

## INTRODUCTION

Les patients subissent des événements indésirables majeurs dus à la **iatrogénie médicamenteuse** ce qui impose une **remise en question des prescriptions**.

**Objectif : Comprendre les obstacles à la déprescription afin d'élaborer des solutions.**

## MATERIEL ET METHODES

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de **10 médecins généralistes installés dans l'Ain, entre juillet 2014 et juin 2015**. Accord écrit des médecins. Durée moyenne d'un entretien : 1 heure.

**Approche de la théorisation ancrée** (l'analyse des données s'effectue au fur et à mesure de leur recueil afin d'arriver à une compréhension et une conceptualisation).

## RESULTATS

### LES OBSTACLES A LA DEPRESCRIPTION

selon les représentations des médecins (M = Médecin)

o **LES PATIENTS SERAIENT DES CONSOMMATEURS** attachés à leurs médicaments, par habitude et facilité. Dans un contexte de **forte symbolique médicamenteuse**, ils exerceraient une pression sur les médecins et la déprescription serait vue comme une restriction.

M9 : " Les patients ils attendent pas une déprescription, ils attendent une prescription, nouvelle."

M2 : " Oh ben c'est parce qu'on coûte trop cher à la Sécu !? C'est pour ça que vous me supprimez ça !", le médecin 2 se souvenant d'un commentaire d'un patient

o **LA DEPRESCRIPTION SERAIT RISQUEE ET SON INTERET INCERTAIN**

L'ordonnance permettrait le lien et le suivi

M6 : "la prescription reste le fil qui nous relie au patient. Et si on supprime la prescription, on supprime la consultation, le suivi."

Les médecins ont **PEUR DE ROMPRE L'EQUILIBRE THERAPEUTIQUE**, surtout si un **spécialiste était le primo-prescripteur**. Ils ont des doutes vis-à-vis de la pertinence de la déprescription même si certains médicaments sont inutiles (difficultés à déterminer des situations où la déprescription serait nécessaire)

M8 : "il est quand-même allé jusqu'à quatre-vingt douze ans avec ça !"

Certains médecins ont peur d'être contraints de déprescrire. Ils ont peur d'une évolution vers une médecine imposée par la Sécurité Sociale.

M10 : "On peut pas faire de la déprescription de masse"

### LES PROPOSITIONS D'AMELIORATION

➤ **Les médecins sont demandeurs d'AIDES EXTERIEURES pour les aider à déprescrire**

Campagnes grand public  
Formation médicale  
Déremboursement de certains médicaments (justifiant leur inutilité)

➤ **Aborder la déprescription : UN SAVOIR-ETRE et UN SAVOIR-FAIRE**

**UN SAVOIR-ETRE : se remettre en question, se poser la question de la déprescription**

M6 : "La meilleure déprescription c'est de ne pas prescrire"  
M3 : "il faut déjà qu'on ait cette démarche de vouloir le faire, de reprendre à chaque fois l'ordonnance"

**UN SAVOIR-FAIRE : trouver le moment propice, impliquer le patient, prendre du temps, déprescrire progressivement**

M6 : "le savoir-faire est sans doute plus important que la connaissance"  
M10 : "la déprescription, il faut que ça soit raisonné et en collaboration avec le soignant. Soignant, soigné."

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Le développement des **COMPETENCES EN MEDECINE GENERALE** comme **VOIE d'AMELIORATION** de la déprescription

### Déprescription PROGRESSIVE

**NOTIFICATION** dans le dossier médical

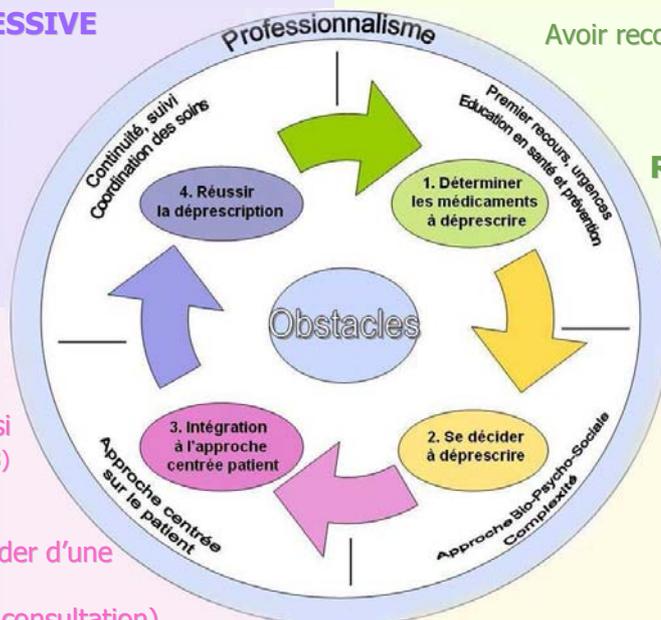
**COORDINATION** avec les autres professionnels de santé

**SUIVI** en consultation

**Recueil explicite des ATTENTES du patient** (croyances erronées des médecins), le patient étant aussi demandeur de déprescription (3)

**Recherche d'une CONCORDANCE** (2) pour décider d'une déprescription (accord entre le patient et le médecin lors de la consultation)

**SE RESPONSABILISER** et développer une **REFLEXIVITE SUR SES PRATIQUES**, avec une prise de conscience de ses croyances erronées "défensives", sont gages de **professionnalisme**



Avoir recours à la **NON PRESCRIPTION** et aux **thérapeutiques NON MEDICAMENTEUSES**

**REEVALUATION** d'ordonnance plutôt que renouvellement (1)

**EVITER** de parler de "MEDICAMENT A VIE"

Prise en compte du **CONTEXTE** (notamment les expériences de déprescription du patient)

(1) Ostini R, Hegney D, Jackson C, Tett SE. Knowing how to stop: ceasing prescribing when the medicine is no longer required. J Manag Care Pharm JMCP. févr 2012;18(1):68-72.

(2) Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Suisse : Editions Médecine & hygiène ; 2010.

(3) Kouladjian L, Chen TF, Hilmer SN. First do no harm: a real need to deprescribe in older patients. Med J Aust [Internet]. 2015 [consulté le 27 mai 2015];202(4).