

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Lisa NGUYEN

Le 28 Novembre 2017

La déprescription médicamenteuse Analyse de la mise en place et du fonctionnement d'un réseau ville-hôpital d'aide à la déprescription : réseau R.A.D.I.O.

Directeur de thèse : Dr Serge BISMUTH

JURY :

Monsieur le Professeur Philippe ARLET	Président
Monsieur le Professeur Jean-Louis MONTASTRUC	Assesseur
Monsieur le Professeur Patrice MASSIP	Assesseur
Madame le Docteur Haleh BAGHERI	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur Jacques LAGARRIGUE
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHE Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAS Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danièle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jil	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginia	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Rogar	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury de ma thèse :

Monsieur le Professeur Philippe ARLET, vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde estime. Merci pour votre passion du métier.

Monsieur le Professeur Jean-Louis MONTASTRUC, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Patrice MASSIP, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. Merci pour vos enseignements toujours dans la bonne humeur.

Madame le Docteur Haleh BAHGERI, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. Merci d'avoir fait des AEP un moment de convivialité et de bienveillance.

A mon maître de thèse :

Monsieur le Docteur Serge BISMUTH, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. Merci de m'avoir proposé ce travail et de m'avoir permis de participer aux débuts du réseau R.A.D.I.O. Cette expérience m'a donné le goût et le courage de la révision d'ordonnance. J'espère être à la hauteur des ambitions de R.A.D.I.O.

A mon futur associé :

Monsieur le Docteur Philippe JULIEN, tu m'as aidé à me construire en tant que médecin pendant toute une année ! Merci pour ton professionnalisme, ton sens du partage, ton hospitalité et celle de ta famille. Cela m'a convaincu de poursuivre l'aventure de la médecine générale à tes côtés. J'espère que je saurais t'apporter autant que tu m'as donné. A bientôt !

A tous les médecins qui ont participé à ma formation : merci de m'avoir transmis votre passion du métier et de m'avoir inspirée par votre exemplarité.

Au Docteur Cyrille BELLANGER pour ta profonde gentillesse et nos échanges enrichissants.

Au Docteur André BRIFFOD pour ta sérénité, ton sourire et nos discussions spirituelles.

Au Docteur Isabelle BALLENGHIEN pour ta générosité et ton enthousiasme à toute épreuve.

Au Docteur Sandrine MALVEZIN-MARQUIS pour avoir su me remotiver à une période difficile.

Au Docteur Jacques PUJOL pour ton courage et ton humanité.

Au Docteur Kristel SUDRES pour ta bienveillance et ton attention envers les patients.

A tous les médecins qui ont participé à ce travail : Dr Fabrice ELASRI, Dr Michèle AMARDEILH et ceux que j'oublie.

A mes co-internes : Laure, Pauline, Ariane, Vianney, Agnès.

Que de doutes, d'émotions, de travail et de tartiflettes pendant ces longues années d'études !! Merci de m'avoir aidé à garder le cap. Mention particulière à Laure qui a eu la patience d'avoir les mêmes discussions en boucle ! Promis, j'investis bientôt dans un magnétophone ;-))

A mes amis : Charlotte, Hugo, Aurélie, Jérémie, Loïck.

Merci pour ces moments de détente riches en glucides et jeux en tout genre ! Je n'aurais pas pu tenir le coup sans vous.

Jerem, merci de ne pas avoir su m'hypnotiser à faire Anapath dans l'Océan Indien. Tu me manques mais la médecine générale c'est cool quand même !

A ma famille :

A mes parents, merci pour votre soutien. Je peux toujours compter sur vous dans le besoin.

A Estelle, ma petite sœur. Merci pour ces moments de révisions (et bavardages !) entassées sur mon petit bureau. Tu sais me rassurer et me redonner confiance. Merci de croire en moi quand je n'en ai plus la force !

A mes grands-parents maternels, grâce à mes stages dans le Gers, j'ai eu le plaisir de partager votre quotidien. Une petite parenthèse que je ne suis pas prête d'oublier !

A mes oncles, tantes, cousins, cousines et à ma belle-famille, pour toutes les fois où vous m'avez demandé : « Comment vont les études ? ».

Aux absents qui me donnent du courage quand je traverse des épreuves : Anna, Yo et Mamie Claude.

A Yohann, youyou, merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années... Tu as su me redonner le sourire et la confiance maintes et maintes fois !! Tu es mon maître de la pensée positive et je ne suis pas prête de te dépasser... Notre petit Martin a hérité de ta joie de vivre et c'est un bonheur de partager votre quotidien ! <3



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS_____	12
LISTE DES TABLEAUX_____	13
LISTE DES FIGURES_____	13
INTRODUCTION_____	15
1. Rappels sur les facteurs de risque des effets indésirables des médicaments____	15
a. La polymédication_____	15
b. La prescription inappropriée_____	16
2. La déprescription dans les lois_____	16
3. Quels médicaments déprescrire ?_____	17
4. Pourquoi le médecin peut hésiter à déprescrire ?_____	17
5. Éléments d'aide à la déprescription_____	18
a. Démarche générale_____	18
b. Les supports techniques_____	19
i. Les outils de détection des prescriptions inappropriées_____	19
ii. Le programme PMSA_____	19
iii. Les acronymes_____	20
iv. Les arbres décisionnels_____	21
v. Les guides de prescription_____	21
vi. Les logiciels informatiques médicaux_____	22
vii. La formation continue_____	22
viii. La visite longue_____	22
c. Les aides humaines_____	23
i. L'exercice de groupe_____	23
ii. Le pharmacien_____	23
iii. Le pharmacologue_____	23
iv. L'hospitalisation_____	23
d. Le réseau R.A.D.I.O._____	24

MATERIEL ET METHODES	26
1. Sélection de la population d'étude	26
2. Méthode d'observation	26
3. Méthode d'analyse	27
RÉSULTATS	28
1. Analyse descriptive	28
a. Résultat de l'objectif principal et caractéristiques des répondants	28
b. Le réseau R.A.D.I.O. : généralités	30
c. Attraits et freins du réseau R.A.D.I.O.	30
i. Attraits du réseau	30
ii. Freins à l'utilisation du réseau	31
d. Le réseau R.A.D.I.O. : organisation	32
e. Données inattendues	33
i. Incompréhension du fonctionnement du réseau	33
ii. Remplaçants	34
2. Analyse comparative	34
DISCUSSION	36
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	47
Annexe 1 : Message d'invitation à la réunion mensuelle de R.A.D.I.O.	47
Annexe 2 : Modalités de connexion au webinaire	48
Annexe 3 : Compte rendu de réunion R.A.D.I.O.	50
Annexe 4 : Questionnaire	53

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

BZD : Benzodiazépines

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

MAI : Medication Appropriateness Index

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé

START : Screening Tool to Action the Right Treatment

STOPP : Screening Tool for Older Person's Prescriptions

VL : Visite Longue

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Acronymes de prescription_____	19
Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon des médecins interrogés_____	28
Tableau 3 : Attraits du réseau R.A.D.I.O._____	29
Tableau 4 : Freins du réseau R.A.D.I.O._____	30
Tableau 5 : Avis des médecins sur le jour et l'horaire des réunions_____	32
Tableau 6 : Analyse univariée des facteurs associés au fait d'être intéressé par le réseau	34
Tableau 7 : Comparaison de l'échantillon aux données régionales_____	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme des flux_____	27
Figure 2 : Répartition des médecins interrogés selon le département_____	28

INTRODUCTION

Un français consomme en moyenne 48 boîtes de médicaments par an, soit près d'une boîte par semaine (1). Cela place la France au 2^{ème} rang des consommateurs de médicaments à l'échelle européenne (en termes de volumes remboursés par habitant) (2). Ces nombreuses thérapeutiques médicamenteuses font le lit d'une pathologie iatrogène non négligeable. On estime que le nombre d'admissions hospitalières causées par un effet indésirable médicamenteux serait d'environ 144 000 par an, dont près de la moitié serait évitable (3). Au niveau du médecin généraliste, il survient un événement indésirable associé aux soins tous les deux jours dont 15,6 % seraient liés à un médicament (4). Cette iatrogénie est responsable d'une morbi-mortalité (5) et d'un surcoût financier mal évalué (6).

Il est avéré que le risque d'effets indésirables des médicaments augmente avec la polymédication et les prescriptions inappropriées (7). En diminuant le nombre de médicaments et en particulier ceux dont la balance bénéfico-risque est défavorable, il est donc possible de le limiter. Ici réside tout l'intérêt de la déprescription médicamenteuse, cet acte visant à arrêter de façon volontariste une prescription médicamenteuse (8). Le médecin généraliste, principal prescripteur et coordonnateur des soins, est l'héritier de cette tâche difficile et lourde de responsabilité. Face à la prévalence de la pathologie iatrogène évitable et à ses conséquences, il est important que les généralistes disposent d'aides à la déprescription.

1. Rappels sur les facteurs de risque des effets indésirables des médicaments

a. La polymédication

La polymédication est définie par l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments ». Il n'y a pas de consensus sur le nombre de médicaments. Elle devient de plus en plus fréquente car la population française est vieillissante. L'allongement de l'espérance de vie fait que la patientèle est et sera de plus en plus âgée, polypathologique et polymédicamentée.

En 2012, chez les patients de plus de 75 ans, la médiane du nombre de principes actifs était de 8 produits par patient (9).

La polymédication représente un risque de survenue d'événements indésirables car (10) :

- Elle diminue l'observance thérapeutique : plus le traitement d'un patient est long et complexe, moins il est susceptible de le prendre correctement ;
- Elle favorise les interactions médicamenteuses : chaque nouvelle spécialité administrée augmente de 12 à 18 % le risque d'effet indésirable ;
- Elle augmente le risque de prescriptions potentiellement inappropriées.

Selon la HAS, un patient polymédicamenté devrait avoir une réévaluation de son traitement au minimum une fois par an.

b. La prescription inappropriée

La prescription inappropriée est définie par l'utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus. Le risque de prescription inappropriée augmente avec l'âge. Cela est lié aux modifications physiologiques ou pathologiques du métabolisme et à la polymédication. En 2011, une étude a tiré au sort 974 résidents en EHPAD en Midi-Pyrénées dont les prescriptions ont fait l'objet d'une analyse critique : 688 résidents (70,6 %) avaient une prescription inappropriée selon la liste de Laroche dont 48 (4,9 %) présentaient une contre-indication absolue au médicament prescrit (11).

2. La déprescription dans les lois

La réduction des événements indésirables d'origine médicamenteuse a été reconnue comme un objectif de santé publique dans la loi du 9 août 2004. La création de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique en 2011 poursuit cette ligne politique. Il s'agit d'une prime reversée aux médecins généralistes par la Sécurité Sociale lorsque ceux-ci remplissent des objectifs de santé publique. Il existe 3 indicateurs relatifs aux effets indésirables des médicaments :

- Part des patients médecin traitant de plus de 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD N°23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits : objectif cible 0 %. Cet indicateur est une nouveauté de la convention médicale 2016.
- Part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépines hypnotiques et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines : objectif cible ≤ 24 %.

- Part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépines anxiolytiques et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines : objectif cible $\leq 7\%$.

Les médecins généralistes sont incités à être les acteurs de la réduction des effets indésirables médicamenteux.

3. Quels médicaments déprescrire ?

Tous les médicaments inappropriés, en fonction de leurs indications, de leurs contre-indications, de leurs modalités d'administration, notamment lorsqu'ils sont dangereux pour CE malade, dans CE contexte qui est le SIEN (12). Sont aussi concernés, les médicaments d'efficacité non prouvée, les médicaments non pris et les médicaments en double (12,13).

4. Pourquoi le médecin peut hésiter à déprescrire ? (14,15)

Une démarche de déprescription demande du temps. Un temps de réflexion, de décision et un temps d'explication, d'information et de négociation avec le patient. La durée moyenne d'une consultation de médecine générale est estimée entre 14 et 19 minutes (16). La déprescription étant rarement faite à la demande du patient, il revient au médecin de prendre l'initiative lors d'une consultation pour un autre motif. Il est donc impossible de réaliser un acte de déprescription dans le temps moyen d'une consultation de médecine générale.

Lorsque le médecin traitant n'est pas le médecin initiateur du traitement, son arrêt peut être vécu comme un manquement à la déontologie. L'article 56 du Code de déontologie médicale stipule que « *les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité* ». Si le bénéfice d'un traitement est en doute, la confraternité voudrait que la décision de déprescription soit prise en concertation avec le médecin prescripteur.

Les médecins craignent un syndrome de sevrage, une décompensation de la pathologie traitée ou un rebond des symptômes. C'est un risque inhérent à toute déprescription comme les effets indésirables sont un risque de la prescription (13).

Il existe un risque de rupture de la relation de confiance avec le patient. Aborder la déprescription remet en cause le statut de malade du patient. Dans la tête des patients, on n'arrête un médicament que si l'on est guéri. Cette intervention peut être vécue comme un

manque d'écoute voire un abandon de la part du médecin (17). Cela peut pousser le patient à aller consulter un autre médecin. La nouvelle génération de médecins devrait être moins freinée par la crainte de perdre un patient car la pénurie de médecins fait que les patients ont moins de possibilités de nomadisme médical.

Les médecins manquent de formation initiale et continue sur l'art de déprescrire (12,18). Cet objectif est peu enseigné en France au cours des études médicales. On apprend à prescrire, à ne pas prescrire mais pas à déprescrire.

Déprescrire est complexe. Cela nécessite des connaissances étendues en pharmacologie et beaucoup de qualités en communication. Il faut savoir être persuasif avec les patients qui sont souvent « accrochés » à des traitements prescrits de longue date. Le patient est un frein important à la déprescription (14,15,18).

Il n'existe pas de recommandations de déprescription (8). Il y a des données sur les indications, les contre-indications, les posologies mais pas sur les durées optimales de prescription. C'est problématique pour les personnes âgées qui sont souvent exclues des essais cliniques. Un exemple, faut-il poursuivre les hypolipémiants en prévention primaire chez les sujets de plus de 75 ans ?

5. Éléments d'aide à la déprescription

a. Démarche générale (12,13)

Six principes essentiels de l'acte de déprescrire :

- établir avec le patient (et son entourage) la liste complète des médicaments :
 - prescrits par l'ensemble des médecins (fréquence des prescripteurs multiples avec des risques accrus de redondance et d'interactions) ;
 - pris en automédication ;
- évaluer l'observance thérapeutique ;
- réévaluer régulièrement chaque médicament reçu ;
- identifier les traitements pouvant ou devant être arrêtés, substitués ou dont la posologie peut être réduite ;
- établir un planning de déprescription en partenariat avec le patient, dans le contexte d'une éducation thérapeutique de qualité ;

- surveiller attentivement les malades après les déprescriptions, surtout après l'arrêt de médicaments pharmacologiquement actifs.

b. Les supports techniques (19)

i. Les outils de détection des prescriptions inappropriées

Il s'agit de grilles de lecture destinées à repérer les prescriptions médicamenteuses inappropriées. Les plus citées dans la littérature sont :

- **Les critères de Beers** : publiés en 1991 par une équipe américaine, ils ont été mis à jour en 2015 par la Société Américaine de Gériatrie (20).
- **Medication Appropriateness Index (MAI)** : développé en 1992 par une autre équipe américaine, c'est un questionnaire qui interroge sur 10 critères, côtés de 1 à 3, le caractère approprié d'un médicament (21).
- **La liste LAROCHE** : rédigée en 2007 par l'équipe du Dr LAROCHE Marie Laure du CHU de Limoges, elle propose, en plus, des alternatives de prescriptions aux médicaments inappropriés (22).
- **Les critères STOPP/START** : développés en 2008 par l'équipe irlandaise de Gallagher and al, ils ont été adaptés en langue française en 2015. Ils sont composés de deux listes, STOPP répertorie les prescriptions potentiellement inappropriées et START les omissions de prescription (23).

ii. Le programme « Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé » (24)

Le programme PMSA a été initié en 2006 par la HAS et a pour objectifs d'améliorer la prescription dans toutes ses dimensions ainsi que de repérer et maîtriser le risque iatrogénique. Il propose un protocole de prescription, de révision d'ordonnance et de suivi des thérapeutiques médicamenteuses. Les documents se présentent sous la forme de fiches avec des arbres décisionnels et des tableaux Excel® prêts à être remplis. Ce protocole propose de réévaluer l'ordonnance par la méthode « DICTIAS » qui consiste à se poser les questions suivantes pour chacune des prescriptions :

- **Diagnostic** : est-il bien établi ?
- **Indication** : est-elle correcte ?

- Contre-indication : y a-t-il des contre-indications à ce médicament ?
- Tolérance : existe-il pour la même indication, un médicament ayant un meilleur profil de tolérance ?
- Interactions : ce médicament a-t-il des interactions cliniquement significatives avec d'autres médicaments utilisés par le patient ?
- Ajustement : faut-il ajuster la posologie aux caractéristiques du patient ?
- Sécurité-Suivi : le patient peut-il utiliser le médicament sans se tromper et faire le suivi nécessaire de façon appropriée ?

Cette analyse aboutit à une liste de médicaments à prescrire qu'il faut comparer avec une liste des pathologies à traiter. Cette comparaison permet de détecter les omissions de prescription.

iii. Les acronymes

Ce sont des abréviations destinées à aider les médecins à retenir des règles de prescription. A l'image de « DICTIAS » dans le PMSA, 4 acronymes sont fréquemment cités dans la littérature : SAIL (Lee, 1998) (25), ARMOR (Haque, 2009) (26), TIDE (Shah & Hajjar, 2012) (27) et MASTER (Hoskins, 2011) (28).

Tableau 1 : Acronymes de prescription

<p>SAIL (1998) S <i>simple</i>; prescribing drugs that can be taken once a day or adding a combination pill when a second pill must be added keeps a patient's drug regimen uncomplicated. A <i>adverse</i>; the clinician must have knowledge of the adverse effects of all the drugs a patient is taking to avoid medication interactions I <i>indication</i>; there must be a clear indication for each drug a patient is taking with a desired therapeutic goal in mind L is for <i>list</i>; the patient's medication list must be accurate including OTC products, herbs, and alternative medications and correspond to their medical diagnoses</p>	<p>ARMOR (2009) A <i>assess</i> the individual for the total number of medications and for certain groups of medications that have potential for adverse outcomes in the older adult such as beta blockers, antipsychotics, and antidepressants R <i>review</i> for possible drug-drug, drug-disease, and drug-body interactions M <i>minimize</i> nonessential medications that lack a clear indication; the risks outweigh the benefits that could have a negative outcome on primary functions such as appetite, bladder/bowel, activity, and mood O <i>optimize</i> by addressing duplication of drugs, adjustment of drugs for renal and hepatic function, reducing oral hypoglycemics, and monitoring anticoagulants and seizure medications carefully R <i>reassessment</i> of the patient's vital signs, cognitive status, function, and medication compliance</p>
<p>TIDE (2012) T <i>time</i>; allow sufficient time to address and discuss medication issues during each encounter I <i>individualize</i>; apply pharmacokinetic and pharmacodynamics principles to regimens by adjusting doses for renal and hepatic impairment and starting medications at the lowest effective dose D <i>drug</i> interactions; consider potential drug-drug and drug-disease interactions E <i>educate</i>; educate the patient and caregiver about non-pharmacological and pharmacologic treatments along with side effects and monitoring parameters</p>	<p>MASTER (2011) M <i>minimize</i> drugs used A <i>alternatives</i> that should always be considered, especially non-drug therapies S <i>start</i> low and go slow T <i>titrate</i> therapy, adjusting dose based on individual response E <i>educate</i> the patient and family member with clear, written instructions R <i>review</i> regularly</p>

iv. Les arbres décisionnels

L'algorithme Good Palliative-Geriatric Practice a été conçu par une équipe israélienne en 2004. Composé de 6 questions à réponse binaire, chaque étape de l'arbre peut aboutir à une des 4 stratégies thérapeutiques : arrêter le médicament, changer de médicament, poursuivre le médicament ou réduire la posologie (29).

v. Les guides de prescription

L'intérêt de ces guides est d'intervenir au moment de la prescription et d'éviter l'emploi de médicaments inappropriés. Ils peuvent servir de support pour une révision d'ordonnance.

- **Les guides de l'ANSM (30,31)**

L'ANSM publie régulièrement des recommandations de prescription sous la forme de documents de « *Mise au point* » ou de « *Recommandations de bonne pratique* » axés sur une classe médicamenteuse ou sur une population particulière (souvent le sujet âgé). Il existe un document intitulé « *Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé* » qui propose des recommandations de prescription pour les classes thérapeutiques les plus responsables d'effets indésirables chez le sujet âgé. L'agence a également mis à disposition un « *Thésaurus des interactions médicamenteuses* » qui liste les interactions médicamenteuses par substance selon 4 niveaux de contrainte allant de la « contre-indication » à « à prendre en compte ».

- **Les guides des collèges de spécialité**

Plusieurs collèges ont publié des guides de prescription. On retrouve entre autres :

- *Le guide P.A.P.A. (Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées)* de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, dont l'accès est gratuit (32).
- *Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses* rédigé conjointement par le Collège National de Pharmacologie Médicale et Collège National des Enseignants de Thérapeutique (33).

vi. Les logiciels informatiques médicaux (34)

Les logiciels de prescription adressent aux prescripteurs des fenêtres d'alarme lorsqu'ils détectent des interactions médicamenteuses et/ou des contre-indications en lien avec l'âge, les pathologies actives, les allergies... si le dossier médical a été bien renseigné.

vii. La formation continue

Les professionnels de santé ont une obligation triennale de Développement Professionnel Continu (DPC). De multiples organismes de DPC proposent des formations sur les effets indésirables des médicaments et l'amélioration de la prescription chez les personnes âgées (35). La revue Prescrire (revue spécialisée dans la prescription médicamenteuse) propose des tests de lecture mensuels (36). Les groupes de pairs peuvent faire de la révision d'ordonnance si les médecins en ressentent le besoin.

Un groupe de pairs c'est :

- Des médecins de la même spécialité (en l'occurrence des généralistes) ;
- Se réunissant régulièrement ;
- Sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole ;
- Qui font une analyse argumentée de la pratique quotidienne ;
- Centrée sur la présentation de cas cliniques, tirés au sort ;
- S'appuyant sur l'expertise collective (37).

viii. La visite longue

La visite longue et complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée, particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson. Cette visite est dénommée VL. Elle peut être tarifée une fois par an et/ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement nécessitant de réévaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels et les moyens mis en place. Au cours de cette visite, le médecin traitant assure la prévention de la iatrogénie médicamenteuse (38).

c. Les aides humaines

i. L'exercice de groupe

Dans une enquête menée en 2011, auprès de 400 praticiens du Pays de la Loire exerçant en cabinet de groupe, 89 % des médecins généralistes déclarent aborder avec leurs confrères des questions relatives au suivi des patients ou de réflexion sur la pratique souvent (57 %) ou parfois (32 %) (39).

Le cahier des charges national des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) exige des réunions de concertation pluridisciplinaires. Pour les jeunes médecins généralistes, l'attrait des MSP réside dans une prise en charge globale et commune des patients avec les autres professionnels dans un même lieu, avec des temps d'échanges hebdomadaires sur des patients ou des situations complexes. Elles sont le lieu d'une coordination des soins entre infirmières et médecins (à titre d'exemple) mais aussi de groupes d'échange de pratiques, d'actions de formation médicale continue avec intervention d'experts (40).

ii. Le pharmacien

L'article R. 4235-48 du Code de déontologie des pharmaciens spécifie que le pharmacien doit assurer l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale (41). Il n'est pas rare d'être appelé au cabinet pour confirmer ou rectifier une posologie, un non renouvellement... La réévaluation de l'ordonnance fait partie du travail quotidien du pharmacien.

iii. Le pharmacologue

Au CHU Purpan à Toulouse, il existe un service de pharmacologie clinique qui tient une permanence téléphonique de « pharmacovigilance, pharmaco-épidémiologie et information sur le médicament » tous les jours de la semaine ainsi qu'une consultation de « pathologies médicamenteuses et pharmacovigilance » tenue par le Dr François MONTASTRUC.

iv. L'hospitalisation

Une hospitalisation peut être envisagée pour réaliser un sevrage médicamenteux et réévaluer un traitement.

d. Le réseau R.A.D.I.O.

R.A.D.I.O. signifie Réseau d'Aide à la Déprescription Interprofessionnel pour Omnipraticiens. Le réseau R.A.D.I.O. est né de l'initiative du Professeur Philippe ARLET, du Dr Serge BISMUTH et du Dr Haleh BAGHERI. L'objectif de ce réseau est de proposer aux médecins généralistes, une aide à la révision des ordonnances.

Actif depuis le dernier trimestre 2016, il propose des téléconférences pluridisciplinaires avec un médecin interniste (Pr ARLET et/ou Dr PUGNET), une pharmacologue (Dr BAGHERI) et un médecin généraliste (Dr BISMUTH). Ces réunions ont lieu une fois par mois, le 3^{ème} jeudi du mois de 14h à 15h. Les ordonnances présentées par les généralistes sont réévaluées et une stratégie de déprescription est proposée.

Le support technique de ces réunions est assuré par le Service Régional de Télémédecine, qui crée un webinaire auquel on peut se connecter par téléphone (fixe ou portable) ou par ordinateur via le site du CHU. Il est possible de visualiser ses interlocuteurs lorsqu'on utilise l'ordinateur.

Chaque mois, le secrétariat du service de médecine interne du CHU Purpan à Toulouse envoie un message électronique (mél) aux médecins généralistes correspondants du service, les invitant à participer à ces réunions (Annexe 1).

Si un médecin souhaite présenter un patient, il adresse sa demande par mél (à arlet.p@chu-toulouse.fr) ou par fax (au 05.61.77.71.24) avec :

- L'identité du patient,
- Sa date de naissance,
- Son contexte de vie et son contexte pathologique,
- Son traitement,
- Le ou les médicaments qu'il souhaiterait déprescrire.

Dans les jours précédant la réunion, le médecin généraliste reçoit un mél avec les modalités de connexion au webinaire (Annexe 2).

Après la réunion, le médecin participant reçoit un courrier (par messagerie électronique sécurisée et la voie postale) résumant la conduite à tenir (Annexe 3).

Chaque réunion est enregistrée et disponible à la réécoute et au visionnage sur le site : <https://mychu.chu-toulouse.fr>.

Ce projet est unique en France. C'est une méthode de travail inédite pour les généralistes. Ces derniers ont peu d'occasions de décider d'une prise en charge commune avec leurs confrères.

Face aux outils existants d'aide à la déprescription et à l'expansion des structures d'exercice de groupe, nous nous sommes demandé si un réseau d'aide à la déprescription intéressait les médecins généralistes ; et secondairement, quels étaient les avantages et les inconvénients de cet outil.

MATERIEL ET METHODES

1. Sélection de la population d'étude

Nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes en juin 2017. Les critères d'inclusion étaient d'être installé en Midi-Pyrénées. Le nombre de sujets nécessaires n'a pas pu être calculé car il n'existe pas de littérature sur des réseaux d'aide à la déprescription.

2. Méthode d'observation

Nous avons soumis un questionnaire à la Commission des thèses de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Occitanie le 15 juillet 2016. En raison de la fusion des régions, nous n'avons reçu de réponse que le 16 mars 2017. Après examen, la Commission n'a pas souhaité valider le questionnaire en l'état. Elle a considéré qu'il ne permettait pas de répondre à la question de recherche. La seconde version du questionnaire a été validée le 7 juin 2017 (Annexe 4).

Le questionnaire interrogeait les médecins sur les sujets suivants :

- Connaissance du réseau ;
- Intérêt porté au réseau ;
- Fréquence de survenue de la problématique de révision d'ordonnance ;
- Efficacité théorique du réseau ;
- Horaire des réunions ;
- Attraits et freins du réseau ;
- Valorisation des réunions en DPC ;
- Caractéristiques démographiques.

Avant la diffusion, nous avons testé le questionnaire auprès de 9 médecins généralistes maîtres de stages universitaires en Midi-Pyrénées. 5 médecins ont répondu. 1 médecin n'avait pas compris que le réseau fonctionnait en télé-médecine. Nous avons contacté le médecin concerné pour connaître les motifs de son incompréhension. Il a répondu qu'il avait compris le fonctionnement du réseau sans autre explication. En conséquence, nous n'avons pas modifié le texte du questionnaire.

Le service informatique de l'URPS a diffusé le questionnaire par mél le 13 juin 2017. Le mél contenait un lien vers un formulaire Google Forms. Il y a eu une relance 15 jours après le premier envoi.

3. Méthode d'évaluation

Le critère de jugement principal était le nombre de médecins intéressés par le réseau. Les critères de jugements secondaires étaient les attraits et freins du réseau, l'organisation du réseau, la description des médecins interrogés, l'efficacité de cette méthode de déprescription.

L'analyse des résultats a été réalisée sur le logiciel Excel 2010®.

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques à l'inclusion, ainsi que les variables d'intérêts ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, de médianes et de valeurs minimale-maximale pour les variables quantitatives.

Nous avons réalisé une analyse comparative du critère de jugement principal selon des facteurs susceptibles de l'influencer : nombres d'années d'installation, département d'exercice, mode d'exercice, participation à la filière universitaire, fréquence de la problématique de révision d'ordonnance, incompréhension du mode de fonctionnement du réseau.

RÉSULTATS

1. Analyse descriptive

a. Résultat de l'objectif principal et caractéristiques des répondants

Au total, 75 médecins généralistes (MG) ont participé : 43 femmes et 32 hommes. Les MG de l'échantillon exerçaient plus souvent en Haute-Garonne, plus souvent en groupe et plus souvent en secteur semi-rural ; 35 participaient à la filière universitaire. La médiane des années d'installation était de 19 ans avec une étendue de 1 à 55 ans.

65 médecins (87 %) étaient intéressés par le concept du réseau. Le détail des résultats est présenté dans la figure 1, 2 et le tableau 2.

Figure 1 : Diagramme des flux

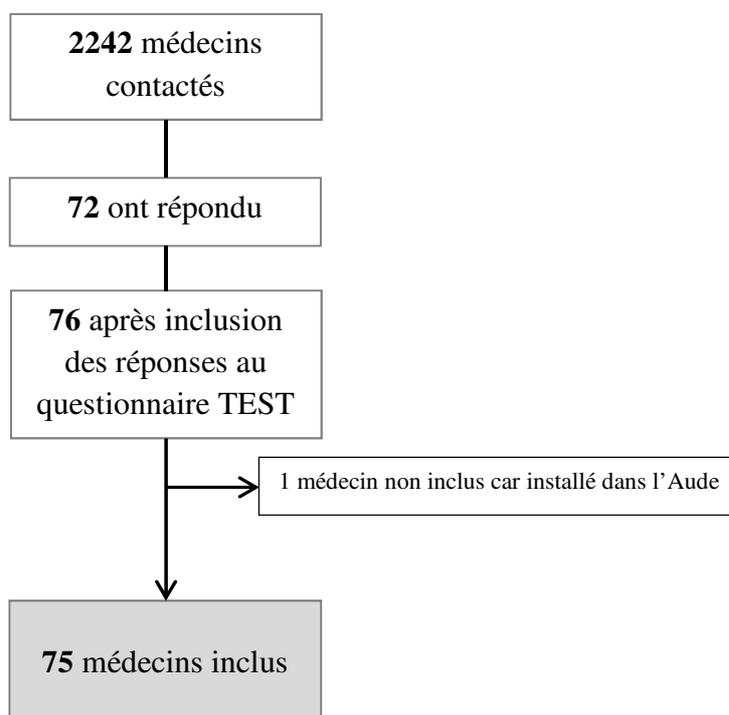
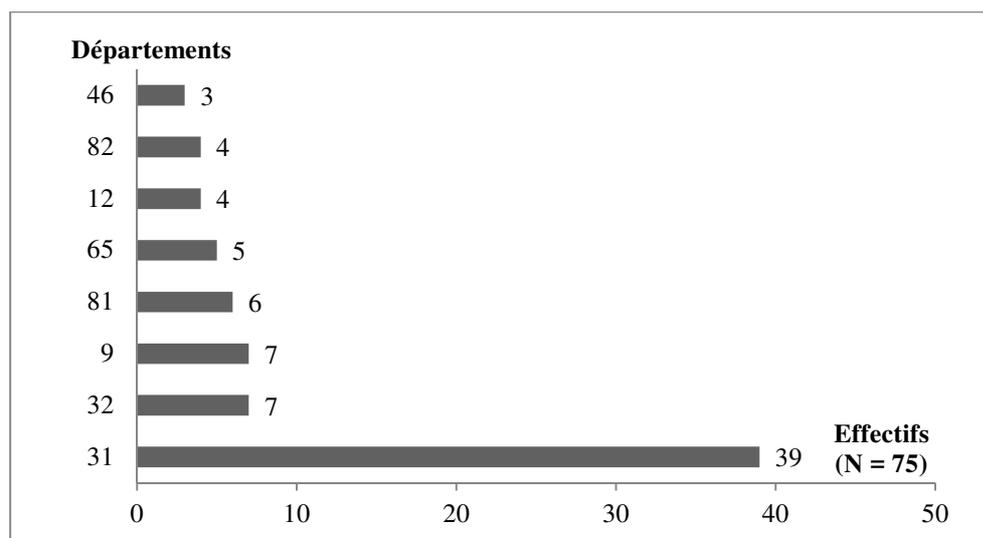


Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon des médecins interrogés

	Effectifs (N = 75)	%
Intéressé par le concept	65	87 %
Femme	43	57 %
Mode d'exercice		
- Seul	19	25 %
- Cabinet de groupe	44	59 %
- Maison de santé pluriprofessionnelle	10	13 %
Type de patientèle		
- Urbaine	25	33 %
- Rurale	17	23 %
- Semi-rurale	33	44 %
Accueille un étudiant en médecine	35	47 %
	Médiane	[Min-Max]
Années d'installation	19 ans	[1-55] ans

**La somme des effectifs des modes d'exercice est inférieure à 75 car le tableau ne prend pas en compte les médecins remplaçants.*

Figure 2: Répartition des médecins interrogés selon le département



b. Le réseau R.A.D.I.O. : généralités

Parmi les 75 médecins interrogés, 71 (95 %) ne connaissaient pas le réseau R.A.D.I.O.

Parmi les 4 médecins qui connaissaient le réseau, un seul médecin de l'échantillon avait déjà participé à une réunion du réseau. Pour les 3 autres, cette donnée est manquante.

64 médecins (85 %) ont considéré qu'il était efficace de faire de la déprescription en réseau.

La problématique de la révision d'ordonnance survenait tous les mois pour 46 médecins (61 %), tous les 3 mois pour 27 médecins (36 %) et tous les 6 mois pour 2 des médecins interrogés (3 %).

c. Attraits et freins du réseau R.A.D.I.O.

i. Attraits du réseau

Le premier attrait du réseau est le partage d'expériences, de connaissances et de compétences. Les principaux résultats sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Attraits du réseau R.A.D.I.O.

Attraits	Effectifs (N = 75)	Pourcentages
Prise de décision collégiale	47	63 %
Partage de compétences	62	83 %
Accessibilité depuis le cabinet	42	56 %
Aucuns	5	7 %
Autres	3	4 %

Les autres avantages cités étaient :

- **Un moyen facilité de communiquer avec les confrères :**

« *En tant que médecin coordonnateur un appui pour dialoguer avec confrères.* » (#54)

« *Un contact avec des médecins spécialistes (réseau).* » (#71)

- **Un tiers pour appuyer ses décisions face au patient :**
 « *J'attendais de ce réseau aussi une aide pour être un tiers face aux patients.* » (# 59)
- **Un moyen de formation continue :**
 « *Une mise à jour de certaines infos sur le médicament.* » (#71)
- **Un avis extérieur :**
 « *Un avis extérieur sur un dossier.* » (#71)

La reconnaissance des réunions comme du temps de Développement Professionnel Continu serait un attrait supplémentaire pour 49 des médecins interrogés (65 %).

ii. Freins à l'utilisation du réseau

Le premier frein à l'utilisation du réseau est le manque de temps. Les principaux résultats sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Freins du réseau R.A.D.I.O.

Freins	Effectifs (N = 75)	%
Absence de rémunération	2	3 %
Manque de temps	49	65 %
Réseau de proximité	11	15 %
Aucuns	12	16 %
Autres	13	17 %

Les autres freins évoqués étaient :

- **L'absence de besoin ressenti d'une aide à la déprescription :**
 « *Service inutile on le fait déjà.* » (#37)
 « *La structure à laquelle j'appartiens, est déjà organisée de manière qu'il existe des réunions régulières où la problématique de simplification d'ordonnance est évoquée.* » (#70)

« Je vois directement avec le spé (spécialiste) qui suit le patient. » (#60)

- **La méconnaissance du réseau :**

« Je ne connaissais pas l'existence de ce réseau. » (#34)

- **Scepticisme face au virtuel :**

« Vous ne connaissez pas les patients comme nous la médecine n'a rien de virtuel. » (#37)

- **Obstacle déontologique vis-à-vis des confrères prescripteurs des traitements :**

« Gêne vis-à-vis des autres praticiens qui ont décidé l'introduction des médicaments. » (#43)

« Susceptibilité des confrères. » (#54)

- **Réticence du patient :**

« Absence de synthèse à communiquer au patient, car c'est la réticence du patient qui me gêne le plus. » (#59)

- **La charge de travail trop importante :**

« Le surmenage.... » (#65)

- **Se déplacer** (il s'agit d'une incompréhension, les réunions R.A.D.I.O. ne nécessitent pas de déplacement) :

« Distance 150 km. » (#7)

« Je ne viendrai pas. » (#19)

« Je ne pourrai pas me déplacer sur Toulouse régulièrement, il vaudrait mieux un réseau joignable par téléphone. » (#26)

« Éloignement géographique. » (#38)

« Impossible trop loin » (#45)

« Être loin de Toulouse. » (#48)

« S'il faut se rendre sur place aucun intérêt pour moi qui suis à 100 km! » (#72)

d. Le réseau R.A.D.I.O. : organisation

Le jour et l'horaire des réunions R.A.D.I.O. convenaient à 30 des médecins interrogés. Le détail des réponses est présenté dans le tableau 5.

Tableau 5 : Avis des médecins sur le jour et l'horaire des réunions

Catégories	Médecins N (%)
Jour et horaire adaptés	30 (49 %)
Autre horaire souhaité	12 (20 %)
Autre jour et horaire souhaités	8 (13 %)
Autre jour souhaité	4 (7 %)
Réponse ininterprétable	6 (10 %)
Ne sait pas	1 (2 %)
Données manquantes	14 (19 %)

**Les pourcentages ont été calculés en excluant les données manquantes sauf celui des données manquantes.*

Les autres horaires proposés étaient : en soirée (N = 6), entre midi et 14h (N = 4) et en fin d'après-midi (N = 2).

Les autres jours proposés étaient le lundi, le mardi et le mercredi.

e. Données inattendues

i. Incompréhension du fonctionnement du réseau

8 médecins (11 %) parmi les 75 interrogés pensaient que les réunions du réseau nécessitaient un déplacement physique.

En réponse à la question sur l'horaire des réunions, il y avait :

« Comment se fait la réunion? Physique, internet? L'horaire pourrait me convenir. » (#5)

« Je ne viendrai pas. » (#19)

« *Je ne pourrai pas me déplacer sur Toulouse régulièrement, il vaudrait mieux un réseau joignable par téléphone.* » (#26)

« *Impossible trop loin.* » (#45)

« *S'il faut se rendre sur place aucun intérêt pour moi qui suis à 100 km!* » (#72)

En réponse à la question sur les freins à l'utilisation du réseau, il y avait :

« *Distance 150 km.* » (#7)

« *Éloignement géographique.* » (#38)

« *Trop loin.* » (#45)

« *Être loin de Toulouse.* » (#48)

« *S'il y a déplacement c'est problématique... Il faudrait pouvoir solliciter les confrères rapidement par mail.* » (#72)

ii. Remplaçants

Parmi les médecins interrogés, il y avait 2 remplaçants. Ils ne connaissaient pas le réseau mais étaient intéressés par le concept. Ils pensaient que c'était un moyen efficace de faire de la déprescription. Ce qui les attirait dans le réseau était la prise de décision collégiale et le partage de compétences et ils ne présentaient aucun frein à participer aux réunions. Ils étaient en faveur de la valorisation des temps de réunion en DPC. La problématique de la révision d'ordonnance était mensuelle pour l'un et trimestrielle pour l'autre. L'horaire et le jour des réunions convenaient à un médecin. La donnée est manquante pour le second. Ces médecins étaient des femmes et exerçaient en zone rurale dans l'Aveyron et en zone urbaine dans la Haute-Garonne.

6. Analyse comparative

Quel que soit le département d'exercice, le concept du réseau était intéressant pour la majorité des médecins. Le minimum était en Aveyron avec 75 % (N = 3). 100 % des médecins interrogés étaient intéressés en Tarn et Garonne (N = 4), Gers (N = 7), Hautes Pyrénées (N = 5) et Lot (N = 3).

Les médecins installés depuis moins de 10 ans, exerçant en groupe, dans un secteur rural à semi-rural étaient les plus intéressés par le réseau.

L'incompréhension du fonctionnement du réseau et la fréquence de survenue de la problématique de révision d'ordonnance n'avaient pas influencé négativement l'intérêt porté au réseau.

Tableau 6 : Analyse univariée des facteurs associés au fait d'être intéressé par le réseau

Facteurs d'étude		Intéressé par le réseau		
		OUI 65 (87%)	NON 10 (13%)	TOTAL 75 (100%)
Nombre d'années d'installation	< 10 ans	18 (94,7 %)	1 (5,3 %)	19
	≥ 10 ans	44 (84,6 %)	8 (15,4 %)	52
Mode d'exercice	Individuel	15 (79,0 %)	4 (21,0 %)	19
	En groupe	48 (89,0 %)	6 (11,0 %)	54
Fréquence de la problématique de révision d'ordonnance	Tous les mois	40 (87,0 %)	6 (13,0 %)	46
	Moins souvent	25 (86,0 %)	4 (14,0 %)	29
Compréhension du fonctionnement du réseau	Incompris	7 (87,5 %)	1 (12,5 %)	8
	Compris	58 (87,0 %)	9 (13,0 %)	67
Type de patientèle	Urbaine	20 (80,0 %)	5 (20,0 %)	25
	Rurale	15 (88,0 %)	2 (12,0 %)	17
	Semi-rurale	30 (91,0 %)	3 (9,0 %)	33

*Le mode d'exercice « en groupe » réunit les cabinets de groupe et les MSP.

†La catégorie « moins souvent » de la fréquence de la problématique de révision d'ordonnance regroupe les médecins ayant répondu tous les 3 mois et tous les 6 mois.

DISCUSSION

Notre enquête a mis en évidence que les médecins généralistes (MG) interrogés sont intéressés par un réseau d'aide à la déprescription. Cette donnée semble indiquer que les MG sont en difficulté pour faire seuls de la révision d'ordonnance. Nous savons qu'ils manquent de formation dans ce domaine et qu'il n'existe pas de recommandations de déprescription. Les outils existants d'aide à la déprescription sont peut-être inadaptés à la pratique de la médecine générale. CHARVET-CABARET Maud a étudié l'impact des critères STOPP sur la prescription en soins primaires. Il a été nécessaire de modifier le format des critères pour faciliter l'usage par les MG (42). Ces outils sont probablement trop compliqués pour être utilisés au quotidien. Et il n'existe pas de réunions équivalentes à celles du réseau en soins primaires. Les réunions pluridisciplinaires en MSP ne réunissent pas des médecins de différentes spécialités.

L'intérêt pour le réseau traduit une envie de travailler en équipe. Le développement des structures d'exercice de groupe en est le témoin. En 2016, 57 % des MG installés exercent en groupe (43). Ce type de structures s'est beaucoup développé dans les années 2000 (44). Le récent engouement pour cette forme d'exercice tient peut-être à la formation initiale hospitalière des dernières générations de MG. Majoritairement, les médecins interrogés ont répondu être attirés par le partage des compétences et la prise de décision collégiale. Ces deux éléments sont inhérents au travail en équipe.

Les études sur la communication entre la médecine de ville et l'hôpital révèlent que les MG sont insatisfaits de la qualité de l'information échangée (45). Ils souhaiteraient pouvoir échanger et collaborer davantage avec leurs confrères hospitaliers. L'exercice de la médecine générale peut être solitaire et un médecin a cité le fait « *d'avoir un avis extérieur sur un dossier* » comme un attrait du réseau. Cet intervenant extérieur peut-être une aide pour convaincre les patients des bénéfices de la déprescription. Un médecin attend du réseau qu'il soit « *un tiers face au patient* ». Il y a l'idée que si la proposition thérapeutique est soutenue par plusieurs médecins, elle aura plus de validité aux yeux du patient.

Les répondants sont des médecins sensibilisés à la déprescription et qui souhaitent développer leurs pratiques en matière de sécurité des soins. Le réseau est perçu comme un moyen de formation continue. Une façon de faire « *une mise à jour de certaines infos sur le médicament* ». L'étude ESPRIT a retrouvé une volonté similaire : lors de la survenue d'un

événement indésirable lié aux soins, 90 % des MG menaient une réflexion sur la manière de les éviter (4).

L'attrait pour le réseau signifie également que les médecins généralistes sont prêts à modifier leurs pratiques. Malgré une réticence au développement de la télémédecine, les MG y voient des avantages (46). Elle facilite l'accès aux soins. Aujourd'hui l'offre des soins est de plus en plus limitée, en particulier en zone rurale. Les délais de rendez-vous sont longs. Les secrétariats rendent difficile de joindre directement ses confrères par téléphone. Les MG insistent pour garder leur rôle pivot au sein de ce nouveau mode d'exercice (46). C'est précisément la manière de fonctionner de R.A.D.I.O. Le MG a une place centrale : il représente et défend les intérêts de son patient.

Massivement, les médecins ont répondu que l'idée de faire de la déprescription comme le propose le réseau R.A.D.I.O. pourrait être efficace. Avec le vieillissement de la population, les traitements vont avoir tendance à être de plus en plus complexes. Leur réévaluation va donc être longue et difficile. Le réseau semble être un moyen plus rapide de réévaluer l'ordonnance. Le travail en groupe permet de gagner du temps. Les questionnements des uns peuvent trouver réponse dans les connaissances des autres. Lorsqu'il n'existe pas de recommandations, un consensus peut être trouvé entre les différents intervenants. Le réseau peut dispenser des conseils sur la manière de mener les sevrages médicamenteux : brutal ou progressif, dans quel ordre.... La présence d'un médecin spécialiste du médicament permet de proposer une ordonnance dont la balance bénéfices-risques sera la meilleure possible. Enfin le médecin généraliste peut contextualiser afin de trouver un compromis entre déprescription souhaitée et réalisable.

La littérature met en évidence que les ordonnances réévaluées par des équipes pluridisciplinaires ont moins de prescriptions médicamenteuses inappropriées. L'étude Polychrome réalisée en 2009, avait pour objectif de déterminer si un programme d'optimisation d'ordonnances de polyprescription par une équipe médicale multidisciplinaire (composée de 6 médecins et 1 pharmacologue) permettrait d'améliorer la qualité des ordonnances. L'utilisation de la grille MAI a permis une amélioration de 46 % des contre-indications et de 66 % des interactions médicamenteuses (47). La limite de cette étude est que les médecins traitants ne faisaient pas partie du programme. On ne sait pas dans quelle mesure ces recommandations de prescription ont été appliquées.

Toutefois les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des médecins généralistes installés en Occitanie. Les médecins de l'échantillon étaient plus souvent des femmes, exerçaient plus souvent en groupe.

Tableau 7 : Comparaison de l'échantillon aux données régionales (43)

Variable	Modalités de réponse	Données régionales	Notre étude
Sexe	Femme	45 %	57 %
	Homme	55 %	43 %
Mode d'exercice	Individuel	42 %	25 %
	En groupe	57 %	72 %

Une grande proportion des répondants étaient impliqués dans la filière universitaire. Les maîtres de stages universitaires sont sensibilisés et impliqués dans le cursus des internes en médecine générale.

La déprescription intéresse toutes les générations de médecins comme en témoigne la dispersion des années d'installation.

Le réseau R.A.D.I.O. n'est pas connu des médecins généralistes. Ceci est expliqué par le fait que les correspondants du réseau ne sont que des médecins ayant déjà eu des échanges avec le service de médecine interne du CHU Purpan.

Deux médecins remplaçants ont montré un intérêt pour le réseau. Nous n'avions pas prévu cette éventualité dans le questionnaire. Nous pensions que seuls les médecins installés et prenant en charge des patients sur le long terme seraient susceptibles d'être attirés par R.A.D.I.O. Ces 2 médecins avaient peut-être un projet d'installation imminent ou bien ils effectuaient un remplacement régulier et avaient ainsi une patientèle qui leur était propre. Comme une démarche de déprescription nécessite un suivi, il semble compliqué pour un remplaçant d'en être l'initiateur.

Les freins à l'utilisation du réseau sont les mêmes que les freins à la déprescription retrouvés dans la littérature : le manque de temps, la réticence du patient, l'obstacle déontologique vis-à-vis des autres prescripteurs et une charge de travail « aigu » trop importante (12,14,15).

Malgré la présence d'autres médecins spécialistes, l'absence des médecins prescripteurs est restée un obstacle. Ce frein n'est pas uniquement lié au fait de réévaluer seul l'ordonnance. Il peut y avoir plusieurs médecins d'accord pour déprescrire un médicament

mais si le médecin prescripteur n'a pas été consulté, il reste un frein à la démarche. Il y a une crainte d'altérer la relation avec ses confrères (12).

La majorité des médecins a répondu qu'ils manquaient de temps pour s'investir dans le réseau. La demande de soins en médecine générale est importante. Et du fait de la désertification des campagnes, en généralistes et autres spécialistes, la charge de travail augmente. Ceci dit, il nous semble qu'il est possible de se libérer 1h par mois.

Uniquement 2 médecins ont évoqué l'absence de rémunération comme un frein. Pourtant la question de la rémunération des actes de télémédecine est présente dans les discours des médecins généralistes. Ils suggèrent la création d'un nouvel acte ou d'une rémunération forfaitaire (46,48).

12 médecins ont répondu qu'ils n'avaient aucun frein à participer au réseau. Si ces médecins sollicitaient le réseau, ce serait déjà suffisant pour animer les réunions sur une année. Il y a probablement d'autres médecins en Midi-Pyrénées qui sont de cet avis.

Un nombre limité de médecins ont répondu avoir un réseau de proximité qui semblerait répondre à leurs besoins d'aide à la déprescription. De par leur regroupement, les médecins ont plus souvent l'occasion de demander l'avis de leurs confrères. Ce sont probablement des échanges ponctuels, dans un contexte « d'urgence » lors du changement brutal de l'état clinique d'un patient. Un des objectifs du réseau R.A.D.I.O. est la prévention des effets indésirables des médicaments. C'est-à-dire de déprescrire avant que le médicament ne soit nuisible. Cette démarche est rare en soins primaires. Cependant, étant donné leur charge de travail, il semble difficile pour les MG de réévaluer des ordonnances à risque dont les patients sont en équilibre thérapeutique (18).

Certains médecins ne ressentent pas le besoin d'une aide à la déprescription : « *Service inutile on le fait déjà* ». Les réponses au questionnaire ne permettent pas de savoir en détail de quelle manière ils accomplissent ce travail. Certains collaborent avec le « *spécialiste qui suit le patient* », d'autres exercent dans une structure « *déjà organisée de manière qu'il existe des réunions régulières où la problématique de simplification d'ordonnance est évoquée* ». Cela ne concerne qu'une minorité des médecins interrogés.

Un médecin a évoqué la télémédecine comme incompatible avec l'exercice de la médecine générale : « *la médecine n'a rien de virtuel* ». Beaucoup d'outils de télémédecine ont des difficultés à se développer du fait d'un scepticisme face au virtuel. La littérature montre que les MG ont une méconnaissance de la télémédecine ce qui engendre des représentations négatives. Les craintes concernent principalement la relation médecin-malade. Quand la téléconsultation met en rapport des médecins (comme dans R.A.D.I.O.), elle est

perçue plus positivement. C'est une aide à distance et un prolongement des pratiques existantes (échanges téléphoniques) (46).

Un médecin a regretté l'« *absence de synthèse à communiquer au patient* ». La téléconsultation du réseau donne lieu à un compte rendu comme toute autre consultation. Ce courrier est destiné au médecin et à son patient. Pour le moment, aucun patient n'a participé aux réunions mais c'est une évolution à laquelle le réseau est ouvert car les préférences du patient pèsent dans le choix de la stratégie thérapeutique. Il est possible que certains patients soient intéressés car ils considèrent qu'ils doivent être des acteurs de la déprescription (17).

Si les réunions R.A.D.I.O. avaient nécessité un déplacement physique, cela aurait été un frein. Les MG n'ont pas le temps d'assister à des réunions trop distantes de leur lieu d'exercice. Peu de médecins auraient pu bénéficier du réseau. Le choix de réunions par conférences téléphoniques est donc pertinent. Il s'adapte aux contraintes de l'exercice en soins primaires : « *il vaudrait mieux un réseau joignable par téléphone* ». Un des médecins évoque la possibilité de « *solliciter les confrères rapidement par mail* ». Cela pourrait être utile s'il s'avérait que la stratégie de déprescription ne convenait pas.

Au sujet de l'organisation des réunions R.A.D.I.O. : 48 % des médecins étaient satisfaits du jour et de l'horaire des réunions. Ce chiffre est encourageant étant donné l'hétérogénéité des emplois du temps des MG.

La fréquence des réunions est adaptée car la problématique de la révision d'ordonnances est mensuelle pour la majorité des médecins. La thèse de BOISDIN Emilie a étudié l'attitude de déprescription chez les MG lors des consultations de renouvellement d'ordonnance. Sur 3 jours de consultation, les MG ont souhaité déprescrire 6,7 médicaments en moyenne (14). C'est un acte régulier en médecine générale.

Les forces de l'étude sont les suivantes :

C'est un travail au sujet original car il n'existe aucune initiative similaire au niveau national. Il a permis de montrer qu'il y avait des médecins généralistes réceptifs à R.A.D.I.O. et plus généralement à la déprescription. C'est encourageant pour le réseau qui est en manque de médecins participants.

Il a donné de la visibilité au réseau et l'a fait connaître.

Il fait la promotion de la télémédecine. C'est important car avec la désertification des zones rurales, l'exercice est voué à se virtualiser. Ce sera nécessaire pour mettre en contact les patients avec un médecin mais aussi le généraliste avec les médecins d'autres spécialités.

Il sensibilise à la déprescription qui est un acte souvent ajourné.

Les limites de l'étude, en plus de la non-représentativité de la population étudiée, sont :

Le manque de puissance pour aboutir à des résultats statistiquement significatifs. On ne peut pas généraliser les résultats aux médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées.

Le choix de réaliser l'étude par auto-questionnaire. Il est connu que ce type de questionnaire diminue significativement le nombre de réponses. Les médecins peuvent facilement refuser d'y répondre s'ils manquent de temps ou si le sujet ne les intéresse pas.

On peut penser que seuls les médecins sensibilisés au sujet de la déprescription ont répondu à l'enquête. C'est le biais des auto-questionnaires. Cela expliquerait la proportion importante de médecins intéressés par le réseau et qui est certainement majorée par rapport à la réalité.

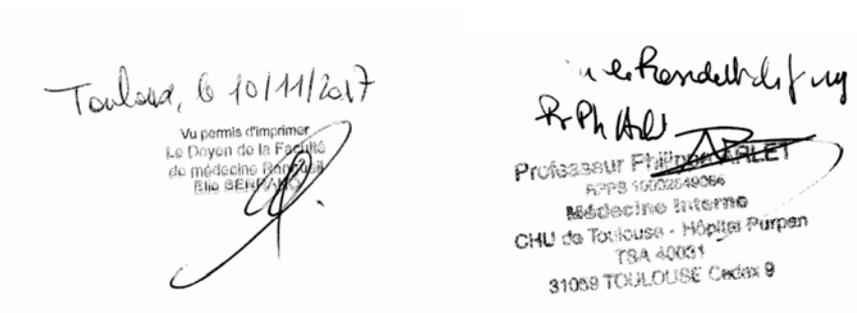
La rédaction du questionnaire a manqué de clarté et a provoqué un biais de compréhension. 8 médecins n'ont pas compris le fonctionnement du réseau. L'idée qu'il fallait se déplacer pour participer aux réunions aurait dû influencer négativement les réponses. Cependant la puissance de l'étude n'a pas permis de le mettre en évidence.

Nous avons omis de demander aux médecins s'ils avaient déjà participé à une réunion du réseau. C'est un biais de confusion. Il y a potentiellement 4 médecins qui avaient peut-être déjà assisté à une réunion (les 4 médecins qui connaissaient le réseau). Nous n'avons pu recueillir l'information que pour un seul médecin. Ces données manquantes ont pu influencer positivement les réponses.

Il existe un biais d'interprétation des réponses libres. Ces phrases sont souvent incomplètes et les mots abrégés. Le message n'est pas toujours limpide. Il se peut que nous ayons interprété certaines réponses dans le sens qui nous convenait le mieux.

CONCLUSION

Avec le vieillissement, la polymédication devient quasi inévitable mais elle doit être limitée aux médicaments strictement indispensables pour lutter contre les pathologies iatrogènes. Cette pratique diffère de la réalité des traitements actuellement prescrits. Touchée par la société de consommation, la prescription médicamenteuse s'est développée vers des médicaments inutiles voire dangereux dont les patients pensent avoir besoin. Et le risque d'effets indésirables croît avec le nombre de médicaments pris. Les médecins doivent développer une compétence peu usuelle et peu enseignée : la déprescription. Les médecins généralistes sont en première ligne pour accomplir cet acte complexe. Le réseau R.A.D.I.O. tient des réunions de concertation pluridisciplinaires (interniste, pharmacologue) par télé-médecine où les généralistes peuvent réévaluer leurs ordonnances. L'objectif de cette étude était d'évaluer si les médecins généralistes étaient intéressés par cet outil. Les résultats ont été instructifs car ils ont montré que les généralistes se sentaient concernés par la iatrogénie médicamenteuse et qu'ils étaient demandeurs d'une aide à la déprescription de la part de leurs confrères. Les débuts du réseau sont difficiles car malgré une prise de conscience des professionnels de nombreux freins empêchent le passage à l'acte : automatisme de la prescription, chronophage de la déprescription, absence de reconnaissance financière, a priori sur la télé-médecine... Il est urgent de modifier les mentalités des patients et des médecins sur la nécessité du médicament et d'anoblir la déprescription médicamenteuse. Cet acte positif dont la finalité est d'améliorer l'état de santé des patients. Les autorités sanitaires ont la responsabilité d'aider les généralistes dans cette mission difficile. R.A.D.I.O. fonctionne depuis septembre 2016. Il pourrait être intéressant d'interroger les médecins participants sur leur expérience du réseau.



BIBLIOGRAPHIE

1. A.N.S.M. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 [Internet]. 2014 juin [cité 4 nov 2017] p. 6. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/>
2. CAISSE NATIONALE ASSURANCE MALADIE. Médicaments de ville : une nouvelle baisse des dépenses en 2013. Point information médias [Internet]. 10 avr 2014 [cité 4 nov 2017];p10. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse.php>
3. Médicaments : parfois à l'origine d'hospitalisations, souvent évitables. *Revue Prescrire*. juin 2009;29(308):pp 434-435.
4. MICHEL P, KRET M. Etude nationale en soins primaires sur les événements indésirables : Rapport final. déc 2013 [cité 9 oct 2017];149p. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/>
5. Effets indésirables mortels des soins hospitaliers. *Revue Prescrire*. avr 2011;31(330):p269.
6. QUENEAU P. Réforme LMD : belle occasion pour instaurer un « permis de prescrire » qui ne soit pas un « permis de tuer ». *Medecine*. avr 2009;5(4):pp 148-150.
7. QUENEAU P, BANNWARTH B, CARPENTIER F, et al. Emergency Department Visits Caused by Adverse Drug Events. *Drug-Safety*. 1 janv 2007;30(1):pp 81-88.
8. QUENEAU P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire ». *La Presse Médicale*. 1 mars 2008;33(9):pp 583-585.
9. BEUSCART J-B, DUPONT C, DEFEBVRE M-M, et al. Potentially inappropriate medications and anticholinergic levels in the elderly: A population based study in a French region. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. déc 2014;59(3):pp 630-635.
10. MONEGAT M, SERMET C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Revue de la littérature et tests de mesure. Questions d'économie de la santé*. déc 2014;(204):pp 1-8.
11. COOL C, CESTAC P, LABORDE C, et al. Potentially Inappropriate Drug Prescribing and Associated Factors in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. 1 nov 2014;15(11):p850.
12. 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. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2007;191(2):pp 271-285.
13. WOODWARD MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 1 déc 2003;33(4):pp 323-328.
14. GOUJON BOISDIN E. Étude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. [Th. D : Médecine]. Rouen; 2011.
15. AILABOUNI NJ, NISHTALA PS, MANGIN D, et al. Challenges and Enablers of Deprescribing: A General Practitioner Perspective. *PLoS ONE*. 19 avr 2016;11(4):20p.
16. GALLAIS J. Analyse des pratiques : quelques déterminants de la durée de l'acte de médecine générale [Internet]. Société Française de Médecine Générale. 2001 [cité 18 oct 2017]. Disponible

sur:

http://www.sfm.org/publications/les_publications/analyse_des_pratiques_quelques_determinants_de_la_duree_de_l_acte_de_medecine_generale.html

17. GUILLUY CREST M. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. [Th. D : Médecine]. Paris Descartes; 2012.
18. GUILLEMAUD C. Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale [Th. D : Médecine]. Paris-Sud; 2010.
19. SKINNER M. A literature review: polypharmacy protocol for primary care. *Geriatr Nurs.* oct 2015;36(5):pp 367-371.
20. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* nov 2015;63(11):pp 2227-2246.
21. HANLON JT, SCHMADER KE, SAMSA GP, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol.* oct 1992;45(10):pp 1045-1051.
22. LAROCHE M-L, CHARMES J-P, MERLE L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol.* août 2007;63(8):pp 725-731.
23. LANG PO, DRAME M, GUIGNARD B, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* déc 2015;15(90):pp 323-336.
24. HAS. Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé - Programme Pilote 2006-2013 [Internet]. 2011 [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013
25. LEE RD. Polypharmacy: a case report and new protocol for management. *J Am Board Fam Pract.* avr 1998;11(2):pp 140-144.
26. HAQUE R. ARMOR: A tool to evaluate polypharmacy in elderly persons. *Annals of Long-Term Care.* janv 2009;17(6):pp 26-30.
27. SHAH BM, HAJJAR ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med.* mai 2012;28(2):pp 173-186.
28. HOSKINS BL. Safe prescribing for the elderly. *Nurse Pract.* 16 déc 2011;36(12):pp 47-52.
29. GARFINKEL D, ZUR-GIL S, BEN-ISRAEL J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J.* juin 2007;9(6):pp 430-434.
30. ANSM. Recommandations - Médicaments [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Recommandations-Medicaments>
31. ANSM. Interactions médicamenteuses [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/(offset)/0)
32. HANON O, JEANDEL C. Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées: le guide PAPA. Paris: Frison-Roche; 2015. 151 p.

33. ASLANGUL É, GHOSN J. Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses: UE 10. Paris: Ellipses; 2015. 123 p.
34. DOURGNON P, GRANDFILS N, SOURTY-LE GUELLEC MJ. L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. avr 2001 [cité 28 oct 2017];139p. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/>
35. Agence nationale du Développement Professionnel Continu [Internet]. [cité 28 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/>
36. Prescrire.org [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/Summary.aspx>
37. SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE. Groupe de pairs® [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/
38. Décision du 20 décembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie [Internet]. JORF N°0044 févr 21, 2012 p. 2900. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025388620>
39. OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LOIRE. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel 2010 - 2012 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. févr 2013 [cité 6 oct 2017];8p. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/>
40. CHERIF-ALAIN D, PINEL C, FARGIER E. Où va la médecine générale vue par les jeunes ? Médecine. nov 2015;11(10):pp 468-471.
41. ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. Code de déontologie des pharmaciens [Internet]. 2009 [cité 28 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Code-de-deontologie>
42. CHARVET-CABARET M. Optimiser la prescription médicale du sujet âgé en soins primaires: impact de l'utilisation de l'outil STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription) sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées [Th. D : Médecine]. Grenoble; 2012.
43. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Atlas de la démographie médicale française [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
44. BAUDIER F, BOURGUEIL Y, EVRARD I, et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. sept 2010;(157):6p.
45. LEMAIRE N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication [Th. D : Médecine]. Paris Descartes; 2016.
46. DURUPT M, BOUCHY O, CHRISTOPHE S. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Santé publique. 1 juill 2016;28(4):pp 487-497.
47. CLERC P, LE BRETON J, MOUSQUES J. Étude polychrome : une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Pratiques et organisation des soins. 09 2009;(3):pp 167-175.
48. BIDAULT DIALLO A. Télémédecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes. [Th. D : Médecine]. Angers; 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Message d'invitation à la réunion mensuelle de R.A.D.I.O.



Lisa Nguyen <ngyn.lisa@gmail.com>

réunion RADIO 19/10/17

1 message

arlet.p@chu-toulouse.fr <arlet.p@chu-toulouse.fr>

17 octobre 2017 à 16:09

Bonjour le réseau RADIO,

Je vous rappelle que c'est jeudi prochain où entre 14h15 et 15h15 que nous aurons notre réunion téléphonique ou visiophonique à votre convenance.

N'hésitez pas à nous envoyer vos cas, avec un mail ou fax (05.61.77.71.24) indiquant pour chaque patient :

- Nom, prénom, date de naissance,
- Contexte du patient,
- Contexte pathologique du patient,
- Ordonnance du patient,
- Que souhaitez-vous déprescrire et pourquoi ?

Les modalités de connexion vous seront rappelées la veille de la réunion.

Merci d'avance de votre participation.

Bonne journée

Professeur Philippe ARLET

Dr Grégory PUGNET



Lisa Nguyen <ngyn.lisa@gmail.com>

réunion RADIO 19/10/2017

2 messages

arlet.p@chu-toulouse.fr <arlet.p@chu-toulouse.fr>

19 octobre 2017 à 09:32

Bonjour le réseau RADIO,

Je vous rappelle que c'est aujourd'hui où entre 14h15 et 15h15 nous aurons notre réunion téléphonique ou visiophonique à votre convenance.

N'hésitez pas à nous envoyer vos cas, avec un mail ou fax (05.61.77.71.24) indiquant pour chaque patient :

- Nom, prénom, date de naissance,
- Contexte du patient,
- Contexte pathologique du patient,
- Ordonnance du patient,
- Que souhaitez-vous déprescrire et pourquoi ?

Merci d'avance de votre participation.

Bonne journée

Professeur Philippe ARLET

Dr Grégory PUGNET

1. Procédure pour conférence téléphonique :

Procédure pour une conférence téléphonique ALCATEL-LUCENT

Administrateur de la conférence

Direction des Systèmes d'Information et Organisation

Télécom & Réseau

Contact : 2 30 07 / 7 74 37

e-mail Intranet: DSIO-Support VDI Téléphonie

Participants à la conférence

A l'heure convenue pour la conférence:

Composez le numéro d'appel 78511 depuis un poste du CHUT puis le code de votre conférence **0189480 #**

Composez le numéro d'appel **+33(0)561778511 depuis un poste non CHUT puis le code de votre conférence **0189480 #****

(si vous appelez depuis un téléphone numérique, n'oubliez pas de passer en Fréquences Vocales avant de composer le code)

Vous serez alors inclus dans la conférence.

Règles de bon usage

Il est important de rappeler qu'une extrémité génératrice de parasites sonores sera une nuisance pour le confort et l'efficacité de la conférence téléphone et donc perturbera l'ensemble des participants.

Aussi, les principales recommandations décrites ci-après consistent à:

- Ø privilégier des locaux respectant des règles d'environnement adaptés à ce type de réunion téléphonique (absence de bruit de fond, ...),
- Ø utiliser des terminaux adaptés (terminaux d'audioconférence de type Polyspan par exemple),
- Ø respecter les règles de bon usage en conférence téléphonique.

Ces règles s'adressent à l'ensemble des utilisateurs de la conférence téléphonique; elles concernent notamment l'aspect comportemental:

- Ø discussion avec un tiers pendant l'intervention d'un autre participant,
- Ø brassage de papier sur le bureau ou la table de conférence,
- Ø frappe sur un clavier d'ordinateur ou sur la table de conférence,
- Ø Ou tout autre événement générateur de bruits parasites.

Terminaux

L'utilisation des téléphones mobiles est à proscrire car la qualité téléphonique est fonction de la qualité de la liaison hertzienne avec le terminal mobile. Une mauvaise liaison peut être la source des phénomènes suivants:

- Ø grésillement,
- Ø voix hachée,
- Ø écho.

Les terminaux fixes (analogiques ou numériques) ne doivent pas être utilisés avec le haut-parleur activé ou en fonctionnement main libre. Des usages de ce type peuvent être générateurs des phénomènes suivants:

- Ø écho,
- Ø larsen,
- Ø voix hachée (parfois en fonction main libre).

Il est important de rappeler que ces modes d'utilisation, dans une communication classique (deux correspondants), sont déjà très perturbateurs.

Procédure pour conférence visio :

- Cliquer sur le lien bleu ci-dessous.

.....
[à Participer à une Réunion Skype](#)

Vous n'arrivez pas à rejoindre cette réunion ? [Essayer l'app web Skype](#)

[Il s'agit de votre première Réunion Skype ?](#)

Toulouse, le 19 mai 2017

Compte rendu de la réunion du réseau RADIO du jeudi 18 mai 2017

Etaient présents dans la salle de réunion :

- Dr Grégory PUGNET
- Dr M.
- Pr Philippe ARLET

En visiophonie :

- Dr Haleh BAGHERI

Au téléphone :

- Dr Serge BISMUTH
- Dr B.

Le Dr B. nous a présenté le cas d'une de ses patientes, Mme T. née le 11.07.1950 qui est en bonne santé, malgré une ostéoporose fracturaire qui a déjà été compliquée par une fracture du poignet et un tassement vertébral L1.

Elle n'a pas d'autre traitement que celui de son ostéoporose par CALTRATE D3, et FOSAMAX 1X/semaine.

La question est celle d'un traitement par ALEPSAL 100mg qu'elle prend depuis l'adolescence, époque à laquelle elle a présenté 2 ou 3 crises comitiales. Depuis, elle n'a plus rien fait, elle n'a aucun suivi neurologique.

Nous avons pensé que cette question était tout à fait justifiée d'autant plus que l'on connaît les mauvaises relations entre les barbituriques et le métabolisme osseux. Nous avons pensé que le sevrage pouvait être envisagé mais qu'il devait être prudent.

Comme convenu j'ai contacté le Dr D. qui travaille avec le Dr V. en épileptologie à Purpan. Elle m'a confirmé que ce type de situation faisait partie de ses préoccupations, mais que le sevrage de ce type de produit devait être très lent, en général sur un an, avec un suivi neurologique pour une évaluation au départ, explication au patient, et suivi par la suite.

Elle m'a confirmé que c'est souvent à partir de signes ostéoarticulaires que le problème se posait.

Elle serait d'accord pour une prise en charge dans son environnement par exemple à Auch avec le Dr R. qui pourrait faire un EEG avant de décider de ce sevrage très lent.

Nous avons par ailleurs discuté de l'importance qu'elle poursuive une supplémentation en vitamine D3, s'assurer que ses apports calciques sont suffisamment insuffisants pour lui donner du calcium per os ce qui ne doit pas être systématique, chez elle c'est le cas, il semble qu'elle en ait besoin du fait d'apports insuffisants.

Nous avons également souligné l'intérêt de la perfusion annuelle d'ACLASTA plus simple, moins soumise aux interactions médicamenteuses et aux problèmes d'observance que les diphosphonates per os.

Le 2^{ème} dossier nous est amené par le Dr M. à propos de Mme G. née le 09.06.1946.

Il se trouve que cette patiente est bien connue du service de médecine interne et nous avons pu ressortir les derniers courriers en particulier avoir le courrier de la dernière venue en hospitalisation au mois d'avril 2016 et on a pu comparer les ordonnances.

Cette patiente a donc été hospitalisée à l'hôpital de Figeac, soignée par le Dr M., à l'occasion d'une poussée d'insuffisance cardiaque gauche, ce qui lui arrive régulièrement.

Elle est connue du service de médecine interne en particulier parce qu'elle a une amylose digestive qui a été reconstrôlée récemment en 2016, avec des anomalies macroscopiques et une histologie d'amylose confirmée.

Le traitement de sortie du service de médecine de Figeac comporte :

- LYRICA 50 matin et soir (traitement il y a un an était plus dosé). Les douleurs de neuropathie diabétique ne sont pas très faciles à évaluer, on se pose des questions sur la réalité de ces douleurs et en tout cas l'utilité du LYRICA. Nous avons pensé qu'au cours d'une prochaine hospitalisation, il serait très utile d'essayer d'évaluer cela en arrêtant le LYRICA pour savoir si elle a véritablement besoin de ce médicament et qu'elle est le type de ses douleurs.
- LASILIX 500mg ¾ de cp le matin pour son insuffisance cardiaque chronique avec poussées régulières.
- LOXEN LP 50 1cp matin et soir. Cette patiente a souvent des œdèmes des membres inférieurs qui sont peut-être en relation en partie avec ce médicament. En tout cas, il est important de juger de son indication sur les chiffres tensionnels en position debout compte tenu du contexte de cette malade souvent alitée suspecte de neuropathie diabétique voire amyloïde.
- DIFFU K 600 1cp. Nous avons posé la question de remplacer ce médicament par des petites doses d'ALDACTONE volontiers conseillées dans ce contexte d'insuffisance cardiaque chronique, et du fait du risque de complications digestives du DIFFU K.
- CORVASAL 2 1CP x3/jour. Nous avons discuté du rapport bénéfice risque de ce médicament qui ne paraissait pas évidemment positif, il semble que cette patiente ait un antécédent coronarien il y a une dizaine d'années, et qu'elle ait quelques douleurs thoraciques. Nous conseillons d'arrêter ce médicament et de lui proposer NATISPRAY à la demande ce qui permettrait également de savoir si les douleurs thoraciques sont nitrosensibles.
- Insuline LANTUS 28 unités matin et soir,
- NOVO RETARD ???? 4 unités matin, midi et soir selon dextro. Nous n'avons pas discuté du traitement par insuline au cours de cette réunion, nous n'avons pas le poids ni le BMI de cette patiente qui par ailleurs bouge très peu.
- Nous nous sommes surtout intéressés à la prescription de JANUVIA qu'elle n'avait pas en avril 2016. Elle est à 100mg 1/2cp le midi, nous avons pensé que ce médicament n'avait pas d'intérêt dans son contexte au plan morbi-mortalité, et donc un rapport bénéfice risque plutôt négatif et nous proposons de l'arrêter.
- Nous proposons également d'arrêter le SULFARLEM S25 matin, midi et soir car nous avons un gros doute sur sa réelle efficacité bien qu'elle n'y ait pas d'effet secondaire grave à redouter.
- Le KARDEGIC 75 sera conservé compte tenu des antécédents coronariens mais on se pose la question du PANTOPRAZOLE 40 qu'elle prend tous les soirs probablement suite au KARDEGIC, mais en l'absence d'indication formelle de ce médicament il serait peut-être utile d'essayer de l'arrêter sous couvert de GAVISON, et même si on sait qu'elle a une amylose gastrique.
- Nous nous sommes aussi interrogés sur l'association OMBREZ FORADIL 2 bêta2mimétiques, un seul devrait suffire chez cette patiente qui serait connue comme BPCO mais qui ne fait

pas de crise d'asthme typique, elle a simplement parfois des poussées de dyspnée « sine materia ».

Nous serons heureux d'avoir un suivi de cette patiente lors de la prochaine réunion le 22 juin. Le Dr M. nous a précisé que la patiente présentée il y a un mois avait pu avoir une déprescription notable telle qu'envisagée lors de notre dernière réunion.

Le Réseau toulousain d'Aide à la Déprescription Interprofessionnel pour Omnipraticiens (R.A.D.I.O.) : un outil utile en médecine générale ?

Chère consœur, cher confrère,

Nous sommes de plus en plus confrontés du fait de l'évolution des pratiques médicamenteuses, du vieillissement, de la polymédication à des ordonnances à risques pour lesquelles nous aimerions bien faire un certain ménage. Cependant, cette pratique de déprescription n'est pas simple, il s'agit d'un acte de forte responsabilité. Depuis la fin de l'année 2016, il existe sur Toulouse un Réseau d'Aide à la Déprescription Interprofessionnel pour Omnipraticiens (R.A.D.I.O.). Cette enquête a pour objectif d'évaluer si les médecins généralistes pensent qu'un tel réseau peut leur être utile. Le questionnaire est anonyme et ne prendra que 5 minutes de votre temps.

Merci d'avance pour votre participation.

Lisa Nguyen, Interne de médecine générale

@ ngyn.lisa@gmail.com

Dr. Serge Bismuth, Maître de thèse

@ serge.bismuth@dumg-toulouse.fr

1. 1. Connaissez-vous le réseau R.A.D.I.O. ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

2. 2. C'est un réseau d'aide à la déprescription qui propose de faire de la révision d'ordonnance avec des praticiens hospitaliers (internistes, pharmacologue) du CHU de Toulouse par le biais de conférences téléphoniques. Est-ce que le concept vous intéresse ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

3. 3. A quelle fréquence environ êtes-vous confronté à une ordonnance que vous souhaiteriez simplifier ?

Une seule réponse possible.

- Tous les mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois

4. 4. Est-ce qu'un tel réseau semble être un moyen efficace de faire de la déprescription pour les médecins généralistes ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

5. 5. Les réunions ont lieu le 3ème jeudi du mois de 14h à 15h. Quel serait l'horaire et éventuellement le jour qui vous conviendrait le mieux ?

6. 6. Qu'est-ce qui vous attire dans un réseau comme R.A.D.I.O. ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- La prise de décision collégiale
- Le partage d'expériences, de connaissances et de compétences
- L'accessibilité depuis le cabinet
- Rien
- Autre

7. 7. Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente, merci de préciser quel(s) autre(s) aspect(s) du réseau R.A.D.I.O. vous attire(nt). Sinon merci de passer.

8. 8. Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher d'y participer ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- L'absence de rémunération
- Le manque de temps
- Je préfère solliciter mon réseau de soins de proximité (confrères généralistes, pharmacien, spécialistes, autre réseau...)
- Rien
- Autre

9. 9. Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente, merci de préciser le ou les autres motifs qui pourraient vous empêcher de participer au réseau R.A.D.I.O.. Sinon merci de passer.

10. 8. Des démarches sont en cours pour valoriser le temps des réunions comme un temps de Développement Professionnel Continu. Cela pourrait-il être un argument supplémentaire pour vous convaincre de participer aux réunions ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

La série de questions suivantes concerne des informations à titre personnel.

11. 9. Vous êtes...

Une seule réponse possible.

- Une femme
 Un homme

12. 10. Dans quel département exercez-vous ?

13. 11. Quelle est l'année de votre première installation ?

14. 12. Quel est votre mode d'exercice ?

Une seule réponse possible.

- Seul
 Cabinet de groupe
 Maison de santé pluridisciplinaire

15. 13. Quel type de patientèle prenez-vous en charge ?

Une seule réponse possible.

- Urbaine
 Rurale
 Semi-rurale

16. 14. Accueillez-vous un étudiant en médecine dans votre cabinet (externe ou interne) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Fourni par

 Google Forms

AUTEUR : Lisa NGUYEN

TITRE : La déprescription médicamenteuse – Analyse de la mise en place et du fonctionnement d'un réseau ville-hôpital d'aide à la déprescription : réseau R.A.D.I.O.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Serge BISMUTH

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 28 Novembre 2017

Résumé en français

Introduction : Le risque d'effets indésirables des médicaments augmente avec la polymédication et les prescriptions inappropriées. La déprescription est un acte visant à interrompre de façon volontariste une prescription. C'est un acte difficile à plusieurs niveaux (intellectuel, responsabilité, relationnel) et qui demande du temps. Le réseau R.A.D.I.O. propose aux médecins généralistes de faire de la révision d'ordonnance avec des praticiens hospitaliers (internistes, pharmacologue) par le biais de conférences téléphoniques. Face aux outils existants d'aide à la déprescription et en particulier le développement de l'exercice de groupe, l'objectif de notre étude était de savoir si les médecins généralistes étaient intéressés par un réseau d'aide à la déprescription.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées en juin 2017.

Résultats : 65 médecins (87 %) étaient intéressés par le concept du réseau. 64 médecins (85 %) ont pensé que c'était un moyen efficace de faire de la déprescription. Les médecins étaient majoritairement attirés par la prise de décision collégiale, le partage de compétences et la téléconsultation. Mais ils étaient freinés par le manque de temps.

Discussion : Les résultats ont montré que les médecins généralistes se sentaient concernés par la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et qu'ils étaient demandeurs d'une aide à la déprescription. Le fonctionnement du réseau semble adapté aux contraintes de l'exercice en soins primaires mais de nombreux freins à son utilisation persistent.

Titre et résumé en anglais

Deprescription – Analysis of a deprescription network between city and hospital : R.A.D.I.O.

Introduction : The risk of adverse drug events is increased by polypharmacy and inappropriate prescriptions. Deprescription is the act of interrupting a prescription willingly. It is difficult on several levels (intellectually, responsibility, relation-wise) and it is time consuming. The R.A.D.I.O. network offers to general practitioner's (GP) to review prescriptions with hospital doctors (internist, pharmacologist) by conference call. Faced with the existing tools of deprescription and especially the development of group practice, the purpose of our study was to determine if GP's were interested in a network to help deprescribe.

Methods : We conducted a survey among GP's practicing in Midi-Pyrénées in June 2017.

Results : 65 doctors (87 %) were interested by the network. 64 doctors (85 %) thought it was an effective way of deprescribing. GP's were attracted by collegial decision-making, sharing skills and remote consultation. But they lacked time to participate.

Discussion : Results have shown that GP's felt concerned by the prevention of adverse drug events and were interested to have help to deprescribe. The network's operation seems to fit the constraints of primary care practice but many restraints to it's use remain.

Mots-Clés : déprescription, médecine générale, télémédecine, réseau de soin ville/hôpital, polypharmacie, prescription inappropriée.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France