son ordonnance » fait partie du rituel. Après le médecin, il faudra aller à la pharmacie chercher les médicaments grâce à cette fameuse ordonnance. Cette habitude dans la prise médicamenteuse permettrait de garder un lien social. Accepter la déprescription c'est risquer de briser ce lien.

### **3.1.2- Patients vs médecins : Différence d'opinions ?**

La prise en charge des patients âgés polymédicamentés entraîne de nouveaux défis pour la recherche. En effet, la prévalence des maladies chroniques augmente et devrait continuer à croître dans les années à venir (19). Cette polypathologie augmentant avec l'âge, les patients âgés sont souvent polymédiqués (20). Or cette polyprescription, bien que difficile à éviter, a 5 conséquences majeures (21) :

- L'augmentation du nombre de traitements inappropriés ;
- l'augmentation du risque d'interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses ;
- l'augmentation du risque de contre-indications liées à plusieurs pathologies concomitantes ;
- la diminution de l'observance des traitements par les patients ;
- l'augmentation du coût de la prise en charge.

Si la majorité des médecins généralistes semblait être conscient des problèmes liés à la polymédication de leur patient (22), les patients eux ne paraissaient pas inquiets de l'impact de la polymédication sur leur santé. Les effets secondaires et le risque d'interactions médicamenteuses n'avaient pas l'air d'être des préoccupations suffisamment importantes pour envisager la déprescription. Ils n'avaient pas conscience de la portée économique de la surconsommation médicamenteuse, ni de l'amélioration de la qualité de vie après déprescription. Cette principale divergence d'opinions traduit le fait que les patients et les médecins ne semblent pas avoir les mêmes préoccupations.

Cependant, il est intéressant de voir que certaines perceptions des médecins étaient confirmées par notre étude. En effet, selon les médecins généralistes la peur des conséquences négatives et le caractère systématique des consultations de renouvellement d'ordonnance seraient des freins majeurs à la déprescription chez les personnes âgées polymédicamentées (23). Ces notions étaient également mises en évidence dans notre travail.

## **3.2- Le médecin généraliste : Accompagnateur de ses patients**

Le médecin généraliste joue un rôle central dans le suivi médical des personnes âgées polypathologiques résidant à domicile et cette prise en charge représente une part importante de l'activité de médecine générale. Près d'un tiers des consultations et visites des médecins généralistes concernent des patients âgés de 70 ans ou plus (24).

### **3.2.1- Que pensent les patients âgés du médecin généraliste qui « déprescrit » ?**

Un des principaux freins à la déprescription serait le patient lui-même (25). Les résultats de notre étude corroborent ce constat. Devant la proposition de déprescription, tous les patients déclaraient avoir

peur : peur du changement, peur que le médecin qui « déprescrit » fasse une erreur, peur de rompre les habitudes, peur de la recrudescence des symptômes, peur que la maladie évolue, peur des complications, peur de la douleur. Face à ces difficultés, les médecins craindraient une rupture du lien de confiance avec leur patient (26). Cette représentation des médecins n'est pas confirmée par notre étude. En effet, si toutefois les patients se demandaient pourquoi leur médecin généraliste suggérait d'arrêter un médicament qu'ils prenaient depuis des années, ils avaient confiance en lui. Le fait de proposer de supprimer un médicament de l'ordonnance habituelle ne semblait pas altérer la confiance envers le médecin généraliste. Les patients de notre étude gardaient confiance en leur médecin même s'ils exprimaient une certaine réticence face à la déprescription. La confiance se développe au fur et à mesure du temps. Elle se gagne par le dialogue, par l'entente et le partage.

Lors de la consultation de renouvellement d'ordonnance, les patients n'attendaient pas du médecin qu'il réévalue leur traitement. Néanmoins, il fallait que le médecin généraliste reste disponible, ouvert à la discussion et surtout qu'il sache expliquer les raisons pour lesquelles il jugeait le médicament inapproprié. Le patient étant de plus en plus investi dans sa prise en charge, le médecin ne décide plus pour son patient mais recherche une collaboration avec lui. La relation devient informative. Au final, si le patient se sent acteur de sa prise en charge et est en partenariat avec le médecin, il comprend et accepte plus facilement le concept de déprescription.

Enfin, un des freins des médecins à la déprescription serait la crainte de perdre leur crédibilité face aux patients (11). Cette perception des médecins n'était pas confirmée par notre étude puisque d'après les entretiens le médecin ne semblait pas se discréditer aux yeux des personnes âgées interrogées, au contraire un médecin qui propose de supprimer un médicament c'est avant tout un médecin qui s'intéresse à ses patients.

### **3.2.2- Quelle est la place du médecin généraliste dans la déprescription ?**

Le médecin généraliste est le principal acteur dans la prise en charge globale des patients âgés polymédicamentés. Il fait le lien entre les différents prescripteurs et coordonne les soins autour du patient. Selon l'HAS, il est le premier prescripteur chez les personnes âgées, qui ont moins souvent recours aux spécialistes d'organe que les sujets jeunes (27). Étonnamment, pour les participants de notre étude ce n'était pas au médecin généraliste de « déprescrire ». Pour eux le rôle du médecin généraliste était avant tout relationnel. Le médecin généraliste connaissait les patients dans leur globalité, connaissait leurs traitements, leurs antécédents et leur histoire personnelle. Cette notion de proximité, presque d'intimité, semblait être déterminante dans la relation entre le médecin généraliste, médecin de famille, et les patients. Cependant, la déprescription passe-t-elle par le relationnel ? Les résultats issus de nos entretiens ne vont pas dans ce sens. En effet, les personnes interrogées jugeaient que c'était au médecin spécialiste d'organe d'initier la déprescription. Ce n'était donc pas au médecin généraliste

d'apprécier si l'ordonnance était optimale ou si au contraire une réévaluation voire une éventuelle déprescription était nécessaire. L'aval du spécialiste d'organe semblait indispensable aux patients avant d'accepter l'arrêt d'un médicament. Cela nécessite une bonne coordination entre les soignants et une bonne communication entre les différents prescripteurs. Mais qu'en est-il à l'heure actuelle ? Est-il si facile pour un médecin généraliste de joindre un spécialiste d'organe pour demander l'avis sur un traitement ? Faut-il adresser de nouveau le patient au spécialiste d'organe afin qu'il réajuste le traitement ? Le manque d'échanges entre les médecins pour des questions de temps et/ou d'accessibilité aux spécialistes représente un frein majeur à l'optimisation des ordonnances (28). Le développement du Dossier Médical Personnalisé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagées de santé semble intéressant pour faciliter les échanges d'informations médicales entre médecins mais reste à l'heure actuelle peu utilisé (29). De plus, le souci de déontologie envers les autres prescripteurs serait également un obstacle à la déprescription selon les médecins (11).

Par ailleurs, la notion d'abandon a également été évoquée dans un de nos entretiens. Le patient avait peur de perdre la relation qu'il entretenait avec son médecin généraliste. Le médicament faisait alors le lien entre le patient et le médecin comme le relève Amandine Parney (30). Toucher à l'ordonnance c'est prendre le risque d'être « abandonné » par son médecin. Ceci est une représentation erronée puisque la déprescription nécessitant un suivi régulier et une réévaluation de l'état de santé du patient, le médecin qui déprescrit s'investit dans la prise en charge de son patient. La déprescription peut d'une certaine manière renforcer le lien médecin-patient.

Comme décrit plus haut, les patients âgés n'attendent pas du médecin généraliste qu'il modifie leur ordonnance. « Déprescrire » est une décision qu'ils vont prendre eux-mêmes ou qui doit venir du spécialiste d'organe considéré comme l'expert. Le médecin généraliste accompagne les patients dans leur décision. Il a un rôle avant tout relationnel et informatif. Il occupe une place centrale dans l'orientation et le suivi personnalisé des patients âgés.

### **3.2.3- Comment « déprescrire » ?**

La déprescription est « le processus d'arrêt d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de santé, dans le but de gérer les risques de la polymédication et d'améliorer l'état de santé du patient » (31). C'est une action complexe et difficile à mettre en œuvre notamment par le fait que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer. Lorsque l'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé, ici la prise médicamenteuse, les techniques d'entretien motivationnel peuvent être utilisées. Facilement applicable dans le cadre d'une consultation de médecine générale, l'approche motivationnelle est un outil d'accompagnement au changement des malades chroniques basée sur l'écoute active et une attitude empathique (32).

D'autre part, la déprescription ne devrait pas être brutale. Elle devrait se faire progressivement, par palier, si toutefois cela est possible.

Le fait que la décision d'arrêter un médicament s'appuie sur un examen complémentaire ou que l'on puisse surveiller les conséquences de cet arrêt semblerait être un facteur facilitateur.

Par ailleurs, plusieurs outils et protocoles d'aides à la déprescription ont été proposés dans la littérature. Ainsi, en 2008, J. Doucet et P. Queneau rappelaient les 6 étapes de déprescription proposées par Woodward (33), (34):

- Établir avec le patient (et son entourage) la liste complète des médicaments prescrits ;
- évaluer l'observance thérapeutique ;
- réévaluer régulièrement chaque médicament reçu ;
- identifier les traitements pouvant ou devant être arrêtés, remplacés ou dont la posologie peut être réduite ;
- établir un planning de déprescription en partenariat avec le patient, dans le cadre d'une éducation thérapeutique de qualité. Si possible après en avoir informé les autres prescripteurs ;
- surveiller attentivement les malades après la déprescription, ce qui nécessite une disponibilité pour revoir le malade et répondre à ses questions.

En 2015, E.Reeve (35) a réalisé une revue de littérature afin de proposer un processus de déprescription centré sur le patient.

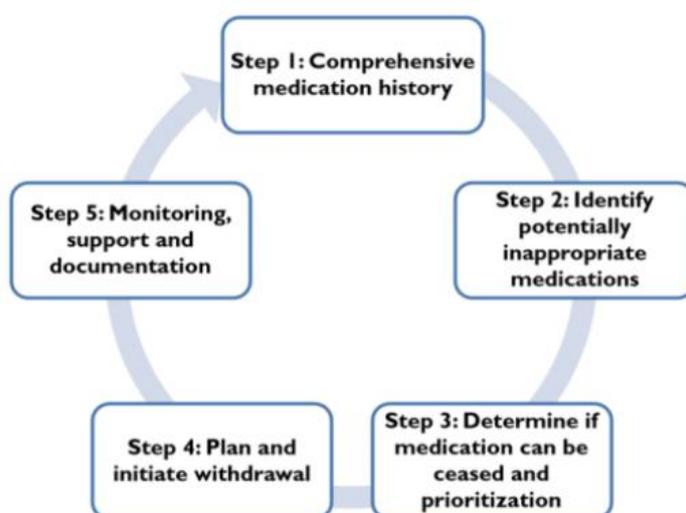


Image n°1 : Les cinq étapes du processus de déprescription selon E. REEVE

Les objectifs de ce processus sont de :

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

Des algorithmes de déprescription pour certaines classes médicamenteuses (IPP, antipsychotiques, benzodiazépines, anti-hyperglycémiantes et anti-cholinestérasiques) sont également proposés par des équipes canadiennes. Centralisés sur un site internet, nous pouvons retrouver ces algorithmes permettant de faciliter la déprescription (36). Des outils d'aide à la décision pour la déprescription destinés aux patients sont également disponibles sur ce site.

Par ailleurs, des outils d'évaluation de la qualité des prescriptions comme les critères START-STOPP, les grilles ACOVE, la liste de Laroche, de Beers...(37), (38) peuvent être utiles mais se pose alors la question de la faisabilité pratique lors d'une consultation de médecine générale.

Enfin, depuis 2018, le bilan partagé de médication est pratiqué par les pharmaciens d'officine (39). Il s'agit d'une analyse des traitements médicamenteux du patient âgé polymédiqué (personne âgée de 65 ans ou plus avec au moins une ALD ou personne âgée de plus de 75 ans). Le bilan partagé de médication est remboursé par la sécurité sociale et se déroule sous forme de plusieurs entretiens avec le patient. A l'issue de ce bilan, une synthèse est transmise au médecin généraliste. Par ailleurs, le pharmacien qui délivre les médicaments prescrits et apporte des conseils sur la prise médicamenteuse joue également un rôle de surveillance en analysant les ordonnances et en pointant les incohérences ou les risques iatrogéniques. Il est parfois le seul acteur lors de la vente sur conseil pharmaceutique et face à l'automédication. Le pharmacien a donc un rôle à jouer dans la déprescription.

## CONCLUSION

---

Du fait de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques chez les sujets âgés, la polymédication est fréquente dans cette population. Cependant, elle n'est pas sans conséquences puisqu'elle augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance et représente un coût élevé. Prescrire plus juste chez les patients âgés polymédiqués est donc un enjeu majeur. Cela nécessite un investissement des autorités de santé, des prescripteurs, mais aussi des patients. Si de nombreux travaux ont été réalisés auprès des médecins pour identifier les moteurs et les freins à la déprescription, très peu d'études demandaient aux personnes âgées, qui sont les plus concernées par la polymédication, ce qu'elles en pensaient. Notre travail a donc permis d'apporter des informations nouvelles sur le vécu et le ressenti des patients âgés polymédiqués sur le thème de la déprescription. Dans notre étude, les patients expriment leur maîtrise de leur traitement. Ils représentent le principal frein à la déprescription, ce qui confirme ce que les prescripteurs pensaient jusqu'à présent.

Le dialogue est primordial pour faire accepter l'arrêt d'un médicament. Les patients âgés polymédiqués ont un avis défavorable face à la déprescription et sont méfiants. Ils sont demandeurs d'arguments et d'explications. Utiliser des techniques de motivation au changement comme l'entretien motivationnel est une piste intéressante pour favoriser la déprescription. La prise médicamenteuse fait partie de leurs habitudes de vie. Ces rituels et le caractère routinier des consultations de renouvellement d'ordonnance sont des obstacles à la déprescription. Cette étude nous montre que la déprescription ne doit pas prendre en compte uniquement les attentes des prescripteurs et des instances de santé. Les patients ont bien leurs mots à dire et sont enclins à une réelle collaboration. Néanmoins, ils semblent attachés à leurs médicaments et ne sont pas conscients des dangers de la polyprescription. Un gros travail d'information et de pédagogie est donc à mettre en place auprès des patients âgés polymédiqués. Le médecin généraliste en tant que premier interlocuteur a donc un rôle central à jouer dans cette éducation. Par ailleurs, une approche pluri-professionnelle est nécessaire pour lever les réticences des patients âgés face à la déprescription. Le dialogue entre médecins généralistes et médecins spécialistes d'organe sont indispensables puisque selon les patients âgés la décision de « déprescrire » doit passer par le médecin spécialiste d'organe. Développer des études sur la collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes d'organe serait à envisager pour éviter la polymédication et ainsi limiter les risques qui y sont liés.

Finalement, étudier le ressenti et les représentations des patients âgés polymédiqués face à la proposition d'arrêt d'un médicament ouvre des pistes de réflexion pour aider à « déprescrire ». Supprimer un médicament de l'ordonnance habituelle d'un patient âgé est une action complexe qui requiert de la réflexion et du temps. La communication y joue un rôle central. La déprescription passe par la négociation avec les patients, qui sont maîtres de leur traitement et nécessite l'appui du médecin

spécialiste d'organe. L'enjeu principal est de travailler en équipe. Une étude quantitative auprès des patients âgés polymédiqués pourrait approfondir ces données et permettrait une approche plus précise sur les médicaments posant des difficultés à la déprescription.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Frazier SC, MS, NP-C. Health Outcomes and Polypharmacy in Elderly Individuals. *J Gerontol Nurs.* 2005 Sep;31(9):4-11.
2. Population par âge. Tableaux de l'économie française. Paris: INSEE, 2021. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291> [consulté le 24 juin 2021].
3. Le Cossec C. Polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure, 2015. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/562-la-polymedication-au-regard-de-differents-indicateurs-de-sa-mesure.pdf> [consulté le 11 janvier 2021].
4. Fauchais A L, Ploquin I, Ly K, et al. Iatrogénie chez le sujet âgé de plus de 75 ans dans un service de post-urgences. Étude prospective de cohorte avec suivi à six mois. *Rev Médecine Interne.* 1 mai 2006;27(5):375-81.
5. Calvet L. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans et plus, 2012. Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012\\_doss2.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_doss2.pdf) [consulté le 11 janvier 2021].
6. Carrier H, Zaytseva A, Bocquier A, et al. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. *Etudes et résultats* 2017;1036:1-8.
7. Reeve.E, Gnjdic D, Long J, et al. A systematic review of the emerging definition of « deprescribing » with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2015 Déc;80(6). Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27006985> [consulté le 24 Juin 2021].
8. Paulin.M, Pasquier.F. Syndrome démentiel : diagnostic et prise en charge. Masson, 2010. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/233162/syndrome-dementiel-diagnostic-et-prise-en-charge> [consulté le 14 juillet 2021].
9. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de "dé-prescrire". *Presse Med.* 1 mai 2004;33:583-5.
10. Benigeri.M. Perceptions et expériences des personnes de 65 ans et plus: le Québec comparé. Commissaire à la santé et au bien-être, 2017. Disponible sur : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/CWF/CSBE\\_CWF\\_2017\\_Rapport\\_Resultats.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/CWF/CSBE_CWF_2017_Rapport_Resultats.pdf) [consulté le 24 juillet 2021].
11. Crest-Guilluy.M, Schwartz.J.C, Favre.M, et al. La déprescription: les patients sont-ils prêts?. *Rev Prescrire* 2014;34(370):606-607.
12. Bouvy G. Critères influençant la connaissance des traitements chez les sujets âgés : étude prospective chez 200 patients. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2012.
13. Braud C. Évaluation de la connaissance des patients âgés de leur traitement médicamenteux : réalisation d'une enquête et propositions d'améliorations. Thèse de médecine : Université de Nantes, 2016.
14. Sondage Groupe Pasteur Mutualité, 2011. Disponible sur : <https://www.e-sante.fr/33-francais-ne-lisent-pas-ou-peu-notices-medicaments/actualite/384> [consulté le 24 juillet 2021].

15. Code de la Santé Publique-art. L5111-1. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9dicament&oldid=184840854> [consulté le 21 juillet 2021].
16. Chauvin D. La déprescription en médecine générale: qu'en pensent les patients? Thèse de médecine: Université d'Amiens, 2017.
17. Dupré-Lévêque D. Le médicament : un outil de communication ? Gerontol Soc. 2002;25 / n° 103(4):161-76.
18. Collin. J. Observance et fonctions symboliques du médicament. Gerontol Soc. 2002;25 / n° 103(4):141-159.
19. Fleming DM, Elliot AJ. Changing disease incidence: the consulting room perspective. Br J Gen Pract. 1 nov 2006;56(532):820-4.
20. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. Gerontol Soc. 2002;25 / n° 103(4):13-27.
21. Clerc P, Le Breton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pouvourville G. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Prat Organ Soins. 2009;40(3):167.
22. Queneau.P, Doucet.J, Paille.F. Quand “ déprescrire ” les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? Les stratégies médicales chez les sujets âgés. Bull Acad Natl Med. 2007;191(2):271-85.
23. Bourgeois C. Classification des freins à la déprescription pour les personnes âgées polymédiquées selon les médecins généralistes de la Pévèle du Douaisis en 2020. Thèse de médecine : Université de Lille, 2020.
24. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. Etudes et résultats 2004;315:1-12.
25. Blesses S. La dé-prescription en médecine générale : ses freins et ses déterminants. Thèse de médecine : Université d'Amiens, 2012.
26. Morel C. Comment aborder et réussir une déprescription chez les sujets âgés ? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes. Thèse de médecine: Université de Rouen, 2014.
27. Haute Autorité de Santé. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Recommandations professionnelles. 2005. Disponible sur : [http://hassante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa\\_synth\\_biblio\\_2006\\_08\\_28\\_\\_16\\_44\\_51\\_580.pdf](http://hassante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf) [consulté le 2 décembre 2020].
28. Guillemaud C. Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2010.
29. Service public. Qu'est-ce que le dossier médical partagé (DMP) ? Juillet 2021. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872> [consulté le 8 août 2021].
30. Parney Amandine. La déprescription: des obstacles aux voies d'amélioration. Thèse de médecine: Université de Lyon, 2015.

31. Dupie.I. Déprescription. Journée SFTG recherche, Paris 2018. Disponible sur : [https://www.sftg.eu/media/deprescription\\_idupie\\_\\_011191900\\_1300\\_05112018.pdf](https://www.sftg.eu/media/deprescription_idupie__011191900_1300_05112018.pdf) [consulté le 6 décembre 2020].
32. Haute Autorité de Santé. L'entretien motivationnel. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo\\_entretien\\_motivationnel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf) [consulté le 9 août 2021].
33. Queneau.P, Doucet.J, Paille.F. « Alléger » l'ordonnance exige de la méthode : Déprescription. Concours Méd. 2008; Tome 130:969-72.
34. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. J Pharm Pract Res. 2003;33(4):323-8.
35. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. Br J Clin Pharmacol. oct 2014;78(4):738-47.
36. Site Réseau canadien pour la déprescription. Disponible sur : <https://www.reseaudeprescription.ca/lettre> [consulté le 1 mars 2021].
37. Vallot S. PMPI associées à la morbidité chez les PA polymédiquées suivies en MG, étude de Cohorte FOPAS. Exercer 2020;161:122-3.
38. A. Desnoyer, B. Guignard, P-O Lang et al. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ? Presse Med. Novembre 2016;45:957-970.
39. Bilan de médication partagé. Publication IRDES, mars 2019. Disponible sur : [https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/11/santepub\\_bpm.pdf](https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/11/santepub_bpm.pdf) [consulté le 8 août 2021].

## Annexe 1 : lettre d'information destinée aux patients

### **LETTRE D'INFORMATION**

#### **Entretiens individuels sur le ressenti des patients face à la déprescription d'un médicament présent sur leur ordonnance habituelle**

Investigatrice principale : VIGNER Joséphine

Directeur de thèse : Professeur Robert Jean

Institution : Université François Rabelais - Faculté de médecine de Tours

Vous êtes invité(e) à participer à une étude conduite dans le cadre d'un travail de thèse sur le ressenti des patients lorsqu'on propose d'arrêter un ou plusieurs médicaments de leur ordonnance habituelle.

Votre participation est entièrement volontaire, vous avez le droit de refuser ou de vous retirer à tout moment sans justification.

Cette notice d'information a pour objectif de vous informer sur le déroulement de cette recherche. Si quelque chose n'est pas clair ou que vous avez des questions, n'hésitez pas à demander.

#### **Objectif de l'étude**

Vous allez participer à un entretien individuel, destiné à recueillir votre témoignage sur ce que représente pour vous l'acte de supprimer un médicament de votre ordonnance de traitement habituel.

L'objectif de ce travail est de savoir ce que vous ressentez quand on enlève un ou plusieurs médicaments de votre ordonnance habituelle, ce que vous en pensez, votre vécu. Le but étant de mieux comprendre vos attentes vis-à-vis du prescripteur.

#### **Modalités**

Les entretiens individuels se passeront dans le lieu de votre choix. Ils n'auront pas de durée imposée, ils se termineront quand la discussion s'achèvera ou à tout moment si vous souhaitez y mettre fin. Les entretiens ne seront pas filmés mais ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de pouvoir les retranscrire ensuite mot à mot. Les données seront anonymisées. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but étant de recueillir votre avis personnel.

#### **Qui peut participer ?**

Toute personne âgée de 75 ans ou plus, vivant à domicile, prenant au moins 5 médicaments par jour au long cours.

### **Bénéfices attendus**

Il n'y a pas de bénéfice direct lié à votre participation à cette étude.

### **Risques éventuels**

Il n'y a pas de risque à participer à cette étude. Cependant, si vous n'avez pas envie de répondre à certaines questions, rien ne vous y oblige. Vos choix seront entièrement respectés, et ce sans justification.

### **Indemnités**

Vous ne percevrez aucune indemnité dans le cadre de votre participation à cette étude.

### **Confidentialité et protection des données personnelles**

Toutes les informations seront traitées et analysées de manière confidentielle.

Un enregistrement audio sera fait lors de la séance. Il sera ensuite stocké dans une base de données et identifié avec un code unique. Lors de la retranscription, nous procéderons à une anonymisation des noms propres. Votre identité et vos données personnelles n'apparaîtront à aucun moment dans la retranscription.

Le contenu de l'entretien ne sera pas discuté avec votre médecin traitant.

Seuls les résultats finaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

### **Qui est responsable de cette étude ?**

Cette étude est menée par Mme VIGNER Joséphine. La collection des données et leur exploitation seront supervisées par le Professeur ROBERT Jean.

### **Question ou information complémentaire**

Si, après lecture de cette notice d'information, vous avez des questions concernant cette étude, vous pouvez contacter Mme VIGNER Joséphine au 06 87 24 86 42.

**TRAME D'ENTRETIEN**

**Question de recherche**

Quel est le ressenti des personnes âgées polymédiquées face à la déprescription ?

**Présentation de l'entretien**

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Je m'appelle Joséphine Vigner, je suis médecin généraliste remplaçante et afin de terminer mon cursus je prépare ma thèse.

Ce travail de recherche porte sur la déprescription chez les personnes âgées. La déprescription étant le fait de supprimer un médicament de l'ordonnance habituelle.

Pour ce faire, je réalise des entretiens individuels de ce type.

L'entretien est enregistré avec votre accord mais il reste confidentiel et anonyme. Il sera par la suite retranscrit par écrit.

Mon travail de thèse est basé sur votre témoignage personnel. Vous pouvez dire tout ce que vous ressentez. Aucun jugement ne sera porté sur ce que vous me confierez.

Avez-vous des questions ?

Avant de commencer l'enregistrement, je vais vous poser quelques questions générales qui me permettront de définir les caractéristiques de l'échantillon étudié.

Êtes-vous prêt ?

**Généralités**

Sexe :

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre situation familiale ? Habitez-vous seul ?

Quelle était votre profession ?

Vivez-vous en milieu urbain ou rural ?

Utilisez-vous un pilulier ? Qui le prépare ?

Combien y-a-t-il de médicaments sur votre ordonnance habituelle ?

## Entretien

Nous allons commencer l'enregistrement.

### 1- Point sur les médicaments : Vécu autour de l'ordonnance

→ Question « brise glace » : Pouvez vous me dire pour quels problèmes de santé vous prenez des médicaments ? Racontez-moi.

- Avez-vous beaucoup de médicaments ?
- Que pensez-vous du nombre des médicaments que vous prenez ?
- Selon vous y'a-t-il des inconvénients à avoir beaucoup de médicaments ?
- Qui fait votre ordonnance ?
- Comment cela se passe t-il ?
- > Racontez moi comment votre médecin fait le renouvellement de votre ordonnance ?
- > Êtes vous satisfait de votre ordonnance ?
- > Est-ce que vous pensez que votre médecin traitant pourrait faire autrement ?
- > Pourrait-il enlever un ou des médicaments de votre ordonnance habituelle ?

### 2- Point sur la deprescription : Ressenti du patient et relation médecin-patient

→ Votre médecin vous a-t-il déjà proposé d'enlever un médicament de votre ordonnance habituelle ?

*Si oui, comment cela s'est-il passé ? Racontez-moi.*

- Pourquoi a-t-il enlevé ce médicament ?
- Vous a-t-il expliqué pourquoi il l'a enlevé ?
- Quel a été votre ressenti ?
- Étiez-vous d'accord ?
- Qu'avez-vous pensé de votre médecin ?
- Auriez vous souhaitez qu'il fasse autrement ?
- Cela a-t-il changé la relation avec votre médecin ?

*Si non, imaginez que votre médecin vous propose de supprimer un de vos médicaments.*

- Seriez-vous d'accord ?
- Quel serait votre ressenti face à cette proposition d'arrêt de votre médicament ?
- Pourquoi accepteriez-vous ? Sous quelles conditions ?
- Quelles seraient vos peurs ?

- Comment souhaiteriez-vous qu'il fasse ?
- Que penseriez-vous de votre médecin s'il vous proposait d'enlever un médicament de votre ordonnance habituelle ?
- Est-ce que le fait d'enlever un de vos médicaments pourrait altérer votre confiance envers votre médecin ?
- Accepteriez-vous plus facilement d'arrêter un de vos médicaments si cela est proposé par le spécialiste ?

### 3- Fin de l'entretien

- Est-ce que vous souhaitez aborder autre chose concernant vos médicaments ? Votre ordonnance ?
- Est-ce que l'entretien s'est bien passé ?

Je vous remercie pour cet entretien. Je vais maintenant le retranscrire par écrit de façon anonyme, l'enregistrement sera ensuite détruit.

**CONSENTEMENT DE PARTICIPATION**

**Entretiens individuels sur le ressenti des patients face à la déprescription d'un médicament  
présent sur leur ordonnance habituelle**

Investigatrice principale : VIGNER Joséphine

Directeur de thèse : Professeur Robert Jean

Institution : Université François Rabelais - Faculté de médecine de Tours

Après avoir lu cette notice d'information et obtenu les réponses à mes éventuelles questions, j'accepte librement et volontairement de participer à cet entretien individuel.

Je suis conscient que je n'ai aucune obligation et que je peux me retirer à tout moment, sans justification ni conséquence.

J'ai bien reçu une copie de cette notice d'information et de consentement.

*Nom du participant :*

*Nom de l'investigatrice : VIGNER*

.....

*Date :*

*Date :*

*Signature*

*Signature*

**FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION**

**Entretiens individuels sur le ressenti des patients face à la déprescription d'un médicament  
présent sur leur ordonnance habituelle**

Investigatrice principale : VIGNER Joséphine

Directeur de thèse : Professeur Robert Jean

Institution : Université François Rabelais - Faculté de médecine de Tours

Je soussigné(e) Mr ou Mme .....déclare ne pas m'opposer à l'utilisation des données issues de la retranscription de mon entretien avec Mme VIGNER Joséphine, fait dans le cadre de son travail de thèse portant sur « Quel est le ressenti des personnes âgées polymédiquées face à la déprescription ? »

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir la responsable de recherche.

Fait à :

Date :

Signature



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE  
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES  
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

**AVIS**

**Responsable de la recherche : Pr Jean ROBERT**

**Titre du projet de recherche :** Quel est le ressenti des personnes âgées polymédiquées face à la « déprescription » ?

**N° du projet : 2021 054**

**Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis**

- FAVORABLE**
- DÉFAVORABLE**
- SURSIS A STATUER**
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

**au projet de recherche n° 2021 054**

**A Tours, le 22/10/2021**

**Dr Béatrice Birmelé  
Présidente du Groupe Ethique Clinique**

**Vu, le Directeur de Thèse**

A handwritten signature in black ink, consisting of a long, sweeping horizontal stroke with a small loop at the end.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

**VIGNER Joséphine**

53 pages – 1 tableau

## **DÉPRESCRIPTION : QUE PENSENT LES PATIENTS AGÉS POLYMÉDIQUÉS ?**

### **ÉTUDE QUALITATIVE**

#### **Résumé :**

**CONTEXTE :** Les patients âgés, souvent polypathologiques, se voient fréquemment prescrire de nombreux médicaments. Or, on sait que cette polymédication n'est pas sans conséquence. Trouver des moyens d'endiguer ces risques évitables liés aux médicaments dans cette partie de la population semble indispensable.

**OBJECTIF :** Comprendre le ressenti des personnes âgées polymédicamentées face à la proposition d'arrêt d'un médicament afin d'identifier les obstacles à la déprescription.

**MÉTHODE :** Etude qualitative prospective menée par entretiens semi-dirigés avec échantillon raisonné de 14 personnes âgées de 75 ans ou plus, dont l'ordonnance comporte au moins 5 médicaments depuis 3 mois. Les participants ont été recrutés auprès de médecins généralistes de l'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher. Analyse des données inspirée de la théorisation ancrée.

**RÉSULTATS :** Les patients avaient une bonne connaissance de leurs médicaments et de leurs indications. Ils étaient maîtres de leur traitement et décidaient eux-mêmes de le modifier. La prise médicamenteuse, ritualisée, faisait partie de leurs habitudes de vie. Ils étaient satisfaits de leurs médicaments et ne semblaient pas vouloir que leur médecin généraliste fasse autrement. Leur principale attente lors du renouvellement de traitement était que leur médecin généraliste recopie l'ordonnance. La polymédication ne représentait pas un risque pour les patients. Les patients étaient tous réfractaires face à la déprescription. Selon eux, les médecins spécialistes d'organe seraient les plus compétents pour réévaluer leur traitement. Ainsi, passer par les médecins spécialistes d'organe est une étape indispensable pour faire accepter la déprescription aux personnes âgées. Le rôle du médecin généraliste était avant tout relationnel. Il connaissait les patients dans leur globalité, connaissait leurs traitements, leurs antécédents et leur histoire personnelle. Cette notion de proximité semblait être déterminante dans la relation médecin-patient. Dans cette relation plus intime, le médecin généraliste jouerait le rôle d'accompagnateur pour la déprescription.

**CONCLUSION :** L'étude du ressenti des personnes âgées polymédiquées face à la proposition d'arrêt d'un médicament ouvre des pistes de réflexion pour aider à « déprescrire ». La déprescription est une action complexe qui passe par la négociation avec appui du médecin spécialiste d'organe. L'enjeu principal est de travailler en équipe.

**MOTS CLÉS :** Personne âgée – déprescription – polymédication

#### **Jury :**

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGÈRE

Directeur de thèse : Professeur Jean ROBERT

Membres du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Professeur Daniel ANTIER

Date de soutenance : 25 Novembre 2021