

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 24 mars 2017
par

Mathilde Courtois

né(e) le 16 mai 1989, à Le Mans

**Etude observationnelle de la polymédication chez le patient de 50 à
74 ans en médecine générale**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BUCHON Daniel

Président

M^{me} le Professeur DUMOITIER Nathalie

Juge

M. le Docteur TCHALLA Achille

Juge

M^{me} le Docteur RUDELLE Karen

Juge

M^{me} le Docteur LAUCHET Nadège

Membre invité

M^{me} le Docteur CHABLE Hélène

Membre invité





Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 24 mars 2017
par

Mathilde Courtois

né(e) le 16 mai 1989, à Le Mans

**Etude observationnelle de la polymédication chez le patient de 50 à
74 ans en médecine générale**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BUCHON Daniel

M^{me} le Professeur DUMOITIER Nathalie

M. le Docteur TCHALLA Achille

M^{me} le Docteur RUDELLE Karen

M^{me} le Docteur LAUCHET Nadège

M^{me} le Docteur CHABLE Hélène

Président

Juge

Juge

Juge

Membre invité

Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE



BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOU-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
LOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE



PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



Remerciements

A M. le Professeur Daniel Buchon

Professeur des universités de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci d'avoir prêté intérêt à ce travail. Merci d'avoir été présent tout au long de mes études de troisième cycle, de m'avoir conseillée et orientée. Merci de m'avoir transmis votre vision de la Médecine Générale. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Mme le Professeur Nathalie Dumoitier

Professeur des universités de Médecine Générale

J'ai l'honneur de vous compter parmi mon jury de thèse. Merci d'avoir toujours été quelqu'un vers qui se tourner durant ma formation et merci de vos précieux conseils. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A M. Achille Tchalla

Maitre de conférences associé des universités – Praticien Hospitalier

Merci de votre présence et d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Votre disponibilité est précieuse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Mme Karen Rudelle

Chef de clinique de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Votre aide dans mon travail a été précieuse ainsi que votre réactivité et votre implication. Soyez assurée de mon profond respect.



A Mme Nadège Lauchet

Docteur en Médecine Générale

C'est un honneur pour moi de te compter parmi mon jury de thèse. Travailler avec toi a été un plaisir. J'ai tellement appris à tes côtés, ta pratique et tes conseils auront une importance majeure pour la mienne. Je te remercie pour ton aide, le temps que tu m'as accordé, les réponses que tu m'as apporté. Sois assurée de ma gratitude, de mon estime et de mon profond respect.

A Mme Hélène Chable

Docteur en Médecine Générale

Merci d'avoir accepté d'encadrer ma thèse, de m'avoir accompagnée, corrigée, motivée. Lors de notre première rencontre, tu as su en quelques mots me donner l'envie de venir travailler à tes côtés. Quelques semaines plus tard, j'ai eu la chance de pouvoir observer, apprendre, progresser grâce à toi. Tu es toujours à 200% dans les projets que tu réalises et je suis touchée que ma thèse soit l'un d'eux. Merci pour tes conseils, ta disponibilité, ta gentillesse. Sois assurée de ma profonde reconnaissance et de mon estime.

Merci à vous pour l'honneur que vous me faites d'être membres de mon jury



Je dédie ce travail...

A ma fille, Hélène, le bonheur de mes jours et mes nuits. Tu as été là à chaque instant depuis la naissance de ce projet, tous les jours tu as su me faire sourire, m'amuser, rendre ma vie tellement plus belle et lumineuse. Ma doudou à moi, je t'aime tant.

A Julien, mon amour, l'homme de ma vie. Tu sais me soutenir et m'aimer. Tu es mon pilier, ma sureté dans ce monde parfois difficile à appréhender, tu me permets d'avancer, d'aller plus loin que ce que j'aurais espéré. Tu sais me donner confiance et surtout tu ne doutes jamais de moi. Je n'oublierai jamais notre rencontre et toutes les choses magnifiques qui sont arrivées, arrivent et arriveront. Vivre avec toi et notre fille est une joie inaltérable, dont nous profitons tous les jours. Je t'aime tellement.

A mes parents, trouverais-je les bons mots pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour moi... et de ce que vous faites encore. Merci de votre irremplaçable présence à mes côtés, de votre amour, de votre soutien inconditionnel, de la confiance inestimable et inébranlable que vous m'avez toujours accordée même quand je doutais. Je n'ai jamais senti une seule hésitation dans vos paroles, vous m'avez fait grandir dans l'esprit que tout était possible si l'on s'en donne les moyens. J'espère pouvoir à mon tour transmettre toutes les précieuses valeurs que vous m'avez apprises. Merci d'être comme vous êtes, je vous aime.

A mon frère, Pierre, qui sait choisir ses priorités et être là quand il faut. Il a su m'accompagner à sa manière dans mes études. Malgré la distance, nous savons que nous pouvons compter l'un sur l'autre.

A mes grands parents, Papy René qui ne peut pas être avec nous aujourd'hui mais qui pense sûrement à cette soutenance en ce moment, Mamie Christiane qui a su me donner l'envie d'être médecin, Papy Jean qui vient de loin mais qui répond toujours présent pour les grands événements et qui sait nous accueillir chaleureusement chez lui. Je vous aime. Et Mamie Sosso qui n'est plus là mais à qui j'ai souvent pensé durant la rédaction de ce travail.

A mes tantes, Cécile et Betty, et à mes cousins.

A ma belle-famille, Véronique qui sait me soutenir, m'écouter et me comprendre, *Bruno* qui m'a beaucoup aidé durant cette rédaction par sa présence et sa conversation, *Delphine* qui est présente aujourd'hui, *Guillaume et Lucile* qui savent me divertir et me changer les idées.



A *Bettina*, mon amie pour toujours. Nous en avons fait des choses en 9 ans. « Qui se ressemble s'assemble », ce proverbe est pour nous. Toujours folles, énervées, prêtes à s'amuser, stressées, passionnées, un brin perfectionnistes... C'est bien nous. Merci, merci, merci d'être toi.

A *Mathilde*, « *ma Mathou* », une première rencontre Limougeaude si imprévue, si magnifique, si incroyable. Je reprends tes mots « amies pour la vie ». Toujours là pour moi, à toute heure du jour ou de la nuit.

A *Lisa*, nous avons fait nos débuts ensemble. Je ne sais pas ce qu'il se serait passé sans toi ! Merci pour tes connaissances, pour ton soutien... puis pour ton humour, ton amitié... puis d'être devenue aussi chère à mes yeux.

A *Nicolas*, mon co-interne... puis mon chef ! Travailler ensemble est un plaisir, qui rend la vie plus douce et plus sereine.

A mes amis *Limougeauds* : *Emilie, Nadine, Benjamin, Alexandre et Délia, Fabien et Karine, Kami et Marilyne, Claire et Benjamin et leurs enfants*... De magnifiques rencontres au fil des stages, des amitiés riches de plaisir et de partage.

A mes amis *Angevins*, *Antoine, Gilles, Romain, Adeline, Kévin, Claire, Anne-Sophie, Olivier, Vincent, Laure, Gaëtan, Mathieu, Thomas, Marie*... En souvenir des années d'études entrecoupées de très nombreuses soirées endiablées, des révisions, des WEI, des congrès, des concours blancs, des sous-colles et des bons petits plats compensatoires, des partiels, du SCTU, de l'ECN...

A mes amis *Manceaux*, *Thomas, Claire, Clément, Mélina, Cassandre, Julien, Mélanie, Manu, Mélinée, Alice, Maxime, Marlène, Benoit et leurs enfants*.

A *Florine*, qui par sa présence, sa disponibilité et tout l'amour que lui porte Hélène, a su se rendre indispensable, et ce d'autant plus cette année. Merci de toute la confiance que je peux vous porter.



A l'équipe des urgences du CHU de Limoges, qui comptent des médecins géniaux, et une équipe soudée et accueillante. Merci à tous de m'avoir accompagnée et formée lors de ce premier stage en tant qu'interne. Merci à Alain d'avoir pris le temps de répéter, de corriger mais aussi de plaisanter. Merci à Fred d'avoir toujours su être là, de m'avoir soutenue. Et merci à mes co-internes Mathilde, Nicolas, Nadine, Sophie, Vincent, à qui je penserai toujours, pour vos conseils, votre humour et votre amitié.

A la Polyclinique, à ses médecins et son équipe paramédicale. Un deuxième stage, toujours avec ma Mathilde, fort en émotions, en rires, en rencontres magiques... mais aussi en travail ! Un stage que je n'oublierai jamais grâce à ses rencontres : FX, Mr Liozon, Guillaume, Jérôme et Sandrine, Sabine, Emilie, Nadine, Anthony et Nicolas, Ekila, Thierry et Julien, Mumu et Pupuçe mais surtout car vous avez été les premiers à apprendre la future naissance de ma fille et que vous avez vécu ses premiers mois avec nous, m'apportant fauteuil, gâteaux ou sirop quand une petite faiblesse se faisait sentir. Merci encore à Julien et à Bérengère, d'être des amis et de leur conseils toujours utiles.

A la Gériatrie, et à mon passage éclair parmi vous. Bien sur, merci encore à Hélène de m'avoir fait découvrir la gériatrie, puis aux autres médecins qui l'ont relayée. Merci à l'équipe soignante qui a été aux petits soins pour moi, me ménageant à chaque moment.

A la Gynécologie, merci à toute l'équipe médicale et paramédicale. Merci à Ludwig, Nina et Olivia, de supers co-internes. Un stage passionnant où j'ai tellement appris et qui m'a donné envie de me perfectionner.

A la Psychiatrie, à toute l'équipe de Dide. Merci à Nathalie et Cristina, deux psychiatres à l'écoute, cultivées, passionnées et drôles. Merci à toute l'équipe paramédicale, ainsi qu'à Marie-Adeline, Emmanuelle et Vanessa. Je ne peux vous citer tous tellement vous êtes uniques, une équipe unie dans les bons comme dans les mauvais moments, une équipe professionnelle, à l'écoute du patient, toujours prêtes à se former et aller plus loin, mais aussi une équipe déjantée et tellement amusante. Un stage plaisir, sans stress, une envie de chaque jour de se retrouver. Merci de m'avoir fait découvrir le monde serein de la psychiatrie.

A l'HIHL Bellac, dernier stage de mon cursus hospitalier mais au plus près de la médecine générale. Merci à l'équipe paramédicale, toujours de bonne humeur et motivée. J'ai eu la chance de rencontrer des médecins humains, à l'écoute, alliant cabinet libéral et activités hospitalières. Merci aux Docteurs Bourdeau, Caux, Occeli, Phennig, Thévenot et Roy pour ce qu'ils m'ont appris médicalement, socialement et professionnellement et pour le plaisir de travailler ensemble. Je n'oublie pas Pascale, cadre de santé, et son incroyable motivation, Emmanuelle, Eva, Jean-Baptiste, Chloé et Lisa.



A Docteur Benoit Chepeau, Médecin Généraliste et Homme au grand cœur, qui dès les premières minutes de stage a su me faire comprendre que la médecine générale était passionnée et magique, que l'on ne s'ennuie jamais, que l'on peut toujours aller plus loin. Merci d'avoir effacé questions et doutes et de m'avoir lancée sur la voie de la médecine générale.

A Docteur Aline Morineau, Médecin Généraliste, qui tout au long de mon stage m'a montré une médecine humaine et familiale. Merci de tout ce que tu m'as appris.

A Docteur Houdard Gaëtan, merci de votre aide pour la réalisation de mon travail et de votre disponibilité.

A vous tous, même si je n'ai pas cité votre nom, qui m'avez entourée, aimée et aidée au cours de ces années et avec qui j'espère continuer d'avancer...

Merci



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	25
I. Généralités	26
I.1. Polymédication	26
I.1.1. Définition	26
I.1.2. Overuse, misuse, underuse	27
I.1.2.1 Overuse	27
I.1.2.2 Misuse	27
I.1.2.3 Underuse	27
I.2. Epidémiologie	28
I.2.1. Polymédication	28
I.2.2. Prescriptions médicamenteuses	28
I.2.3. Etat de santé	28
I.3. Polypathologie	30
I.3.1. Définition	30
I.3.2. Enjeux	30
I.3.3. Prescripteurs multiples	31
I.3.4. Prise en charge du patient polypathologique	31
I.4. La prescription médicamenteuse	32
I.4.1. Spécificités de la prescription médicamenteuse chez les patients âgés de 50 à 74 ans	32
I.4.1.1 Les pathologies chroniques prévalentes	32
I.4.1.1.1. Pathologies cardiovasculaires	32
I.4.1.1.1.1. Accident vasculaire cérébral	32
I.4.1.1.1.2. Facteurs de risque cardiovasculaire	32
I.4.1.1.1.3. Hypertension artérielle	32
I.4.1.1.1.4. Insuffisance cardiaque chronique	33
I.4.1.1.1.5. Maladie coronaire chronique	34
I.4.1.1.2. Diabète	34
I.4.1.1.3. Pathologies psychiatriques	34
I.4.1.1.3.1. Dépression	34
I.4.1.1.3.2. Autres troubles psychiatriques	35
I.4.1.1.4. Pathologies rhumatologiques	35
I.4.1.1.4.1. Goutte	35
I.4.1.1.4.2. Arthrose	35
I.4.1.1.4.3. Polyarthrite rhumatoïde	36
I.4.1.1.4.4. Rachialgies	36
I.4.1.1.5. Autres pathologies	36
I.4.1.1.5.1. Allergies	36
I.4.1.1.5.2. Hypothyroïdie	36
I.4.1.1.5.3. Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)	36
I.4.1.1.5.4. Maladies neurologiques ou dégénératives	37
I.4.1.1.5.5. Maladies respiratoires chroniques	37
I.4.1.1.5.6. Ostéoporose	37
I.4.1.2 Les médicaments, les classes thérapeutiques prescrites	37
I.4.1.2.1. Antalgiques	37

I.4.1.2.2. Antidépresseurs.....	38
I.4.1.2.3. Anxiolytiques, Hypnotiques.....	38
I.4.1.2.4. Antidiabétiques oraux	39
I.4.1.2.5. Antihistaminiques	39
I.4.1.2.6. Antiagrégants plaquettaires	39
I.4.1.2.7. Antihypertenseurs.....	39
I.4.1.2.8. Anticoagulants oraux	39
I.4.1.2.9. Hypolipidémiants	40
I.4.1.2.10. Inhibiteurs de la pompe à protons.....	40
I.4.1.2.11. Lévothyroxine sodique.....	41
I.4.1.2.12. Supplémentation vitamino-calcique	41
I.4.2. L'importance de la première prescription	41
I.4.2.1 Suivi de l'impact d'une première prescription médicamenteuse et rôle du médecin généraliste.....	41
I.4.2.2 Information thérapeutique, définition et mise en œuvre	42
I.4.2.3 Observance	43
I.4.3. La révision du traitement	45
I.4.3.1 Le renouvellement d'ordonnance	45
I.4.3.2 Modes de révision.....	45
I.4.3.3 Outils d'aide à la prescription	46
I.4.3.3.1. La liste des médicaments inappropriés.....	46
I.4.3.3.2. Critères STOPP/START	46
I.4.3.3.3. Recommandations des sociétés savantes	46
I.4.4. La prescription par anticipation	47
I.4.5. Automédication.....	47
II. Matériels et méthodes	49
II.1. Intérêt de l'étude	49
II.2. Objectif principal de l'étude	49
II.3. Objectifs secondaires de l'étude	49
II.4. Méthodes	49
II.4.1. Schéma de l'étude.....	49
II.4.2. Cadre de l'étude	50
II.4.3. Population de l'étude	50
II.4.4. Recueil de données.....	50
II.4.4.1 Organisation du recueil	50
II.4.4.2 Données recueillies.....	51
II.4.4.2.1. Critère de jugement principal	51
II.4.4.2.2. Epidémiologie	51
II.4.4.2.3. Avis du patient.....	51
II.4.4.2.4. Connaissance du traitement	51
II.4.4.2.5. Information thérapeutique	51
II.4.5. Méthode d'analyse	52
II.4.5.1 Analyse brute.....	52
II.4.5.2 Analyse statistique	52
III. Résultats	53
III.1. Nombre de patients ayant participé à l'étude.....	53
III.2. Résultats généraux	53

III.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients de l'étude.....	53
III.2.1.1 Age	53
III.2.1.2 Sexe.....	54
III.2.1.3 Catégories socioprofessionnelles.....	54
III.2.2. Caractéristiques des prescriptions médicamenteuses	55
III.2.2.1 Critère de jugement principal et nombre de médicaments pris par jour	55
III.2.2.2 Classes thérapeutiques prescrites	55
III.2.3. Evaluation de la connaissance du traitement.....	56
III.2.4. L'ordonnance vue par le patient.....	56
III.2.4.1 Ressenti sur le traitement.....	56
III.2.4.2 Les traitements perçus comme étant les plus importants	57
III.2.5. Informations sur les traitements.....	58
III.3. Comparaison des groupes patients polymédiqués et non-polymédiqués	59
III.3.1. Définitions des groupes	59
III.3.2. Comparabilité des groupes	59
III.3.2.1 Sexe.....	59
III.3.2.2 Age	59
III.3.2.3 Catégories socioprofessionnelles.....	59
III.3.3. Comparaison des deux groupes, principaux résultats.....	59
III.3.3.1 L'ordonnance vue par le patient	59
III.3.3.2 Information thérapeutique	60
IV. Discussion	62
IV.1. Principaux résultats dans la population générale	62
IV.1.1. Critère de jugement principal : la polymédication	62
IV.1.2. Répartition socio-démographique.....	62
IV.1.2.1 Age et sexe.....	62
IV.1.2.2 Catégories socioprofessionnelles	63
IV.1.3. Classes thérapeutiques prescrites	64
IV.1.4. Evaluation de la connaissance du traitement	65
IV.1.5. Ressenti du patient à propos du nombre de traitements prescrits	66
IV.1.6. Les traitements perçus comme étant les plus importants	67
IV.1.7. Information thérapeutique	68
IV.2. Principaux résultats en comparant les groupes « patients polymédiqués » et « patients non-polymédiqués »	70
IV.2.1. Définition et comparabilité des groupes.....	70
IV.2.2. Ordonnance vue par le patient	70
IV.2.3. Information thérapeutique	70
IV.3. Validité intrinsèque	71
IV.3.1. Limites	71
IV.3.2. Forces.....	72
Conclusion	74
Références bibliographiques	76
Annexes	85
Serment d'Hippocrate.....	101



Table des illustrations

Figure 1 : Répartition de la population de l'étude selon l'âge	53
Figure 2 : Répartition des patients de l'étude selon le sexe	54
Figure 3 : Répartition des patients répondeurs selon leur profession.....	54
Figure 4 : Répartition de la population polymédiquée et non-polymédiquée	55
Figure 5 : Classes thérapeutiques prescrites	56
Figure 6 : Motifs de prescription des traitements les plus importants selon le patient	57
Figure 7 : Qualification des personnes ayant dispensé l'information thérapeutique	58
Figure 8 : Réponse à la question : "Pensez-vous qu'il y a trop de médicaments sur votre ordonnance ?"	60
Figure 9 : Informations thérapeutiques délivrées	60
Figure 10 : Personnes ayant délivrées l'information thérapeutique	61



Glossaire des abréviations

ADO	Antidiabétiques oraux
AINS	Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdien
ALD	Affection Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AOD	Anticoagulants Oraux Directs
AVK	Antivitamine K
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP	Code de Santé Publique
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HBP	Hypertrophie Bénigne de Prostate
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion de l'angiotensine
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
LDL	Low Density Lipoprotein, Lipoprotéines de basse densité
NYHA	New York Heart Association, classification fonctionnelle des cardiopathies
PPS	Plan Personnalisé de Santé



OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SFGG	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SMR	Service Médical Rendu
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation

Les abréviations employées pour les résultats statistiques sont :

- OR : Odds Ratio (degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitative)
- IC 95% : Intervalle de Confiance à 95% (marge d'erreur à 95%)
- p : indice de significativité statistique du résultat



Introduction

Dans un contexte de population vieillissante et sans cesse plus nombreuse, la polymédication est un enjeu majeur de notre médecine actuelle, de la qualité des soins et de notre prescription.

Par ailleurs, l'instauration des premières thérapeutiques commence parfois très tôt, qu'elles soient préventives ou curatives. Ces constatations amènent à penser que la prise en charge et la prévention de la polymédication doivent débuter dès le début du premier traitement au long cours mis en place et non au moment où celle-ci est déjà établie. Ceci nous a incité à étudier une population âgée de 50 à 74 ans, car c'est à partir de cet âge que de nombreux traitements, notamment à visée cardiologique, vasculaire et rhumatologique, commencent à être instaurés.

L'information médicale donnée au patient prend alors tout son sens dans la relation de confiance médecin-malade et permet d'améliorer l'adhésion du patient à son traitement.

Les étiologies de la polymédication sont souvent multiples : nombre de comorbidités, nombre de prescripteurs, prescription en cascade (prescription d'un médicament pour traiter l'effet secondaire du précédent) ou encore l'automédication.

L'objectif de cette étude a été de mesurer l'importance de la polymédication chez les patients de 50 à 74 ans consultant leur médecin généraliste.

L'intérêt de ce travail consiste ensuite à étudier la connaissance et la perception de son traitement par le patient. Ces résultats engageront une réflexion autour de la nécessité de l'information thérapeutique et de l'encadrement du patient dans sa maladie et son parcours de santé.



I. Généralités

I.1. Polymédication

I.1.1. Définition

La polymédication sera définie selon la définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments.

Plusieurs seuils de définition de la polymédication peuvent être rencontrés dans la littérature (supérieur à 5, supérieur à 8, supérieur à 10 ou seulement la notion de « nombreux médicaments »). Le seuil de 5 médicaments choisi dans cette étude tire sa justification de la croissance linéaire du risque d'effets indésirables avec le nombre de médicaments (1) (2) et ce à partir de 5 médicaments.

La polymédication est favorisée par la polypathologie et le nombre de comorbidités. Elle est également facilitée par le nomadisme médical avec possibilité de prescripteurs multiples qui s'ignorent, par la superposition de traitements symptomatiques sans raisonnement global, et encore par une demande parfois insistante de médication par le patient (3).

Elle est dite appropriée quand elle est justifiée par la polypathologie ou une situation médicale complexe et lorsque les traitements prescrits respectent les recommandations (1). Elle est dite inappropriée dans le cas contraire.

La polymédication simultanée correspond au nombre de médicaments pris par le patient un jour donné. Il peut s'estimer, comme dans ce travail, en comptant le nombre de médicaments d'un jour aléatoire ou comme la moyenne de ce nombre sur plusieurs jours consécutifs ou tirés à intervalles réguliers (1). La polymédication cumulative est définie par la somme des médicaments différents administrés au cours d'une période donnée (1). Tous les médicaments administrés sur la période étudiée sont pris en compte quelque soit la durée du traitement. La polymédication continue concerne les médicaments pris de façon prolongée et régulière, en ne conservant que les médicaments présents sur deux périodes de temps espacées par exemple de six mois (1) ou en ne comptabilisant pour un trimestre donné que les médicaments présents au trimestre précédent et au trimestre suivant.

La polymédication accroît significativement les risques d'interactions médicamenteuses, d'effets indésirables, de mauvaise observance, d'événements indésirables (exemple des chutes) voire une augmentation de la mortalité, en particulier chez le sujet âgé et d'hospitalisation en partie évitables (1) (4).

De plus, la polymédication augmente fortement le risque de prescriptions potentiellement inappropriées, dont les indications sont discutables, avec un risque d'effets secondaires ou de non efficacité majoré (5).



I.1.2. Overuse, misuse, underuse

I.1.2.1 Overuse

« L'overuse » rend compte d'un excès de traitement (6). Plus de médicaments que nécessaire sont prescrits au patient (notion qualitative), il y a donc absence d'indication ou service médical rendu insuffisant (SMR) (7). L'enquête de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2001 a montré que parmi les 30 médicaments les plus prescrits en France, 8 avaient un SMR insuffisant (7). La réévaluation ces dernières années du SMR de nombreux médicaments à SMR insuffisant et leur déremboursement ont conduit à une diminution de leur prescription (exemple des vasodilatateurs cérébraux) (8).

L'OMS rapporte que 50% des médicaments ne sont pas prescrits, délivrés ou vendus comme il convient (9).

A titre d'exemple, l'absence d'indication des benzodiazépines est fréquente, au détriment de l'indication d'un traitement antidépresseur (7).

I.1.2.2 Misuse

Le « Misuse » est la prescription inappropriée de traitement (balance bénéfique/risque défavorable) (6).

L'outil STOPP and START évaluant la prévalence des prescriptions inappropriées a montré que le misuse concernait 51.3% des patients (34.7% à 77.3% selon les pays) (10).

Le Medication Appropriateness Index (MAI) est aussi utilisé pour évaluer le misuse et l'overuse (11), à l'aide de 10 items pour chaque molécule prescrite. Il fait appel à un jugement clinique, mais est fiable entre les juges car très standardisé. Par contre, il est très long à utiliser et nécessite des compétences approfondies, il ne peut donc pas être utilisé en pratique courante.

I.1.2.3 Underuse

« L'underuse » rend compte de l'insuffisance de traitement ou sous-traitement : absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité (6) et chez qui la balance bénéfique/risque de ce traitement est favorable (7).

La prévalence de l'underuse, selon l'outil START a été estimée entre 51.3 et 72.7% selon les pays. Cette même étude (10) a montré que les médicaments omis le plus souvent concernent principalement des affections cardiovasculaires : les statines (26%), les antivitamine K (AVK) dans les fibrillations auriculaires (9.5%), les antiagrégants plaquettaires (7.3%) mais aussi la supplémentation vitaminocalcique dans l'ostéoporose fracturaire (6%).



I.2. Epidémiologie

I.2.1. Polymédication

La polymédication est de plus en plus fréquente en France, mais aussi aux Etats-Unis, en Irlande (12) ou en Nouvelle-Zélande (13). L'excès de médicaments fait peser des risques importants sur la santé notamment du fait de la iatrogénie et des interactions médicamenteuses (1). La polymédication, ses causes et ses effets, sont donc au centre des préoccupations médico-sociales.

Au seuil de 5 médicaments, l'importance de la polymédication chez les plus de 75 ans varie selon les indicateurs utilisés (1). L'étude de la polymédication simultanée retrouve des chiffres allant de 14 à 23% chez les patients âgés de plus de 75 ans, 14% quand l'indicateur est « un jour moyen » ou « 20 jours espacés de 2 semaines » et 23% quand l'indicateur est « un jour au hasard ». La polymédication cumulative avec indicateur « trimestre » est retrouvée chez 49% des patients de plus de 75 ans. La polymédication continue avec l'indicateur « prescrit au moins trois fois dans l'année » est retrouvée chez 39% de ces mêmes patients.

I.2.2. Prescriptions médicamenteuses

Dans l'imaginaire populaire en France, un avis médical suggère la prescription d'un médicament, une consultation sans prescription semblant inaboutie (9). Plus des trois quarts des consultations des médecins généralistes français donnent lieu à une prescription d'au moins un médicament (9), faisant de la France un des pays d'Europe les plus prescripteurs, comparativement à l'Espagne, au Pays-Bas ou à l'Allemagne.

Pour l'année 2014, 225 667 528 consultations et 24 830 551 visites ont été réalisées par les 52 261 médecins généralistes français (sans compter les consultations pour actes techniques non chirurgicaux ou chirurgicaux, et autres actes spéciaux relevant des spécialités de chacun). En comptant qu'environ trois quarts de ces consultations donnent lieu à une prescription médicamenteuse, le nombre d'ordonnances rédigées par médecin et par an est conséquent (14).

En effet, des milliers d'ordonnance sont rédigées par jour en France. Les plus de 65 ans (15% de la population) sont la cible du tiers de toutes les prescriptions. Et parmi eux, 38% prennent 5 à 10 médicaments par jour, 1% en prend plus de 10 (9).

Par ailleurs, 80% des français voit au moins un médecin dans l'année (9).

Enfin, prescrire diffère selon le patient et son âge, le contexte et les maladies. Prescrire chez le sujet âgé est une pratique quotidienne en Limousin (11% des Limousins ont plus de 75 ans soit environ 85 000 personnes) (15).

I.2.3. Etat de santé

En 2012, selon l'étude IRDES sur la santé et la protection sociale (16), 8.3% des français se déclarent en mauvais ou très mauvais état de santé, 26% déclarent un état de santé assez bon et 65.8% déclarent un état de santé bon ou très bon. Un problème de santé chronique est déclaré par 39% des personnes âgées de 15 ans et plus et 27% des personnes

déclarent une limitation depuis au moins 6 mois dans les activités au quotidien. Ces données semblent indiquer une très légère dégradation de l'état de santé perçu par les Français.

Ce sont les troubles ostéo-articulaires qui arrivent en tête des 14 maladies de la liste proposée dans l'enquête chez les patients âgés de plus de 15 ans (16) (19.2% pour le dos, 14.1% pour les cervicales, 14.1% pour l'arthrose des membres), puis les allergies (13.8%), l'hypertension artérielle (HTA) (13.1%) et le diabète (8.5%).

A noter que dans la classe 40-64 ans, 6.9% des personnes se trouvent en mauvais ou très mauvais état de santé, contre 18.2% dans les 65 ans et plus (16). Les maladies ou problèmes de santé déclarés dans la classe 40-64 ans sont : une affection rhumatologique à 50.6%, les allergies à 13.6%, l'hypertension artérielle à 12.5%, la dépression à 6.4%.



I.3. Polypathologie

I.3.1. Définition

En France, la polymédication chez le sujet âgé, c'est d'abord le traitement de plusieurs maladies et souvent de patients polypathologiques.

La polypathologie est souvent définie comme la présence d'au moins deux maladies chroniques parmi 49 groupes de pathologies chroniques. Avec cette définition, dans l'étude menée par l'assurance maladie en 2013 (17), la prévalence de la polypathologie chez les 50-74 ans est en moyenne de 13%.

La polypathologie est souvent associée à une vulnérabilité sociale et psychique accrue, une perte d'autonomie, une altération de la qualité de vie, une dépression ou une déficience sensorielle (4).

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie (4). En 2015, l'espérance de vie d'une femme est estimée à 85 ans, et 78.9 ans pour un homme (18). A partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins deux maladies chroniques est très fréquente.

L'étude polychrome (19) montre que la polypathologie occupe une place majeure dans l'activité des généralistes et s'accompagne inévitablement d'un phénomène de polyprescription impliquant un risque iatrogénique.

La prise en charge des personnes âgées polypathologiques (personnes de plus de 75 ans ayant au moins trois maladies chroniques) en soins primaires a été étudié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en avril 2015 (4). Dans cette étude, 57% des patients ont au moins une affection de longue durée (ALD), 40% ont au moins deux ALD, 3.6% au moins 3 et 0.8% au moins 4.

I.3.2. Enjeux

La polypathologie complique la pratique des professionnels de santé en raison d'une incertitude diagnostique, d'une polymédication (en moyenne 8 à 10 médicaments), des risques liés aux prescripteurs multiples et d'une augmentation du recours aux soins et des coûts liées à la consommation médicamenteuse et aux hospitalisations (4). Il est estimé que 10% des hospitalisations du sujet âgé (20% après 80 ans) sont liées à la iatrogénie (1) (20) (21).

Les risques associés à la prise en charge médicamenteuse de multiples pathologies chroniques tout au long de la vie sont mal documentés.

Aux risques liés à la polypathologie, s'ajoutent ceux liés à la polymédication et à la multiplicité de prescripteurs (4). La prise en charge et le suivi des patients polypathologiques, et souvent polymédiqués, est un processus continu en perpétuel remaniement, pluriprofessionnel et donnant un rôle de médecin coordonnateur au médecin traitant.

Le rôle central du médecin généraliste va servir à organiser l'ordonnance, les différentes interventions extérieures, les adaptations thérapeutiques en sortie d'hospitalisation et ceci en impliquant le patient dans sa prise en charge (l'information thérapeutique est alors primordiale) (4). Dans les cas les plus compliqués, nécessitant un travail formalisé à plusieurs professionnels, un plan personnalisé de santé (PPS) doit être envisagé (4).

Selon les recommandations de l'HAS de juillet 2008 sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, « Mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique. Si le médicament est avant tout une chance, la polymédication, souvent légitime, augmente le risque iatrogénique et peut diminuer l'observance. La prescription, complexe, peut être optimisée, en repérant les excès de traitement, la prescription inappropriée et l'insuffisance de traitement » (22).

I.3.3. Prescripteurs multiples

Le fait d'avoir des prescripteurs multiples entraîne :

- une fragmentation des soins,
- parfois des messages contradictoires,
- des ruptures lors des transitions sanitaires programmées ou non,
- des additions de recommandations dédiées à chaque maladie (4).

La coordination entre les différents intervenants (médecin généraliste, spécialistes, médecins hospitaliers, mais aussi infirmiers, rééducateurs, etc.) est le plus souvent insuffisante, voire parfois inexistante (23).

A titre d'exemple, 66% des généralistes sont amenés à être contactés ou à voir leur patient avant d'avoir reçu le compte-rendu d'hospitalisation (un quart des comptes-rendus n'arrivant jamais au médecin généraliste) (7) et ce compte-rendu ne mentionne pas la liste des traitements de sortie dans 21% des cas (23). Ceci mène à des divergences souvent délétères pour le patient, soulignant la nécessité d'une meilleure coordination.

I.3.4. Prise en charge du patient polypathologique

Cinq points interdépendants se détachent de la prise en charge du patient polypathologique (4) :

- Poser des diagnostics précis de l'ensemble des pathologies chroniques
- Optimiser les traitements
- Evaluer et prendre en compte le contexte de la personne (fonctionnel, psychologique, social)
- Impliquer, avec son accord, le patient et si nécessaire son entourage
- Décider d'élaborer ou non un Plan Personnalisé de Santé



I.4. La prescription médicamenteuse

I.4.1. Spécificités de la prescription médicamenteuse chez les patients âgés de 50 à 74 ans

I.4.1.1 Les pathologies chroniques prévalentes

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 22.6% de la population française (12 785 500 patients) souffre d'au moins une maladie, dont 37.9% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

I.4.1.1.1. Pathologies cardiovasculaires

Les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) révèlent que 85% des personnes de 75 ans et plus présentent au moins une pathologie, cardio-vasculaire pour 29% d'entre elles (24).

I.4.1.1.1.1. Accident vasculaire cérébral

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 1.15% de la population française (653 500 patients) a fait un accident vasculaire cérébral, dont 36.5% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

Le traitement de l'accident vasculaire cérébral relève du traitement de sa cause, et des facteurs de risques cardiovasculaires en prévention secondaire.

I.4.1.1.1.2. Facteurs de risque cardiovasculaire

Les traitements respectifs des différents facteurs de risque cardiovasculaire constituent une part importante des médicaments prescrits autant en prévention primaire qu'en prévention secondaire (tabagisme, HTA, dyslipidémie, diabète) (25). Et ceci d'autant plus que l'homme a plus de 50 ans et la femme plus de 60 ans ou est ménopausée.

I.4.1.1.1.3. Hypertension artérielle

La prévalence de l'HTA augmente avec l'âge, les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) indiquent une prévalence de 70% après 80 ans (26). Dans les pays industriels, l'HTA affecte 10 à 15% des sujets (25), dont environ 20% des 60-69 ans.

La prévalence de l'HTA traitée est de 22.8% en 2006 (27). L'âge moyen des patients traités est de 66.6 ans.

Les traitements de l'HTA sont de 2 types (26) :

- Le traitement non médicamenteux, ou régime désodé, a fait sa preuve chez le sujet jeune, il est plus difficile de le mettre en place chez le sujet âgé du fait des risques d'un régime trop bien suivi (déshydratation, dénutrition, hyponatrémie)
- Le traitement médicamenteux

Au traitement de l'HTA va être rajouté un traitement par antiagrégant plaquettaire s'il existe un antécédent d'événement cardiovasculaire ou si le patient à plus de 50 ans, une insuffisance rénale, ou un risque cardiovasculaire global élevé (25).



I.4.1.1.1.4. Insuffisance cardiaque chronique

Quelques chiffres intéressants :

- Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 1.06% de la population française (598 000 patients) souffre d'insuffisance cardiaque chronique, dont 26.8% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).
- L'âge moyen des insuffisants cardiaques un jour donné était de 79 ans dans l'étude de Saudubray en France (28). Dans cette même étude, la prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les personnes âgées de 60 ans et plus qui consultaient en médecine générale était estimée à 11.9% et à plus de 20% après 80 ans.
- Dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (29), la prévalence déclarée de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte était égale à 2.3% et celle des cardiopathies ischémiques à 3.7%. Les prévalences déclarées de l'insuffisance cardiaque et des cardiopathies ischémiques étaient égales à 0.3% entre 18 et 45 ans, et augmentaient fortement avec l'âge, atteignant respectivement 16.3% et 15.1% pour les personnes de 85 ans et plus. Entre 55 et 74 ans, la prévalence de l'insuffisance cardiaque est de 3.25% et de 7.25% pour les cardiopathies ischémiques.

Le traitement de l'insuffisance cardiaque a deux objectifs : obtenir l'amélioration des symptômes cliniques et de la qualité de vie et augmenter l'espérance de vie (30).

La prise en charge thérapeutique est complexe et doit être adaptée en fonction du degré d'évolution de la maladie, du type d'insuffisance cardiaque, de l'étiologie et des comorbidités (25) (30):

- Mesures hygiéno-diététiques : régime désodé, avec les risques qu'il entraîne chez la personne âgée, surveillance du poids (au minimum deux fois par semaine) pour la surveillance de l'apparition d'œdème, maintien de l'activité physique, arrêt du tabac et de l'alcool. Ces mesures doivent faire l'objet d'une information thérapeutique.
- Traitements médicamenteux : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) indiqués dans toutes les formes d'insuffisance cardiaque, antagonistes des récepteurs AT1 de l'angiotensine II utilisés en cas d'effets indésirables ou de contre-indication des IEC, diurétiques de l'anse, diurétiques thiazidiques, antialdostérones, bêtabloquants indiqués en traitement de base de l'insuffisance cardiaque, digoxine, antiagrégants plaquettaire ou AVK selon les étiologies de l'insuffisance cardiaque, antiarythmiques.
- Pacemakers stimulateurs ou pour resynchronisation ventriculaire
- Prévention par la vaccination antigrippale

La stratégie thérapeutique repose sur la classification NYHA et la qualification de l'insuffisance cardiaque et de sa cause.

Malgré les progrès thérapeutiques, les traitements par IEC et bêtabloquants restent sous-utilisés chez les personnes âgées (31).

L'étude SENIORS a étudié l'impact du nébivolol sur l'évolution clinique d'une population âgée en moyenne de 76 ans avec un résultat positif sur la morbi-mortalité contre placebo (32).



De nouveaux traitements arrivent sur le marché comme le sacubitril/valsartan avec un effet positif sur la morbi-mortalité (étude paradigme) en comparaison avec l'énalapril (33) (34).

I.4.1.1.1.5. Maladie coronaire chronique

1 447 900 personnes sont prises en charge pour une maladie coronaire chronique en 2014 (âge moyen de 71 ans), soit 2.56% de la population française (35), dont 46.4% âgées de 55 à 74 ans.

Les traitements de la maladie coronaire chronique, en plus des traitements interventionnels au cours d'épisodes aigus, nécessite une anti-agrégation plaquettaire et le traitement des facteurs de risque cardiovasculaire.

I.4.1.1.2. Diabète

Le diabète insulino-dépendant survient souvent avant l'âge de 20 ans (10% des diabétiques) et le diabète non insulino-dépendant (90% des diabétiques) survient le plus souvent après l'âge de 50 ans (25) (36).

La prévalence du diabète de type 2 en France serait de 3.95% dont 0.41% traités par insuline seule (25), la prévalence dans la tranche d'âge 65-79 ans est de près de 10%.

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 5.34% de la population française (3 020 800 patients) souffrait de diabète, dont 53.1% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

Les objectifs du traitement sont : la normalisation de l'HbA1c, l'amélioration des glycémies et de l'insulinosensibilité, la prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaire.

Les moyens pour traiter sont (25) :

- L'activité physique et la perte de poids
- Les règles hygiéno-diététiques
- Les traitements oraux (biguanides, sulfamides, glinides, inhibiteurs de la DPP IV, inhibiteurs de l'alpha-glucosidase)
- Les analogues de la GLP1
- L'insuline

I.4.1.1.3. Pathologies psychiatriques

I.4.1.1.3.1. Dépression

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 0.97% de la population française (547 800 patients) souffrait de dépression, dont 36.9% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

La prévalence de l'épisode dépressif majeur varie de 4 à 10% sur la vie entière (37). Il est estimé dans cette étude, que la dépression va toucher au cours de sa vie entre un sujet sur cinq et un sujet sur dix. La reconnaissance d'un syndrome dépressif impose la prescription d'antidépresseurs.



I.4.1.1.3.2. Autres troubles psychiatriques

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 3.2% de la population française (1 808 700 patients) souffrait d'une maladie psychiatrique, dont 30.2% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

Les troubles psychotiques sont le plus souvent diagnostiqués avant l'âge de 50 ans, mais ils engendrent des traitements souvent au long cours, voire à vie. De plus, ces traitements sont souvent lourds, impliquant quasi systématiquement une polymédication.

I.4.1.1.4. Pathologies rhumatologiques

Le remplacement de la médication par une thérapeutique non médicamenteuse est souvent recommandé mais pas toujours appliqué ou possible. En rhumatologie, il s'agit par exemple de traiter la douleur par une prise en charge dynamique (marche, canne), par des infiltrations (corticoïdes ou visco-supplémentation) ou encore en consultant un professionnel paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute) (19).

I.4.1.1.4.1. Goutte

La goutte, complication de l'hyperuricémie, a une fréquence élevée dans la population (dûe aux modifications alimentaires et aux causes iatrogènes principalement) (38). La fréquence de la goutte augmente de façon linéaire avec l'âge avec un ratio homme/femme de 3 après 65 ans et de 4 avant 65 ans. Elle est très rare avant 45 ans et augmente franchement après 60 ans (38). Le traitement de la crise de goutte repose outre l'immobilisation et le glaçage sur un traitement médicamenteux : la colchicine en tant que molécule de base, les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), voire les corticoïdes.

Le traitement de la goutte sévère et des accès goutteux répétés comporte un régime alimentaire, un amaigrissement, l'éviction des diurétiques quand cela est possible, l'utilisation d'un fibraté si hyperlipidémie, comparativement à une statine mais aussi sur un traitement hypo-uricémiant au long cours. Ce traitement ne doit pas être introduit après une seule crise de goutte et il doit être introduit au moins deux semaines après un accès goutteux.

I.4.1.1.4.2. Arthrose

Les remaniements dégénératifs arthrosiques sont très fréquents à partir de 60 ans, pouvant se traduire par des polyalgies (39).

Selon la sévérité des douleurs, de nombreux traitements antalgiques vont être essayés, plus ou moins au long cours aboutissant à une médication antalgique se composant souvent de plusieurs classes thérapeutiques différentes, prises tout au long de la journée.

Par exemple, la prévalence de la gonarthrose est élevée et augmente avec l'âge, en particulier chez la femme où elle atteindrait 25 à 49% de la population après 65 ans selon les études (40). L'arthrose fémoropatellaire est décelable radiographiquement chez plus de 10% des femmes de plus de 65 ans (25).

La coxarthrose a une prévalence de 5% après 55 ans (25).



I.4.1.1.4.3. Polyarthrite rhumatoïde

Elle est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires de l'adulte avec une prévalence de 0.3% à 0.8% en France. La femme est en moyenne trois fois plus affectée que l'homme. La polyarthrite rhumatoïde débute généralement vers 45 à 50 ans (25) (41).

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 0.39% de la population française (221 400 patients) souffre d'une polyarthrite rhumatoïde ou maladie apparentée, dont 44% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

Plusieurs types de traitements sont prescrits :

- Les traitements symptomatiques : antalgiques per os, corticoïdes per os.
- Les traitements de fond : méthotrexate, salazopyrine, hydroxychloroquine, voire ciclosporine.
- Les traitements locaux : infiltrations de glucocorticoïdes.

I.4.1.1.4.4. Rachialgies

Une rachialgie (25), quel qu'en soit l'étage (cervical, thoracique ou lombaire) est un symptôme dont l'étiologie peut être extrêmement variée, même si l'origine dégénérative est de loin la plus fréquente.

La cervicarthrose est d'une extrême fréquence : plus de 50% des individus après 40 ans en sont atteints et elle augmente avec l'âge.

La lombalgie commune, liée à l'arthrose est d'une fréquence très importante, 60 à 90% de la population en souffre ou en a souffert et la prévalence est maximale entre 55 et 65 ans.

I.4.1.1.5. Autres pathologies

I.4.1.1.5.1. Allergies

En France (42), entre 30 et 40% de la population a au moins un test cutané positif définissant donc l'atopie et environ 30% des adultes français souffre d'une rhinite allergique.

Le traitement de l'allergie passe d'abord par la prévention : éviction de l'allergène (modifications du mode de vie), puis par un traitement symptomatique (antihistaminiques, corticoïdes, adrénaline, bronchodilatateurs, vasoconstricteurs nasaux) et enfin, par une éviction des récidives.

I.4.1.1.5.2. Hypothyroïdie

L'hypothyroïdie est l'une des pathologies endocriniennes les plus fréquentes (43), sa prévalence est estimée entre 1% et 2% de la population. Elle touche plus les femmes que les hommes (sexe ratio de 1/10), son incidence augmente avec l'âge, principalement au-delà de la ménopause. L'hypothyroïdie primaire est la plus fréquente (25).

La découverte d'une hypothyroïdie aboutit le plus souvent à la prescription de lévothyroxine sodique (44).

I.4.1.1.5.3. Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)

L'HBP (45) est la tumeur bénigne la plus fréquente chez l'homme (46). Au niveau histologique, elle est parfois retrouvée dès l'âge de 30 ans. L'HBP clinique concernerait 50%

des hommes de 50 ans. La symptomatologie s'aggrave progressivement pour être diagnostiquée chez 88% des hommes de plus de 80 ans.

Les traitements mis en place dépendent de la symptomatologie et de l'altération de la qualité de vie. Les règles hygiéno-diététiques (éviction de la caféine, de l'alcool, diminution des apports hydriques le soir, reprise d'une activité physique, prévention de la constipation) sont alors complétés par un traitement médicamenteux parmi les alpha--bloquants, les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, la phytothérapie, les anticholinergiques ou les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5.

I.4.1.1.5.4. Maladies neurologiques ou dégénératives

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 2.12% de la population française (1 201 700 patients) souffrait d'une pathologie neurologique ou dégénérative (démences, maladie de Parkinson...), dont 22% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

I.4.1.1.5.5. Maladies respiratoires chroniques

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 5.27% de la population française (2 982 100 patients) souffrait d'une maladie respiratoire chronique, dont 30.8% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

I.4.1.1.5.6. Ostéoporose

Chez la femme, la prévalence de l'ostéoporose densitométrique augmente avec l'âge à partir de 50 ans. Elle est estimée à 39% à 65 ans et autour de 70% à 80 ans. Elle concerne aussi 15% des hommes après 50 ans (25). L'incidence des fractures augmente de façon exponentielle à partir de 50 ans.

Des traitements à type de supplémentation vitamino-calcique vont souvent être mis en place, voire des traitements spécifiques de l'ostéoporose si elle est sévère ou symptomatique.

I.4.1.2 Les médicaments, les classes thérapeutiques prescrites

Selon une étude de la DREES en 2005, les médicaments de l'appareil cardiovasculaire représentent 21% des prescriptions des médecins généralistes (47), 20% pour ceux du système nerveux central, 16% pour les médicaments de l'appareil digestif et du métabolisme et 15% pour ceux de l'appareil respiratoire.

I.4.1.2.1. Antalgiques

La douleur, principal motif de consultation en rhumatologie est très fréquente en médecine générale.

Les antalgiques (25) indiqués dans un nombre important de diagnostics ou symptomatologies (allant de la pathologie rhumatologique chronique, à la douleur aiguë orthopédique, abdominale ou post-accouchement, ou encore aux céphalées) constituent une part importante de l'ordonnance. Au-delà de 75 ans, une majorité de patients a au moins un antalgique per os sur son ordonnance sans compter les anesthésiques locaux, les pommades AINS...



Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 13.29% de la population française (7 520 300 patients) prenait au moins un antalgique ou AINS, dont 34.1% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

Les traitements de la douleur sont souvent insuffisamment réévalués et constituent un des facteurs de polymédication.

Le paracétamol est la substance active la plus utilisée en ville (48). Et les 4 premières substances actives les plus vendues en ville sont des antalgiques (paracétamol, ibuprofène, codéine en association, tramadol en association).

I.4.1.2.2. Antidépresseurs

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 6.44% de la population française (3 645 900 patients) prenait un traitement antidépresseur, dont 36.6% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

En 2000 (49), le taux annuel régional de patients ayant au moins eu une prescription d'antidépresseurs variait de 7.1 à 12% selon les régions.

En 2003 en Auvergne (50), une étude a montré que 11.5% de patients avaient eu au moins une prescription d'antidépresseur, et que la durée de traitement s'allongeait. L'âge moyen des patients était de 53 ans et 1 mois.

I.4.1.2.3. Anxiolytiques, Hypnotiques

La consommation d'hypnotiques et anxiolytiques a évolué au cours du temps :

- Dans une autre étude, menée dans le Finistère en 1999 (51), la zopiclone (hypnotique) a été prescrite à plus de 3% des assurés sociaux du régime général de la caisse (64% pour une prescription passagère, 30% pour des insomniaques chroniques et donc plus de trois mois, et 6% pour des insomniaques souffrant en plus d'une pathologie psychiatrique). 54% des consommateurs ont plus de 60 ans. Pour 43% des utilisateurs âgés de plus de 65 ans, le seuil recommandé d'un demi-comprimé par jour est dépassé.
- En 2000 (49), le taux annuel régional de patients ayant au moins eu une prescription d'anxiolytiques variait de 15.9 à 21.2% selon les régions, ce taux était de 7.7 à 11.6% pour les hypnotiques.
- Dans une étude menée cette fois dans la région PACA en 2005 (52), 15.5% (684 006 patients) des patients inclus dans l'étude ont eu au moins une prescription d'anxiolytique ou hypnotique.
- En 2012 (53), 11.5 millions de Français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine, 64.2% des consommateurs sont des femmes, l'âge médian des consommateurs est de 56 ans.
- Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 6.87% de la population française (3 889 000 patients) prenait un anxiolytique, dont 38.6% de patients âgés de 55 à 74 ans (24) et 3.59% de la population française (2 029 300 patients) prenait un traitement hypnotique, dont 41.8% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).



I.4.1.2.4. Antidiabétiques oraux

Les traitements oraux possibles du diabète sont : les biguanides, les sulfamides, les glinides, les inhibiteurs de la DPP IV et les inhibiteurs de l'alpha-glucosidase.

Le taux de prévalence du diabète traité en France en 2005 était de 3.8% et le taux de prévalence maximum retrouvé était constaté dans la classe d'âge 70 à 79 ans (54). L'âge moyen des patients diabétiques traités était 64.7 ans.

On dénombre en France 2 900 000 de diabétiques traités par médicament, auxquels il faut ajouter 300 000 diabétiques traités par mesures hygiéno-diététiques seules (55).

En France, la place des antidiabétiques oraux (ADO) est majoritaire par rapport aux autres classes d'antidiabétiques (78.3%) (56) alors que l'utilisation de l'insuline est faible (20%). Parmi les ADO, c'est la metformine (biguanide) qui arrive en tête des prescriptions.

I.4.1.2.5. Antihistaminiques

Dans une étude menée en Auvergne (57), 112 966 personnes ont été concernées par une prescription d'antiallergiques (antihistaminiques, formes locales pour rhinites allergiques, collyres antiallergiques) soit 13% de la population.

I.4.1.2.6. Antiagrégants plaquettaires

Leurs indications sont diverses : athérosclérose significative ou symptomatique, traitement du syndrome coronarien aigu, de l'AVC ou de la thrombose artérielle, traitement de la fibrillation atriale lorsque le risque thromboembolique est faible, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, après angioplastie coronaire (25).

L'acide acétylsalicylique est la 7^{ème} substance active la plus vendue en ville (48).

I.4.1.2.7. Antihypertenseurs

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 17.67% de la population française (10 000 800 patients) était traitée par un antihypertenseur, dont 50.1% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

Le nombre de malades traités pour HTA en France est passé de 8.6 à 10.5 millions entre 2000 et 2006 suite aux changements de recommandations. La prévalence des traitements médicamenteux à visée hypertensive, en 2006, était de 16% sur la population étudiée (27).

Le choix du traitement antihypertenseur est fait parmi les différentes familles d'antihypertenseurs (antagonistes calciques, IEC, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, bêtabloquants, diurétiques thiazidiques), selon la situation clinique, en tenant compte des pathologies associées et des autres thérapeutiques en cours.

Un recours de plus en plus fréquents aux sartans, aux diurétiques thiazidiques ainsi qu'aux associations de médicaments (27) est remarqué.

I.4.1.2.8. Anticoagulants oraux

Les indications des anticoagulants oraux sont : phlébite ou embolie pulmonaire, fibrillation atriale et flutter atrial, valve mécanique cardiaque, et de courte durée suite à la mise en place d'une valve biologique cardiaque (25).



En 2013 (58), il est estimé que 3.12 millions de patients français ont reçu au moins un anticoagulant. L'exposition aux anticoagulants augmente avec l'âge : 13.7% des sujets âgés de 65 ans et plus ont été exposés au moins une fois à un anticoagulant en 2013. La prévalence de l'utilisation des AVK en 2013 est de 1.7% et celle des Anticoagulants oraux directs (AOD) de 0.6%.

I.4.1.2.9. Hypolipidémiants

La prise en charge des dyslipidémies en France est basée sur les recommandations AFSSAPS (25). L'objectif thérapeutique est la valeur du LDL cholestérol (5 objectifs thérapeutiques proposés en fonction du nombre de facteurs de risques présents).

En plus d'un traitement diététique, un traitement médicamenteux peut être instauré, selon les recommandations d'objectif du LDL (statines ou fibrates le plus souvent).

Les statines sont le premier choix dans les hypercholestérolémies pures et hyperlipidémies mixtes, chez tous les hypertendus diabétiques de type 2 (> 10 ans) ou présentant une maladie cardiovasculaire, ou encore chez les hypertendus à haut risque cardiovasculaire (> ou = à 20% à 10 ans).

Les fibrates sont le premier choix dans les hypertriglycéridémies pures.

En 2006-07 selon les données de l'enquête Mona Lisa (59), la dyslipidémie concernerait 48% de la population adulte française âgées de 35 à 64 ans. La prévalence de l'hypercholestérolémie étant de 36.9% et celle de l'hypertriglycéridémie pure de 2.4%. Parmi les 3600 patients inclus dans l'étude, 12.5% étaient sous traitement hypolipidémiant (59).

Dans une étude menée en 2009 (60), 1 027 314 patients français ont été identifiés comme prenant un traitement par statine ou fibrate. Parmi les 31 652 patients (patients à haut risque cardiovasculaire (diabétiques et hypertendus traités), de plus de 50 ans pour les hommes et plus de 60 ans pour les femmes, sans antécédent cardiovasculaire) inclus dans l'étude, 87.2% étaient sous statines et 12.8% sous fibrates.

Dans les données de l'assurance maladie, en 2014, 11.08% de la population française (6 271 200 patients) est traitée par un hypolipidémiant, dont 56.2% de patients âgés de 55 à 74 ans (24).

I.4.1.2.10. Inhibiteurs de la pompe à protons

Ils sont devenus d'usage courant, ils constituent la troisième classe de médicaments la plus prescrite aux Etats-Unis et la quatrième en Suisse (61). En France, 60% de la prescription totale des IPP est faite hors autorisation de mise sur le marché (AMM).

Dans une étude menée en 2005 (62), 41% des patients admis en court séjour avaient un traitement par IPP et ce traitement a été initié à l'hôpital dans 81% des cas. Seulement 37% des prescriptions étaient justifiées par les données de la littérature médicale.

Les principales indications recensées dans cette étude sont : l'association à un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, la prophylaxie des lésions gastroduodénales induites par les AINS, les troubles fonctionnels (dyspepsie), le traitement du reflux gastro-œsophagien, l'ulcère gastroduodéal évolutif et la prévention des lésions dues aux corticostéroïdes.



I.4.1.2.11. Lévothyroxine sodique

En 2012, environ 2.9 millions de sujets français sont traités par lévothyroxine (la prévalence est donc estimée à 4.10%) (44).

I.4.1.2.12. Supplémentation vitamino-calcique

Dans la prévention nutritionnelle de l'ostéoporose (25), il est important d'évaluer les apports calciques alimentaires quotidiens, par exemple à l'aide du questionnaire de Fardellone, et en fonction de ces résultats, soit un régime alimentaire avec consommation de produits riches en calcium est conseillé, soit un supplément médicamenteux.

Les apports quotidiens en vitamine D doivent être d'au moins 800 UI par jour, si cet apport n'est pas suffisant, une administration quotidienne ou à intervalle régulier peut être mise en place.

Le colcalciférol (vitamine D3) est la sixième substance active vendue en ville (48).

I.4.2. L'importance de la première prescription

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques inhérente à l'âge s'accompagne d'une augmentation des traitements médicamenteux (19). L'âge en soi ne contre-indique pas un traitement mais il peut en modifier les objectifs et les modalités (3) (7).

La prescription arrive après avoir fait son diagnostic, si possible étayé par des preuves (19). Le choix de la molécule doit prendre en compte la « médecine par les preuves », a fortiori dans la population âgée. Mais les données sont souvent pauvres dans cette situation car les patients très âgés sont peu inclus dans les études (3). Le recul sur les effets des médicaments depuis la mise sur le marché est aussi une donnée majeure à prendre en compte (7).

Les critères de suivi de l'efficacité comme de la tolérance doivent être déterminés et prescrits d'emblée, et explicités au patient (7).

La prudence est capitale pour le choix de la dose initiale en cas : d'insuffisance rénale, de dénutrition sévère, d'insuffisance hépatique, de marge thérapeutique étroite comme les digitaliques, de présence d'une potentielle interaction pharmacodynamique ou pharmacopotentiale, d'action sur un organe atteint par maladie chronique.

La galénique doit être choisie en fonction des capacités et désir du patient (7).

I.4.2.1 Suivi de l'impact d'une première prescription médicamenteuse et rôle du médecin généraliste

Le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins (63). Il a des engagements vis-à-vis de son patient : assurer les soins habituels et de prévention, mettre en place un suivi médical personnalisé, diriger vers un médecin spécialiste en cas de nécessité, centraliser les avis des autres soignants.

Le médecin traitant, encore nommé médecin de famille, spécialiste en médecine générale, spécialiste en soins primaires, est indispensable pour la réalisation des soins quotidiens de chacun, pour l'accessibilité et l'efficacité des soins pour tous (64).



La stabilité du médecin généraliste, dans son lieu d'exercice au cours du temps, en fait l'interlocuteur santé central des familles pendant de nombreuses années (64).

La médecine générale est la première ressource qui s'offre au patient lorsque l'automédication ne lui a pas permis de trouver une solution à son problème de santé. Elle offre une réponse ambulatoire, proche du lieu de vie, d'accès ouvert, non trié, au stade initial comme au stade évolué des pathologies (65).

Les données scientifiques ont montré que des soins de santé primaires forts étaient associés à une meilleure santé de la population, à des taux inférieurs d'hospitalisations inutiles et à une moindre inégalité socio-économique en matière de santé perçue (65).

Le médecin généraliste assure au cours d'une seule consultation l'analyse de la situation, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des questions de santé de toute nature et souvent multiples (64). Plus de 80% des problèmes sont pris en compte immédiatement et directement. Pour mémoire, seul 1% des consultations nécessitent une hospitalisation et 5% un recours aux autres spécialistes.

La prescription médicamenteuse fait partie intégrante de l'acte médical (9). Le choix thérapeutique, finalité de la démarche diagnostique, est toujours une décision importante qui engage pleinement la responsabilité du médecin. Avant toute prescription, un mécanisme de réflexion s'impose, passant en revue une série de critères pour s'assurer que la prescription souhaitée est bien adaptée à tel patient (contre-indications, effets indésirables, précautions d'emploi, associations incompatibles) et qu'elle est bien conforme aux recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), de la sécurité Sociale, qu'elle n'est pas hors AMM, qu'elle est en accord avec le code de la santé publique (CSP), le code de déontologie, l'éthique.

Les médecins prescrivent en moyenne 2.9 médicaments par consultation (47). Ce nombre de médicaments est plus élevé en cas de problèmes cardiovasculaires ou de pathologies chroniques.

C'est au prescripteur d'informer le patient (9). Il faut s'assurer de la compréhension, de l'utilité de la prescription, expliquer le bon usage du médicament, la posologie à respecter, le mode et la durée d'administration, le mettre en garde contre certaines précautions d'emploi, énumérer les effets indésirables les plus fréquents et demander de signaler tout autre effet indésirable éventuel.

La prescription chez un patient à pathologie unique bien précise, qui consiste en une monothérapie voire une bithérapie, est relativement simple, mais aussi relativement rare et dans tous les cas jamais anodine, car tout médicament est potentiellement dangereux. Le quotidien du médecin est de prescrire, souvent chez un malade polypathologique, polymédiqué, de sa propre initiative ou sur les conseils de spécialistes. C'est-à-dire qu'il doit faire l'analyse et la synthèse de toutes ces prescriptions, puis assurer le suivi, renouveler tout ou partie, en fonction de l'évolution dans le temps de la ou les pathologies (9).

1.4.2.2 Information thérapeutique, définition et mise en œuvre

Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas une éducation thérapeutique du patient (ETP) (66).

Le patient, au cours de ces dernières années, est devenu un partenaire actif de sa prise en charge, l'éducation thérapeutique est donc devenue un élément incontournable de la prise en charge du patient atteint de maladie chronique (7).

Impliquer le patient dans sa prise en charge nécessite de :

- l'informer obligatoirement,
- recueillir ses priorités et ses préférences concernant les modalités de prise en charge des maladies,
- proposer une éducation thérapeutique intégrant la polypathologie (4) si le médecin/pharmacien/infirmier pensent que le patient peut en bénéficier.

L'éducation thérapeutique est définie comme « un processus continu, dont le but est d'aider le patient à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique » (66). Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient, elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie ou leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

L'éducation thérapeutique du patient a des finalités spécifiques : l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins, la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (66).

La mise en place d'éducation thérapeutique nécessite de mettre en place un suivi visant à prendre en compte les besoins du patient et actualiser le diagnostic éducatif tout au long de sa vie (66) (67).

L'absence d'éducation thérapeutique chez un patient atteint de maladies chroniques est un facteur reconnu d'accidents iatrogènes et d'hospitalisation (67).

I.4.2.3 Observance

L'observance est définie comme le degré de concordance entre le comportement d'un individu (prise médicamenteuse, suivi de régime et/ou changements de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales (définition de Sackett). Ce concept évolue vers la notion d'adhérence ou d'alliance thérapeutique, promue par l'éducation thérapeutique (7).

La polymédication et la complexité des schémas posologiques, ainsi que la pauvreté relationnelle du patient avec ses professionnels de santé représentent les principaux facteurs de risque de mauvaise observance (7).

Le défaut d'observance aux traitements est associé à :

- une évolution péjorative de la maladie,
- une altération de la qualité de vie,
- une augmentation des risques d'hospitalisation,
- une augmentation des coûts de santé (9) (68).



La non-observance peut être (68):

- Liée au patient. Dans ce cas, elle est souvent dûe à un défaut de connaissance ou de motivation, des croyances ou à l'absence de relation de confiance avec le médecin. Les réponses des patients à l'interrogatoire sur les raisons de cette non-observance sont : l'oubli (30%), d'autres priorités (16%), une décision volontaire de surseoir au traitement (11%), un manque d'information (9%), des facteurs émotionnels (7%) et une absence d'explication dans 30% des cas.
- Liée au contexte socio-économique, psychologique ainsi qu'au mode de vie du patient.
- Liée au traitement lui-même, comme la complexité du traitement, le coût, la durée, le nombre de prises multiples.
- Liée au soignant de part l'information délivrée et la relation médecin-malade (écoute, empathie).

De manière générale, il est démontré que la non-observance au traitement prescrit est plus fréquente si :

- la pathologie est chronique,
- les patients sont âgés,
- les patients sont polymédiqués,
- le nombre quotidien de prises est plus élevé,
- la durée du traitement est plus longue,
- la symptomatologie est peu ou pas symptomatique (68).

La non-observance des traitements, quand elle n'est pas dépistée, peut en elle-même mener à la polymédication par la prescription de nouvelles médications non nécessaires si les précédentes étaient correctement prises. Par exemple, l'OMS a estimé le pourcentage de non-observance pour les traitements antiépileptiques à 60%, pour les antihypertenseurs à 73% et à 55% pour les traitements antiasthmatiques (68).

Il semblerait que pour maintenir un taux d'observance satisfaisant, le nombre de médicaments ne doit pas dépasser quatre, au-delà elle diminue (68).

La polymédication pose des problèmes d'observance quand le schéma d'administration est trop complexe (1).

Les divergences entre le traitement prescrit et le traitement réellement pris par le patient peuvent être très importantes (jusqu'à 76% des prescriptions (5)) et ce d'autant plus que le patient est âgé. Ces erreurs concernent surtout les horaires de prises, les dosages et sont majorées quand les patients sont suivis par différents médecins et ont donc plusieurs ordonnances.

Enfin, l'observance réside en une excellente relation médecin-malade et en la délivrance d'explications claires loyales et appropriées (9).



I.4.3. La révision du traitement

I.4.3.1 Le renouvellement d'ordonnance

Il est recommandé, chez le patient poly pathologique, de faire une révision globale du traitement au moins une fois par an, ceci grâce aux outils cités ci-dessous.

Lors d'une première prescription ou lors d'un renouvellement, il faut :

- expliquer (les choix, buts, modalités, risques potentiels d'un traitement mais aussi les risques liés à un arrêt brutal),
- rédiger une ordonnance lisible,
- s'assurer de la compréhension et donc que l'utilisation du traitement est possible,
- tenir compte de la situation globale (hydratation, nutrition, mobilisation, trouble de la déglutition),
- fixer la durée du traitement (3).

I.4.3.2 Modes de révision

Le programme de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) constitue une aide à la revue du traitement (69). Le remplissage structuré du tableau PMSA diagnostics [Annexe 1] facilite l'intégration de la poly pathologie dans la réflexion médicale et doit être réévalué à chaque nouveau problème de santé. Ce tableau est un préalable à un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) chez la personne âgée.

Il existe deux modes de révision du traitement :

- soit lors d'une consultation spécifique avec analyse des pathologies en cours,
- soit lors de la revue de l'ordonnance avec une analyse des médicaments en cours (70).

La consultation spécifique par le médecin traitant reprend les données relatives aux pathologies, à l'environnement, aux risques, puis celui-ci réalise la balance bénéfices/risques pathologie par pathologie et classe ensuite les pathologies par ordre de priorité, toujours en se demandant s'il n'existe pas des alternatives non médicamenteuses et si la posologie est optimale.

Il est primordial de revoir comment les différentes pathologies du patient ont été diagnostiquées et d'en affiner les caractéristiques, car plus le diagnostic est précis plus les traitements seront prescrits à bon escient. Les preuves diagnostiques doivent être répertoriées (69) : examen clinique, examens complémentaires, consultations spécialisées les plus récentes. Ceci mène ensuite à l'optimisation diagnostique puis à l'optimisation thérapeutique.

Puis vient la revue de l'ordonnance, chaque médicament est interrogé : indication, contre-indication, posologie, galénique, automédication. Ces deux analyses du traitement doivent être mises en relation et comparées afin d'optimiser le traitement.

L'optimisation thérapeutique commence par la détection des interactions médicamenteuses, des interactions maladie-médicament et de la prescription sous-optimale (69). Ensuite, les rapports bénéfices/risques doivent être réalisés (en s'aidant des données suivantes : contre-

indication ou interaction avec une autre pathologie ou un médicament, efficacité, tolérance, posologie optimale, galénique adaptée).

Des outils d'aide à la prescription spécifiques ou non aux personnes âgées existent : liste de médicaments inappropriés (Laroche) (71), critères STOPP/START (72) (73), recommandations des sociétés savantes (MG/SFGG) (74).

L'âge n'interdit aucun médicament (7), mais il modifie souvent les objectifs du traitement.

L'étude polychrome (19) montre que la qualité des ordonnances peut être améliorée. Les modifications possibles concernent majoritairement l'imprécision de la prescription (horaire, mode de prise) ou un dosage inadéquat. Les autres modifications visent principalement la réduction du nombre de médicaments prescrits.

Un groupe d'experts a essayé d'optimiser les ordonnances sélectionnées dans l'étude polychrome. Au terme de leur analyse, 80% des lignes de médicaments ont été modifiées soit en arrêtant un traitement (17% des cas), soit en lui substituant un autre médicament ou une thérapeutique médicamenteuse (11% des cas), soit en modifiant le contenu de la prescription (52% des cas). Grâce à cette optimisation, le nombre de médicaments prescrits a diminué de 30%, les contre-indications de 46% et les interactions médicamenteuses de 66% (19).

I.4.3.3 Outils d'aide à la prescription

I.4.3.3.1. La liste des médicaments inappropriés

Elle répertorie les médicaments dont le rapport bénéfice/risque est défavorable par rapport à d'autres solutions thérapeutiques et/ou en raison d'une efficacité douteuse (71). Ces médicaments doivent être évités d'une manière générale et dans la mesure du possible chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Cette liste peut servir de guide de prescription médicamenteuse en gériatrie dans les situations cliniques courantes.

I.4.3.3.2. Critères STOPP/START

Ils sont un outil de détection de la prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée chez la personne de 65 ans ou plus (72) (73).

La version initiale de 2008 a été mise à jour en 2015 par 19 experts venant de 13 pays Européens. 114 critères sont ressortis de cette version contre 87 lors de la version 1 (augmentation de 44%). 43 nouveaux critères ont été retenus après contrôle du niveau de preuve de chacun, 15 n'ont pas été repris [Annexe 2].

La liste STOPP.v2 (liste des critères où la prise du médicament est potentiellement inappropriée dans certaines circonstances) est passée de 65 à 80 critères ciblant 42 substances/classes médicamenteuses. La liste START.v2 (liste des critères où les traitements médicamenteux doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide) est passée de 22 à 34 critères ciblant 30 situations cliniques.

I.4.3.3.3. Recommandations des sociétés savantes

Le guide de prescription médicamenteuse adaptées à la personne âgée (P.A.P.A) concerne les patients âgés de plus de 75 ans (74) et comporte 42 fiches. Ce guide fait suite aux constatations suivantes : sept affections sont en moyenne déclarées dont certaines sont des maladies chroniques à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique au-delà de 64

ans et en moyenne 7 molécules différentes leur sont délivrées au moins trois fois par an. Ces fiches reprennent le but du traitement, les moyens thérapeutiques possibles, les indications, les précautions d'emploi et les critères de surveillance (exemple arthrose, insuffisance cardiaque).

I.4.4. La prescription par anticipation

La prescription par anticipation (75) fait partie du rôle du médecin dans l'éducation du patient en vue d'une autogestion de sa pathologie.

Le médecin doit assortir cette prescription de toutes les informations et mises en garde permettant à son patient de décider d'utiliser ou non la prescription. L'ordonnance est rédigée à l'avance, en prévision des symptômes, en fonction de la pathologie et des antécédents. Elle est aussi personnalisée et réadaptatable en fonction de l'évolution de l'état du patient et de son traitement. Les exemples les plus fréquents sont les traitements si douleurs, constipation, nausées, anxiété, ou encore si agitation (76).

I.4.5. Automédication

L'automédication est un comportement : face à un symptôme ou une maladie, le patient prend un médicament qu'il croit bénéfique pour lui (77). Elle permet aux patients d'avoir recours à des médicaments dispensés dans une pharmacie ou trouvés dans la pharmacie familiale (9).

80% des adultes déclarent avoir utilisé des médicaments sans avoir recours à une consultation chez le médecin généraliste selon l'enquête Afipa-Sofres de 2001 (75). La motivation la plus importante pour recourir à l'automédication semble être le besoin de soulagement rapide, puis le fait que le problème est considéré comme bénin sans nécessité de consultation médicale ou qu'il s'agit d'un problème familial pour lequel le médicament est déjà connu. 80% des personnes interrogées estime que l'automédication a résolu leur problème (75). Dans 40% des cas, le médicament est un antalgique.

Les médicaments délivrés sans ordonnance ne représentent qu'une très faible part de la consommation pharmaceutique globale (77). Ces médicaments sont le plus souvent : des traitements des affections des voies respiratoires, antalgiques, traitements des affections du tractus digestif, des affections cutanées, des vitamines et des minéraux.

Les spécialités soumises à prescription médicale facultative les plus vendues en France en 2013 sont (48) : le doliprane®, le dafalgan®, l'effergal®, le kardégic®, le spafon®, le gaviscon®, le dexéryl®, le météospasmyl®, la biseptine®, l'éludril®.

Tous les médicaments non inscrits sur une liste (liste I, II, stupéfiants) peuvent faire l'objet d'automédication. On peut substituer au terme de « médicament d'automédication » le terme de médicament de prescription médicale facultative puisque réglementairement ces médicaments peuvent bien sûr être prescrits par un médecin (75).

Par ailleurs, ces médicaments ne sont pas toujours portés à la connaissance du médecin traitant ou du médecin spécialiste.



Les risques sont alors :

- la survenue d'effets secondaires,
- le mésusage (usage de médicaments antérieurement prescrits, erreurs de conditionnement, abus médicamenteux, usage chez la femme enceinte),
- le surdosage (soit par erreur de prise, soit par absorption sous des dénominations différentes de plusieurs doses d'un même principe actif),
- les interactions médicamenteuses,
- un risque de polymédication accrue (77).

L'automédication doit donc être systématiquement recherchée et le patient informé des risques auxquels il s'expose. Le médecin doit la prendre en considération lors de toute nouvelle prescription (3).

Enfin, le marché de l'automédication est en pleine croissance, dans un contexte de déremboursement d'un nombre important de médicaments (en particuliers ceux destinés aux voies respiratoires) et de campagnes publicitaires (9).



II. Matériels et méthodes

II.1. Intérêt de l'étude

Cette étude a pour intérêt d'étudier une population dans laquelle peu de travaux ont été réalisés. En effet, de nombreuses études s'intéressent à la polymédication chez les personnes âgées, souvent à partir de l'âge de 75 ans, alors que la polymédication et les premières prescriptions au long cours débutent plus tôt.

Cette étude veut renforcer le dépistage de la polymédication afin de majorer l'observance et l'adhérence aux traitements, inciter à une meilleure information thérapeutique dès l'instauration des premiers traitements, interpeler le patient sur son traitement et ses pathologies ou encore souligner la pertinence de la réévaluation de l'ordonnance.

II.2. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'observer l'importance de la polymédication chez les patients de 50 à 74 ans venant consulter leur médecin généraliste en Haute-Vienne, à un temps donné. La polymédication est définie selon le seuil : prise de 5 médicaments différents ou plus par jour.

II.3. Objectifs secondaires de l'étude

Plusieurs objectifs secondaires ont aussi été observés :

- La compréhension des traitements, en posant la question de la nature des différents traitements et si les patients le savent, pour quelles maladies ceux-ci sont prescrits.
- La vision de l'ordonnance par le patient, en s'intéressant aux traitements qu'il juge les plus importants et à son avis sur la quantité de médicaments prise.
- L'information thérapeutique délivrée lors de l'instauration des traitements ou le suivi.

L'intérêt de ces objectifs secondaires est de mieux comprendre l'idée qu'a le patient de son traitement pour améliorer la compréhension de l'action du médicament prescrit. Ceci a pour but de perfectionner l'information thérapeutique pour majorer l'adhérence et l'observance du traitement.

II.4. Méthodes

II.4.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle épidémiologique descriptive transversale et multicentrique en Haute-Vienne. Le critère de jugement principal est le nombre de médicament pris par jour. Si 5 médicaments ou plus sont pris par jour, il y a polymédication. Si le nombre de médicaments par jour est inférieur à 5 ou nul, il n'y a pas de polymédication.

II.4.2. Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée grâce à la participation de cinq médecins généralistes de la Haute-Vienne :

- 3 médecins généralistes situés dans le centre de Limoges
- 1 médecin généraliste situé à Isle, commune urbaine adjacente à Limoges
- 1 médecin généraliste situé à Saint-Victournien en semi-rural

II.4.3. Population de l'étude

Tous les patients, âgés de 50 à 74 ans inclus, venant consulter leur médecin généraliste dans leur cabinet, quelque soit le motif de consultation étaient concernés par cette étude. L'âge inférieur à 50 ans ou supérieur à 74 ans était le seul critère d'exclusion de l'étude.

L'âge de 50 ans pour l'inclusion dans l'étude a été retenu car c'est à partir de cet âge que les premiers traitements au long cours commencent à être instaurés.

L'âge de 74 ans a été retenu pour la limite d'inclusion car il tend à être reconnu qu'au-delà de cet âge, le patient est défini comme personne âgée et que la santé se dégrade durablement. Cette limite d'âge pour définir la personne âgée est celle de l'HAS.

II.4.4. Recueil de données

II.4.4.1 Organisation du recueil

Le recueil des données a été effectué entre le 23 novembre 2015 et le 19 août 2016 sous forme d'un questionnaire [Annexe 3]. Le choix de répondre ou non au questionnaire était libre et anonyme.

Selon la méthode de travail des médecins généralistes que j'ai rencontré et qui ont accepté de participer à notre travail, le questionnaire était :

- Soit déposé dans la salle d'attente avec un panneau explicatif et une pochette pour récupérer les questionnaires,
- Soit distribué par la secrétaire du cabinet puis récupéré par celle-ci,
- Soit distribué par le médecin généraliste puis récupéré ensuite.

Lors de l'élaboration du questionnaire, plusieurs critères à respecter devaient être respectés :

- ne pas élaborer un questionnaire trop long qui pourrait aboutir à des questionnaires incomplets,
- le nombre de questions a donc été limité à 10, tenant sur une feuille recto-verso,
- les questions sur la connaissance du traitement devaient être ouvertes pour ne pas influencer les réponses,
- la question sur le critère de jugement principal devait venir en premier après les questions d'épidémiologie.

Un texte explicatif [Annexe 3] était joint au questionnaire pour expliquer le but de la réponse du patient.

II.4.4.2 Données recueillies

II.4.4.2.1. Critère de jugement principal

Le recueil du critère de jugement principal reposait sur la question : « Combien de médicaments différents prenez-vous par jour ? ».

Trois choix de réponse étaient ensuite proposés :

- a. Aucun
- b. 1 à 4 médicaments inclus par jour
- c. 5 médicaments ou plus par jour.

II.4.4.2.2. Epidémiologie

Les premières données recueillies sont : l'âge du patient, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle. Ces deux derniers paramètres ont été interrogés sous forme de QCM à choix unique, rédigé à partir des données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) pour les catégories socioprofessionnelles [Annexe 4].

II.4.4.2.3. Avis du patient

Deux questions étaient posées pour s'intéresser à la perception de son ordonnance par le patient.

- « Pensez-vous prendre trop de médicaments ? »
- « Faudrait-il ajouter un médicament ou plusieurs à votre ordonnance actuelle ? »

Les réponses étaient présentées de façon binaire : oui ou non.

II.4.4.2.4. Connaissance du traitement

Pour le recueil des données concernant la connaissance du traitement, le patient devait tout d'abord noter quels traitements lui semblaient les plus importants pour sa santé.

Ensuite, une réponse binaire était attendue à la question : « Savez-vous pour quelles maladies sont prescrits vos traitements ? ». Selon cette réponse, il était demandé de lister les traitements dont les patients connaissaient l'indication avec la maladie correspondante ou de lister les médicaments dont les patients ignoraient le but.

II.4.4.2.5. Information thérapeutique

L'information thérapeutique a été évaluée grâce à trois questions :

« Avez-vous bénéficié d'information thérapeutique ? » avec une réponse attendue par oui ou par non,

Si oui, « par qui ? » avec un choix de réponse sous forme de QCM à réponses multiples (a. Médecin Généraliste, b. Médecin Spécialiste, c. Infirmières, d. Autres), et

« Voudriez-vous avoir plus d'information sur votre traitement ? » avec une proposition de réponse binaire.



II.4.5. Méthode d'analyse

II.4.5.1 Analyse brute

Les données recueillies ont été reportées sous forme anonyme dans un fichier Excel® (Microsoft, Redmond, USA).

Les sommes, moyennes, médianes et écarts types ont été calculés en fonction des données.

Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyenne \pm écart type et les valeurs qualitatives en fréquences et pourcentages.

Les propos sont illustrés par des figures réalisées sous le logiciel Excel®.

II.4.5.2 Analyse statistique

La base de données a été analysée sous forme statistique.

Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en fréquences et pourcentages.

Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi² ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes et/ou d'items dans les différentes variables considérées.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est 0.05.

Nous avons réalisé nos différents tests à l'aide du site internet biostatgv (<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>) et avec l'aide du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Limoges.



III. Résultats

III.1. Nombre de patients ayant participé à l'étude

114 questionnaires ont été récupérés. 108 patients ont rendu un questionnaire complet et ont donc été inclus dans l'étude. 6 questionnaires n'ont pas été exploités (incomplets ou ne répondant pas aux critères d'inclusion).

III.2. Résultats généraux

III.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients de l'étude

III.2.1.1 Age

Sur les 108 patients, la tranche d'âge s'étalait de 50 à 74 ans. La moyenne d'âge était de 63 ans, avec un écart type de 7.36 ans. L'âge médian était 64 ans (Figure 1).

L'âge moyen chez les femmes était de 62.8 ans avec un écart type de 7.7 ans. L'âge médian était de 64.5 ans.

L'âge moyen chez les hommes était de 63.3 ans avec un écart type de 7 ans. L'âge médian était de 64 ans.

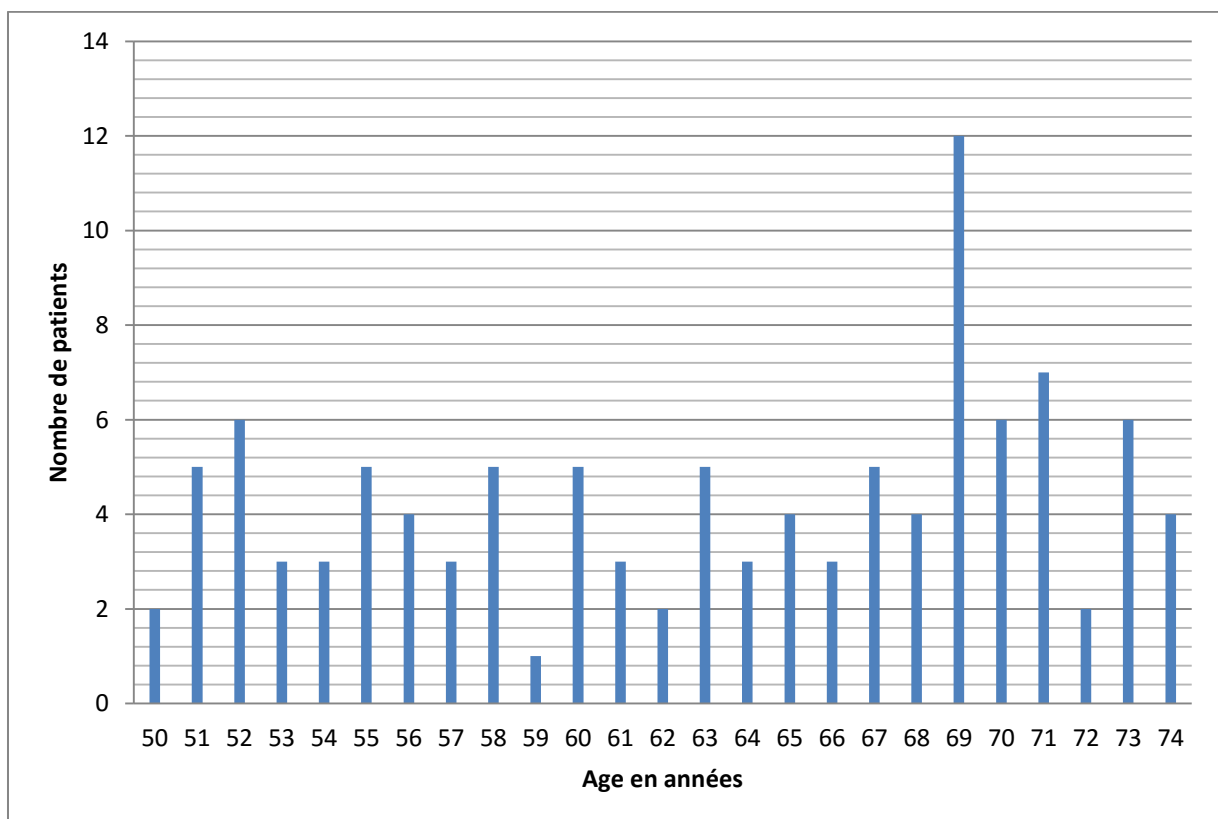


Figure 1 : Répartition de la population de l'étude selon l'âge



III.2.1.2 Sexe

La population de notre étude est composée de 58 femmes (54%) et de 50 hommes (46%) (Figure 2).

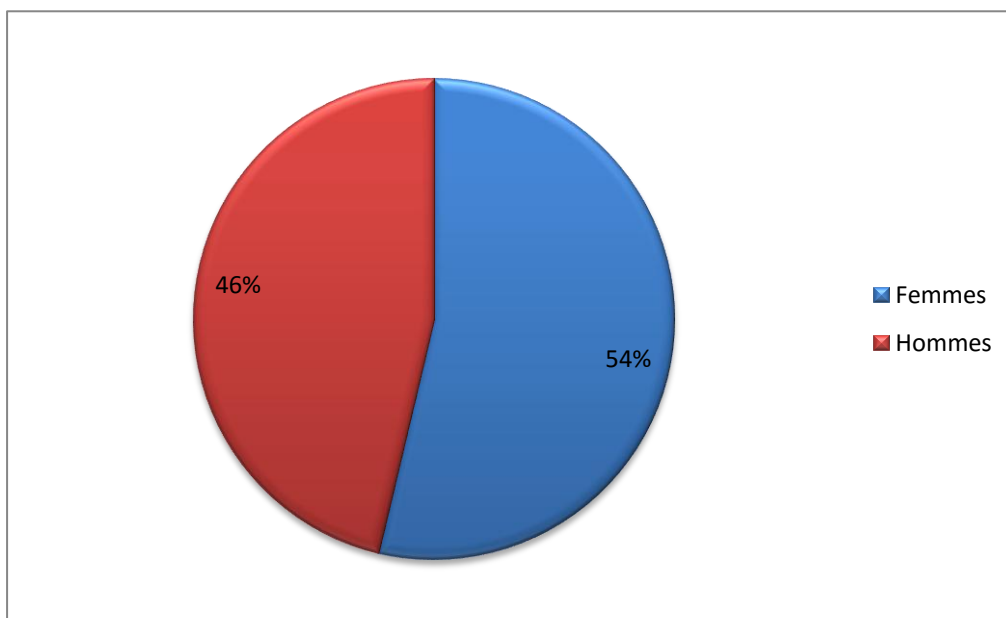


Figure 2 : Répartition des patients de l'étude selon le sexe

III.2.1.3 Catégories socioprofessionnelles

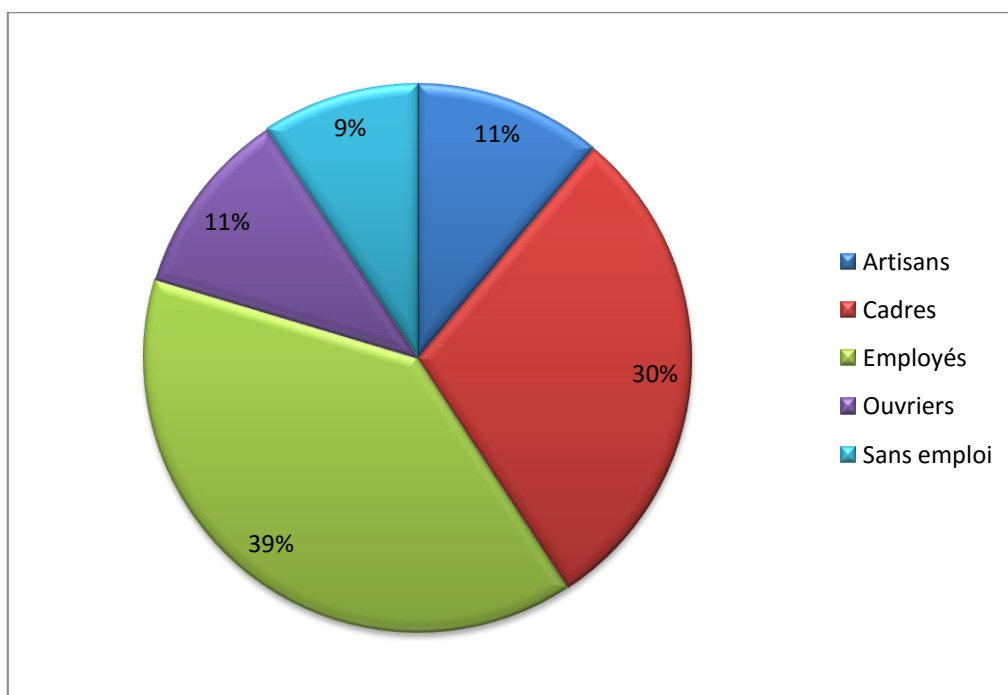


Figure 3 : Répartition des patients répondants selon leur profession

La population de l'étude se compose de : 42 employés (soit 39%), 32 cadres (soit 30%), 12 artisans (soit 11%), 12 ouvriers (soit 11%) et 10 patients sans emploi (soit 9%) (Figure 3).

III.2.2. Caractéristiques des prescriptions médicamenteuses

III.2.2.1 Critère de jugement principal et nombre de médicaments pris par jour

Selon la définition retenue dans l'étude établissant une polymédication à partir de 5 médicaments pris par jour, 23 patients sont donc polymédiqués (Figure 4).

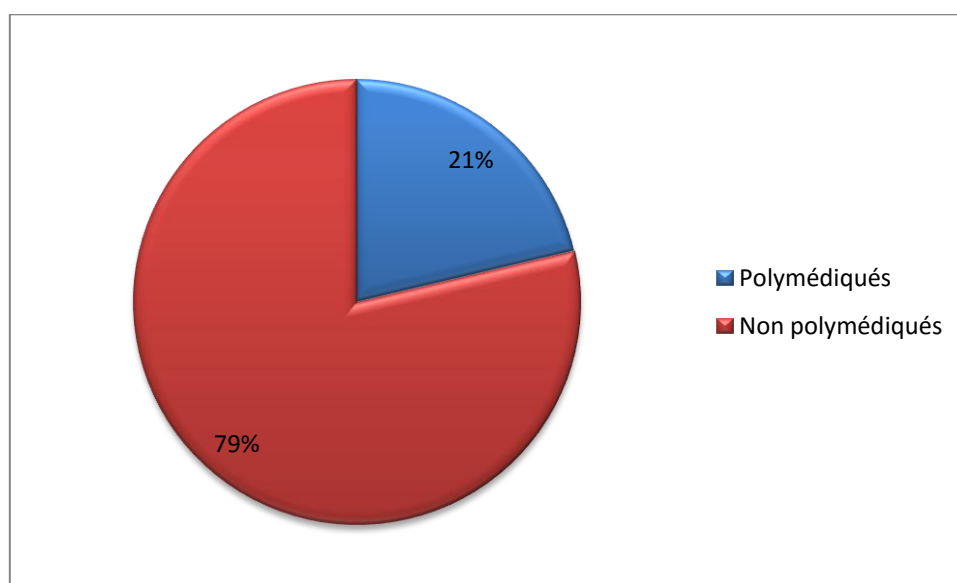


Figure 4 : Répartition de la population polymédiquée et non-polymédiquée

Parmi les 108 patients de l'étude, 9 déclarent ne prendre aucun traitement (soit 8%), 76 déclarent prendre 1 à 4 médicaments par jour (soit 71%), soit 85 patients prenant moins de 5 médicaments par jour (soit 79%). 23 patients déclarent prendre 5 médicaments ou plus par jour (soit 21%).

III.2.2.2 Classes thérapeutiques prescrites

Les antihypertenseurs arrivent en tête, prescrits pour 42 patients, puis les hypolipémiants (32 patients), et les antalgiques (23 patients). Les antidépresseurs (21 patients), les antiagrégants plaquettaires (17 patients), les ADO (15 patients), les IPP (14 patients), les hormones thyroïdiennes (13 patients) et les anxiolytiques (11 patients), occupent aussi une part importante de l'ordonnance (Figure 5).

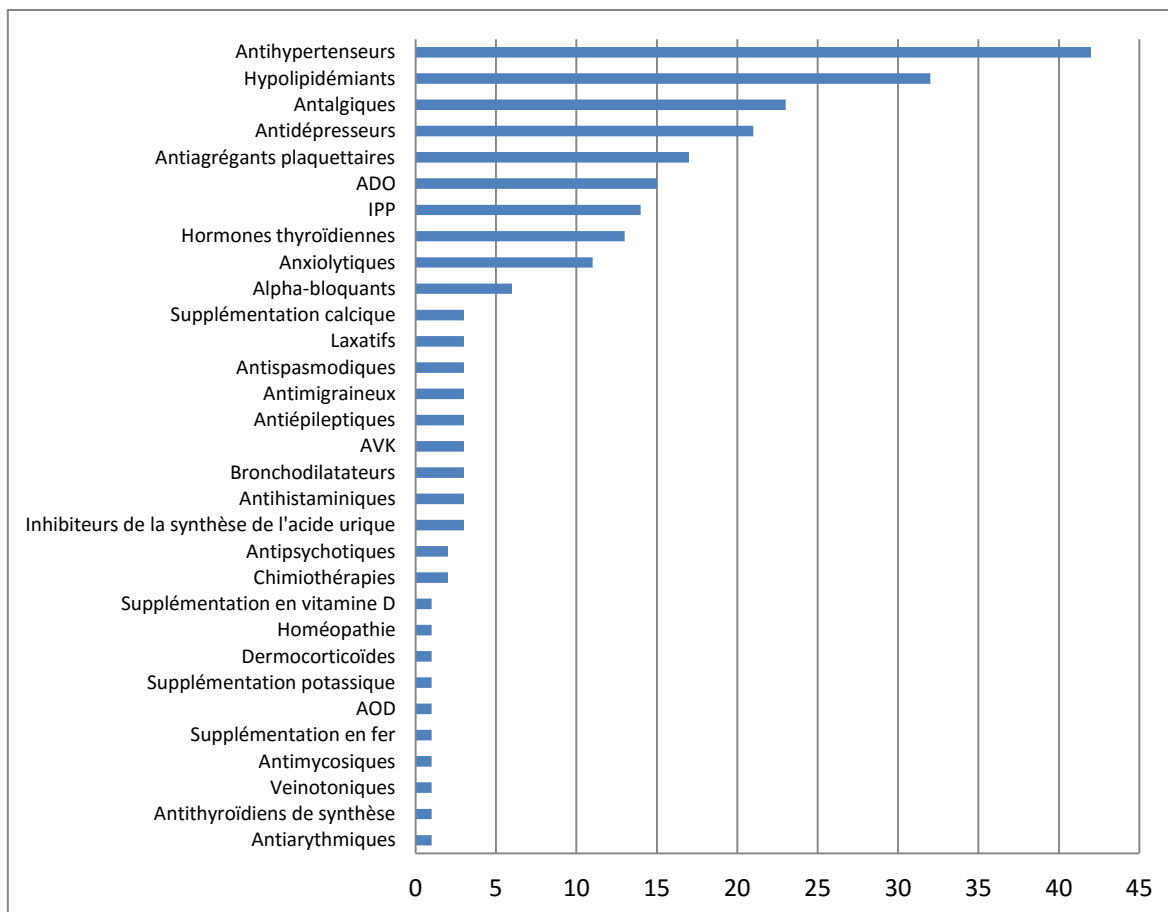


Figure 5 : Classes thérapeutiques prescrites

III.2.3. Evaluation de la connaissance du traitement

Après retrait des 9 patients déclarant ne pas prendre de médicament au quotidien, 99 patients affirment savoir pour quelles maladies sont prescrits ses traitements, soit 100% de la population de l'étude.

III.2.4. L'ordonnance vue par le patient

III.2.4.1 Ressenti sur le traitement

Par rapport au nombre de traitements présents sur l'ordonnance, 19 patients (soit 19%) pensent prendre trop de médicaments contre 80 (soit 81%) pensant avoir un nombre de médicaments acceptable.

2 patients (soit 2%) pensent qu'il y aurait nécessité à rajouter un médicament à leur ordonnance habituelle contre 97 patients pensant qu'ils n'ont pas besoin d'un médicament complémentaire (soit 98%).



III.2.4.2 Les traitements perçus comme étant les plus importants

Les traitements perçus comme les plus importants sont notamment (Figure 6) :

- Les antihypertenseurs pour 29 patients
- Les hypocholestérolémiants pour 17 patients
- Les antidiabétiques pour 15 patients
- Les traitements de la dépression pour 11 patients
- Les antalgiques pour 10 patients
- Les traitements à visée cardiologique pour 10 patients
- Les hormones thyroïdiennes pour 9 patients

23 patients pensent qu'aucun de leurs traitements n'est important pour leur santé, alors que 3 patients pensent qu'ils sont tous importants.

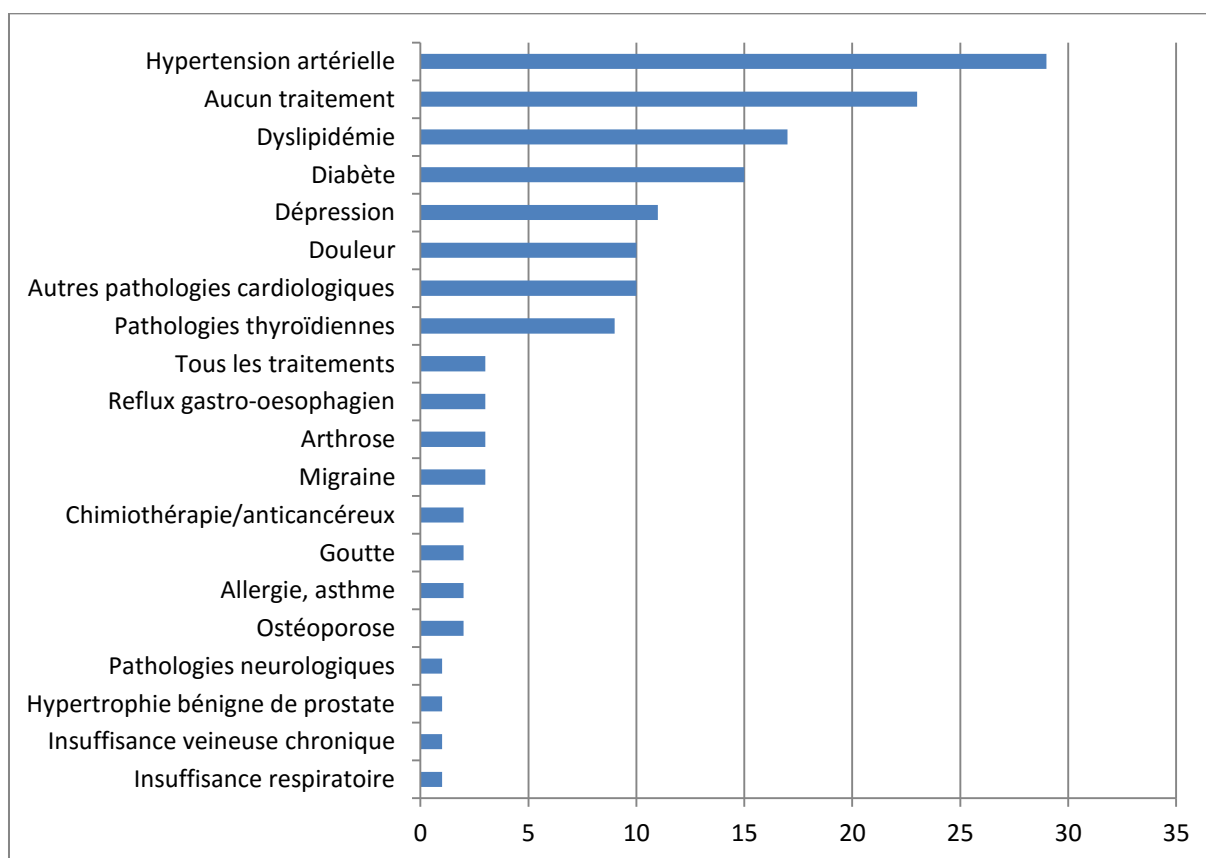


Figure 6 : Motifs de prescription des traitements les plus importants selon le patient

III.2.5. Informations sur les traitements

Concernant l'information thérapeutique, 93 patients affirment en avoir bénéficié (soit 94%) contre 6 patients estimant le contraire (soit 6%).

17 patients aimeraient bénéficier d'un complément d'information thérapeutique (soit 17%) contre 82 patients qui estiment avoir reçu l'information nécessaire à ce jour (soit 83%).

89 patients ont bénéficié d'information thérapeutique par leur médecin généraliste, 30 patients par le médecin spécialiste, 2 patients par leur infirmière diplômée d'Etat (IDE), 1 patient par le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et 1 patient par le médecin des soins de suite et de réadaptation (SSR) (Figure 7).

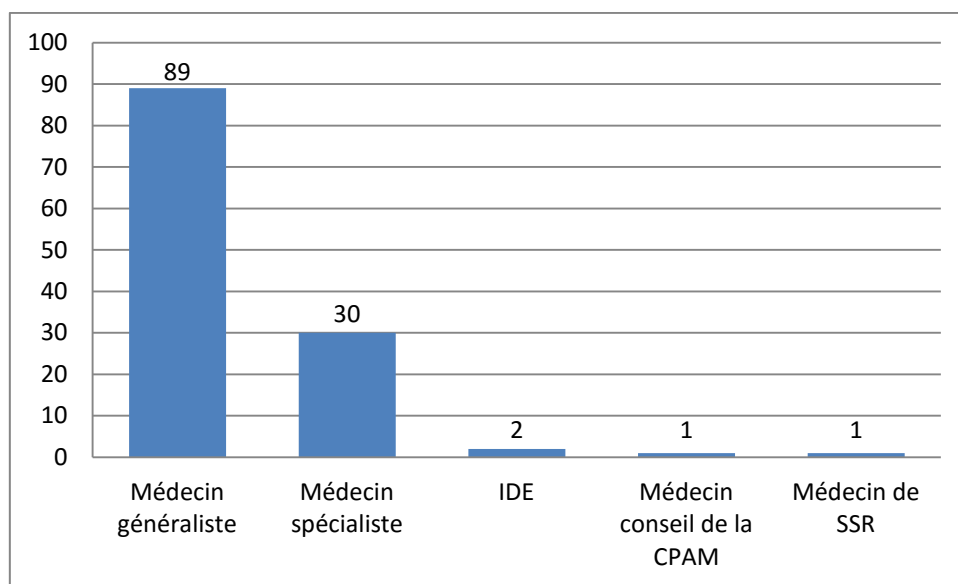


Figure 7 : Qualification des personnes ayant dispensé l'information thérapeutique



III.3. Comparaison des groupes patients polymédiqués et non-polymédiqués

III.3.1. Définitions des groupes

Le groupe « patients polymédiqués » compte 23 patients. Le groupe « patients non polymédiqués » compte 85 patients.

III.3.2. Comparabilité des groupes

III.3.2.1 Sexe

Nous retrouvons 10 hommes et 13 femmes dans le groupe des patients polymédiqués et 40 hommes et 45 femmes dans le groupe des patients non-polymédiqués.

$p = 0.75997$, la différence est non significative, les groupes sont donc comparables au niveau de la répartition hommes/femmes.

III.3.2.2 Age

Dans le groupe polymédiqué, l'âge moyen est de 64.9 ans avec un écart type de 5.9 ans et l'âge médian est de 66 ans.

Dans le groupe non polymédiqué, l'âge moyen est de 62.5 ans avec un écart type de 7.7 ans et l'âge médian est de 63 ans.

Les groupes sont donc comparables au niveau de l'âge.

III.3.2.3 Catégories socioprofessionnelles

Selon l'analyse statistique de Fisher, $p = 0.05766$.

Il n'y a donc pas de différence significative entre le groupe polymédiqué et le groupe non-polymédiqué pour la catégorie socioprofessionnelle.

III.3.3. Comparaison des deux groupes, principaux résultats

III.3.3.1 L'ordonnance vue par le patient

Dans le groupe « patients polymédiqués », 9 patients sur 23 pensent prendre trop de médicaments (soit 39%). Dans le groupe « patient non-polymédiqués », 10 patients sur 76 pensent prendre trop de médicaments (soit 13%) (Figure 8).

$p = 0.01263$ avec OR = 4.16577, IC 95% [1.251 ; 13.9886], faisant apparaître une différence significative.

Dans chacun des deux groupes, un seul patient aurait jugé nécessaire de rajouter un traitement sur son ordonnance. Les résultats sont : $p = 0.41249$, avec OR = 3.3563, IC 95% [0.0416 ; 270.4572], ne montrant pas de différence significative.



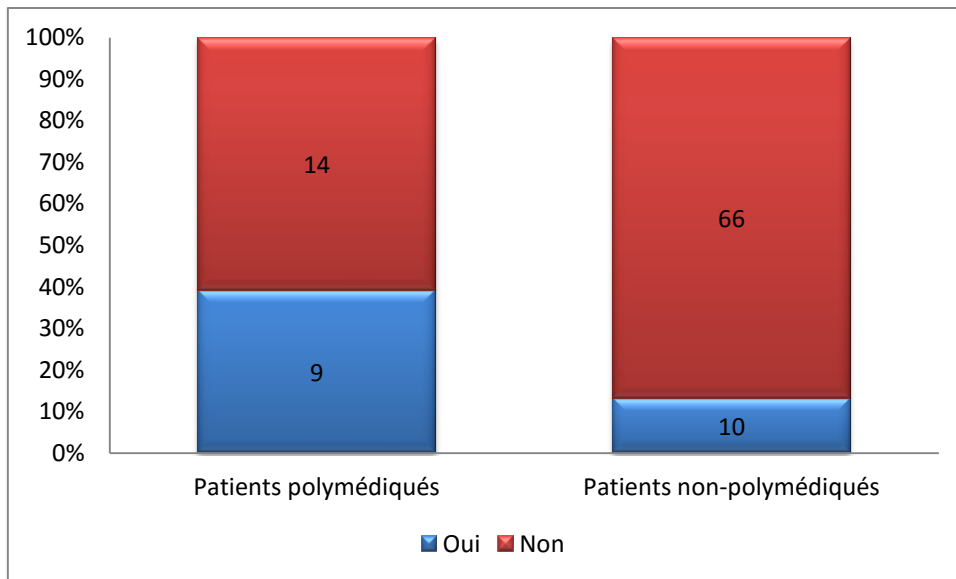


Figure 8 : Réponse à la question : "Pensez-vous qu'il y a trop de médicaments sur votre ordonnance ?"

III.3.3.2 Information thérapeutique

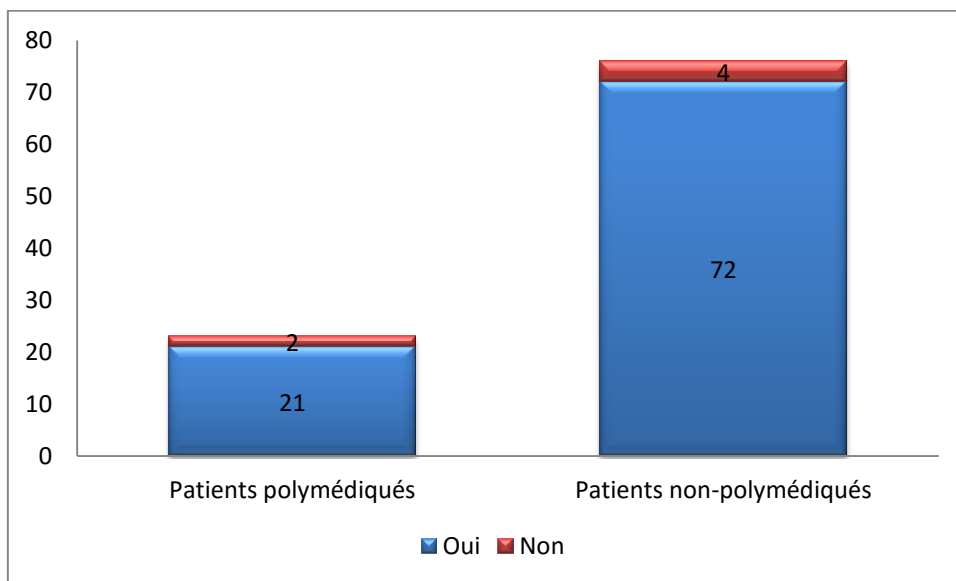


Figure 9 : Informations thérapeutiques délivrées

Dans le groupe « patients polymédiqués », 2 patients disent ne pas avoir reçu d'information thérapeutique (soit 9%). 4 patients disent ne pas avoir eu d'information thérapeutique dans le groupe « patients non-polymédiqués » (soit 5%) (Figure 9).

Les résultats retrouvés sont : $p = 0.62078$, avec $OR = 0.5869$, $IC\ 95\% [0.0777 ; 6.9129]$, montrant une différence non significative.

Par ailleurs, 6 patients sur 23 dans le groupe « patients polymédiqués » souhaiteraient recevoir un complément d'information sur leur traitement, ainsi que 11 patients sur 85 dans le groupe « patients non-polymédiqués ».

$p = 0.21515$, avec $OR = 2.0681$, $IC\ 95\% [0.5467 ; 7.2229]$, la différence est non significative.

La délivrance de l'information thérapeutique a été faite par (Figure 10) :

- Le médecin généraliste pour 70 patients du groupe « patients non polymédiqués » et 19 patients du groupe « patients polymédiqués »
- Le médecin spécialiste pour 20 patients du groupe « patients non polymédiqués » et 10 patients du groupe « patients polymédiqués »
- L'IDE pour 2 patients du groupe « patients non polymédiqués »
- Le médecin du SSR pour 1 patient du groupe « patients polymédiqués »
- Le médecin de la CPAM pour 1 patient du groupe « patients non polymédiqués »

Les résultats retrouvent : $p = 0.25716$, différence non significative.

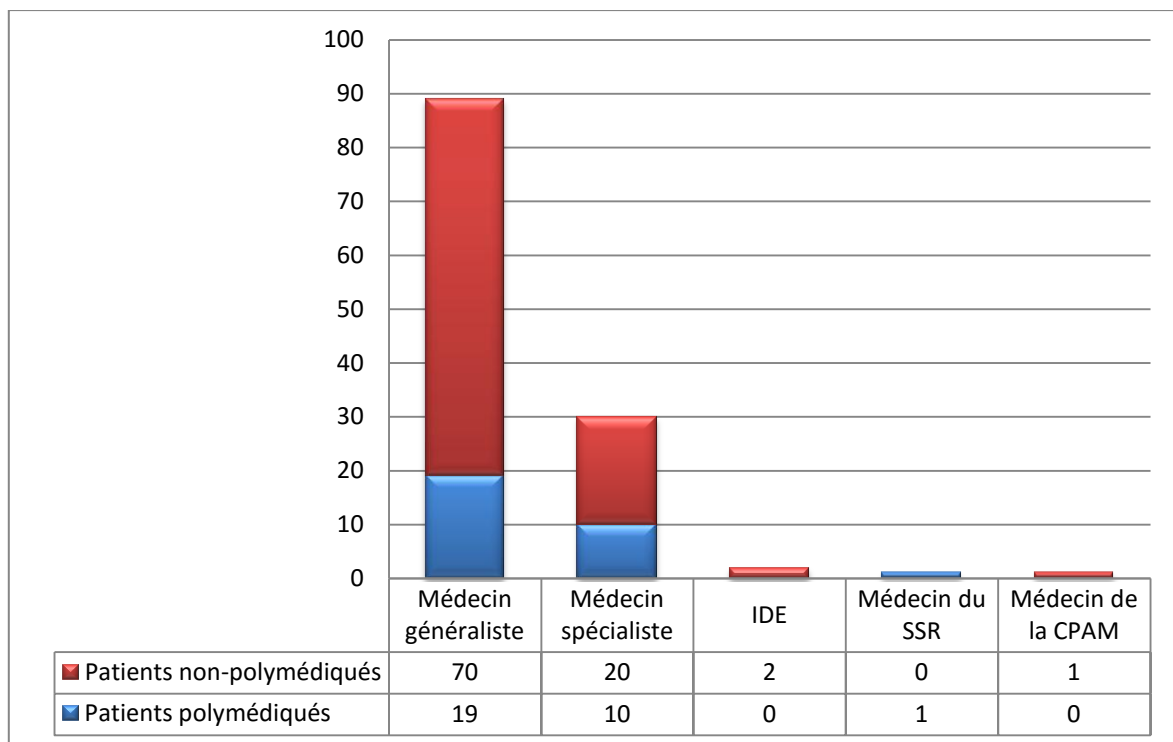


Figure 10 : Personnes ayant délivrées l'information thérapeutique



IV. Discussion

IV.1. Principaux résultats dans la population générale

IV.1.1. Critère de jugement principal : la polymédication

23 patients sont polymédiqués soit 21% de la population de l'étude. 85 patients prennent moins de 5 médicaments soit 79% (9 patients ne prennent aucun médicament et 76 patients prennent 1 à 4 médicaments).

La définition de la polymédication selon l'OMS ouvre la voie à plusieurs acceptations de la polymédication (1). La première partie fait référence au caractère simultané de la prise des médicaments et le qualificatif « nombreux » ne préjuge pas du caractère excessif de ce nombre. De nombreux seuils, nombre de médicaments au-delà duquel on parle de polymédication, ont été identifiés dans la littérature. Certains sont plus fréquents comme celui de 5 médicaments ou plus et 10 médicaments ou plus. Certains auteurs proposent même une segmentation plus détaillée du seuil en « 5 à 7 » et « 8 et plus » pour rendre compte du risque croissant.

Les écarts de prévalence en fonction du type d'indicateur utilisé sont très importants dans la littérature (1). L'indicateur que l'on retiendra dépend de ce que l'on cherche à observer ou à mesurer.

Dans notre étude, c'est la polymédication simultanée qui a été observée, estimant le nombre de médicaments pris un jour aléatoire. Dans une étude de l'IRDES en 2014, au seuil de 5 médicaments ou plus, la polymédication simultanée concerne 23% des 75 ans et plus avec l'indicateur « un jour au hasard » (1).

Dans une autre étude de 2012 (9), 38% des plus de 65 ans prennent 5 à 10 médicaments par jour, et 1% en prend plus de 10.

De plus, dans l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2002 portant sur la population générale française, le nombre de médicaments prescrits lors d'une consultation médicale est supérieur ou égal à 5 dans 15% des cas quelque soit le motif de celle-ci (47).

Ces pourcentages sont parfaitement concordants avec ceux de l'étude. Seule la tranche d'âge varie. Notre hypothèse tendant à montrer que la polymédication débute avant 75 ans est donc confirmée. En effet, presque un quart des patients de notre étude sont polymédiqués avant l'âge de 75 ans. Au-delà, les chiffres retrouvés varient entre 14 et 49% (1). Plusieurs analyses montrent que polyopathie et polymédication sont deux phénomènes corrélés qui surviennent bien avant 65 ans (19) (78).

IV.1.2. Répartition socio-démographique

IV.1.2.1 Age et sexe

Nous avons inclus 108 patients dans l'étude (54% de femmes et 46% d'hommes).

Les patients sont âgés de 50 à 74 ans, avec une moyenne d'âge de 63 ans. La répartition par âge des patients est superposable qu'il s'agisse des hommes ou des femmes.



Dans l'étude de la DREES 2004 visant à étudier la population vue en consultation par les médecins généralistes ainsi qu'en visite (79), il ressort que les consultations et visites concernent plus souvent des femmes (55%) et en très grande majorité des adultes.

Les médecins généralistes voient nettement plus souvent des patients de 45 ans ou plus (qui représentent 38% de l'ensemble de la population métropolitaine) et en particulier de 70 ans et plus (9% de la population totale) que des patients plus jeunes. En effet, dans 60% des cas, le patient a plus de 45 ans, et plus de 70 ans dans 28% des cas. Il s'agit notamment de patientes qui en raison d'une espérance de vie plus élevée sont plus nombreuses que les hommes à vivre à un âge avancé (79).

Notre échantillon est par conséquent représentatif de la population générale de part la composante féminine de notre population légèrement supérieure à celle masculine.

IV.1.2.2 Catégories socioprofessionnelles

La population de l'étude se compose de :

- 42 employés (soit 39%),
- 32 cadres (soit 30%),
- 12 artisans (soit 11%),
- 12 ouvriers (soit 11%)
- et 10 patients sans emploi (soit 9%).

Quelques chiffres pour étudier cette répartition socioprofessionnelle en France :

- D'après l'INSEE en 2007 (80) sur la population active, les employés représentent 29% des actifs, les ouvriers 24.1%, les professions intermédiaires 23.9%, les cadres 14.7%, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise 5.6% et les agriculteurs exploitants moins de 2% de la population active. D'autre part, ces différents groupes sociaux ne sont pas répartis de façon homogène dans les régions.
- D'après l'étude de 2008 de l'INSEE (81) portant sur la population active et inactive, les employés représentent 16.5% de la population, les ouvriers 14%, les artisans 3.3%, les cadres 8.7%, les professions intermédiaires 13% et 44.5% de la population est sans activité professionnelle (incluant les inactifs ayant déjà travaillé, les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les élèves ou étudiants (9.3%)).
- Dans le Limousin (82), les agriculteurs représentent 2.2% de la population, les artisans 3.5%, les employés 15.7%, les ouvriers 12.6%, les professions intermédiaires 12.3%, les personnes sans activité professionnelle 13.4%, les cadres 5.5% et les retraités 34.9% de la population.

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée dans notre étude est celle des employés, comme retrouvée dans les données de l'INSEE.

Les artisans sont surreprésentés dans notre étude, par rapport à la répartition française selon les données de l'INSEE.

Notre étude a regroupé les cadres et professions intermédiaires dans la même catégorie socioprofessionnelle, ce qui explique le résultat de 30% dans nos résultats. Ce regroupement a été effectué pour rendre le questionnaire plus simple et éviter les erreurs de classe.

Par ailleurs, les agriculteurs n'ont pas été individualisés comme une catégorie spécifique et cette profession fait partie du groupe « ouvriers ».

Dans notre étude seulement 9% des patients sont sans emploi (13.4% dans les derniers chiffres de l'INSEE 2013 au niveau du Limousin). Ceci peut s'expliquer par notre tranche d'âge qui n'inclut pas les élèves ou étudiants.

Nous avons préféré savoir à quelle catégorie socioprofessionnelle appartenait ou avait appartenu les patients plutôt que de savoir s'ils étaient retraités ou non, cette catégorie n'apparaît donc pas dans les résultats.

IV.1.3. Classes thérapeutiques prescrites

Les trois principales classes thérapeutiques prescrites dans notre étude sont : les antihypertenseurs (prescrits pour 42 % des patients), puis les hypolipidémiants (32%), et les antalgiques (23%).

Dans notre étude, les prescriptions d'antalgiques sont supérieures à celles des données de l'assurance maladie où 13.29% de la population est sous antalgique (24). Ceci est sûrement dû au fait que plus le patient avance en âge plus il prend d'antalgiques, notamment dans le cadre des douleurs arthrosiques. En effet, l'étude de la CPAM prend en compte les patients de 15 ans et plus. La même constatation a lieu pour les antihypertenseurs et les hypolipidémiants. Dans l'étude de la CPAM, 17.67% de la population prend un antihypertenseur, dont 50.1% de patients âgés de 55 à 74 ans et 11.08% de la population prend un hypolipidémiant.

Les antidépresseurs (21%), les antidiabétiques oraux (15%), les hormones thyroïdiennes (13%) et les anxiolytiques (11%), occupent aussi une part importante de l'ordonnance.

Dans les données de l'assurance maladie (24), 6.44% de la population prend un antidépresseur, dont 36.6% de patient âgés de 55 à 74 ans. Nos chiffres sont là encore supérieurs, ceci s'expliquant par la prescription accrue des antidépresseurs dans cette tranche d'âge. La prévalence de l'épisode dépressif majeur est de 9% pour les 35-54 ans en 2010 et de 4.7% pour les 55-75 ans (83). La prévalence de l'épisode dépressif majeur est maximale parmi les hommes âgés de 45 à 54 ans (10.3%).

Pour les anxiolytiques/hypnotiques, nos chiffres sont concordants avec ceux de la CPAM (respectivement 6.87% et 3.59%) (24).

En 2005, 13.1% des hommes de 50 à 79 ans étaient traités par ADO ou insuline ainsi que 8.3% des femmes de 50 à 79 ans, avec un pic de traitement situé entre 70 et 79 ans puis une diminution (54). Ces résultats se rapprochent des 15% retrouvés dans notre étude.

Dans les données recueillies par l'ANSM en 2013 (44), 4.10% de la population est traitée par lévothyroxine. Ce résultat est inférieur au nôtre, cette variation est à mettre en rapport avec l'âge de notre population, plus sujette à cette prescription. En effet, 6% des sujets de 41 à 64 ans et 10.6% des sujets de 65 ans et plus ont eu au moins une délivrance de lévothyroxine en 2013 (44).

Dans les rapports de l'ANSM (58), 1.7% des patients prend un AVK, résultats légèrement inférieurs à ceux de notre étude (3%). Les AVK sont la première classe pharmacologique responsable d'accidents iatrogènes graves (concernant majoritairement des patients de plus de 65 ans) et les AVK correspondent à la plus forte incidence d'hospitalisation pour effet indésirable (12.3%) (84). Du fait de notre formation majoritairement hospitalière, ces chiffres bas nous ont surpris. Nous pensions que le nombre de patients sous AVK était plus important. En effet, les patients hospitalisés ne sont pas représentatifs de la patientèle d'un médecin généraliste.

De plus, les AOD sont en train de prendre de plus en plus le pas sur les AVK depuis leur mise sur le marché en 2009. Les AOD représentent une alternative, selon les indications, aux AVK et présentent l'avantage d'une posologie stable sans adaptation de doses à réaliser et sans prise de sang itérative. La décroissance des ventes d'AVK en 2013 est à mettre en relation avec l'augmentation de prescription des AOD (58). Cependant, dans notre étude, aucun AOD n'a été cité. Ceci nous amène à nous demander si les AOD sont prescrits en médecine ambulatoire, la part des AVK restant élevée comme le montre les résultats de notre étude.

IV.1.4. Evaluation de la connaissance du traitement

Dans notre étude, 100% de la population affirme savoir pour quelles maladies sont prescrits les traitements présents sur l'ordonnance.

Plusieurs études montrent pourtant que la connaissance du traitement par le patient est moindre.

Dans une thèse portant sur la connaissance du traitement par le patient (85), il a été montré que 35% des médicaments présents sur l'ordonnance un jour donné n'étaient pas connus (ni pour leur indication, ni par leur nom). Le nombre de médicament médian pris était alors de 4 dans une population dont l'âge médian était 67 ans. Les facteurs influençants retrouvés étaient : l'âge, le nombre de traitement (dans ces deux cas, plus il était élevé, moins les médicaments étaient connus), le niveau d'étude, la maîtrise du Français (dans ces deux cas, plus il était élevé, plus les médicaments étaient connus). Le sexe n'était pas un facteur influençant dans cette étude.

Dans l'étude de Denes et al. portant sur des patients VIH (86), 68.8% des patients connaissent le nom de leur traitement, les doses pour 90.3% et les couleurs du traitement pour 83.9%.

Dans le travail de Dhôte et al. (87), 67.5% des motifs de prescription étaient connus et 79.4% des modalités d'administration. Les facteurs influençant les connaissances étaient : l'âge (plus le patient est âgé, moins il connaît l'indication de ses traitements), l'origine de la prescription (la connaissance du motif de prescription était significativement différente entre médicament prescrit à l'hôpital et médicament prescrit en ville, respectivement 61 et 78%). La catégorie socioprofessionnelle et la classe thérapeutique n'influençaient pas la connaissance du traitement.

Dans la thèse d'exercice de C. Desbois (88), 92.4% des patients connaissent l'indication du paracétamol, 86.9% celle du tramadol, 84.3% celle des AINS.

Dans la thèse d'exercice d'A. Morel (89), 88.7% des sujets pensaient bien connaître leur traitement médicamenteux en répondant oui à la question connaissez-vous bien votre traitement. Après analyse du questionnaire plus précis, 16% des patients connaissaient bien leur traitement, 53.3% le connaissait modérément et 30.7% le connaissaient insuffisamment. Cette étude a aussi montré une relation inverse entre le nombre de médicaments et la connaissance qu'ont les patients de ceux-ci. Les patients recevant 1 ou 2 médicaments obtenaient un score de connaissance moyen 4 fois plus important que ceux prenant 10 médicaments ou plus.

Une étude menée en 2002 retrouve (90), parmi une population âgée de plus de 65 ans, que 43% des patients connaissent l'intégralité de leurs traitements.

En 2000 (91), Silva et al. ont retrouvé que 69% des patients de leur étude pouvait nommer leurs traitements correctement et 81% pouvaient donner leurs indications.

Cette différence avec nos résultats s'explique probablement :

- Par une question trop subjective dans notre étude, où le patient va penser aux médicaments qu'il connaît plutôt qu'à ceux qu'il ne connaît pas. En effet, dans la plupart des études retrouvées dans la littérature, le patient doit savoir le nom de la molécule et son indication.
- Par l'absence de vérification de l'ordonnance du patient. Nous ne pouvons pas savoir si le patient a omis des médicaments, dont il ne connaît probablement pas l'indication. Notre analyse est centrée sur ce que déclare le patient.
- Par une population plus jeune dans notre étude (le plus souvent plus de 65 ans ou 75 ans dans les études).

Plusieurs études montrent que pour améliorer la connaissance du traitement, avoir un médecin traitant avec un suivi régulier et effectuer une diminution du nombre de traitements pris sont des facteurs majeurs (85).

IV.1.5. Ressenti du patient à propos du nombre de traitements prescrits

Par rapport au nombre de traitements présents sur l'ordonnance, 19% des patients pensent prendre trop de médicaments contre 81% pensant avoir un nombre de médicaments acceptable. Et seulement 2 patients pensent qu'il y aurait nécessité à rajouter un médicament à leur ordonnance habituelle.

Ce ressenti vis-à-vis du traitement peut être mis en relation avec la confiance dans le médicament et son prescripteur. Une confiance importante dans le traitement et en son médecin rassure le patient et favorise donc le suivi de l'ordonnance.

La confiance est une dimension de la relation médecin/malade, c'est un lien qui se crée dont les déterminants sont nombreux : compétence, disponibilité, communication, information thérapeutique (92). Dans cette étude menée en 2008 pour évaluer la confiance des parents en leur médecin généraliste pour le suivi de leur enfant, 68.6% des enfants étaient suivis uniquement par un médecin généraliste, 30.6% conjointement par un pédiatre et un médecin traitant et 0.8% uniquement par un pédiatre. La confiance en le médecin traitant est forte, environ 95% des parents ont confiance en leur médecin généraliste que ce soit pour la prise en charge des situations d'urgence, les vaccinations, la surveillance de la croissance, les

conseils nutritionnels. 92.6% des patients trouvaient leur médecin à l'écoute. L'écoute et l'expérience sont deux items majeurs cités par les patients comme déterminant pour justifier leur confiance, ainsi que la disponibilité, la capacité à prendre des décisions rapides, les soins et conseils préconisés, la compréhension.

Selon le baromètre Groupe Pasteur Mutualité, 91% des Français font confiance à leur médecin généraliste en 2010 (93). Ce chiffre important est étroitement lié aux liens de proximité entretenus par les professionnels et à leur disponibilité à l'égard des patients.

Dans une enquête menée par l'observatoire sociétal du médicament du Leem en 2016 (94), 84% des personnes interrogées déclarent avoir confiance dans les médicaments en général. Par ailleurs, la confiance dans les professionnels de santé pour les informer sur les médicaments est considérée comme la plus fiable (93% ont confiance en leur médecin généraliste, 92% en leur médecin spécialiste, 89% en leur infirmière, 88% en leur pharmacien).

Dans une étude menée en 2001 (95) sur une population âgée, 29% des sujets interrogés pensent prendre trop de médicaments, 62% en ont suffisamment et 2% souhaiteraient en absorber d'avantage (7% sans opinion). Ces résultats sont en accord avec ceux de notre étude malgré la faible puissance de ce travail portant sur un petit effectif de patients hospitalisés.

Par ailleurs, la maladie peut être un sujet de discussion centrale pour certaines personnes, surtout pour les personnes âgées, jouant un rôle social important (3). Ces patients auront plus tendance à exprimer la nécessité d'un traitement supplémentaire.

IV.1.6. Les traitements perçus comme étant les plus importants

Les principaux traitements perçus comme les plus importants sont :

- Les antihypertenseurs pour 29 patients
- Les hypocholestérolémiants pour 17 patients
- Les antidiabétiques pour 15 patients
- Les antidépresseurs pour 11 patients
- Les antalgiques pour 10 patients
- Les traitements à visée cardiologique pour 10 patients
- Les hormones thyroïdiennes pour 9 patients

Parmi les patients de l'étude, 23 personnes pensent qu'aucun de leurs traitements n'est important pour leur santé, alors que 3 personnes pensent qu'ils le sont tous.

Une maladie asymptomatique chronique favorise le défaut d'adhésion au traitement médicamenteux (96). L'hypertension artérielle est un de ces exemples, le patient ne ressent aucune gêne, et ce d'autant plus que le traitement est préventif, ce qui est aussi le cas pour les antiagrégants plaquettaires.

Une partie de la variabilité de l'adhésion au traitement médicamenteux peut être attribuée à la perception de l'utilité des médicaments (97) et aux croyances en lien avec les effets indésirables potentiels (96). Une étude (97) auprès de patients traités pour le VIH montre

que les croyances du patient et l'adhérence au traitement sont intimement liées, notamment la croyance en l'utilité du traitement.

Les traitements considérés comme importants ou utiles seront donc plus observés que les autres, ce qui renvoie à l'importance de l'information thérapeutique. Les traitements jugés efficaces, avec une action ressentie seront eux aussi mieux pris.

IV.1.7. Information thérapeutique

Concernant l'information thérapeutique délivrée dans notre étude, 94% des patients affirment en avoir bénéficié contre 6% estimant le contraire. De plus, 17% des patients aimeraient bénéficier d'un complément d'information thérapeutique contre 83% qui estiment avoir reçu l'information nécessaire à ce jour.

Dans l'étude de Dhôte et al. (87), 94% des patients interrogés avait reçu une information thérapeutique. Ces résultats correspondent à ceux de notre étude.

Cline et al. (98) ont réalisé une étude où une information thérapeutique standardisée était donnée sur les traitements introduit lors de l'hospitalisation en cardiologie (information verbale et écrite). Les patients étaient ensuite contactés par téléphone un mois plus tard. Parmi eux, 91% des patients se souvenaient avoir eu une information thérapeutique, dont 23% une information écrite. Ces résultats montrent ainsi que même si l'information thérapeutique est donnée, verbalement ou par écrit, il est important de la répéter et de s'interroger sur la compréhension du patient.

Prenons l'exemple des AVK dans une étude de l'ANSM (99), 96% des patients connaissent la nécessité d'une surveillance biologique régulière, 65% des patients connaissent les risques d'un surdosage en AVK, 57% ceux d'un traitement insuffisant, 12% seulement savent qu'il faut signaler le traitement à la fois au médecin, au dentiste, au pharmacien, au biologiste et au kinésithérapeute, 61% savent qu'ils ne doivent pas manger de chou de façon excessive.

Vilke et al. (100) montrent que les patients ont une meilleure connaissance de leur traitement s'ils ont un médecin traitant : 51% des traitements sont connus si un médecin traitant est déclaré contre 43% dans le cas inverse.

89% des patients ont bénéficié d'information thérapeutique par leur médecin généraliste, 30% des patients par le médecin spécialiste, 2 % des patients par leur IDE, 1% des patients par le médecin conseil de la CPAM et 1% des patients par le médecin du SSR.

Dans l'étude de Dhôte et al. (87), l'information thérapeutique était délivrée par le médecin de ville dans 66% des cas, par l'infirmière dans 22% des cas, par le médecin hospitalier dans 36% des cas et par le pharmacien de ville dans 6% des cas. 87% des patients étaient demandeurs d'informations complémentaires.

Les résultats obtenus sont comparables pour la place du médecin spécialiste dans l'information thérapeutique délivrée. Par ailleurs, les résultats alloués au médecin généraliste sont bien supérieurs et ceux alloués à l'IDE bien inférieurs. Ceci peut s'expliquer par un recours aux IDE moins important dans la tranche d'âge étudiée que chez les patients plus âgés (plus de dépendance, difficulté à se déplacer) et donc une place centrale du médecin généraliste pour l'information thérapeutique.

Dans notre étude, le pharmacien n'a jamais été cité. Ceci peut s'expliquer par le questionnaire dont les réponses proposées étaient : médecin généraliste, médecin spécialiste, IDE et autre. L'étude étant menée dans les cabinets de médecine générale, les patients n'ont probablement pas pensé à citer le pharmacien.



IV.2. Principaux résultats en comparant les groupes « patients polymédiqués » et « patients non-polymédiqués »

IV.2.1. Définition et comparabilité des groupes

Le groupe « patients polymédiqués » compte 23 patients. Le groupe « patients non-polymédiqués » compte 85 patients. Les deux groupes sont comparables qu'il s'agisse du sexe, de l'âge ou de la catégorie socioprofessionnelle.

A noter que selon l'analyse statistique de Fisher à propos de la comparabilité des groupes au niveau de la répartition entre les différentes catégories socioprofessionnelles, $p = 0.05766$. La valeur de p est limite, cela peut s'expliquer par la différence de répartition des artisans dans chacun des groupes : 1 artisan dans le groupe « patients polymédiqués » et 11 artisans dans le groupe « patients non polymédiqués ».

IV.2.2. Ordonnance vue par le patient

Dans le groupe « patients polymédiqués », 9 patients sur 23 pensent prendre trop de médicaments (soit 39%). Dans le groupe « patients non-polymédiqués », 10 patients sur 76 pensent prendre trop de médicaments (soit 13%).

Les patients polymédiqués ont l'impression de prendre trop de médicament par rapport aux non-polymédiqués et ce de manière statistiquement significative ($p = 0.01263$). Ils ont donc bien conscience de cette polymédication.

Nous n'avons pas pu comparer ce résultat aux données de la littérature de part l'absence d'étude comparative entre patients polymédiqués et patients non-polymédiqués. Ce résultat paraît logique et doit donc nous inciter à déprescrire.

IV.2.3. Information thérapeutique

Dans le groupe « patients polymédiqués », 2 patients disent ne pas avoir reçu d'information thérapeutique (soit 9%). 4 patients disent ne pas avoir eu d'information thérapeutique dans le groupe « patients non-polymédiqués » (soit 5%). Par ailleurs, 6 patients sur 23 dans le groupe « patients polymédiqués » souhaiteraient recevoir un complément d'information sur leur traitement, ainsi que 11 patients sur 85 dans le groupe « patients non-polymédiqués ».

Concernant l'information thérapeutique, les deux groupes de patients obtiennent des résultats comparables, les différences sont non significatives dans les deux cas. L'information thérapeutique est donc également dispensée et retenue que le patient soit polymédiqué ou non.



IV.3. Validité intrinsèque

IV.3.1. Limites

Une des premières limites de l'étude est le manque de certaines données qui pourraient influencer nos résultats :

- prise en charge sociale des patients,
- accès au médecin traitant,
- lieu de vie (éloignement par rapport au cabinet),
- mode de préparation du traitement (prise par le patient seul, pilulier fait par le patient ou par une infirmière ou tierce personne, administration quotidienne des traitements par une tierce personne),
- type de traitement que le patient aimerait rajouter ou retirer de son ordonnance.

Nous avons préféré réaliser un questionnaire plus ciblé qu'un questionnaire long et chronophage afin de majorer le nombre de questionnaires complets recueillis et de ne pas nous éloigner de notre critère de jugement principal.

Certaines études ont montré que la prise en charge sociale du patient pouvait influencer sa façon de consulter : plus de consultation aux urgences, moins de recours à certain spécialiste, ceci étant en lien avec l'avance des frais et le remboursement des soins (68) (96).

L'accès au médecin traitant et le lieu de vie du patient influent sur l'accès au soin (68), le patient habitant juste à côté du cabinet va pouvoir venir plus facilement consulter ou se faire suivre. L'isolement social va favoriser les risques iatrogéniques et la non-observance (89) (96).

D'autre part, il est tout de même important de noter qu'entre 50 et 74 ans, il est rare qu'une infirmière s'occupe du traitement des patients sauf cas de handicap ou d'isolement.

De plus, le fait de savoir quel traitement le patient aimerait ajouter ou retirer de son ordonnance aurait pu être intéressant pour approfondir le ressenti du patient sur son traitement.

Un autre biais possible réside dans les questions à choix multiples qui orientent toujours plus les réponses qu'une question ouverte. Mais l'analyse est plus simple et plus fiable avec ce type de questions.

Le taux d'acceptation de participation à notre étude par les médecins généralistes est de 100% ce qui constitue une force indéniable. Mais seulement 5 médecins ont été contactés et ils appartiennent tous au corps enseignant de la faculté de Médecine de Limoges. Ils sont donc motivés et formés à la recherche, ce qui peut entraîner un biais de sélection.

Une autre limite de l'étude concerne le mode de distribution des questionnaires dans les cabinets. En effet, le mode de distribution a été laissé libre au choix du médecin généraliste concerné. Certains questionnaires ont donc été déposés dans la salle d'attente du médecin généraliste avec une affiche explicative et une pochette de dépôt, d'autres ont été distribués puis récupérés par la secrétaire, et enfin certains ont été donnés directement par le médecin généraliste avec la possibilité donnée au patient de ramener le questionnaire chez lui. Ce

dernier point constitue un biais de mémorisation. A noter que le médecin généraliste n'a jamais aidé un patient à remplir le questionnaire et ne l'a jamais relu.

Une sélection aléatoire des patients est toujours recommandée. Ici, la réponse au questionnaire dépend du mode de distribution et de la volonté du patient, créant un biais de recrutement. D'autre part, il se peut que les patients ayant participé à l'étude soient les plus motivés par leur prise en charge médicale, ce qui pourrait conduire à une surestimation du niveau de connaissance du traitement. Le manque d'implication de certains patients qui voyaient peu ou pas d'intérêt à remplir le questionnaire peut donc influencer nos résultats, pouvant favoriser l'émergence d'une population non représentative de la population générale.

De plus, nous n'avons pas identifié le nombre de refus et les raisons de ce refus.

Par ailleurs, certains effectifs de patients n'ont pas été étudiés, ne permettant pas d'élargir nos résultats à l'ensemble de la population mais seulement à la population se déplaçant au cabinet : patient vus en visites à domicile uniquement, patients institutionnalisés (même si ils sont plus rares à cet âge que chez les personnes âgées), patients hospitalisés, patients mal ou non-voyants ou souffrant d'un handicap physique les empêchant de remplir le questionnaire, patients ne parlant pas couramment le français, patients avec troubles cognitifs ou démence, patients désorientés. Ces patients exclus ont souvent des comorbidités et sont donc probablement polymédiqués. Le nombre de patients polymédiqués aurait peut-être été supérieur et la connaissance du traitement moindre si ces populations avaient été intégrées, même si ces patients ne constituent pas la majorité de la patientèle d'un médecin généraliste.

La puissance de l'étude est assez faible avec 108 questionnaires analysés. Mais au cours des deux derniers mois, le nombre de questionnaires recueillis diminuait (un questionnaire récupéré au cours des trois dernières semaines), laissant supposer que les patients volontaires pour remplir le questionnaire l'avait déjà fait.

Un biais d'intervention peut être rapporté : le choix du seuil de 5 médicaments pour la définition de la polymédication dans notre étude, qui n'est pas un seuil standardisé, mais très fréquemment utilisé.

Il existe un biais d'analyse et d'interprétation à propos du vocabulaire utilisé par le patient dans les questions ouvertes notamment dans la dénomination des maladies. Certains citent simplement « cœur », quand d'autre disent « traitement à visée cardiologique » ou encore « traitement de l'infarctus du myocarde ». Ces maladies ont ensuite été classées, en essayant d'être au plus près de ce qu'avait voulu exprimer le patient.

Enfin, il existe un biais d'interprétation des résultats car nous n'avons pas procédé à une relecture de l'ordonnance avec comparaison aux réponses. Ceci dans l'idée de pouvoir analyser objectivement les réponses portant sur le ressenti face au traitement et à l'information thérapeutique.

IV.3.2. Forces

La première force de notre étude est de s'intéresser à une tranche d'âge de la population encore peu étudiée actuellement. En effet, de très nombreuses études portent sur la population âgée, très âgée ou encore dite gériatrique, quand il s'agit d'étudier la polymédication. Mais peu de travaux s'intéressent aux 50-74 ans alors que l'instauration des premières thérapeutiques et parfois la polymédication débutent déjà. Les limites d'âge pour

définir la population âgée sont différentes dans ces études, souvent plus de 75 ans (définition de l'HAS) ou plus de 65 ans associé à une polyopathie (définition de l'OMS). Ces définitions sont en perpétuelle évolution et dépendent du contexte. L'âge de 75 ans nous a paru le plus adapté, dans le cadre actuel d'une population vieillissante et en meilleure santé globale, où le seuil correspondant à la personne âgée tend à s'éloigner.

L'intérêt de notre question de recherche s'inscrit dans une dynamique croissante de la polymédication, ainsi que de l'espérance de vie, deux données très liées. Ceci nous incite à penser qu'il faut commencer au plus tôt la délivrance de l'information thérapeutique au patient pour éviter les effets secondaires de la polymédication et majorer l'observance au long court.

D'autre part, le choix de l'étude de la polymédication simultanée à un moment donné nous a semblé le plus pertinent. En effet, cette polymédication prend en compte le risque de la prise des traitements en même temps, qu'ils soient ponctuels ou chroniques, et donc les risques d'effets secondaires.

Nous avons considéré que le cabinet de médecine générale, lieu central de la prise en charge du patient avec le rôle de coordonnateur des soins du médecin généraliste était le plus adapté à notre étude, pouvant ainsi toucher un panel représentatif de la population générale. Cinq cabinets de médecine générale ont distribué les questionnaires, représentant la médecine urbaine et semi rurale.

La période de recueil a duré 9 mois, étendue sur plusieurs saisons (hiver-printemps-été), ce qui permet d'obtenir un échantillon de population le plus proche de la population globale possible. Ceci élimine les biais de sélection d'une étude portant uniquement sur les mois d'hiver où les patients consulteront pour de nombreuses pathologies infectieuses épidémiques ou sur les mois d'été avec l'arrivée des rhinites allergiques et des patients en vacances.

Le schéma de l'étude constitue une force pour notre travail : étude observationnelle, descriptive. Il n'y a pas d'intervention au niveau de la consultation ou de l'ordonnance.

De plus, il existe très peu de critère d'exclusion aux recrutements des patients dans l'étude, le principal est le critère d'âge (50 ans à 74 ans inclus). Il n'y a pas eu de sélection en fonction de la pathologie ou du motif de consultation.

Un autre atout de l'étude est la volonté de ne pas introduire la notion d'évaluation du médecin généraliste en rendant le questionnaire complètement anonyme et sans comparaison à l'ordonnance. Le patient se sent en sécurité et n'a pas peur du manque de confidentialité. Les réponses sont ainsi les plus objectives possibles.

Par ailleurs, il y a très peu de biais d'attrition, 6 questionnaires seulement ont été exclus, et ce souvent à cause de l'âge du patient qui était supérieur à 74 ans. Ce nombre de patients exclus n'est pas exploitable car le pourcentage des patients âgés de 50 à 74 ans des médecins n'a pas été recueilli et nous ne voulions pas faire de différence entre les patientèles des différents cabinets.

Enfin, le questionnaire a été rédigé pour être simple à comprendre, en étant le plus concis possible afin d'avoir des réponses précises. Des questions à réponses binaires ou à réponses proposées ont été favorisées lorsque cela était possible, afin de faciliter l'interprétation.



Conclusion

La polymédication peut être présente à tout âge, quelques soient le sexe, la profession ou les affections dont souffrent le patient. La prévention et le dépistage de celle-ci sont donc nécessaires, dès l'instauration ou l'ajout d'un médicament.

D'autre part, les déterminants de la polymédication sont nombreux, la connaissance du traitement, l'acceptation de celui-ci, l'observance thérapeutique et l'information du patient en sont les principaux.

L'information médicale des patients constitue un élément central de la relation de confiance entre patient et professionnel de santé et permet ainsi d'améliorer l'adhésion du patient à ses soins.

Les principaux buts de la diminution de la polymédication sont :

- minorer les effets secondaires des traitements et les interactions médicamenteuses,
- favoriser l'observance du patient et son adhésion au traitement afin de garantir la bonne efficacité de la prescription,
- éviter les prescriptions en cascade et les hospitalisations dues au médicament,
- améliorer la qualité de vie du patient,
- diminuer les coûts de santé.

Les perspectives pour l'amélioration du dépistage puis de la prise en charge de la polymédication sont nombreuses :

- Toujours se questionner et juger de l'intérêt du nouveau médicament prescrit en effectuant une balance bénéfice-risque,
- Répéter les analyses de l'ordonnance habituelle, sans se contenter d'un « renouvellement d'ordonnance »,
- Toujours améliorer et répéter l'information thérapeutique pour que le patient connaisse son traitement mais aussi ses effets secondaires et les risques de ne pas le prendre,
- Favoriser une bonne relation médecin-malade,
- Améliorer la coordination entre les professionnels médicaux ainsi que le suivi de l'information entre l'hôpital/la clinique et le secteur libéral.

Même si nous ne l'avons pas étudié dans notre étude, la prévention des maladies, comme dans le cas de la prise en charge des facteurs cardio-vasculaires et le dépistage par le frottis cervico-utérin ou la recherche de sang dans les selles contribuent à limiter la polymédication



en évitant la survenue de certaine maladie ou en permettant de les prendre en charge plus rapidement.

Toutes ces pistes de réflexions doivent nous amener à nous questionner pour améliorer notre pratique notamment dans l'intérêt du patient. Nous devons mener le patient à connaître son traitement et à devenir un membre actif de sa prise en charge, le laissant alors libre de choisir ce qu'il désire pour lui et sa santé. Un patient qui comprend et guide sa prise en charge y adhère totalement, laissant disparaître la question de l'observance thérapeutique.

Alors, l'information thérapeutique, faite d'explications précises et répétées, prenant soin de s'intéresser au patient, à ses croyances et à sa compréhension, pourrait-elle remplacer certain traitement ?



Références bibliographiques

1. M. MONEGAT, C. SERMET, M. PERRONIN, E. ROCOCO. La polymédication : définitions, mesures et enjeux [Internet]. 2014 déc [cité 14 nov 2016] p. 8. (Questions d'économie de la Santé). Report No.: 204. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
2. B. HOVSTADIUS, K. HOVSTADIUS, B. ÅSTRAND, G. PETERSSON. Increasing polypharmacy - an individual-based study of the Swedish population 2005-2008. *BMC Clinical Pharmacology*. 2010;10:16.
3. UNIVERSITE MEDICALE VIRTUELLE FRANCOPHONE (UMVF). Polypathologie et médicaments, iatropathologie [Internet]. 2009 [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie11/site/html/cours.pdf>
4. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
5. SE. BEDELL, S. JABBOUR, R. GOLDBERG, H. GLASER, S. GOBBLE, Y. YOUNG-XU, et al. Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med*. 24 juill 2000;160(14):2129-34.
6. M. ANDRO, S. ESTIVIN, A. GENTRIC. Prescription médicamenteuse en gériatrie. Overuse/Misuse/Underuse [Internet]. 2010 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.sgoc.fr/Brest%202010/communications/014%20%C3%A9tude%20prescription%20m%C3%A9dicamenteuse.pdf>
7. D. BONNET-ZAMPONI, S. LEGRAIN. Prescription médicamenteuse et iatrogénie chez le sujet âgé. [3-1040]. 18 janv 2013;8(3):1-9.
8. F. NAUDIN, C. SERMET. La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001 [Internet]. IRDES; 2004 juill [cité 23 janv 2017] p. 37. Report No.: 524. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/rap1527.pdf>
9. JM. FAROUDJA. La prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien - Aspects réglementaires, éthiques et déontologiques [Internet]. Conseil National des Médecins; 2012 août [cité 12 janv 2016] p. 40-53. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Prescription_et_place_du_medicament_dans_relation_medecin_patient_pharmacien__CNP_2012.pdf
10. PJ. BARRY, P. GALLAGHER, C. RYAN, D. O'MAHONY. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)—an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing*. 1 nov 2007;36(6):632-8.
11. JT. HANLON, KE. SCHMADER. The Medication Appropriateness Index at 20: Where it Started, Where it has been and Where it May be Going. *Drugs Aging*. nov 2013;30(11):12.
12. F. MORIARTY, C. HARDY, K. BENNETT, SM. SMITH, T. FAHEY. Trends and interaction of polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in primary care

- over 15 years in Ireland: a repeated cross-sectional study. *BMJ Open*. 1 sept 2015;5(9):1-8.
13. PS. NISHTALA, MS. SALAHUDEEN. Temporal Trends in Polypharmacy and Hyperpolypharmacy in Older New Zealanders over a 9-Year Period: 2005-2013. *Gerontology*. 26 nov 2014;61(3):195-202.
 14. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. Activité et prescriptions [Internet]. 2016 [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/activite-et-prescriptions/prescriptions-des-medecins.php>
 15. P. NICOT. Améliorer les prescriptions chez les personnes âgées en Limousin : premiers résultats [Internet]. 2008 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/4_p.nicot_28mai2008_psychotropes.pdf
 16. N. CELANT, S. GUILLAUME, T. ROCHEREAU. Enquête sur la santé et la protection sociale en 2012 [Internet]. IRDES; 2014 juin [cité 28 nov 2016] p. 31-103. Report No.: 556. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>
 17. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. La cartographie des pathologies et des dépenses [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cartographie_Pathologies_Depenses_2015.pdf
 18. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (INSEE). Espérance de vie à divers âges en 2015 [Internet]. 2016 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
 19. P. CLERC, J. LE BRETON, J. MOUSQUES, G. HEBBRECHT, G. DE POURVOURVILLE. Les enjeux du traitement médicamenteux chez les patients atteints de polyopathologies [Internet]. IRDES. 2010 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes156.pdf>
 20. D. LANNOY. La iatrogénie médicamenteuse [Internet]. 2012 [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.aphnep.org/pdf/Journee/2012/8iatrogenie.pdf>
 21. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. La iatrogénie médicamenteuse [Internet]. 2010 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/la-iatrogenie-medicamenteuse.php>
 22. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) - Programme Pilote 2006-2013 [Internet]. 2011 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013
 23. T. BODENHEIMER. Coordinating Care - A perilous Journey through the Health Care System. *NEJM*. 3 juin 2008;1064-71.
 24. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. Tableaux par âge, sexe, région et département [Internet]. 2016 [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie->

des-pathologies-et-des-depenses/tableaux-par-age-sexe-region-et-departement/effectifs-par-pathologie-et-par-age-selon-le-sexe.php

25. UNIVERSITE MEDICALE VIRTUELLE FRANCOPHONE (UMVF). Ressources par disciplines [Internet]. 2012 [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.umvf.org/>
26. O. HANON. Hypertension artérielle chez le sujet âgé. [3-1108]. 9 oct 2013;8(4):1-6.
27. S. SAMSON, P. RICORDEAU, S. PEPIN, B. TILLY, A. WEILL, H. ALLEMAND. Hypertension artérielle et facteur de risques associés: évolutions des traitements entre 2000 et 2006. oct 2007;(10):1-8.
28. T. SAUDUBRAY, C. SAUDUBRAY, C. VIBOUD, G. JONDEAU, AJ. VALLERON, A. FLAHAULT, et al. Prévalence et prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France: enquête nationale auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles. 21 avr 2005;(26):845-50.
29. C. DE PERETTI, C. PEREL, P. TUPPIN, MC. ILIOU, Y. JULLIERE, A. GABET, et al. Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France: apports des enquêtes déclaratives « Handicap- Santé ». 13 déc 2013;(9-10):172-81.
30. JP. EMERIAU, F. LAMOULIATTE. Prise en charge de l'insuffisance cardiaque des personnes âgées. EMC - AKOS (Traité de Médecine). 28 janv 2008;1-10.
31. A. COHEN-SOLAL, M. DESNOS, F. DELAHAYE, JP. EMERIAU, G. HANANIA. A national survey of heart failure in French hospitals. European Heart Journal. 2000;763-9.
32. MD. FLATHER, MC. SHIBATA, AJS. COATS, DJV. VELDHUISEN, A. PARKHOMENKO, J. BORBOLA, et al. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). European Heart Journal. 2 janv 2005;26(3):215-25.
33. D. PAITRAUD. ENTRESTO (sacubitril, valsartan): nouvelle association fixe dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique [Internet]. 2016 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/19041/entresto_sacubitril_valsartan_nouvelle_association_fixe_dans_le_traitement_de_l_insuffisance_cardiaque_chronique/
34. Y. JUILLIERE. L'association valsartan-inhibiteur de la néprilysine est supérieure à l'énalapril dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique avec dysfonction systolique. Etude Paradigm. oct 2014;2.
35. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. Fiches par pathologie [Internet]. 2016 [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-cardio-neurovasculaires-1ere-partie.php>
36. A. GRIMALDI. Diagnostic du diabète. [3-0800]. 21 févr 2012;7(3):1-5.
37. C. ZEITTE. Syndrome dépressif. [7-0080]. 1 janv 1998;1-7.



38. D. ALCAIX, O. VITTECOQ. Arthropathies microcristallines. [7-0610]. 9 juin 2014;9(4):1-16.
39. M. GAYRAUD. Conduite à tenir devant des polyalgies. [1-0910]. 23 juill 2012;7(4):1-5.
40. T. CONROZIER. Reconnaître et prendre en charge une gonarthrose. [7-0730]. 27 avr 2011;1-7.
41. X. LE LOET. Polyarthrite rhumatoïde. [7-0500]. 1 janv 1998;1-5.
42. COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE PNEUMOLOGIE (CEP). Référentiel National de Pneumologie [Internet]. 2015 [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://cep.spf.fr/enseignement-du-deuxieme-cycle-dcem/referentiel-national-de-pneumologie/>
43. M. LADSOUS, JL. WEMEAU. Hypothyroïdie de l'adulte. [3-0480]. 2 avr 2009;1-5.
44. AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM). Etat des lieux de l'utilisation de la lévothyroxine en France [Internet]. 2013 oct [cité 30 nov 2016] p. 16. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2771abb19e99145678d17afb57c5ae0d.pdf
45. T. SEISEN, E. XYLINAS. Chapitre 10 - Hypertrophie bénigne de la prostate [Internet]. Association Français d'Urologie; 2015 [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/hypertrophie-benigne-de-la-prostate.html>
46. T. SEISEN, SJ. DROUIN, M. ROUPRET. Hypertrophie bénigne de la prostate. [5-0690]. 26 oct 2016;1-10.
47. E. AMAR, C. PEREIRA. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants [Internet]. 2005 nov [cité 12 févr 2016] p. 12. (Etudes et Résultats). Report No.: 440. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
48. AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM). Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 [Internet]. France; 2014 juin [cité 30 nov 2016] p. 36. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf
49. J. LECADET, P. VIDAL, B. BARIS, N. VALLIER, P. FENDER, H. ALLEMAND, et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000. déc 2003;34(4):233-48.
50. J. LECADET, P. VIDAL, K. VIALARET, B. BARIS. Médicaments antidépresseurs : évolution de la consommation entre 2000 et 2003 en région Auvergne. mars 2006;37(1):9-14.
51. L. LETERME, YS. SINGLAN. Prescription et utilisation d'un hypnotique, la zopiclone : enquête de pratique dans le Finistère-Sud. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. mars 2001;32(1):1-7.

52. A. BOCQUIER, S. NAULEAU, P. VERGER. Intérêt des données de l'Assurance maladie pour l'étude des disparités territoriales de santé : l'exemple des anxiolytiques et des hypnotiques en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005. juin 2009;40(2):1-8.
53. AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM). Etats des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [Internet]. 2013 déc [cité 20 nov 2016] p. 4-7. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3e06749ae5a50cb7ae80fb655dee103a.pdf
54. O. KUNSNIK-JOINVILLE, A. WEILL, B. SALANAVE, P. RICORDEAU, H. ALLEMAND. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? mars 2007;38(1):1-12.
55. A. FAGOT-CAMPAGNA, I. ROMON, S. FOSSE, C. ROUDIER. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France - Synthèse épidémiologique. Institut de veille sanitaire. nov 2010;1-12.
56. S. PICHETTI, C. SERMET, S. VAN DER ERF. La diffusion des nouveaux antidiabétiques : une comparaison internationale. mai 2013;(40):1-10.
57. J. LECADET, B. BARIS. Apport des séries chronologiques dans l'analyse de la consommation médicamenteuse. sept 2000;5:1-4.
58. AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM). Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux, synthèse et surveillance. 2014 avr p. 78.
59. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Efficacité et efficience des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines [Internet]. 2010 juill [cité 30 nov 2016] p. 18-9. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/5_statines-argumentaire_complet_maj_sept_2010.pdf
60. R. ROUSSEL, C. CHAINOT, A. WEILL, F. TRAVERT, B. HANSEL, M. MARRE, et al. Use of Fibrates Monotherapy in People with Diabetes and High Cardiovascular Risk in Primary Care: A French Nationwide Cohort Study Based on National Administrative Databases. C. PIZZI, éditeur. e0137733. 23 sept 2015;10(9):1-16.
61. O. REINBERG. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : peut-être pas si inoffensifs que cela. Revue Médicale Suisse. 2015;1665-71.
62. X. ROBLIN, M. GENEVOIS, P. BEDOUCH, J. LABARERE, F. HELUWAERT, C. FARRE, et al. Prévalence de l'utilisation des traitements inhibiteurs de la pompe à protons en milieu hospitalier : enquête transverse auprès de 528 patients. Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. 2016 [cité 30 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.snfge.org/content/prevalence-de-lutilisation-des-traitements-inh>
63. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. Le médecin traitant [Internet]. 2015 [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant.php>
64. SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». sept 2010;13.



65. PL. DRUAIS. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. Ministère de la Santé; 2015 mars [cité 12 janv 2016] p. 1-8. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
66. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Education thérapeutique du patient, définition, finalité et organisation [Internet]. 2007 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
67. R. GAGNAYRE, P. TRAYNARD. Éducation thérapeutique du patient. [7-1027]. 1 janv 2002;1-12.
68. C. KLEINCLAUSS, A. PENFORMIS. Observance en pratique médicale et courante. [1-0030]. 27 août 2013;8(4):1-6.
69. D. BONNET-ZAMPONI, S. LEGRAIN. Le tableau PMSA diagnostics et ses modalités de remplissage, pour les médecins en ville [Internet]. Omage, ars, omedit, université Paris Diderot; 2015. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/pmsa_revison_en_soins_primaires_2015_03_17.pdf
70. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Les deux modes de révision du traitement [Internet]. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp_pmsa_aide3.pdf
71. ML. LAROCHE, JP. CHARMES, L. MERLE. Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française [Internet]. 2007 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: <http://espacecancer.sante-ra.fr/oncogeriatric/Ressources/recommandations/Liste-medicaments-inappropriés%20LAROCHE.pdf>
72. PO. LANG, M. DRAME, B. GUIGNARD, R. MAHMOUDI, I. PAYOT, J. LATOUR, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. déc 2015;15(90):323-36.
73. D. O'MAHONY, D. O'SULLIVAN, S. BYRNE, MN. O'CONNOR, C. RYAN, P. GALLAGHER. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 1 mars 2015;44(2):213-8.
74. O. HANON, C. JEANDEL. Guide de Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées [Internet]. Conseil National Professionnel de Gériatrie; 2015 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.ffamco-ehpad.org/docs/2015/ppt_3e_journee_annuelle_ffamco/4-papa.pdf
75. A. COULOMB, A. BAUMELOU. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution - Marché, comportements, positions des acteurs [Internet]. 2006 [cité 12 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000030.pdf>
76. SANTE SERVICE BAYONNE ET REGION. Prescription anticipée personnalisée (PAP) [Internet]. [cité 12 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.santeservicebayonne.com/sites/ssbr.cpm.aquisante.priv/files/ANNEX%20PAP-webplanch.pdf>

77. A. BAUMELOU, S. LAURAIRE, S. TACHOT, M. FLACHAIRE. Automédication. EMC - AKOS (Traité de Médecine). 1 janv 2006;1-5.
78. C. ALLONIER, P. DOURGNON, T. ROCHEREAU. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 [Internet]. IRDES; 2010 juin [cité 28 nov 2016] p. 103-67. Report No.: 547. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
79. DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DRESS). Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie [Internet]. 2004 juin [cité 12 déc 2016] p. 12. (Etudes et Résultats). Report No.: 315. Disponible sur: <http://onala.free.fr/drees315.pdf>
80. M. BODIER, C. NOUEL DE BUZONNIERE, J. VIDALENC. Des spécificités socioprofessionnelles régionales, données Insee [Internet]. 2010 [cité 12 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281090>
81. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (INSEE). Catégories sociales–Tableaux de l'Économie Française [Internet]. 2010 [cité 12 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373359?sommaire=1373438>
82. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (INSEE). Évolution et structure de la population en 2013–Région de Limousin [Internet]. 2016 [cité 12 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020130?sommaire=2106142&geo=REG-74>
83. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTIO ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INPES). La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population [Internet]. 2012 oct p. 3. Report No.: 421. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>
84. AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM). Bon usage des médicaments antivitamine K (AVK) [Internet]. 2012 juill [cité 11 juill 2016] p. 10. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6d550a9311848623e57d311cc0ebacbe.pdf
85. J. FRANCHITTI. Evaluation des connaissances que les patients ont de leurs traitements [Internet]. Université Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2014 [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/bokov-these.pdf>
86. E. DENES, JP. ROGEZ, P. WEINBRECK. [Do HIV patients know their treatment?]. Med Mal Infect. juill 2006;36(7):375-8.
87. R. DHOTE, O. CONORT, G. HAZEBROUK, B. CHRISTOFOROV. Les patients hospitalisés connaissent-ils leurs traitements ? Journal de Pharmacie Clinique. 9 mai 1997;16(2):117-20.
88. C. DESBOIS. Evaluation du niveau de connaissance des patients vis-à-vis de leur traitement médicamenteux [Internet] [Analyse d'une cohorte de 469 patients hospitalisés ou consultant dans le service de Rhumatologie du CHU d'Angers]. Angers; 2012 [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20051213/2011PPHA456/fichier/456F.pdf>

89. A. MOREL. Evaluation de la connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs médicaments [Internet]. [Lille 2]: Henri Warembourg; 2014 [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/1b6475e0-8c7f-4cfb-b53f-7008bc7a6d45>
90. MK. CHUNG, JM. BARTFIELD. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med.* juin 2002;39(6):605-8.
91. TD. SILVA, EP. SCHENKEL, SS. MENGUE. [Information level about drugs prescribed to ambulatory patients in a university hospital]. *Cad Saude Publica.* juin 2000;16(2):449-55.
92. X. BENET. La confiance des parents vis à vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur Enfant [Internet] [Etude descriptive aux urgences pédiatriques]. [CHU Rouen]; 2014 [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079525/document>
93. GROUPE PASTEUR MUTUALITE. La confiance à l'égard des professionnels de santé [Internet]. Groupe Pasteur Mutualité; 2010 [cité 2 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.gpm.fr/le-groupe/communication/communiqués-de-presse/828-91-des-français-ont-confiance-a-leur-medecin-generaliste-selon-le-barometre-groupe-pasteur-mutualite-l-la-confiance-a-legard-des-professionnels-de-sante-r.html>
94. LES ENTREPRISES DU MEDICAMENT (LEEM). Un niveau de confiance dans les médicaments qui se maintient, une défiance vis-à-vis des vaccins qui progresse [Internet]. 2016 [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.leem.org/un-niveau-de-confiance-dans-les-medicaments-qui-se-maintient-une-defiance-vis-vis-des-vaccins-qui-pr>
95. S. LEGER, P. BEDOUCH, B. ALLENET, J. CALOP. Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé. *Journal de Pharmacie Clinique.* 27 juill 2001;20(2):110-3.
96. M. BAUDRANT-BOGA. Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2 [Internet]. [Grenoble I]: Joseph-Fourrier; 2010 [cité 27 déc 2016]. Disponible sur: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488730/file/These_M_Baudrant_Boga.pdf
97. R. HORNE, D. BUICK, M. FISHER, H. LEAKE, V. COOPER, J. WEINMAN. Doubts about necessity and concerns about adverse effects: identifying the types of beliefs that are associated with non-adherence to HAART. *International Journal of STD & AIDS.* 1 janv 2004;15(1):38-44.
98. CM. CLINE, AK. BJORCK-LINNE, BY. ISRAELSSON, RB. WILLENHEIMER, LR. ERHARDT. Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure.* juin 1999;1:145-9.
99. AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS). Modalités de prescription des anticoagulants et connaissance des patients de leur traitement [Internet]. 2004 [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: [file:///C:/Users/user/Downloads/enquete2003%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/enquete2003%20(3).pdf)

100. GM. VILKE, A. MARINO, J. ISKANDER, TC. CHAN. Emergency department patient knowledge of medications. Journal of Emergency Medicine. 11 janv 2000;19(4):327-30.



Annexes

Annexe 1. Tableau PMSA à remplir lors de l'analyse en médecine de ville.....	86
Annexe 2. Critères STOPP and START.....	87
Annexe 3. Questionnaire adressé à tous les patients de 50 à 74 ans	98
Annexe 4. Liste des catégories socio-professionnelles INSEE.....	100



Annexe 1. Tableau PMSA à remplir lors de l'analyse en médecine de ville

Problèmes de santé	Preuves diagnostiques	Optimisation du diagnostic ?	Traitements et alternatives non médicales	Optimisation du traitement ?	Remarques



Annexe 2. Critères STOPP and START

STOPP/START.v2, adaptation en langue française

Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2 (STOPP.v2)

Chez une personne âgée de 65 ans ou plus, la prise de ces médicaments est potentiellement inappropriée dans les circonstances décrites ci-dessous.

Section A : Indication de prescription

- A1.** Tout médicament prescrit sans indication clinique (aspirine et statine en prévention cardiovasculaire primaire ; inhibiteur de la pompe à protons sans atteinte œsogastrique récente...) – [sur-prescription]
- A2.** Tout médicament prescrit au-delà de la durée recommandée, si elle est définie – [sur-prescription]
- A3.** Toute duplication de prescription d'une classe médicamenteuse (deux benzodiazépines, anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, diurétiques de l'anse, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, β -bloquants, anticoagulants, ...) – [monothérapie à optimiser avant de considérer la duplication]

Section B : Système cardiovasculaire

- B1.** La digoxine pour une décompensation d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) conservée – [pas de preuve de bénéfice]
- B2.** Le vérapamil ou le diltiazem en présence d'une décompensation cardiaque de classe III ou IV – [risque d'aggravation de l'insuffisance cardiaque]
- B3.** Un β -bloquant en combinaison avec le vérapamil ou le diltiazem – [risque de bloc de conduction cardiaque]
- B4.** Un β -bloquant en présence d'une bradycardie (< 50 bpm), d'un bloc atrio-ventriculaire du second degré ou troisième degré – [risque de bloc complet ou d'asystolie]
- B5.** L'amiodarone en première intention pour une tachycardie supra-ventriculaire – [risque d'effets secondaires plus important que celui par β -bloquant, digoxine, vérapamil ou diltiazem]
- B6.** Un diurétique de l'anse en première intention pour une hypertension artérielle – [des alternatives plus sûres et plus efficaces sont disponibles]
- B7.** Un diurétique de l'anse pour œdèmes des membres inférieurs d'origine périphérique (c.à.d. en l'absence d'argument pour une insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique, insuffisance rénale ou syndrome néphrotique) – [la surélévation des jambes et le port de bas de contention sont plus appropriés]
- B8.** Un diurétique thiazidique ou apparenté (indapamide) en présence d'une hypokaliémie ($K^+ < 3,0$ mmol/L), hyponatrémie ($Na^+ < 130$ mmol/L), hypercalcémie (calcémie



corrigée > 2,65 mmol/L ou > 10,6 mg/dL), ou d'une histoire d'arthrite microcristalline (goutte ou chondrocalcinose) – [risque accru de précipiter ces troubles métaboliques]

B9. Un diurétique de l'anse pour hypertension artérielle en présence d'une incontinence urinaire – [exacerbation probable de l'incontinence]

B10. Un antihypertenseur à action centrale (méthildopa, clonidine, moxonidine, rilménidine, guanfacine) en l'absence d'une intolérance ou d'une inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs – [les antihypertenseurs à action centrale sont moins bien tolérés]

B11. Un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) en présence d'un antécédent d'hyperkaliémie – [risque de récurrence]

B12. Un antagoniste de l'aldostérone (spironolactone, éplérénone) en l'absence d'une surveillance de la kaliémie (au moins semestrielle), lorsque cet antagoniste est associé à un médicament d'épargne potassique (IEC, ARA II, amiloride, triamtèrene) – [risque d'hyperkaliémie sévère (> 6,0 mmol/L)]

B13. Un inhibiteur de la 5-phosphodiesterase (sildénafil, tadalafil, vardénafil) en présence d'une décompensation cardiaque sévère avec hypotension (pression systolique < 90 mmHg) ou d'un angor traité par nitrés – [risque de choc cardiovasculaire]

Section C : Antiagrégants et anticoagulants

C1. De l'aspirine au long cours à dose > 160 mg/j – [risque accru de saignement, sans preuve d'efficacité majorée]

C2. De l'aspirine en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodéal sans prescription d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) – [risque de récurrence d'ulcère]

C3. Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) ou un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) en présence d'un risque hémorragique significatif (hypertension artérielle sévère non contrôlée, diathèse hémorragique, ou récent épisode de saignement spontané important) – [risque élevé d'hémorragie]

C4. De l'aspirine associée au clopidogrel en prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis moins de 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique) – [pas de preuve de bénéfice, hors de ces trois exceptions, par rapport à une monothérapie par clopidogrel]

C5. De l'aspirine associée à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une fibrillation atriale – [pas de bénéfice additionnel de l'aspirine, qui majore le risque de saignement]

C6. Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) en association à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une artériopathie stable (coronarienne, cérébro-vasculaire ou périphérique) – [pas de bénéfice additionnel de l'ajout de l'antiagrégant, qui majore le risque de saignement]

C7. La ticlopidine dans tous les cas – [le clopidogrel et le prasugrel ont des effets secondaires moindres et une efficacité similaire]



C8. Un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) durant plus de 6 mois pour un premier épisode de thrombose veineuse profonde (TVP) sans facteur de risque de thrombophilie identifié – [pas de bénéfice additionnel après 6 mois]

C9. Un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) durant plus de 12 mois pour un premier épisode d'embolie pulmonaire (EP) sans facteur de risque de thrombophilie identifié – [pas de bénéfice additionnel après 12 mois]

C10. Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) associé à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) – [risque accru d'hémorragie gastro-intestinale]

C11. Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en présence d'un antiagrégant plaquettaire, sans traitement préventif par un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) – [risque accru d'ulcère gastroduodénal]

Section D : Système nerveux central et psychotropes

D1. Un antidépresseur tricyclique en présence d'une démence, d'un glaucome à angle aigu, d'un trouble de conduction cardiaque, d'un prostatisme/antécédent de globe vésical – [risque d'aggravation par effet anticholinergique]

D2. Un antidépresseur tricyclique en traitement de première intention pour une dépression – [risque accru d'effets secondaires par rapport aux inhibiteurs sélectifs de recapture sélectifs (ISRS)]

D3. Un neuroleptique à effet anticholinergique modéré à marqué (chlorpromazine, clozapine, flupenthixol, fluphenzine, pipothiazine, promazine, zuclophenthixol) en présence d'un prostatisme ou d'un antécédent de globe vésical – [risque de globe vésical]

D4. Un inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS) en présence d'une hyponatrémie ($\text{Na}^+ < 130 \text{ mmol/L}$) concomitante ou récente – [risque d'exacerbation ou de récurrence de l'hyponatrémie]

D5. Une benzodiazépine depuis plus de 4 semaines – [un traitement prolongé par benzodiazépine n'est pas indiqué (critère A1) ; risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chute et/ou d'accident de la route. Après 2 semaines, toute prise de benzodiazépine devrait être diminuée progressivement puisqu'il existe une tolérance de l'effet thérapeutique et un risque de syndrome de sevrage]

D6. Un neuroleptique (autre que la quétiapine ou la clozapine) en présence d'un syndrome parkinsonien ou d'une démence à corps de Lewy – [risque d'aggravation sévère des symptômes extrapyramidaux]

D7. Un médicament à effet anticholinergique en traitement des effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique – [risque d'effets anticholinergiques]

D8. Un médicament à effet anticholinergique en présence d'une démence ou/et d'un syndrome confusionnel – [risque d'exacerbation des troubles cognitifs]

D9. Un neuroleptique chez un patient présentant des symptômes psycho-comportementaux associés à une démence, à moins que ces symptômes soient sévères et que l'approche non pharmacologique ait échoué – [risque accru de thrombose cérébrale et de décès]

D10. Un neuroleptique pour insomnies (à moins qu'elles ne soient dues à une psychose ou une démence) – [risques de confusion, d'hypotension, d'effets secondaires extrapyramidaux, de chute]

D11. Un inhibiteur de l'acétylcholinestérase en présence d'un antécédent de bradycardie persistante (< 60 bpm), de bloc de conduction cardiaque, de syncopes récidivantes inexpliquées, de médicament bradycardisant (β -bloquant, digoxine, diltiazem, vérapamil) ou d'asthme – [risque de troubles sévères de la conduction cardiaque, de syncope, d'accident, de bronchospasme]

D12. Une phénothiazine comme neuroleptique de première ligne (à l'exception de la prochlorpérazine pour nausées, vomissements et vertiges ; de la chlorpromazine pour hoquet persistant ; de la lévomépromazine comme antiémétique en soins palliatifs) – [effets sédatifs et anticholinergiques sévères ; des alternatives plus sûres existent]

D13. La L-dopa ou un agoniste dopaminergique pour des tremblements essentiels bénins ou pour un syndrome parkinsonien – [pas de preuve d'efficacité]

D14. Un antihistaminique de première génération dans tous les cas – [d'autres antihistaminiques plus sûrs sont disponibles]

Section E : Fonction rénale et prescriptions. Les six prescriptions suivantes sont potentiellement inappropriées chez une personne âgée présentant une altération aiguë ou chronique de sa fonction rénale et notamment lorsque est atteint un certain seuil de débit de filtration glomérulaire (DFG) tel qu'estimé par la clairance de la créatinine (selon la formule de Cockcroft-Gault et exprimée en mL/min). Se référer aux notices des médicaments et aux recommandations locales.

E1. La digoxine au long cours à une dose > 125 μ g/j lorsque le DFG est < 30 mL/min – [risque d'intoxication]

E2. Un inhibiteur direct de la thrombine (dabigatran) lorsque le DFG est < 30 mL/min – [risque accru de saignement]

E3. Un inhibiteur direct du facteur Xa (rivaroxaban, apixaban) lorsque le DFG est < 15 mL/min – [risque accru de saignement]

E4. Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) lorsque le DFG est < 50 mL/min – [risque d'aggravation de la fonction rénale]

E5. La colchicine lorsque le DFG est < 10 mL/min – [risque d'intoxication]

E6. La metformine lorsque le DFG est < 30 mL/min – [risque d'acidose lactique]

Section F : Système digestif

F1. La prochlorpérazine ou le métoclopramide en présence de symptômes extrapyramidaux – [risque d'aggravation]

F2. Un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) à dose maximale pendant plus de 8 semaines pour œsophagite peptique ou ulcère gastroduodéal non compliqués – [indication d'une réduction de la dose de l'IPP, voire de son arrêt avant 8 semaines]

F3. Un médicament à effet constipant (anticholinergiques, fer par voie orale, opiacés, vérapamil, antiacide à base de sel d'aluminium) en présence d'une constipation chronique lorsque des alternatives existent – [risque de majoration de la constipation]

F4. Du fer élémentaire à dose > 200 mg/j par voie orale (fumarate de fer > 600 mg/j, sulfate de fer > 600 mg/j, gluconate de fer > 1800 mg/j) – [absorption du fer inchangée au-delà de cette dose, et risque de troubles digestifs]

Section G : **Système respiratoire**

G1. La théophylline en monothérapie d'une BPCO – [alternatives plus sûres et plus efficaces ; risque d'effets secondaires liés à l'indice thérapeutique étroit]

G2. Des corticostéroïdes par voie systémique plutôt qu'inhalée pour le traitement de fond d'une BPCO modérée à sévère – [exposition inutile à des effets secondaires alors que le traitement inhalé est efficace]

G3. Un bronchodilatateur anticholinergique (ipratropium, tiotropium) en présence d'un glaucome à angle aigu – [risque d'exacerbation du glaucome], ou d'un obstacle à la vidange de la vessie – [risque de rétention urinaire]

G4. Un β -bloquant non cardiosélectif (sotalol, carvedilol, pindolol, propranolol, ...), par voie orale ou voie locale (glaucome), en présence d'un antécédent d'asthme nécessitant un traitement bronchodilatateur – [risque de bronchospasme]

G5. Une benzodiazépine en présence d'une insuffisance respiratoire aiguë ou chronique ($pO_2 < 60$ mmHg ou $SaO_2 < 89\%$ ou $< 8,0$ kPa ou/et $pCO_2 > 6,5$ kPa ou > 50 mmHg) – [risque d'aggravation de l'insuffisance respiratoire]

Section H : **Système musculo-squelettique**

H1. Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodéal ou de saignement digestif, sans traitement gastro-protecteur par IPP ou anti- H_2 – [risque de récurrence de l'ulcère peptique]

H2. Un AINS en présence d'une hypertension artérielle sévère – [risque de majoration de l'hypertension] ou d'une insuffisance cardiaque sévère – [risque de décompensation cardiaque]

H3. Un AINS au long cours (> 3 mois) en première ligne pour une douleur arthrosique – [un analgésique comme le paracétamol est préférable et habituellement efficace pour contrôler les douleurs arthrosiques modérées]

H4. Une corticothérapie au long cours (> 3 mois) pour une polyarthrite rhumatoïde en monothérapie – [risque d'effets secondaires de la corticothérapie]

H5. Une corticothérapie pour douleur d'arthrose, par voie orale ou locale (injections intra-articulaires admises) – [risque d'effets secondaires systémiques de la corticothérapie]

H6. Un AINS ou la colchicine au long cours (> 3 mois) pour le traitement de fond d'une goutte, en l'absence d'un inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol ou fébuxostat) sauf si ce dernier est contre-indiqué – [un inhibiteur de la xanthine-oxydase est le premier choix pour la prévention des crises de goutte]

H7. Un AINS ou un inhibiteur sélectif de la COX-2, en présence d'une maladie cardiovasculaire non contrôlée (angine de poitrine, HTA sévère) – [risque accru d'infarctus du myocarde ou de thrombose cérébrale]

H8. Un AINS en présence d'une corticothérapie sans traitement préventif par inhibiteur de la pompe à protons – [risque accru d'ulcère gastroduodénal]

H9. Un biphosphonate par voie orale en présence d'une atteinte actuelle ou récente du tractus digestif supérieur (dysphagie, œsophagite, gastrite, duodénite, ulcère peptique, ou saignement digestif haut) – [risque de récurrence ou de majoration de l'atteinte digestive haute]

Section I : Système urinaire

I1. Un médicament à effets anticholinergiques en présence d'une démence, d'un déclin cognitif chronique – [risque d'une majoration de la confusion, d'agitation], d'un glaucome à angle fermé – [risque d'exacerbation du glaucome] ou d'un prostatisme persistant – [risque de globe vésical]

I2. Un α_1 -bloquant (tamsulosine, térazocine) en présence d'une hypotension orthostatique symptomatique ou de syncope post-mictionnelle – [risque de syncopes récurrentes]

Section J : Système endocrinien

J1. Une sulphonylurée à longue durée d'action (glibenclamide, chlorpropamide, glimépiride, gliclazide à libération prolongée) pour un diabète de type 2 – [risque d'hypoglycémies prolongées]

J2. Une thiazolidinédione (rosiglitazone, pioglitazone) en présence d'une décompensation cardiaque – [risque de majoration de la décompensation cardiaque]

J3. Un β -bloquant en présence d'un diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques – [risque de masquer les symptômes d'hypoglycémie. Envisager une diminution du traitement hypoglycémiant pour ramener l'HbA1c entre 7,5 et 8,5 % (59 et 69 mmol/mL) chez les patients âgés fragiles]

J4. Des œstrogènes en présence d'un antécédent de cancer du sein ou d'épisode thromboembolique veineux – [risque accru de récurrence]

J5. Des œstrogènes par voie orale ou transdermique sans progestatifs associés chez une patiente non hystérectomisée – [risque de cancer endométrial]

J6. Des androgènes en l'absence d'un hypogonadisme confirmé – [risque de toxicité aux androgènes ; absence de bénéfice prouvé en dehors de l'hypogonadisme]

Section K : Médicaments majorant le risque de chute

K1. Une benzodiazépine dans tous les cas – [effet sédatif, trouble de proprioception et d'équilibre]

K2. Un neuroleptique dans tous les cas – [effet sédatif, dyspraxie de la marche, symptômes extrapyramidaux]



K3. Un vasodilatateur (α_1 -bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré de longue durée d'action, inhibiteur de l'enzyme de conversion, antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II) en présence d'une hypotension orthostatique persistante (diminution récurrente de la pression artérielle systolique ≥ 20 mmHg ou diastolique ≥ 10 mmHg lors de la verticalisation) – [risque de syncopes, de chutes]

K4. Un hypnotique Z (zopiclone, zolpidem, zaleplon) – [risque de sédation, d'ataxie]

Section L : Antalgiques

L1. Un opiacé fort en première ligne d'une douleur légère (par voie orale ou transdermique ; morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, diamorphine, méthadone, tramadol, pethidine, pentazocine) – [non-respect de l'échelle OMS de la douleur]

L2. Un opiacé en traitement de fond (c.à.d. non à la demande) sans la prescription concomitante d'un traitement laxatif – [risque de constipation sévère]

L3. Un opiacé de longue durée d'action en cas de pics douloureux, en l'absence d'un opiacé à action immédiate – [risque de persistance des pics douloureux]

Section N : Charge anticholinergique

N1. Une utilisation concomitante de plusieurs (≥ 2) médicaments à effets anticholinergiques (antispasmodique vésical ou intestinal, antidépresseur tricycliques, antihistaminique de première génération, ...) – [risque de toxicité anticholinergique]

Liste non exhaustive de médicaments à activité anticholinergique élevée :

amitriptyline, clomipramine, doxépine, imipramine ;

hydroxyzine, méclizine, prométhazine ;

clozapine, lévomépromazine ;

bipéridène, procyclidine, trihexyphénidyle ;

fésotérodine, flavoxate, oxybutynine, proprivérine ;

solifénacine, toltérodine ;

ipratropium ;

butylhyoscine, tizanidine, scopolamine

Principaux effets anticholinergiques centraux : sédation, altération cognitive, delirium (confusion aiguë), désorientation, hallucinations visuelles, agitation, irritabilité, agressivité

Principaux effets anticholinergiques périphériques : trouble de l'accommodation visuelle, mydriase, sécheresse buccale, sécheresse oculaire, tachycardie, nausées, constipation, dysurie, rétention vésicale



Les traitements médicamenteux proposés ci-après doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide chez une personne âgée de 65 ans et plus, hors situation de fin de vie.

Le prescripteur aura vérifié toutes les contre-indications spécifiques de ces traitements médicamenteux avant de les recommander aux patients âgés.

Section A : Système cardiovasculaire

A1. En présence d'une fibrillation atriale (paroxystique, persistante ou permanente), un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur de la thrombine ou inhibiteur du facteur Xa). En cas de fibrillation atriale induite par une cardiopathie valvulaire mitrale ou par un syndrome coronarien aigu ou récent, seul l'anti-vitamine K est recommandé – [risque cardio-embolique élevé]

A2. En présence d'une fibrillation atriale et d'une contre-indication majeure à l'anticoagulation, de l'aspirine (75 mg à 160 mg/jour) – [risque cardio-embolique élevé]

A3. En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébro-vasculaire ou périphérique, un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) – [réduction des événements ischémiques]

A4. En présence d'une hypertension artérielle persistante (systolique > 160 mmHg et/ou diastolique > 90 mmHg), un antihypertenseur. Pour les patients diabétiques, les seuils de 140 mmHg pour la systolique et de 90 mmHg pour la diastolique sont préférés – [réduction de la morbidité cardiovasculaire]

A5. En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébro-vasculaire ou périphérique chez un patient de moins de 85 ans, une statine – [réduction des événements ischémiques]

A6. En présence d'une insuffisance cardiaque systolique ou/et d'une maladie coronarienne, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) – [réduction de la morbidité cardiaque]

A7. En présence d'une cardiopathie ischémique, un β -bloquant – [réduction de la morbidité cardiaque]

A8. En présence d'une insuffisance cardiaque systolique stable, un traitement β -bloquant validé (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol) – [réduction de la morbidité cardiaque]

Section B : Système respiratoire

B1. En présence d'un asthme ou d'une BPCO de stade léger à modéré, l'inhalation régulière d'un agoniste β_2 -adrénergique ou d'un anti-muscarinique bronchodilatateur (ipratropium, tiotropium) – [contrôle des symptômes]

B2. En présence d'un asthme ou d'une BPCO de stade modéré à sévère, lorsque le volume expiratoire forcé durant la première seconde (VEF1) est < 50 % ou lorsque des exacerbations nécessitent une corticothérapie orale, la prise régulière d'un corticostéroïde inhalé – [contrôle des symptômes, diminution des exacerbations]

B3. En présence d'une hypoxie chronique documentée ($pO_2 < 60$ mmHg ou $< 8,0$ kPa, ou $SaO_2 < 89\%$ à l'air ambiant), une oxygénothérapie de longue durée – [augmentation de l'espérance de vie]

Section C : Système nerveux central et œil

C1. En présence d'une maladie de Parkinson de forme idiopathique confirmée, responsable d'un retentissement fonctionnel significatif, de la L-DOPA ou un agoniste dopaminergique – [premier choix pour le contrôle des symptômes]

C2. En présence de symptômes dépressifs majeurs persistants, un antidépresseur non tricyclique – [amélioration des formes sévères de dépression]

C3. En présence d'une maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré (donépézil, rivastigmine, galantamine) ou une maladie à corps de Lewy (rivastigmine), un inhibiteur de l'acétylcholinestérase – [amélioration limitée des fonctions cognitives]

C4. En présence d'un glaucome primaire à angle ouvert, un traitement topique par analogue des prostaglandines, de la prostamide ou un β -bloquant – [diminution de la pression intraoculaire]

C5. En présence d'une anxiété sévère persistante, un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS). En cas de contre-indication aux ISRS, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ou la prégabaline – [médicaments plus appropriés que les benzodiazépines pour un traitement prolongé]

C6. En présence d'un syndrome des jambes sans repos, après avoir écarté une carence martiale et une insuffisance rénale sévère, un agoniste dopaminergique (ropinirole, pramipexole, rotigotine) – [amélioration des symptômes, de la qualité du sommeil et de la qualité de vie]

Section D : Système digestif

D1. En présence d'un reflux gastro-œsophagien sévère ou d'une sténose peptique nécessitant une dilatation, un inhibiteur de la pompe à protons – [contrôle des symptômes]

D2. En présence d'une maladie diverticulaire associée à une histoire de constipation chronique, une supplémentation en fibres (son, ispaghula, méthyl cellulose, sterculiacée) – [contrôle des symptômes]

Section E : Système musculo-squelettique

E1. En présence d'une polyarthrite rhumatoïde active et invalidante, un traitement de fond par un inducteur de rémission (méthotrexate, hydroxychloroquine, minocycline, leflunomide, tocilizumab, étanercept, adalimumab, anakinra, abatecept, infliximab, rituximab, certolizumab, golimumab) – [ralentissement de l'évolution de la maladie]

E2. En cas de corticothérapie systémique au long cours (> 3 mois), une supplémentation en vitamine D et calcium et un traitement par biphosphonates – [prévention de l'ostéoporose cortico-induite]



E3. En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score < -2,5 DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie), une supplémentation en vitamine D (cholécalférol 800–1000 UI/jour) et calcium (1–1,2 g/jour) – [prévention de fractures osseuses]

E4. En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score < -2,5 DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie), un traitement inhibiteur de la résorption osseuse ou anabolique osseux – [prévention des fractures osseuses]

E5. En présence d'un confinement au domicile, de chutes ou d'une ostéopénie (densitométrie osseuse : $-2,5 < \text{T-score} < -1,0$ DS), une supplémentation en vitamine D (cholécalférol 800–1000 UI/jour) – [prévention de l'ostéoporose]

E6. En présence de goutte clinique (crises, arthropathie, tophus) radiographique, un traitement de fond par un inhibiteur de la xanthine oxydase (allopurinol, fébuxostat) – [prévention des crises de goutte]

E7. En cas de traitement par méthotrexate, une supplémentation en acide folique – [prévention des effets indésirables gastro-intestinaux et hématologiques]

Section F : **Système endocrinien**

F1. En présence d'un diabète compliqué d'une néphropathie (protéinurie à la bandelette urinaire ou microalbuminurie > 30 mg/24 heures), avec ou sans insuffisance rénale biologique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC). En cas d'intolérance aux IEC, un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II – [protection glomérulaire]

Section G : **Système urogénital**

G1. En présence d'un prostatisme symptomatique lorsqu'une résection de la prostate n'est pas justifiée, un α 1-bloquant – [diminution des symptômes]

G2. En présence d'un prostatisme symptomatique lorsqu'une résection de la prostate n'est pas justifiée, un inhibiteur de la 5 α -réductase – [diminution du risque de rétention urinaire aiguë et de résection prostatique]

G3. En présence d'une vaginite atrophique symptomatique, des œstrogènes locaux (crème, ovule, anneau, pessaire) – [diminution des symptômes]

Section H : **Antalgiques**

H1. En présence de douleurs modérées à sévères, des agonistes opioïdes forts doivent être proposés lorsque le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les opiacés faibles sont inadaptés à la sévérité des douleurs ou ont été inefficaces – [contrôle de la douleur permettant d'éviter anxiété, dépression, troubles du comportement, du sommeil et de la mobilité]

H2. Chez une personne recevant des opiacés de façon régulière, un traitement laxatif – [prévention de la constipation induite par les opiacés]

Section I : **Vaccinations**

I1. Une vaccination annuelle contre la grippe, au début de l'automne – [prévention d'hospitalisations et de la mortalité liées au virus influenza]

I2. Une vaccination contre le pneumocoque par le vaccin conjugué 13-valent ou/et le vaccin polysaccharidique 23-valent, sans moment de préférence durant l'année – [prévention des infections invasives à pneumocoques]



Questionnaire adressé à tous les patients de 50 à 74 ans

Questionnaire rédigé par Mathilde Courtois, Interne en Médecine Générale au CHU de Limoges, pour évaluer la polymédication et la vision des médicaments par les patients en médecine générale. Ces questionnaires me serviront à rédiger ma thèse de Docteur en Médecine Générale. Vous n'êtes pas obligé de répondre à ce questionnaire si vous ne le souhaitez pas. Ce questionnaire est anonyme. **Merci d'avance pour vos réponses.**

Question 1 : Quel âge avez-vous ?

.....

Question 2 : Etes-vous (entourez la bonne réponse) :

- a. Un homme
- b. Une femme

Question 3 : Dans quelle catégorie socioprofessionnelle travaillez ou travailliez-vous (entourez la bonne réponse)?

- a. Agriculteurs exploitants
- b. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- c. Cadres et professions intellectuelles supérieures
- d. Employés
- e. Ouvriers
- f. Inactifs/chômeurs/sans emploi
- g. Autre :

Question 4 : Combien prenez-vous de médicaments différents par jour (entourez la bonne réponse)?

- a. Aucun
- b. 1 à 4 médicaments inclus par jour
- c. 5 médicaments ou plus par jour

Question 5 : Pensez-vous prendre trop de médicaments (entourez la bonne réponse)?

OUI NON

Question 6 : Quels traitements vous semblent les plus importants pour votre santé ? (une ou plusieurs réponses)

-
-
-



Question 7 : Savez-vous pour quelles maladies sont prescrits vos traitements (entourez la bonne réponse)?

OUI NON

Si oui, associez traitements et maladies : (*exemple : cholestérol, cœur, Hypertension, douleur...*)

Médicament	Maladie

Si non, citez les médicaments dont vous ignorez l'indication ou l'action :

-
-
-
-

Question 8 : Selon vous, faudrait-il ajouter un médicament ou plusieurs à votre ordonnance actuelle (entourez la bonne réponse) ?

OUI NON

Question 9 : Avez-vous bénéficié d'information thérapeutique (explications sur l'action et le but de vos traitements) (entourez la bonne réponse) ?

OUI NON

Si oui, par qui ? (entourez la ou les bonnes réponses)

- a. Médecin généraliste
- b. Médecin spécialiste
- c. Infirmière
- d. Autre :

Question 10 : Voudriez-vous avoir plus d'information sur votre traitement (entourez la bonne réponse) ?

OUI NON



Annexe 4. Liste des catégories socio-professionnelles INSEE

PCS 2003 Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles

Code	Libellé
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions Intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Etude observationnelle de la polymédication chez le patient de 50 à 74 ans en médecine générale

Introduction : La polymédication est un enjeu médical, social et économique de la prise en charge des patients et augmente avec le vieillissement et l'accroissement de la population. Cette tranche d'âge a été retenue car les maladies chroniques commencent à se développer à ce moment.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle épidémiologique descriptive transversale et multicentrique en Haute-Vienne (5 cabinets), incluant les patients de 50 à 74 ans venant consulter leur médecin généraliste du 23 novembre 2015 au 19 août 2016. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire. L'objectif principal est l'importance de la polymédication, définie par un seuil de 5 médicaments ou plus. Les objectifs secondaires sont : l'observation de la connaissance du traitement, la perception de son ordonnance par le patient, la délivrance de l'information thérapeutique.

Résultats : 108 patients ont été inclus (58 femmes et 50 hommes). 21% des patients sont polymédiqués (23 patients). 19% des patients pensent prendre trop de médicaments. 94% des patients affirment avoir bénéficié d'information thérapeutique et 17% voudrait avoir un complément d'information. Nous avons pu voir que 9 patients polymédiqués sur 23 (39%) et 10 patients non-polymédiqués sur 76 pensent prendre trop de médicaments (13%). Les patients polymédiqués ont l'impression de prendre trop de médicament par rapport aux non-polymédiqués ($p = 0.01263$).

Conclusion : La prévention et le dépistage de la polymédication sont primordiaux. Les déterminants de la polymédication sont nombreux. Plusieurs perspectives d'amélioration de nos pratiques sont à l'étude et l'information thérapeutique doit se généraliser.

Discipline : DES de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Limoges

Mots-clés : polymédication, information thérapeutique, médecin généraliste, perception du traitement

A french observational study of polypharmacy in patients aged 50 to 74 years. Results in 108 patients.

Background : In the context of population increasing and aging, polypharmacy has a real impact in patients because of his medical, social and economic issues. This age range is marked by the development of several chronic diseases requiring treatments.

Methods : It's a multi-centre and observationnal epidemiological study concerning patients aged 50 to 74 years, living in Haute-Vienne in France. They were included between November 2015 and August 2016 by through a medical consultation with their general practitioner. Volunteers have responded to a survey concerning their treatments.

The primary end-point was the evaluation of polypharmacy, defined by the taking of at least 5 drugs per day. Secondary end-points were the evaluation of drugs knowledge, the understanding of medical information and treatment by the patient.

Results : 108 patients were included (58 women, 50 men). 21% have polypharmacy (23/108). 19% thought they take too many drugs. 94% declared have received therapeutic information by their general practitioner and 17% would like new explanations. More patients in the group polypharmacy (39%) thought they have too many drugs compared to patients in the other group (13%) ($p = 0.01263$).

Conclusions : Detection and prevention of polypharmacy are an essential objective to prevent interactions and drugs adverse effects. Studies are ongoing to generalize therapeutic information and to improve drug's knowledge by the patients.

Keywords : polypharmacy, therapeutic information, general practitioner, understanding of treatment

