

Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 17 décembre 2018

Par Amandine TERRET

Né(e) le 17 août 1986 à Oloron sainte Marie

Les déterminants du comportement des médecins généralistes prescripteurs de Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée de plus de 75 ans en Limousin.

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET.

JURY :

Président du jury

Pr. DUMOITIER Nathalie, Professeur en médecine générale, Limoges.

Jury :

Pr BUCHON Daniel, Professeur en médecine générale, Limoges.

Pr MARQUET Pierre, Professeur de pharmacologie médicale, université de Limoges.

Dr RUDELLE Karen, Chef de clinique, Médecine générale, Limoges.



Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 17 décembre 2018

Par Amandine TERRET

Né(e) le 17 août 1986 à Oloron sainte Marie

Les déterminants du comportement des médecins généralistes prescripteurs de Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée de plus de 75 ans en Limousin.

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET

JURY :

Président du jury

Pr. DUMOITIER Nathalie, Professeur en médecine générale, Limoges.

Jury :

Pr BUCHON Daniel, Professeur en médecine générale, Limoges.

Pr MARQUET Pierre, Professeur de pharmacologie médicale, université de Limoges.

Dr RUDELLE Karen, Chef de clinique, Médecine générale, Limoges.



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
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 (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
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
LY Kim	MEDECINE INTERNE
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
(Retraite au 31-07-2018)

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

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	(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)
DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 12 janvier 2018)
PREVOST Martine	(du 1 ^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1 ^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01.09.2017 au 31.08.2019
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2016 au 31.08.2018
BONNAUD François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DENIS François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
GAINANT Alain	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOULIES Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2018
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2018
VIROT Patrice	du 01.09.2016 au 31.08.2018

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} janvier 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LARRADET Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 ^{er} janvier 2018)
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)

CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
JASMIN Michèle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (à compter du 1er janvier 2018)
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

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

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

LERAT Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

« Quand on devient vieux, les habitudes sont une tyrannie. Tout ce qui s'en va, tout ce que l'on quitte a le caractère de l'irrévocable, et on sent la mort marcher sur vous. Si à la ruine intérieure que l'on sent très bien, des ruines du dehors s'ajoutent, on est tout simplement écrasé. »

Gustave Flaubert ; Lettre à sa nièce Caroline, le 21 octobre 1875

Remerciements Remerciements

Merci à Nadège Lauchet d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci à tous les médecins qui ont participé aux focus group.

Merci à Nathalie DUMOITIER d'avoir accepté de présider mon jury.

Merci aux Pr Daniel BUCHON, Pr Pierre MARQUET et Dr Karen RUDELLE d'avoir accepté de participer au jury.

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	22
I. CONTEXTE.....	23
I.1. Les personnes âgées.....	23
I.1.1. Epidémiologie.....	23
I.1.1.1. Au plan national.....	23
I.1.1.2. Au plan régional.....	23
I.1.1.3. Evolution.....	23
I.1.2. Définition de la personne âgée.....	25
I.1.2.1. La personne âgée selon l'âge.....	25
I.1.2.2. La notion de fragilité.....	25
I.1.3. Particularités physiologiques de la personne âgée.....	27
I.1.4. La personne âgée polymédiquée.....	30
I.1.4.1. Définition de la polymédication.....	30
I.1.4.2. Causes de la polymédication chez la personne âgée.....	31
I.1.4.3. Conséquences de la polymédication chez la personne âgée.....	34
I.2. Le mésusage médicamenteux et les Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI).	34
I.2.1. Définitions.....	34
I.2.1.1. Les médicaments.....	34
I.2.1.2. Les MPI.....	34
I.2.1.3. Le mésusage médicamenteux.....	35
I.2.2. L'histoire des Médicaments Potentiellement Inappropriés.....	35
I.2.2.1. Les critères de Beers.....	35
I.2.2.2. Les critères STOPP/START (Irlande).....	37
I.2.2.3. Les critères de Mc Leod et l'outil IPET (Improving Prescribing in the Elderly Tool) (Canada).....	38
I.2.2.4. La liste NORGEP (NORwegian GEneral Practice).....	39
I.2.2.5. La liste de Marie Laure LAROCHE (France).....	39
I.2.3. Prévalence des MPI.....	40
I.2.3.1. Prévalence des MPI en France.....	40
I.2.3.2. Prévalence des MPI ailleurs en Europe.....	41
I.3. Autres outils d'aide à la déprescription.....	43
I.3.1. Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (74).....	44
I.3.2. Les antihyperglycémifiants. (75).....	44
I.3.3. Les BZD (76).....	45
I.3.4. Les anti-psychotiques (AP) (77).....	45
II. ETUDE.....	47
II.1. - MATERIEL ET METHODES.....	47
II.1.1. OBJECTIFS.....	47
II.1.2. MATERIEL.....	47
II.1.3. METHODES.....	47
II.1.3.1. Guide d'entretien.....	47
II.1.3.2. Les focus group.....	48
II.1.3.3. Recueil de données.....	49
II.1.3.4. Analyse des données.....	50

II.1.3.4.1. Analyse descriptive.....	50
II.1.3.4.2. Analyse axiale.	50
II.2. RESULTATS.....	50
II.2.1. Population.	50
II.2.2. Résultats de l'analyse descriptive.....	52
II.2.3. Résultats de l'analyse axiale.	52
II.2.3.1. La personne âgée, patient particulier.	52
II.2.3.1.1. La personne âgée, pas d'âge pour la définir.	52
II.2.3.1.2. Les pathologies de la personne âgée.	52
II.2.3.1.3. Les personnes âgées sont polypathologiques et polymédiquées.	53
II.2.3.1.4. La dégénérescence organique.	53
II.2.3.1.5. Les personnes âgées : une prise en charge différente, objectifs différents.	53
II.2.3.2. Les facteurs humains de la prescription médicamenteuse.	54
II.2.3.2.1. Le médecin.....	54
II.2.3.2.2. La collégialité.....	55
II.2.3.2.2.1. Les spécialistes.....	55
II.2.3.2.2.2. Le pharmacien.	56
II.2.3.2.2.3. Les infirmières.....	57
II.2.3.2.2.4. L'interne.....	57
II.2.3.2.3. Le patient.....	57
II.2.3.2.4. La famille des personnes âgées.	59
II.2.3.3. Les médicaments.....	59
II.2.3.3.1. Les médicaments iatrogènes et les médicaments à déprescrire.	59
II.2.3.3.1.1. Les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).	59
II.2.3.3.1.2. Les psychotropes.	59
II.2.3.3.1.3. Les antidépresseurs.....	60
II.2.3.3.1.4. Les hypotenseurs.....	60
II.2.3.3.1.5. Les diurétiques.....	61
II.2.3.3.1.6. Les antithrombotiques.	61
II.2.3.3.1.7. Les Anti-Diabétiques Oraux.....	62
II.2.3.3.1.8. Les hypocholestérolémiant.....	63
II.2.3.3.1.9. Les anticholinestérasiques.	63
II.2.3.3.1.10. Les antiparkinsoniens.....	63
II.2.3.3.1.11. Les antalgiques.	64
II.2.3.3.1.12. Les anti angineux.	64
II.2.3.3.1.13. Les médicaments à visée circulatoire, les traitements de confort. ..	64
II.2.3.3.1.14. Les médicaments prescrits de façon temporaire.	64
II.2.3.3.1.15. Autres médicaments.	64
II.2.3.3.2. Le mésusage médicamenteux.....	64
II.2.3.4. L'ordonnance.	65
II.2.3.4.1. Quand réévaluer l'ordonnance et déprescrire ?.....	66
II.2.3.4.2. Comment réévaluer l'ordonnance et déprescrire ?.....	67
II.2.3.5. 3-3-5 Les outils d'aide à la prescription.	68
II.2.3.5.1. L'outil informatique.	68
II.2.3.5.2. La formation médicale.	69
II.2.3.5.3. Les médias.	69
II.2.3.5.4. Les recommandations.	69

II.2.3.5.5. Les visiteurs médicaux.....	69
II.2.3.5.6. Délivrance à l'unité des médicaments.....	70
II.2.3.5.7. Le guide des MPI de M.L Laroche.....	70
III. DISCUSSION.....	71
III.1. Validité interne de l'étude.....	71
III.1.1. Forces de l'étude.....	71
III.1.2. Limites de l'étude.....	71
III.1.2.1. Inhérentes à la méthode.....	71
III.1.2.2. Inhérente à l'échantillon.....	72
III.1.2.3. Inhérentes à l'auteur.....	72
III.2. Validité externe de l'étude.....	72
III.2.1. La personne âgée, patient particulier.....	72
III.2.1.1. La personne âgée, pas d'âge pour la définir.....	72
III.2.1.2. Les pathologies de la personne âgée.....	73
III.2.1.3. Les personnes âgées sont polypathologiques et polymédiquées.....	73
III.2.1.4. La dégénérescence organique.....	73
III.2.1.5. Les personnes âgées : une prise en charge différente.....	74
III.2.1.6. La fragilité.....	74
III.2.2. Les facteurs humains.....	75
III.2.2.1. Le médecin.....	75
III.2.2.1.1. Les médicaments déremboursés.....	75
III.2.2.1.2. Une réponse médicamenteuse trop fréquente.....	76
III.2.2.1.3. Le renouvellement.....	77
III.2.2.1.3.1. Non réévaluation de l'ordonnance.....	77
III.2.2.1.3.2. Ordonnance manuscrite.....	78
III.2.2.1.3.3. Les prescriptions de complaisance.....	78
III.2.2.1.4. L'éducation.....	78
III.2.2.1.5. L'effet placebo généré par le médecin.....	79
III.2.2.1.6. Le temps.....	79
III.2.2.2. La collégialité.....	79
III.2.2.2.1. Les spécialistes.....	79
III.2.2.2.2. Les pharmaciens.....	81
III.2.2.2.2.1. Les pharmaciens sont source de iatrogénie.....	81
III.2.2.2.2.2. Les pharmaciens outils.....	81
III.2.2.2.3. Les infirmières.....	82
III.2.2.2.4. L'interne.....	82
III.2.2.3. Le patient.....	82
III.2.2.3.1. Les habitudes du patient.....	82
III.2.2.3.2. Le patient ne se voit pas vieillir.....	83
III.2.2.3.3. La négociation avec le patient.....	83
III.2.2.3.4. Le patient et son traitement.....	83
III.2.2.4. La famille, l'entourage du patient.....	84
III.2.3. Les médicaments.....	84
III.2.3.1. Les médicaments iatrogènes, les médicaments à déprescrire.....	84
III.2.3.1.1. Les AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens).....	84
III.2.3.1.2. Les psychotropes.....	85
III.2.3.1.3. Les hypotenseurs.....	86
III.2.3.1.4. Les diurétiques.....	87

III.2.3.1.5. Les anticoagulants.....	88
III.2.3.1.6. Les anti-diabétiques oraux.....	89
III.2.3.1.7. Les hypocholestérolémiantes.....	90
III.2.3.1.8. Les anticholinestérasiques.....	90
III.2.3.1.9. Les antiparkinsoniens.....	90
III.2.3.1.10. Les antalgiques.....	90
III.2.3.1.11. Les anti-angineux.....	91
III.2.3.1.12. Les médicaments à visée circulatoire, traitements de confort.....	91
III.2.3.1.13. Les médicaments temporaires.....	91
III.2.3.1.14. Autres médicaments.....	91
III.2.3.1.15. Les médicaments non identifiés comme inappropriés par les médecins.	92
III.2.3.1.15.1. Les médicaments à effet anticholinergique.....	92
III.2.3.1.15.2. Les Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).....	92
III.2.3.2. Le mésusage médicamenteux.....	93
III.2.4. Réévaluation de l'ordonnance, déprescription.....	93
III.2.4.1. L'ordonnance selon les médecins.....	94
III.2.4.2. Quand réévaluer l'ordonnance ? Quand déprescrire ?.....	94
III.2.4.3. Comment réévaluer l'ordonnance ? Comment déprescrire ?.....	95
III.2.5. Les outils d'aide à la prescription.....	95
III.2.5.1. L'outil informatique.....	95
III.2.5.2. La formation médicale continue.....	96
III.2.5.3. Les médias.....	97
III.2.5.4. Les recommandations.....	98
III.2.5.5. Les visiteurs médicaux.....	99
III.2.5.6. Les guides de déprescription.....	99
Conclusion.....	100
Références bibliographiques.....	102
Annexes.....	111
Serment d'Hippocrate.....	124

Table des illustrations

Figure 1 : Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile de 1950 à 2015 en France métropolitaine. (14)	23
Figure 2 : Pyramide des âges en 2007 et 2060. (2)	24
Figure 3 : nombre de maladies déclarées par personne (3)	31
Figure 4 : nombre moyen de boîtes de médicaments acquises en un mois selon le nombre de maladies déclarées. (47)	31
Figure 5 : nombre de boîtes de médicaments acquises par an et par personne selon l'âge. (47)	32
Figure 6 : Ventilation des boîtes acquises par personne en 3 mois. (47)	32
Figure 7 : ventilation des quantités et dépenses prescrites selon la nature des prescripteurs.	33
Figure 8 : Guide d'entretien des focus groups.	48
Figure 9 : Questionnaire démographique et épidémiologique des médecins participants aux focus group	49
Figure 10 : Données démographiques et épidémiologiques des médecins participant aux focus group.	51
Figure 11 : Les 8 ensembles obtenus après regroupement des nœuds.	52

Introduction

Les personnes âgées représentent une population en augmentation. En 2017, 19.4% de la population française avait 65 ans ou plus **(1)**. En 2060, ils seront 26.7% selon les projections de l'Insee. **(2)**.

Les personnes âgées sont polypathologiques, avec en moyenne 6 pathologies **(3)**, et donc polymédiquées. En 2001, les personnes de plus de 65 ans représentaient 16% de la population française consommaient 39% de la consommation totale de médicaments de ville **(4)**.

La médication chez la personne âgée est donc à la fois un problème de santé publique et un problème économique.

Beers en 1991 **(5)** élabore le premier une liste de Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI) chez la personne âgée. S'en est suivi de multiples listes.

Pourtant, en France, les études montrent de fortes prévalences de MPI sur les prescriptions de personnes âgées. **(6-9)**

20% des admissions aux urgences sont dues à des effets secondaires médicamenteux. **(10)** Ce chiffre augmente avec l'âge et le nombre.

Selon les études, 27 à 70% des accidents iatrogéniques seraient évitables. **(4)**

Les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs de médicaments. **(11)**

Une prescription optimale est donc un enjeu majeur en médecine générale.

Notre étude cherchait à identifier les déterminants du comportement des médecins généralistes prescripteurs chez la personne âgée.

I. CONTEXTE.

I.1. Les personnes âgées.

I.1.1. Epidémiologie.

I.1.1.1. Au plan national.

Selon les estimations de l'INSEE, au premier janvier 2017, la France comptait 66.9 millions d'habitants. Parmi eux : 19.4% (12.8 millions) avaient 65 ans et plus, 9.1% (6.1 millions) avaient 75 ans et plus. **(1)**

I.1.1.2. Au plan régional.

Il semblerait que la région Limousine ait une proportion de personnes âgées plus importante que la moyenne nationale avec, en 2017, 23.7% de personnes âgées de 65 et plus en Haute Vienne, 26.3 en Corrèze et 29.5% en Creuse. La Creuse, département plus rural, semble donc plus touchée. **(12)**

I.1.1.3. Evolution.

Au niveau national, tout d'abord, l'espérance de vie augmente régulièrement depuis plusieurs décennies, notamment grâce aux progrès de la médecine. La pénicilline purifiée et stabilisée en 1938 par Howard Florey et Ernst Chain ainsi que la mise en circulation de traitements antihypertenseurs dans les années 60 **(13)** y ont beaucoup contribué.

Selon l'INSEE, l'espérance de vie des femmes à la naissance en 1950 était de 69,2 ans. En 2010, elle était de 84,7 ans **(14)**. L'espérance de vie semble continuer de croître.

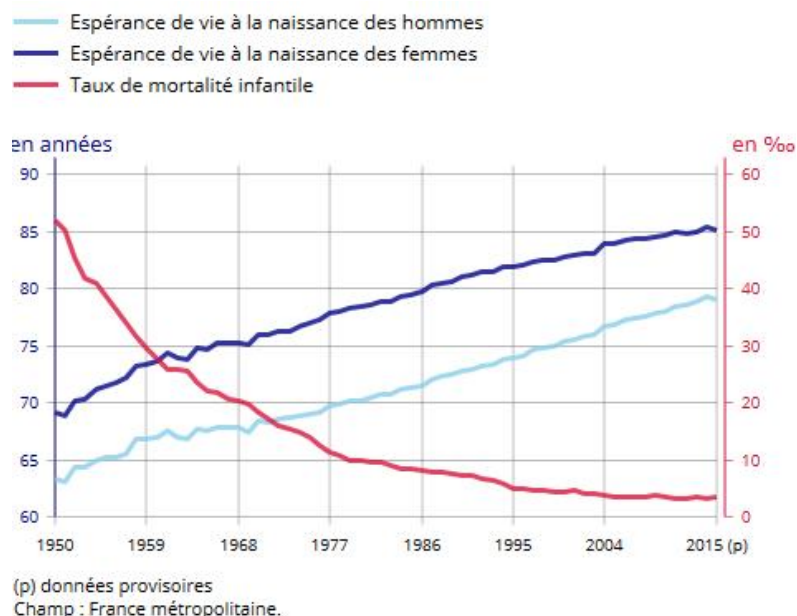


Figure 1 : Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile de 1950 à 2015 en France métropolitaine. **(14)**

Aussi, concernant l'évolution de la population, une première augmentation avait déjà eu lieu entre 2000 et 2010 où les générations post-première guerre mondiale 1920-1940 remplaçaient les générations moins nombreuses de la guerre.

En 2030, les générations « baby boom » post-seconde guerre mondiale atteindront 80-85 ans, entraînant une nouvelle augmentation de la population âgée.

Au final, et à plus long terme, la population de personnes âgées va continuer d'augmenter, et les personnes vivront de plus en plus âgées comme le montre la superposition des pyramides des âges en France en 2007 (estimation) et en 2060 (projection) selon l'INSEE. **(2)**

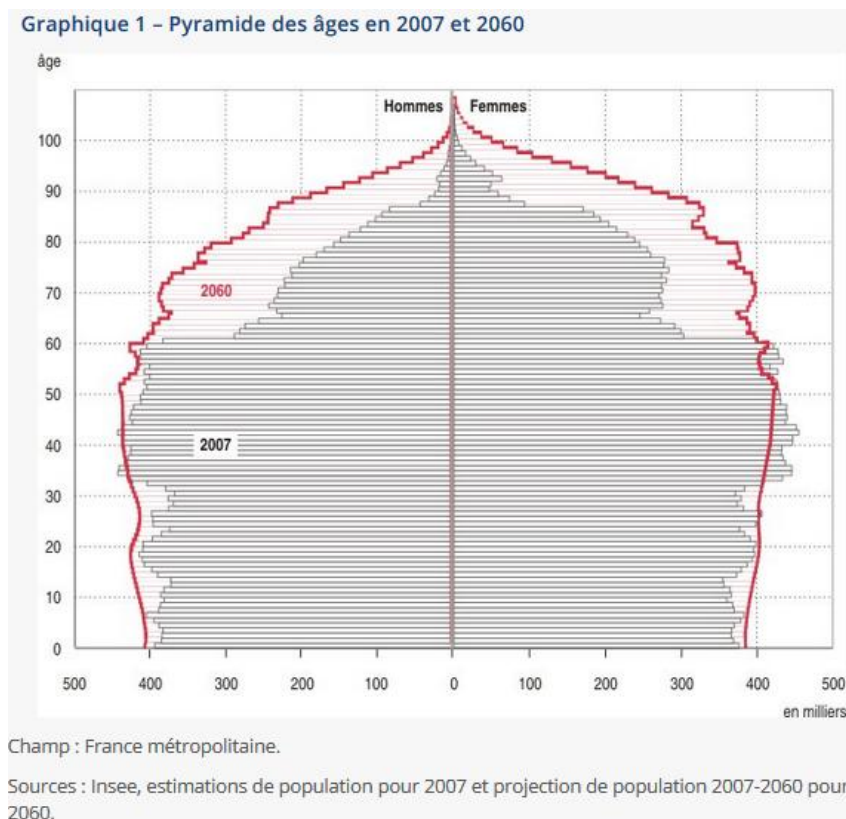


Figure 2 : Pyramide des âges en 2007 et 2060. **(2)**

Selon les évaluations de l'INSEE, les 65 ans et plus représenteront 23.4% de la population en 2030, et 26.7% en 2060 **(2)**. Les écarts entre les espaces ruraux et urbains vont persister.

Les progrès de la médecine et les modifications des conditions de vie ces dernières décennies ont entraîné une augmentation de l'espérance de vie. Combinés aux conditions démographiques liées aux guerres mondiales, la population de personnes âgées va continuer d'augmenter dans les années à venir.

I.1.2. Définition de la personne âgée.

D'une façon générale, la vie se scinde en trois âges : l'enfance, l'âge adulte et la vieillesse c'est-à-dire les personnes âgées ou encore troisième âge.

La limite entre l'enfance et l'âge adulte est marquée par la puberté facilement objectivable. La limite marquant le passage de l'âge adulte à la vieillesse n'a quant à elle pas de définition faisant consensus.

La notion de personne âgée a beaucoup évolué au cours du temps, selon les époques et avec les progrès de la médecine. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, de nouvelles catégories d'âge apparaissent : les quatrième et cinquième âges.

I.1.2.1. La personne âgée selon l'âge.

Selon l'OMS, une personne âgée a 60 ans ou plus **(15)**

Selon l'HAS, une personne âgée a 75 ans ou plus, ou 65 ans et plus et polypathologique. **(16)**

En 1974, Bernice Neugarten dans son article "Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old" différencie les américains de 55 à 74ans : les "young-old," de ceux de 75 ans et plus : les « old-old » **(17)**, l'équivalent de notre quatrième âge.

Selon le C.L.I.C (Centre Local d'Informations et de Coordination en Gérontologie) **(18)** :

3ème âge : 60 ans, correspondant à la cessation d'activité.

4ème âge : « personne âgée » entrée dans la dépendance.

5ème âge : les 95 ans et plus.

Dans la pratique, les services hospitaliers de gériatrie refusent souvent les patients avant 80 ans, tout comme les institutions gériatriques.

Toutes ces notions qualifient la personne âgée en fonction de son âge. D'autres auteurs ont préféré utiliser la notion de vieillissement organique plutôt que l'âge.

I.1.2.2. La notion de fragilité.

Le vieillissement selon l'OMS est l'ensemble des modifications physiques et psychologiques qui interviennent sur l'organisme **(19)**. Ces modifications entraînent des perturbations liées à la réduction des capacités fonctionnelles, mais également aux éventuelles séquelles des diverses maladies dont la personne a pu souffrir tout au long de sa vie.

Chaque individu vieillit différemment. Certains resteront longtemps en bonne santé, alors que d'autres dits fragiles risquent de vieillir moins bien. Ainsi apparaît la notion de fragilité, avec de nombreuses échelles permettant de classer différemment les personnes âgées.

La définition théorique de la fragilité fait consensus chez les experts : état de vulnérabilité à un stress secondaire, à de multiples déficiences de systèmes qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques. **(20)**

Les personnes âgées sont la principale population atteinte de fragilité.

La fragilité diffère des comorbidités qui entrent en compte dans la définition de la personne âgée de l'HAS. Les comorbidités sont un facteur de risque de fragilité.

A contrario, la façon de mesurer la fragilité est sujet à controverses.

Les deux théories les plus répandues sont la théorie phénotypique et la théorie par accumulation de déficits.

La « théorie phénotypique » ou « phénotype de fragilité » de Fried définit la fragilité comme un syndrome biologique résultant du déclin cumulatif de plusieurs systèmes physiopathologiques. **(21)**

Fried a développé un index de fragilité **[Annexe 1.1]**. Un individu sera considéré comme étant fragile s'il a au moins trois des cinq critères suivants : perte de poids involontaire d'au moins 5 kg au cours de la dernière année, sensation de fatigue, réduction des activités physiques (sédentarité), ralentissement de la vitesse de marche et baisse de la force de préhension. **(22)**

Fried qui soutient cette théorie a élaboré un « cycle de fragilité » **[Annexe 1.2]**, qui relie les 5 critères de l'index de fragilité aux maladies, aux déficits fonctionnels.

Selon les études de Fried, la fragilité des personnes âgées est un marqueur de risque de chutes, de blessures, de pathologies aiguës, d'hospitalisations, de dépendance, d'incapacité, d'institutionnalisation et enfin de décès.

Ces études montrent que la fragilité serait un facteur de risque indépendant de mortalité.

La théorie par accumulation de déficits de rockwood (23) définit elle aussi la fragilité comme un syndrome biologique résultant du déclin cumulatif de plusieurs systèmes physiopathologiques aboutissant à une diminution du potentiel physiologique.

Le nombre d'anomalies physiologiques prédomine sur la nature des anomalies par rapport à la théorie précédente.

C'est la proportion des déficits présents chez un individu sur les 40 variables cliniques **[Annexe 2] (24)** liées à l'âge qui est considérée. Ces variables prennent en compte les pathologies, signes, symptômes et des dépendances.

En 2015, Rockwood a participé à l'élaboration d'une liste de 40 variables biologiques permettant de repérer la fragilité **(25)**. Être jugé fragile via cet index de fragilité biologique était un facteur prédictif de mortalité.

I.1.3. Particularités physiologiques de la personne âgée.

Le vieillissement est associé à l'altération des mécanismes d'adaptation et homéostatique menant à une susceptibilité au stress environnemental et interne avec une augmentation du risque de maladies et de décès. **(26)**

Le vieillissement semble d'origine multi-factorielle.

Le vieillissement est d'une part intrinsèque, sous le contrôle du programme génétique. La longévité serait donc partiellement héréditaire. **(27)**

Le vieillissement est d'autre part d'origine extrinsèque, dû à l'environnement avec par exemple les carences en vitamine D par manque d'ensoleillement qui participent à l'ostéoporose chez les femmes ménopausées. **(28)**

L'hygiène de vie entraîne aussi un vieillissement d'origine extrinsèque avec par exemple les effets du tabac sur le vieillissement, en particulier le vieillissement coronarien. **(29)**

Au plan moléculaire, le vieillissement est lié à des altérations moléculaires au niveau de l'ADN, des protéines et des lipides secondaires à un stress oxydatif. **(30)**

Les mitochondries s'altèrent aussi avec le temps. L'ADN mitochondrial subit plus de dommages que l'ADN nucléaire et s'altère progressivement avec l'âge. Le processus de réparation de l'ADN mitochondrial, dont l'altération est engendrée par le stress oxydatif, comprend notamment les chaînes respiratoires elles-mêmes génératrices d'oxydants. La mitochondrie régule ce stress oxydatif, mais en vieillissant, les anomalies génétiques s'accumulent, les protéines s'altèrent et la balance se déséquilibre au bénéfice du stress oxydatif menant à l'apoptose. **(31)**

Les télomères jouent aussi un rôle. C'est dans les années 60 qu'on découvre que la division cellulaire n'est pas illimitée. Puis dans les années 90 est découvert le rôle des télomères dans cette limitation. En effet, chaque division cellulaire entraîne un raccourcissement télomérique. Après un certain nombre de division (la limite de Hayflick), c'est l'entrée en sénescence de la cellule. Ainsi les télomères sont un déterminant de la longévité cellulaire. **(32)**

Une dérégulation de l'apoptose s'aggravant avec l'âge serait aussi responsable du vieillissement.

La responsabilité du génome dans le vieillissement est toujours très controversée.

Tous ces processus entraînent un vieillissement ayant différentes répercussions sur les fonctions tissulaires et organiques.

L'une des conséquences de ces diminutions fonctionnelles organiques est la modification des propriétés biodynamiques des médicaments.

La composition corporelle se modifie avec l'âge **(33)** Il y a une diminution progressive de l'eau corporelle totale allant de 10 à 15 %, avec diminution des compartiments extra-cellulaire et plasmatique. Ainsi, le risque de déshydratation augmente, tout comme le risque d'intoxication aux médicaments hydrosolubles comme les digitaliques ou les aminosides.

La masse maigre diminue en vieillissant, alors que la masse grasse a tendance à augmenter. **(34)**

La diminution de la masse maigre se fait majoritairement aux dépends du tissu musculaire, plus que les autres organes. Cela peut entraîner une baisse de l'albumine circulante. Ainsi, la forme libre des médicaments ayant une forte affinité pour l'albumine sera augmentée avec un risque de surdosage, les anti-coagulants oraux en sont un exemple. Aussi, la sarcopénie entraîne une baisse des performances physiques et donc de l'autonomie.

L'augmentation de la masse grasse (pouvant aller jusqu'à 40%) entraîne une accumulation adipocytaire des médicaments liposolubles **(34)**. L'équilibre des concentrations sanguines est donc plus long à atteindre, avec un risque de surdosage sanguin à plus long terme. Les adaptations posologiques doivent donc se faire prudemment, plus lentement que chez l'adulte jeune pour ces médicaments liposolubles comme les antidépresseurs tricycliques ou les benzodiazépines.

La masse grasse augmente particulièrement en faveur de la graisse intra-abdominale. Cela aurait un rôle dans la pathogénèse de l'insulino-résistance pouvant mener à un diabète de type II, et favoriserait les pathologies cardio-vasculaires.

La fonction rénale diminue avec une altération du débit de filtration glomérulaire par perte progressive des néphrons fonctionnels **(34)**. Les médicaments à élimination rénale voient leur demi-vie augmentée, les posologies des médicaments à élimination rénale devront donc être adaptées afin d'éviter toute accumulation. Par exemple la pénicilline, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou la metformine.

Concernant la fonction rénale des personnes âgées, son évaluation doit rester prudente. En effet, la personne âgée sarcopénique produit moins de créatinine qu'un adulte jeune, ainsi, la formule de Cockcroft-Gault n'est pas adaptée chez la personne âgée au risque de sous-estimer la fonction rénale. Les formules MDRD et CKD-EPI seraient à privilégier. **(35)**

Au niveau de **l'appareil digestif (36)**, le vieillissement s'accompagne tout d'abord d'une diminution du flux salivaire entraînant une baisse de la protection contre la déminéralisation dentaire, les micro-organismes et les bactéries. En association avec la sénescence du tissu dentaire, l'état bucco-dentaire de la personne âgée est plus fragile.

Aussi, il existe une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales gastriques et une diminution du péristaltisme intestinal. Ainsi, l'absorption intestinale est modifiée, le transit ralenti menant à une tendance à la constipation.

Au niveau du foie (37), le vieillissement entraîne une diminution de la masse hépatique et du flux sanguin hépatique. Le premier passage hépatique est ainsi altéré et la biodisponibilité des médicaments augmentée jusqu'à doubler pour le vérapamil et le propranolol par exemple.

Le vieillissement du système nerveux entraîne différentes modifications.

Au niveau central **(38)**, il y a une diminution du nombre de neurones corticaux, et de substance blanche par altération de la microcirculation cérébrale notamment. Certains neurotransmetteurs diminuent aussi, en particulier l'acétylcholine, ce qui accroît la sensibilité des personnes âgées à l'acétylcholine.

La perméabilité de la barrière hémato-encéphalique se modifie, la sensibilité aux médicaments agissant sur le système nerveux central augmente.

La sénescence hypothalamique entraîne une diminution de la sensation de soif qui accroît le risque de déshydratation.

Au niveau cardio-vasculaire (39), il existe une perte cellulaire progressive, une fibrose de remplacement se met en place. Ainsi la compliance ventriculaire diminue et donc le remplissage passif diastolique. Le tissu myocardique devient hétérogène entraînant une baisse de la fonction systolique et des troubles du rythme bénins. Cela peut aussi mener à une insuffisance cardiaque. Aussi, la compliance artérielle diminue, augmentant le risque d'hypertension artérielle.

Au niveau pulmonaire (40), il existe une perte d'élasticité entraînant une réduction des débits expiratoires maximaux puis progressivement une augmentation du volume résiduel. Une cyphoscoliose dorsale, une calcification des cartilages intercostaux, et de l'arthrite des articulations costo-vertébrales associés au vieillissement entraînent une diminution de la compliance thoracique.

Les muscles respiratoires perdent progressivement en force, ce qui entraîne une diminution des pressions respiratoires et expiratoires maximales ayant pour conséquence une limitation des activités physiques.

Tout ceci altère les échanges gazeux, la PaO₂ diminue.

Aussi, il existe une diminution du réflexe de toux, notamment par affaiblissement des muscles intercostaux expirateurs.

Au niveau sensoriel (41), une presbyacousie s'installe progressivement prédominant dans les fréquences aiguës, ce qui peut porter atteinte à la bonne compréhension de la parole qui porte plutôt sur ces fréquences. Au niveau de l'œil, des troubles de l'accommodation s'installent entraînant une presbytie, le cristallin s'opacifie menant à la cataracte.

Ces modifications pharmacocinétiques et pharmaco-dynamiques liées à l'âge rendent la personne âgée plus vulnérable aux possibles complications iatrogéniques.

Des particularités physiologiques liées au vieillissement découlent des pathologies chroniques comme les pathologies cardio-vasculaires, les diabètes... Les personnes âgées ont ainsi plus de pathologies et donc plus de médication que les autres populations. On parle alors de polyopathie et de polymédication.

I.1.4. La personne âgée polymédiquée.

De ces particularités physiologiques liées au vieillissement découlent des pathologies chroniques comme les pathologies cardio-vasculaires, les diabètes... Les personnes âgées ont ainsi plus de pathologies et donc plus de médication que les autres populations. On parle alors de polyopathie et de polymédication.

I.1.4.1. Définition de la polymédication.

Selon l'OMS, la polymédication est « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments ».

La polymédication n'a pas de définition précise. Une revue de la littérature menée pour l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a permis d'inventorier trois définitions différentes.

La polymédication simultanée est la moyenne des médicaments pris lors de jours choisis de façon aléatoire ou à intervalle régulier, ou bien sur plusieurs jours consécutifs.

La polymédication cumulative est la somme des médicaments différents administrés au cours d'une période donnée (plusieurs mois).

La polymédication continue s'apparente à la cumulative, mais ne prend en compte que les traitements pris à long terme.

Il n'y a pas non plus de consensus concernant le seuil au-delà duquel un patient est polymédiqué. Pourtant, pour le besoin de certaines études, une limite est définie arbitrairement au-delà de laquelle un patient est dit polymédiqué.

L'outil américain ISAR (Identification of Senior At Risk) **(42)** considère qu'un patient est polymédiqué à partir de 3 médicaments.

Jørgensen quant à lui considère dans son étude que la polymédication commence à partir de 5 médicaments. **(43)**

Au-delà de 10 médicaments est apparu un nouveau terme, celui d'hyperpolypharmacie introduit par Gnjidic en 2013. **(44)**

I.1.4.2. Causes de la polymédication chez la personne âgée.

Les causes de la polymédication chez la personne âgée sont multiples **(45)** : le nombre de comorbidités, le nombre de prescripteurs et l'auto-médication. Le nombre de pathologies serait le premier déterminant de la polymédication. **(46)**

En effet, les personnes âgées sont volontiers polypathologiques ; 6 pathologies en moyenne pour les 65 ans et plus **(3)**, contre 1.7 pathologies en moyenne pour les 16-39 ans.

Les pathologies cardio-vasculaires sont en tête de liste.

Variables sociodémographiques	Effectif brut	Nombre moyen de maladies (effectif pondéré)
Age de la personne		
Moins de 16 ans	3 305	0,8
16 à 39 ans	4 673	1,7
40 à 64 ans	5 631	3,4
65 ans et plus	2 331	6,0
Inconnu / refus	1	

Figure 3 : nombre de maladies déclarées par personne **(3)**.

La consommation de médicaments augmente nettement avec le nombre de maladies déclarées. **(47)**

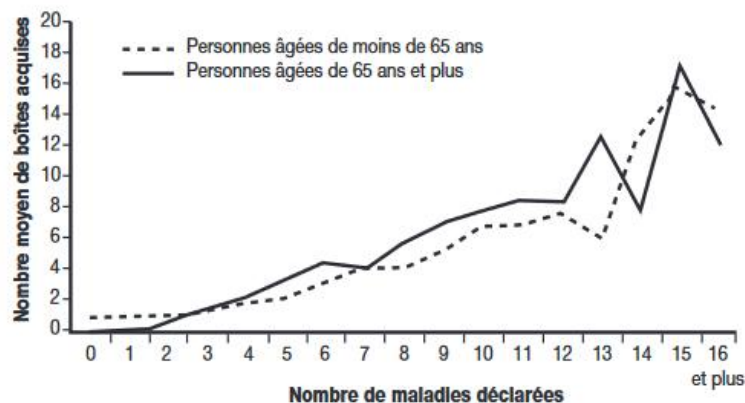


Figure 4 : nombre moyen de boîtes de médicaments acquises en un mois selon le nombre de maladies déclarées. **(47)**

La personne âgée polypathologique est par conséquent polymédiquée.

En 2001, les personnes de plus de 65 ans représentaient 16% de la population française consommaient 39% de la consommation totale de médicaments de ville **(4)**.

Les personnes âgées consomment plus de médicaments : 17,5 boîtes/an chez les 60-69 ans, 20,2 boîtes/an pour les 70-79 ans là où les 20-29 ans en consomment 7,0/an.

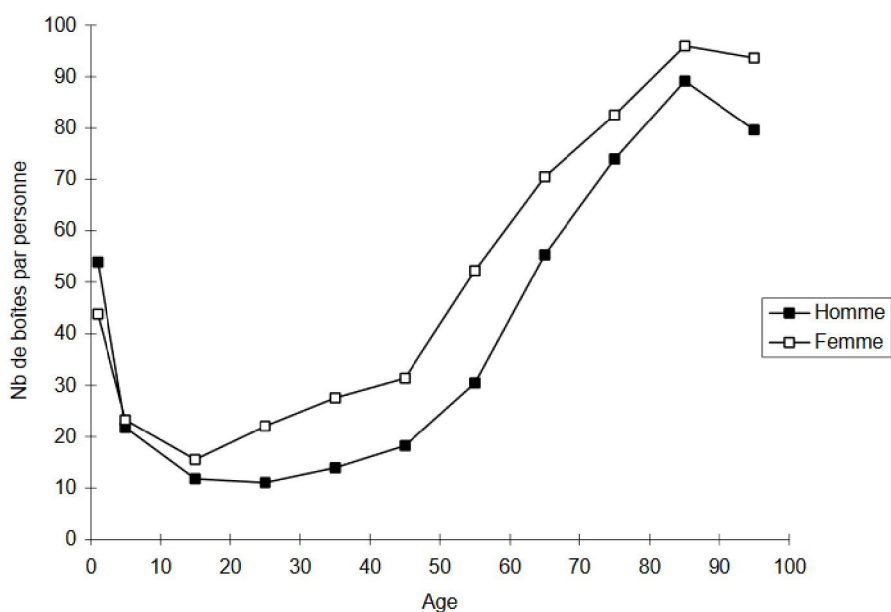


Figure 5 : nombre de boîtes de médicaments acquises par an et par personne selon l'âge. (47)

Classe d'âge	Nb de boîtes acquises/pers.avec ordonnance en 3 mois	Nb de boîtes acquises/pers.sans ordonnance en 3 mois	% de l'autoconsommation sur total des unités
moins de 2 ans	9,1	1,2	13,1
2 à 9 ans	4,7	0,5	10,4
10 à 19 ans	2,8	0,3	10,7
20 à 29 ans	3,3	0,5	15,0
30 à 39 ans	4,3	0,5	11,8
40 à 49 ans	5,1	0,6	11,7
50 à 59 ans	8,9	0,6	6,7
60 à 69 ans	13,8	0,7	5,1
70 à 79 ans	17,0	0,8	4,7
80 à 89 ans	21,0	0,6	2,9
90 ans et plus	19,9	0,6	3,0
Ensemble	6,8	0,5	7,4

Figure 6 : Ventilation des boîtes acquises par personne en 3 mois. (47)

66.7% des personnes âgées de 65 ans et plus consomment des médicaments, contre 34.5% chez les moins de 65 ans. (47)

En terme économique, selon les données fournies par les caisses de sécurité sociale, la dépense pharmaceutique moyenne pour l'année 2000 est de 850 euros en moyenne par personne de 65 ans et plus, dépense moyenne qui augmente avec l'âge : 971 euros pour les 75 ans et plus. (47)

De plus, les sources du CREDES n'incluent pas les personnes vivant en institution comprenant les personnes vivant en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes). Cette population semblerait consommer plus de médicaments. (45)

Un autre déterminant de la polymédication serait le nombre de prescripteurs. **(45)**

Selon une étude portant sur l'année 2000, en médecine libérale, trois séances à destination des personnes âgées sur quatre sont réalisées par des généralistes, 91% de ces séances donnent lieu à une prescription médicamenteuse contre 56% pour les séances réalisées par les spécialistes.

De plus les ordonnances des généralistes sont plus longues (3.7 lignes en moyenne contre 2.2 lignes) ce qui donne en moyenne une délivrance de 8.4 boîtes (contre 7.5 boîtes pour les spécialistes).

Par contre, les spécialistes prescrivent en moyenne des durées plus longues : 66 jours contre 38 pour les généralistes.

Le coût moyen d'une ordonnance est de 71 euros : 73 euros pour les généralistes et 61 euros pour les spécialistes.

En 1991, le rapport de Thérèse LECOMTE évaluait que les prescriptions des médecins généralistes représentaient 76.2% des boîtes de médicaments prescrites. **(11)**

Spécialité du prescripteur	Nb de boîtes	%	Dépense	%
Homéopathe	7 631	6,3	179 861,52	4,1
Acupuncteur	1 691	1,4	53 521,16	1,2
Généraliste	91 850	76,2	3 489 787,61	78,9
Ensemble omnipraticiens	101 172	83,9	3 723 170,29	84,2
Cardiologue	1 012	0,8	50 946,52	1,2
Chirurgien	340	0,3	16 956,77	0,4
Dermatologue	2 170	1,8	90 344,73	2,0
Gastro-entérologue	640	0,5	26 980,24	0,6
Gynécologue	2 812	2,3	111 971,12	2,5
Neurologue, neuropsychiatre	648	0,5	24 389,90	0,6
ORL (nez, gorge, oreilles)	1 658	1,4	53 166,32	1,2
Ophthalmologue, oculiste	2 146	1,8	52 526,44	1,2
Pédiatre	3 406	2,8	83 192,72	1,9
Pneumophtisiologue	300	0,2	13 377,65	0,3
Psychiatre, psychanalyste	1 195	1,0	38 708,94	0,9
Rhumatologue	1 137	0,9	35 856,14	0,8
Stomatologiste (bouche, dents)	111	0,1	3 637,00	0,1
Autre spécialiste	1 840	1,5	96 192,00	2,2
Ensemble spécialistes	19 415	16,1	698 247,73	15,8
Ensemble des prescripteurs dont la spécialité est connue ⁵	120 587	100,0	4 421 418,02	100,0

Figure 7 : ventilation des quantités et dépenses prescrites selon la nature des prescripteurs.
(consommation des 20417 enquêtés en 3 mois) **(11)**

Bien que le nombre de prescripteurs soit un déterminant de la polymédication chez la personne âgée, les médecins généralistes restent les premiers prescripteurs de médicaments.

I.1.4.3. Conséquences de la polymédication chez la personne âgée.

La polymédication chez la personne âgée entraîne différentes conséquences. Elle augmente le risque d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses et de redondance thérapeutique.

Selon les études, 27 à 70% des accidents iatrogéniques seraient évitables. **(4)**

L'observance diminue avec le nombre de médicaments.

Le risque d'avoir un MPI sur l'ordonnance augmente avec le nombre de médicaments que contient l'ordonnance.

Aussi, elle peut entraîner une diminution de la qualité de vie, causer différents syndrome gériatriques tels des chutes, une confusion, une dénutrition ou des troubles cognitifs. **(46)**

Tous ces chiffres permettent de réaliser l'ampleur du problème qu'est la polymédication chez la personne âgée. Il s'agit d'abord d'un problème de santé publique, mais aussi économique.

I.2. Le mésusage médicamenteux et les Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI).

I.2.1. Définitions.

I.2.1.1. Les médicaments.

On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales. On entend aussi toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. **(48)**

I.2.1.2. Les MPI.

Les médicaments potentiellement inappropriés sont des médicaments ayant un rapport bénéfice – risque défavorable alors qu'il existe des alternatives thérapeutiques plus sûres.

La prescription médicamenteuse inappropriée s'oppose à la prescription médicamenteuse appropriée. Celle-ci fait référence à la prescription de médicaments qui ont fait la preuve de leur efficacité dans une indication donnée; qui sont bien tolérés ; qui présentent des rapports coût-efficacité et bénéfice risque favorables. La prescription médicamenteuse appropriée chez la personne âgée prend en considération l'espérance de vie des patients auxquels les médicaments sont prescrits.

I.2.1.3. Le mésusage médicamenteux.

Overuse ou excès de traitement. Il s'agit de l'utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication (l'indication n'existe pas ou plus), ou n'ayant pas prouvé leur efficacité (service médical rendu insuffisant).

Underuse ou défaut de traitement. Il s'agit d'un défaut de prescription d'un médicament indiqué et efficace.

Misuse ou mésusage médicamenteux. Il s'agit de l'utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus.

I.2.2. L'histoire des Médicaments Potentiellement Inappropriés.

C'est Beers qui en 1991 introduit la notion de MPI et élabore la première liste. **(5)**

Cette première liste ne comportait que des critères explicites c'est-à-dire des critères basés sur l'opinion d'experts à partir de revues de la littérature, et plus orientés sur le médicament ou la pathologie. Ils dépendent peu des jugements cliniques.

La liste de Laroche contient elle aussi des critères explicites seulement.

D'autres listes comme STOPP et START comportent des critères implicites. Ils sont basés sur des jugements cliniques. La standardisation de la médication s'adapte donc à la situation clinique.

I.2.2.1. Les critères de Beers.

Aux Etats-Unis, Beers est le premier à élaborer une liste de MPI en 1991. **(5)**

Cette liste concerne les personnes âgées de plus de 65 ans, fragiles, résidant en EHPAD, en l'absence de données cliniques et d'indication.

Obtenue par méthode Delphi, un consensus de treize experts a abouti à une liste de trente critères. Les treize experts travaillaient sur une liste initiale issue d'une revue de la littérature. Ils devaient dire s'ils étaient d'accord, pas d'accord avec les critères proposés et avaient la possibilité de suggérer un ajout.

Parmi ces trente critères, dix-neuf concernent des médicaments ou classes thérapeutiques qui devraient être évités, sauf circonstance clinique particulière car jugés inefficaces ou présentant un risque trop élevé. Onze concernent un dosage, une fréquence d'administration ou une durée de traitement qui ne devrait pas être dépassés.

On y retrouve des hypnotiques sédatifs, des antidépresseurs, des antipsychotiques, des antihypertenseurs, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des hypoglycémiantes oraux, des antalgiques, des traitements de la démence, des antiagrégants plaquettaires, des anti-histaminiques, des antibiotiques, des décongestionnants, des suppléments ferriques, des myorelaxants, des antispasmodiques gastro-intestinaux ou encore des antiémétiques.

Les critères de Beers seront plusieurs fois mis à jour.

En 1994, Stuck en fait une première modification **(49)**. Un consensus d'expert par méthode Delphi a abouti à une liste de médicaments qui « devraient généralement être évités chez les personnes âgées vivant à domicile quels que soient le dosage, la durée de traitement ou les circonstances cliniques », et donne un degré relatif de gravité des effets secondaires pour chaque critère.

En 1997, Beers met lui-même sa liste de 1991 à jour, ainsi, il l'étend à toutes les personnes âgées de plus de 65 ans quelle que soit leur fragilité ou leur résidence, et associe à chaque critère un score de sévérité des effets secondaires (selon la probabilité d'apparition d'un effet secondaire, et sa significativité clinique s'il survient). Lors de cette mise à jour, Beers ajoute des critères prenant en compte le diagnostic clinique.

Cette liste de Beers 1997 a été obtenue par méthode Delphi, par un consensus de six experts. **(50)**. La liste comporte vingt-huit médicaments ou classes thérapeutiques qui devraient généralement être évités chez la personne âgée, dont quatorze sont potentiellement responsable d'effets indésirables sévères. Elle comporte aussi quinze pathologies pour lesquelles trente-cinq médicaments ou classes thérapeutiques sont inappropriés, dont dix-sept potentiellement responsable d'effets indésirables sévères.

Zhan en 2001 modifie la liste de Beers 1997 **(51)**. Un consensus de sept experts (incluant des gériatres, un pharmaco-épidémiologiste, et un pharmacien tous impliqués dans la pratique de la gériatrie ou dans la recherche sur les effets secondaires médicamenteux en gériatrie), par méthode Delphi à deux tours aboutit à une liste de trente-trois médicaments. Ceux-ci sont divisés en trois catégories : onze qui devraient toujours être évités, huit qui sont rarement appropriés, et quatorze ayant quelques indications mais qui sont souvent utilisée de façon inappropriée.

En 2003 Fick actualise la liste de 1997 **(52)**. Il ressort de ce consensus de douze experts une liste de quarante-huit médicaments ou classes thérapeutiques qui devraient généralement être évités ainsi que vingt pathologies et médicaments qui ne devraient pas être associés. Au total, soixante-six médicaments apparaissent sur cette liste.

Lors de cette mise à jour, quatre critères ont été modifiés comme la supplémentation en fer. Onze médicaments ont été retirés de la liste comme la supplémentation potassique dans les ulcères gastriques ou duodénaux, les bêta bloquants (sauf propranolol) chez les patients ayant une broncho-pneumopathie, un asthme, une maladie vasculaire périphérique, un antécédent de syncope ou de chute. Quarante-quatre médicaments ont été ajoutés comme la nitrofurantoïne, la prise quotidienne de fluoxétine ou encore les benzodiazépines à demi-vie longue ou intermédiaire chez les personnes ayant des antécédents de syncope ou de chute.

De plus, apparaissent dans cette liste les raisons pour laquelle les médicaments sont inappropriés, sans pour autant donner d'alternative thérapeutique plus sûre.

En 2012 puis 2015 **(53)**, la société américaine de gériatrie a de nouveau mis à jour les critères de Beers. Toujours par méthode Delphi, treize gériatres et pharmacologues ont élaboré une liste de médicaments potentiellement inappropriés qui doivent être évités chez la personne âgée de 65 ans et plus. La nouveauté 2015 est une sélection de médicaments qui devraient être évités ou leur dose ajustée en fonction de la fonction rénale individuelle et certaines interactions médicamenteuses qui sont associées à des nuisances chez les personnes âgées.

Cette liste ne peut s'appliquer aux personnes en soins palliatifs et aux personnes institutionnalisées.

I.2.2.2. Les critères STOPP/START (Irlande).

Les critères de Beers sont ceux qui ont été le plus largement utilisés dans les études concernant les MPI chez la personne âgée. Viennent ensuite les critères STOPP/START.

En 2007 en Irlande, l'outil START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) voit le jour en Irlande **(54)**. Il permet d'identifier les omissions de prescription de médicaments appropriés dans certaines situations cliniques chez la personne âgée de 65 ans et plus. L'outil START est le fruit d'un consensus de dix-huit experts : 9 gériatres hospitaliers, 3 pharmacologues, 1 psychiatre gériatrique, deux médecins principaux de soins primaires et trois pharmaciens hospitaliers ayant un intérêt pour la pharmacologie gériatrique

Elaboré par méthode Delphi, vingt-deux critères y sont classés par organe. Cette étude réalisée en milieu hospitalier montre que les omissions les plus fréquentes sont (par ordre de fréquence) : les statines dans l'athérosclérose (26%), la warfarine dans les fibrillations auriculaires chroniques (9.5%), les antiagrégants plaquettaires dans les pathologies artérielles (7.3%), l'aspirine dans les maladies vasculaires ou encore la supplémentation en calcium et vitamine D dans les ostéoporoses symptomatiques (6%).

Un an plus tard en 2008, un autre outil complémentaire du précédent voit le jour en Irlande : STOPP (Screening Tool of Older Person's Potentially inappropriate Prescriptions) **(55)**. Toujours par méthode Delphi, les mêmes 18 experts ont abouti à une liste de soixante-cinq critères, classés par organe. Chaque critère est accompagné d'un argumentaire concis expliquant pourquoi le médicament est potentiellement inapproprié. On y trouve des interactions médicamenteuses, des interactions médicament - maladie, des redondances thérapeutiques et des médicaments particulièrement à risque chez les sujets âgés chuteurs.

En 2009, une adaptation en français de l'outil STOPP START est créée par une méthode traduction - traduction inverse : un traducteur connaissant l'outil original l'a d'abord traduit en français, puis un traducteur naïf de l'outil original a traduit cette version française de nouveau en anglais. **(56)**

Puis, la finalisation de l'adaptation a été validée par des médecins spécialisés en gériatrie ou en pharmacologie clinique, ayant une bonne maîtrise de la langue anglaise. Ils se sont réunis autour des 3 versions.

Enfin analyse de la concordance inter-juges. L'observateur 1 était un spécialiste en gériatrie connaissant bien la version originale et ayant participé à son adaptation en français. L'observateur 2 était un médecin généraliste, complètement naïf de l'outil dans sa version originale

On retrouve les quatre-vingt-sept critères STOPP START sur cette adaptation en langue française, quelques modifications ont été apportées comme le remplacement de la warfarine par le terme générique d'AVK, ou encore l'ajout du clopidogrel à l'aspirine comme non indiqués en l'absence d'athérosclérose documentée.

En 2015 les critères STOPP/START sont mis à jour **(57)** : STOPP / START : critères pour la prescription potentiellement inappropriée chez la personne âgée : version 2. Cette mise à jour, après revue de la littérature, a été réalisée par méthode Delphi, avec consensus de dix-neuf experts de treize pays européens, experts en gériatrie ou en pharmacologie gériatrique. La liste de critères comprend quatre-vingts critères STOPP et trente-quatre critères START soit une augmentation de 30% du nombre de critères. Trois nouvelles catégories apparaissent dans les critères STOPP : la catégorie antiagrégants plaquettaires et traitements anticoagulants, la catégorie des médicaments affectés par ou affectant la fonction rénale, et la catégorie des médicaments ayant un effet anticholinergique. Les nouveaux critères START incluent des médicaments à visée uro-génitale, des antalgiques et des vaccins. Quinze critères de la première version ont été retirés devant l'absence de preuves suffisantes retrouvées dans la littérature.

Tous les critères étant considérés comme potentiellement sérieux, aucune échelle de sévérité des effets secondaires n'y est intégrée.

A la différence des critères de Beers, les critères STOPP et START incluent des critères d'omissions, et des critères implicites alors que les critères de Beers sont entièrement explicites.

Cette version 2 a été traduite en français. **(58)**

I.2.2.3. Les critères de Mc Leod et l'outil IPET (Improving Prescribing in the Elderly Tool) (Canada).

En 1997 au Canada, Mc Leod a développé sa propre liste de MPI **(59)**. Par méthode Delphi, les trente-deux experts (en pharmacologie clinique, gériatrie, médecine générale ou pharmacie) ont établi une liste de trente-huit critères de significativité importante divisés en quatre catégories : les médicaments à visée cardio vasculaire, les psychotropes, les antalgiques et les autres médicaments dont les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques.

Les experts ont tout d'abord évalué le caractère inapproprié de prescriptions en fonction de situations cliniques, puis alloué un score de significativité clinique à ce caractère inapproprié. Enfin, les experts devaient valider les alternatives thérapeutiques proposées.

Parmi ces trente-huit critères, dix-huit sont des médicaments contre-indiqués chez le sujet âgé de façon générale car la balance bénéfique/risque est jugée inacceptable, seize sont des interactions maladie – médicament, et quatre sont des interactions médicamenteuses.

En 2000, Naugler simplifie cette liste. Ce nouvel outil dont l'application nécessiterait moins de 2 min est appelé IPET (Improving Prescribing in the Elderly Tool) **(60)**. Il permet de détecter les prescriptions inappropriées chez les plus de 70 ans. Quatorze critères le composent : dix interactions médicament-pathologie, deux classes médicamenteuses inappropriées et deux critères concernant la durée de traitement.

I.2.2.4. La liste NORGEP (NORwegian GEneral Practice).

En 2009 en Norvège, Rognstad développe la NORGEP **(61)**, liste de trente-six critères (vingt et un médicaments, ou posologie médicamenteuse à éviter et quinze interactions médicamenteuses à éviter) par consensus de quarante-sept experts (14 pharmacologues, 17 gériatres, et 16 médecins généralistes), par méthode Delphi à trois tours. Cette liste s'adresse aux personnes âgées de 70 ans et plus.

I.2.2.5. La liste de Marie Laure LAROCHE (France).

Les listes américaines ne sont pas adaptées à la pratique française. En effet, certains des médicaments de ces listes ne sont pas disponibles en France, et inversement, certains médicaments disponibles en France semblent être inappropriés chez la personne âgée et ne sont pas commercialisés aux Etats Unis et n'apparaissent donc pas dans les différentes listes. C'est pourquoi une liste adaptée à l'offre médicamenteuse française a vu le jour.

Marie Laure Laroche en 2007, crée la première liste de MPI adaptée à la pratique française **[Annexe 3]** s'appliquant aux personnes âgées de 75 ans et plus **(62)**. La liste est l'aboutissement d'un consensus de quinze experts répartis sur le territoire français (cinq pharmacologues, cinq gériatres, deux médecins généraliste titulaires d'une capacité de gériatrie dont un urbain et un rural, deux pharmaciens dont un exerçant en officine et un exerçant en milieu hospitalier et un pharmaco épidémiologiste) par méthode Delphi à deux tours.

Cette liste comprend trente-quatre critères explicites classés en trois catégories : vingt-neuf médicaments ou classes thérapeutiques sont inappropriés quel que soit le contexte clinique, cinq situations cliniques et médicaments à ne pas associer. Vingt-cinq de ces médicaments ont un rapport bénéfice risque défavorable, huit ont un rapport bénéfice risque défavorable et une efficacité discutable, et un a une efficacité discutable.

Contrairement aux listes antérieures, des alternatives thérapeutiques plus sûres y sont proposées, permettant ainsi aux médecins d'utiliser cette liste comme aide à la prescription, alors que cette liste a été initialement élaborée à des fins épidémiologiques afin d'évaluer la qualité de la prescription en gériatrie. Pour autant, aucun de ces médicaments n'est contre indiqué de façon absolue, mais leur prescription doit être évitée dans la mesure du possible.

I.2.3. Prévalence des MPI.

La majorité de ces listes et échelles ont été mises au point dans un but épidémiologique, afin d'évaluer la qualité des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée.

La prévalence des MPI est très variable en fonction des situations : patient à domicile, institutionnalisé ou hospitalisé, âge du patient, niveau économique, patient vivant seul ou pas...

I.2.3.1. Prévalence des MPI en France.

Une étude réalisée dans les centres de médecine préventive de l'Est de la France entre 1995 et 2004 sur 30.683 personnes âgées de 65 ans et plus s'est penchée sur les médicaments pris depuis au moins un mois. Cette étude trouvait qu'en 1995 14.9% prenaient au moins un MPI selon les critères de Beers, et 33.5% selon les critères de Laroche **(6)**. En 2004, ces chiffres étaient en baisse avec 9.0% selon les critères de Beers, et 19.3% selon les critères de Laroche.

Les MPI les plus consommés étaient le propoxyphène (retiré du marché depuis), les benzodiazépines à longue demi-vie, les vasodilatateurs cérébraux et les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques

Le risque de consommer des MPI augmentait avec l'âge, le nombre de médicaments pris, la fréquence des visites du médecin. Aussi, le risque était augmenté pour les femmes, les personnes âgées vivant seules et pour ceux ayant un bas niveau d'éducation. **(6)**

Toujours en France entre mars 2007 et février 2008, une étude sur la prévalence des MPI a été réalisée chez les personnes âgées de 75 ans et plus selon les bases de données de l'assurance maladie, concernant les médicaments ayant été remboursés. 35259 patients avaient reçu au moins un médicament remboursé sur cette période, parmi eux 53.5% avaient reçu au moins un MPI selon les critères de Laroche. La région du Limousin était la plus touchée avec une prévalence de 61.6%.**(7)**

Les MPI les plus fréquents étaient les vasodilatateurs cérébraux, les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques et les benzodiazépines à longue demi-vie. **(7)**

En Val-de-Marne a été réalisée une étude de la prévalence de la prescription médicamenteuse inappropriée selon les critères de Laroche. Etaient inclus les sujets âgés de 70 ans et plus hospitalisés pour chute dans un service de gériatrie aiguë durant l'année 2012.

40.1% prenaient au moins un MPI. Le premier MPI prescrit était les benzodiazépines à longue demi-vie. **(8)**

De juin à septembre 2015 dans le service de cardiologie du CHU de Bordeaux, la prévalence des MPI chez les patients de 75 ans et plus et des patients de 65 ans et plus polyopathologiques a été étudiée. 118 patients ont été inclus. 26.3% avaient au moins un MPI selon les critères de Laroche, 49.2% des patients avaient au moins un MPI ou un médicament omis selon les critères cumulés de Laroche, STOPP et START. **(9)**

I.2.3.2. Prévalence des MPI ailleurs en Europe.

En 2005, une étude rétrospective dans 8 pays d'Europe a été réalisée. Sur la période de septembre 2001 à janvier 2002, les prescriptions de 2707 personnes âgées de 65 ans et plus ayant des soins à domicile ont été étudiées. Selon les critères de McLeod 19.8% prenaient au moins un MPI. Les facteurs de risque d'avoir un MPI retrouvés étaient : de faibles revenus, la polymédication, la prise d'anxiolytiques et un syndrome dépressif. **(63)**

Les huit pays concernés étaient : République Tchèque, Danemark, Finlande, Islande, Italie, Pays-Bas, Norvège, Royaume Unis.

Les Tchèques avaient la plus forte prévalence (41.1%), les Danois la plus faible (5.8%). **(63)**

Une étude réalisée aux Pays Bas entre 1997 et 2001 retrouvait jusqu'à 18.5% des personnes âgées ayant au moins un MPI selon les critères de Beers 1997, et jusqu'à 20% avec les critères de 2002. **(64)**

En 2002 en Finlande a été réalisée une étude rétrospective. Elle analysait les prescriptions entre 1998 à 1999 de 3921 résidents de 75 à 95 ans dont 3219 vivaient à domicile. 78% soit 2511 personnes ont renvoyé leur questionnaire. 12.5% prenaient au moins un MPI selon les critères de Beers 1997. **(65)**

En 2008, une étude Suédoise portant sur la prévalence des MPI a été réalisée sur octobre, novembre et décembre 2005. Elle portait sur les 731.135 personnes de 75 ans et plus inscrites au registre suédois des médicaments sur ordonnance (soit 91% de la population).

Le caractère inapproprié des médicaments était défini selon les 4 critères des autorités de santé nationale : au moins un médicament à potentiel anticholinergique, au moins une benzodiazépine à longue demi-vie, l'utilisation de trois psychotropes ou plus de façon concomitante, ou l'existence d'au moins une interaction médicamenteuse grave. **(66)**

La population était divisée en 2 groupes. Les personnes âgées recevant leur traitement sous forme de pilulier avaient une prévalence de MPI de 40.3% et ceux qui retiraient leur traitement contre prescription en pharmacie de 13.6%. **(66)**

En 2009, une autre étude Suédoise sur la prévalence des MPI selon les critères des autorités de santé nationale a été réalisée entre août et octobre 2005. Elle incluait les 626.258 personnes âgées de 75 à 89 ans inscrites au registre suédois des médicaments sur ordonnance.

La prévalence de l'utilisation des MPI était de 34.6%. **(67)**

L'étude montre aussi qu'un bas niveau d'éducation est un facteur de risque à la polymédication qui elle-même est un facteur de risque d'avoir un MPI. **(67)**

En 2007, la prévalence de la prescription de MPI a été analysée chez 715 personnes âgées de 65 ans et plus admis consécutivement sur 4 mois dans un hôpital irlandais pour une pathologie aiguë.

Les critères STOPP identifiaient au moins un MPI chez 35% de la population étudiée, les critères de Beers en ont identifié chez 25%. L'étude concluait que les critères de Beers étaient inadaptés à la pratique européenne. **(68)**

En Irlande, entre janvier 2007 et juillet 2008, les prescriptions de 1329 personnes âgées de 65 ans et plus admis dans trois centres de soins primaires ont été analysées.

Les critères de Beers retrouvaient au moins un MPI chez 18.3% de ces patients. Les critères STOPP ont permis d'identifier au moins un MPI chez 21.4%. Enfin, 22.7% des patients avaient une omission d'un médicament approprié selon les critères START. **(69)**

Les principaux MPI selon les critères STOPP étaient : les inhibiteurs de la pompe à protons, les benzodiazépines à longue demi-vie, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les bêtabloquants non cardio-sélectifs et les antidépresseurs tricycliques. **(69)**

En Irlande en 2008, une étude observationnelle était réalisée sur 3 mois sur 597 personnes âgées vivant à domicile hospitalisées pour une pathologie aiguë. Au moment de l'admission, 3197 médicaments étaient prescrits à 597 patients. Selon les critères de Beers, 191 patients (32%) avaient au moins un MPI prescrit : 143 (24%) avaient un MPI et 48 (8%) en avaient au moins 2. Sur les 3197 médicaments prescrits, 243 (8%) étaient des MPI. **(70)**

Malgré le nombre croissant d'études sur le sujet, la prévalence des MPI sur les prescriptions des personnes âgées reste importante.

Notre étude tente de déterminer pourquoi ces médicaments persistent, quels sont les freins à la déprescription. Plus globalement, notre étude cherche à identifier les déterminants du comportement des médecins généralistes prescripteurs.

I.3. Autres outils d'aide à la déprescription.

D'autres outils d'aide à la déprescription existent. Les canadiens ont créé un réseau pour la déprescription. Composé de professionnels de santé, cliniciens, chercheurs, professeurs universitaires... dont la mission est de promouvoir la déprescription de médicaments inutiles ou néfastes. **(71)**

Leur objectif affiché est de réduire d'ici 2020 les prescriptions de MPI de 50% chez les personnes âgées tout en assurant l'accès aux thérapeutiques pharmacologiques et non pharmacologiques plus sécuritaires.

On note dans leur activité le projet « Lignes directrices de déprescription chez les personnes âgées » ou « guidelines ». Ce projet entend formuler, mettre en application et évaluer les recommandations fondées sur les données probantes et les considérations cliniques en vue de la rédaction de lignes directrices sur la déprescription. **(72)**

Leur but est donc de fournir des outils factuels afin d'aider les cliniciens à arrêter ou diminuer des médicaments néfastes. Ces outils prennent la forme d'algorithmes décisionnels.

Un consensus d'experts, par méthode Delphi, a décidé des médicaments prioritaires. **(73)**

4 études ont vu le jour :

- Les guidelines des inhibiteurs de la pompe à protons. **[Annexe 4]**
- Les guidelines des anti-hyperglycémiantes. **[Annexe 5]**
- Les guidelines des benzodiazépines. **[Annexe 6]**
- Les guidelines des antipsychotiques. **[Annexe 7]**

Ces 4 études sont construites de façon assez similaire. Ils ont fait appel au système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) pour élaborer les lignes directrices.

A l'aide de l'approche PICO (population, intervention, comparaison, résultats ou outcome), la question principale était :

Quels sont les effets (torts et bienfaits) liés à la déprescription de la molécule X comparativement à son utilisation continue dans la population cible ?

I.3.1. Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (74)

Les IPP ont été désignés comme étant prioritaires devant leur grande prévalence d'utilisation et de surutilisation selon des études canadiennes. Ils ont responsables d'effets secondaires tels que des diarrhées, une malabsorption de la vitamine B12, des infections à C. Difficile, des fractures de hanches, ou de pneumonies. Ils peuvent participer aux visites en urgences et aux hospitalisations. Dans le cadre de la polymédication, ils participent à la non observance et aux interactions médicamenteuses.

L'équipe d'élaboration des lignes directrices comptait 5 cliniciens, seuls à avoir le droit de vote (1 médecin de famille, 1 gastro-entérologue et 3 pharmaciens), 1 spécialiste de méthodologie, 2 résidentes en pharmacie et 2 coordonnateurs de projets. Ils ont travaillé sur une revue systématique de la littérature.

L'outil de déprescription s'adresse aux médecins de première ligne, aux pharmaciens, aux infirmières praticiennes et aux spécialistes dont les patients pourraient prendre un IPP.

L'algorithme décisionnel issu de ce travail **[Annexe 4]** concerne les adultes >18ans ayant un traitement depuis au moins 4 semaines par IPP pour des symptômes digestifs hauts.

Les grandes lignes de l'algorithme de déprescription sont :

- La vérification de la persistance d'une indication
- Les modalités de déprescription : diminution des doses ou arrêt et traitement à la demande.
- Le suivi à 4 et 12 semaines avec les approches non pharmacologiques et la gestion des symptômes occasionnels.

I.3.2. Les antihyperglycémiant. (75)

L'équipe d'élaboration des lignes directrices comptait 7 cliniciens (2 médecins de famille, 3 pharmaciens, 1 infirmière praticienne), 1 endocrinologue et 1 épidémiologiste clinique.

En vue de réduire le risque d'hypoglycémie et de morbidité connexe, une équipe a réalisé une revue de la littérature concernant les anti-hyperglycémiant. Ils ont résumé leur travail en un algorithme de déprescription des anti-hyperglycémiant **[Annexe 5]**.

Cet outil concerne les patients de plus de 65 ans ayant un diabète de type 2 prenant au moins un anti-hyperglycémiant. Le patient doit répondre à au moins un critère parmi : à risque d'hypoglycémie, ou avoir / à risque d'avoir des effets indésirables liés aux anti-hyperglycémiant, ou bénéfice incertain du traitement.

Les grandes lignes de l'algorithme sont :

- Objectif de l'HbA1c approprié au patient (pas de contrôle glycémique intensif).
- Recherche autres facteurs pouvant influencer la glycémie.
- Modalités de déprescription (arrêt du traitement, baisse des doses ou changement de molécule).
- Suivi.

I.3.3. Les BZD (76)

Les BZD sont responsables chez la personne âgée de chutes, démence, dépendance physique... Ils ont été jugés prioritaires pour l'élaboration de lignes directrices pour la déprescription par méthode Delphi.

L'équipe d'élaboration des lignes directrices comptait 8 cliniciens (1 médecin de famille, 2 psychiatres, 1 psychologue, 1 pharmacologue clinique, 2 pharmaciennes cliniques expérimentées en gériatrie, 1 gériatre) et une spécialiste de la méthodologie GRADE.

Ils ont fait appel au système GRADE pour élaborer les lignes directrices.

L'algorithme de déprescription **[Annexe 6]** s'adresse aux médecins de première ligne, pharmaciens, infirmières praticiennes ou autres spécialités dont les patients pourraient prendre un BZD contre l'insomnie.

Les lignes directrices concernant la déprescription de BZD s'attarde sur les BZD prescrits contre l'insomnie.

Les patients concernés sont les patients prenant une BZD contre l'insomnie primaire, ou contre l'insomnie comorbide lorsque les comorbidités sous-jacentes sont prises en charge.

Cela concerne les 18-64 ans prenant une BZD la plupart des jours de la semaine depuis plus de 4 semaines, ainsi que les 65 ans et plus prenant une BZD indépendamment de la durée.

Les grandes lignes de l'algorithme sont.

- identifier l'indication.
- recommander la déprescription et impliquer le patient.
- une seule modalité de déprescription : diminution des doses puis arrêt. Un traitement à la demande est possible selon les cas.
- suivi à 1 et 2 semaines, approches non pharmacologiques de gestion de l'insomnie.

I.3.4. Les anti-psychotiques (AP) (77)

Ils ont aussi été choisis comme classe à prioriser dans l'élaboration des lignes directrice sur la déprescription selon un processus national Delphi. Sont en cause la grande fréquence d'utilisation et les nombreux effets secondaires dont les plus sérieux sont le risque global de décès et les événements cérébro-vasculaires.

L'équipe d'élaboration des lignes directrices comportait 9 cliniciens (4 pharmaciens, 2 gériatres, 1 médecin de famille, 1 psychiatre gériatrique et 1 médecin de famille spécialisé en soins de longue durée) et une spécialiste de Cochrane en méthodologie.

L'algorithme de déprescription des AP **[Annexe 7]** s'adresse aux médecins de soins primaires et de soins de longue durée, pharmaciens, infirmières praticiennes ou autres spécialités dont les patients prennent des antipsychotiques.

Il concerne 2 groupes de patients.

- Les adultes prenant des AP depuis plus de 3 mois pour des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) pour lesquels il n'y a pas eu de réponse thérapeutique ou pour lesquels les symptômes sont stabilisés.

Il recommande pour ce groupe une diminution progressive puis un arrêt.

- Et les adultes prenant des AP pour une insomnie qu'importe la durée du traitement.

Il recommande dans ce cas un arrêt brutal des AP (sevrage progressif si utilisation depuis >6 semaines).

L'algorithme décisionnel évoque ensuite le suivi, avec les approches non médicamenteuses, les médicaments substitués en cas de récurrence d'insomnie, et les modalités de reprise du traitement en cas de récurrence de SCPD.

II. ETUDE

II.1. - MATERIEL ET METHODES.

II.1.1. OBJECTIFS.

L'objectif principal est d'identifier les déterminants du comportement des médecins généralistes prescripteurs de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées de plus de 75 ans en Limousin.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les objectifs de performance.
- Identifier les moyens de changement.

Concernant la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée de plus de 75 ans.

II.1.2. MATERIEL.

La population cible était les médecins généralistes exerçant en Limousin. Les critères d'inclusions étaient d'être installé, inscrit à l'ordre des médecins et accepter de participer aux focus group.

Les médecins étaient invités par téléphone à venir participer à une discussion concernant les Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI) chez la personne âgée. Les médecins étaient contactés aléatoirement à partir de la liste des médecins généralistes des pages jaunes de l'année en cours. Nous avons réalisé de nouveaux focus jusqu'à saturation des données.

II.1.3. METHODES.

Des focus group se sont imposés de façon évidente dans cette étude qualitative visant à étudier les déterminants du comportement des prescripteurs, difficiles à mesurer objectivement, mais aussi un sujet très vaste dans lequel une exhaustivité paraît plus facile à atteindre dans un contexte de groupe dynamique et interactif que dans un entretien individuel. Un entretien individuel a été réalisé, car l'aléa du démarchage téléphonique a mené à un médecin généraliste expert en divers domaines et dont la lecture du sujet aurait été différente et plus poussée que ses confrères dans une discussion de groupe.

II.1.3.1. Guide d'entretien.

Les focus group étaient semi-directifs basés sur un guide d'entretien constitué au préalable afin de faire garder une ligne directrice à ces médecins souvent bavards. Il comportait 6 questions ouvertes permettant de rester dans le thème de la iatrogénie chez la personne âgée.

GUIDE D'ENTRETIEN ETUDE QUALI MPI

- 1- Quelles pathologies êtes-vous amené à prendre en charge fréquemment chez les personnes âgées (plus de 75 ans) ?
- 2- Avez-vous déjà été confrontés à des problèmes de iatrogénie chez les personnes âgées ?
- 3- Quand et comment réévaluez-vous les ordonnances des personnes âgées ? (sur quelles classes thérapeutiques)
- 4- Quelles difficultés éprouvez-vous pour modifier ces ordonnances ? Pourquoi ?
- 5- Comment faites-vous pour les modifier ?
- 6- Quels outils pourraient vous faciliter la tâche ? (outils existants ou à concevoir)

Figure 8 : Guide d'entretien des focus groups.

La première question permettait de rentrer doucement dans le thème de la personne âgée au travers ses pathologies. Puis la iatrogénie dans cette population était directement abordée, par ses conséquences d'abord, via les expériences d'effets secondaires de chacun, mais aussi par sa cause : les molécules incriminées. Enfin, les trois dernières questions s'intéressaient au comportement de prescripteur des médecins : comment est-ce qu'ils modifient ou réévaluent une ordonnance, quels sont les freins, les problèmes rencontrés, sur quels outils est-ce qu'ils s'appuient, ou sur quels outils ils aimeraient pouvoir s'appuyer pour leur faciliter ce travail.

II.1.3.2. Les focus group.

Sept à huit médecins étaient attendus à chaque focus group. Les focus group étaient enregistrés par dictaphone.

Les médecins ont été inscrits et ont participé au premier ou second focus selon leur convenance.

Les données démographiques étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire au dos du chevalet de chaque participant qui a ensuite été récupéré à la fin de la séance.

Sexe
Age
Lieu d'exercice
Pratique isolée / en groupe
Durée d'installation
Maître de stage : oui / non

Figure 9 : Questionnaire démographique et épidémiologique des médecins participants aux focus group

Les médecins étaient informés que la discussion allait être enregistrée, on leur rappelait que nous allions aborder le sujet des MPI chez la personne âgée, et ils étaient invités à dire distinctement leur prénom lorsqu'ils prenaient la parole.

L'animateur avait pour rôle de cadrer le débat, gérer au mieux les échanges entre médecins et le temps de parole, bien que non chronométré, mais s'assurer à minima que tout le monde s'exprimait. Il posait les questions selon le guide d'entretien, il pouvait interroger un médecin qui s'était abstenu sur un sujet, relancer un médecin qui n'avait pas fait aboutir son idée ou au contraire couper les propos d'un médecin qui déviait hors sujet et ainsi recentrer la discussion. Il pouvait aussi calmer un débat un peu trop houleux et cacophonique dont la retransmission aurait pu être difficile.

Deux observateurs étaient présents lors du premier focus group, un seul lors du second. Ceux-ci n'intervenaient pas dans le débat, ils notaient le non verbal et signalaient discrètement à l'animateur si l'un des médecins ne parlait pas ou au contraire monopolisait la parole.

L'entretien individuel ne s'est fait qu'avec un animateur.

Les débats étaient spontanés, chacun prenant la parole quand il avait quelque chose à dire, aucun ordre de parole n'a été déterminé.

Les focus duraient tant que les médecins continuaient à s'exprimer.

II.1.3.3. Recueil de données.

Les enregistrements audio des focus et de l'entretien individuel ont été retransmis mot à mot sur le traitement de texte Word pour donner les trois sources contenant le verbatim à partir duquel l'analyse a été réalisée. **[Annexe 8]**

II.1.3.4. Analyse des données.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel NVIVO version 11, logiciel dédié à l'analyse de données qualitatives.

II.1.3.4.1. Analyse descriptive.

Cette première partie de l'analyse qu'est l'analyse descriptive était faite par codage ouvert : les nœuds ont été définis au fur et à mesure des idées rencontrées, une même idée allant dans un même nœud.

Nous avons réalisé un double codage pour la première partie de la première source, puis nous avons mis nos idées en commun afin d'éviter trop de subjectivité et d'améliorer l'analyse.

En rattachant l'extrait du verbatim au nœud, le logiciel rattachait parallèlement son auteur ainsi que ses données démographiques, et l'origine de la source. Les nœuds englobaient donc différents extraits évoquant une même idée provenant de une à trois sources. Le nombre d'extraits par nœud variait grandement selon la fréquence de récurrence des idées.

Le recueil de données a été stoppé lorsque la saturation des données extraites du verbatim était atteinte, lorsque les verbatim ne créaient plus de nouveaux nœuds.

II.1.3.4.2. Analyse axiale.

Il s'agit de la deuxième étape de l'analyse.

En concertation avec ma directrice de thèse, nous avons réunis les nœuds en thèmes permettant de répondre à la question posée : les ensembles dont l'exploitation est plus simple que l'ensemble de nœuds en vrac. Il en ressort donc les grands thèmes évoqués par les médecins généralistes.

Analyse matricielle a été réalisée mais malheureusement non exploitée

II.2. RESULTATS.

II.2.1. Population.

Deux focus group et un entretien individuel ont été réalisés.

Le premier focus group a été réalisé dans les locaux gracieusement prêtés de l'Union Régionale de la santé à Limoges, le 20 janvier 2016 à 20 heures. Huit médecins étaient prévus, tous y ont participé. Ma directrice de thèse a animé le focus group. Il y avait deux observateurs dont moi-même. Le focus group a duré 1h45.

Le deuxième focus group a été réalisé dans les locaux de la faculté de médecine de Limoges le 9 février 2016 à 20 heures. Cinq médecins sur les sept prévus y ont participé, l'un d'entre

eux s'est excusé. Ma directrice de thèse animait de nouveau ce focus group, j'étais observatrice. Le focus group a duré 1h02.

Le dernier entretien était un entretien individuel. J'ai mené moi-même cet entretien au cabinet du médecin concerné le 7 avril 2016. Le temps effectif de l'entretien a été de 1h12, celui-ci ayant été entrecoupé de nombreux appels téléphoniques.

Finalement quatorze médecins ont participé aux entretiens. Les figures suivantes résument leurs caractéristiques démographiques.

	Population étudiée		Limousin 2015
Total	14		926
Sexe			
Hommes	10	71%	64%
Femmes	4	29%	36%
Age			
<40	1	7%	11%
40-60	12	85%	56%
>60	1	7%	34%
Lieu d'exercice			Limousin 2018
Rural	8	57%	
urbain	6	43%	
Maître de stage	10	71%	15%
			Limousin 2003
Corrèze	5	35.7%	27.6%
Creuse	2	14.3%	16.2%
Haute-Vienne	7	50%	55.1%

Figure 10 : Données démographiques et épidémiologiques des médecins participant aux focus group.

La limite entre rural et urbain a été fixée selon la ville où le médecin pratiquait arbitrairement à 3000 habitants.

Les statistiques sont issues de l'atlas Limousin 2015 du conseil national des médecins, sauf la répartition dans les différents départements qui est issue des statistiques INSEE 2003.

La population interrogée semblait donc représentative en termes de répartition homme femme, et de répartition entre les différents départements de la région. Par contre, elle n'était pas représentative en terme d'âge, les médecins de 40 à 60 ans étaient sur représentés, les plus de 60 ans étaient sous représentés.

En revanche, 71% des médecins étaient maîtres de stage (dont un en formation), ce qui est largement au-dessus des chiffres régionaux : 15% en 2018.

II.2.2. Résultats de l'analyse descriptive.

L'analyse des trois verbatim a mené à la création de 264 nœuds. [Annexe 9]

II.2.3. Résultats de l'analyse axiale.

Les 264 nœuds ont été regroupés en 8 ensembles qui permettent de comprendre le comportement des médecins prescripteurs.

Collégialité	Ordonnance
Médecin	Mésusage médicamenteux
Patient	Iatrogénie – molécules à déprescrire
PA – pathologies et particularités	Outil de lutte contre la iatrogénie

Figure 11 : Les 8 ensembles obtenus après regroupement des nœuds.

Les citations des médecins sont en italique entre guillemets, les nœuds sont en gras.

II.2.3.1. La personne âgée, patient particulier.

II.2.3.1.1. La personne âgée, pas d'âge pour la définir.

La notion de **personne âgée** n'obtenait **pas de définition consensuelle** dans le panel de médecins concernant l'âge limite d'inclusion dans cette population.

« *Je me dis que 70-80 ans* », ou « *encore on me dit personne âgée je pense 85.* »

« *Est-ce que être vieux c'est avoir un âge ou est-ce qu'être vieux c'est avoir une espérance de vie qui est diminuée ?* »

II.2.3.1.2. Les pathologies de la personne âgée.

Il y a « **plein de pathologies** » chez les personnes âgées nous disaient-ils. Ils disaient prendre en charge du « **diabète** » et d'autres pathologies « **métaboliques** » comme « **les problèmes dysthyroïdiens** », les « **cancers évidemment** », « **les pathologies cardio-vasculaires** » premières évoquées (en nombre de fois) comme « **l'hypertension artérielle** » ou l'« **insuffisance cardiaque** ». Ils disaient aussi s'occuper de « **maladies neuro-dégénératives** » comme la « **maladie de Parkinson** » ou la maladie « **d'Alzheimer** ». Mais aussi « **tout ce qui est douleur** » « **pas forcément que les douleurs rhumato** », la douleur était « **le premier motif de la consultation.** » « **Les soins palliatifs** » étaient évoqués, ou encore la « **dénutrition** », « **l'isolement** » de la personne âgée, tout le « **coté social** ». La « **constipation** » a été évoquée 8 fois, « **la chute** » 11 fois.

Finalement, les médecins s'accordaient pour dire que « **toutes les pathologies sont possibles** », ce n'était donc pas les pathologies qui différenciaient les personnes âgées.

Il s'agissait d'autres points, selon eux, qui différenciaient la personne âgée des autres populations.

II.2.3.1.3. Les personnes âgées sont polypathologiques et polymédiquées.

« *La définition de la personne âgée c'est qu'ils sont porteurs de plusieurs pathologies* ». Tous les médecins semblaient d'accord avec cette notion, et « *parce qu'ils ont plusieurs pathologies, on va additionner plusieurs médicaments* ».

Un médecin avouait : « *on a bien conscience qu'ils sont extrêmement polymédiqués et que ça a des risques potentiels majeurs.* », de plus « *ils ont tous des pathologies chroniques* », entraînant l'approbation de la plupart de ses confrères.

II.2.3.1.4. La dégénérescence organique.

Autre différence soulignée par les médecins : prendre une personne âgée en charge c'est prendre en charge une « **dégénérescence organique** ».

Les médecins insistaient notamment sur l'attention qu'il fallait porter à l' « *insuffisance rénale qui ne manque pas d'être présente chez la personne âgée* », nécessitant un contrôle régulier de « *la fonction rénale* ».

II.2.3.1.5. Les personnes âgées : une prise en charge différente, objectifs différents.

Les investigations en vue de poser un diagnostic sont différentes : « *on se lance pas dans des grands diagnostics à 80 ans, 85, 90 ans s'ils sont multi grabataires* ».

La priorisation de la **prise en charge du handicap** :

« *En gériatrie, on soigne plus de handicap et moins de pathologies* »,

« *Aider à faire des deuils de ce qu'on peut plus faire, c'est vrai que ça dépasse euh, l'aspect soigner guérir* »,

« *Le vrai raisonnement c'est en terme de déficit fonctionnel* ».

« **Les objectifs ne sont pas les mêmes** » s'accordent-ils.

La tension artérielle « *Chez un sujet de 80 – 85 balais, elle est à 15 enfin, la systolique, c'est pas un drame* ». « *Celui qui a 13 de tension avec deux anti hypertenseurs, peut-être qu'il aurait que 13.5 ou 14 avec un seul* ». « *On en enlève un, on est un peu plus, un peu plus hypertendu, et il n'y a pas les chutes* ». Le sujet de l'hypertension artérielle chez la personne âgée suscitait un commentaire de chacun, tous allaient dans le même sens : des **objectifs tensionnels** revus à la baisse.

Même notion concernant le diabète :

« *Laisser une marge de sécurité assez large, je crois qu'il faut pas être trop strict dans les chiffres* ».

Tous les médecins du deuxième focus étaient d'accord pour des **objectifs glycémiques** « *pas quand même trop ambitieux* ».

II.2.3.2. Les facteurs humains de la prescription médicamenteuse.

II.2.3.2.1. Le médecin.

Les médecins interrogés déclaraient être pourvoyeur de iatrogénie, et ce pour plusieurs raisons.

Les prescriptions du médecin étaient la première raison évoquée.

« *La pathologie vient surtout de la iatrogénie des **surprescriptions*** » sans précisions sur les médicaments en question.

« *La réponse en général du médecin généraliste, c'est une réponse médicamenteuse à un problème qui ne l'est pas forcément* ».

En matière de surprescription étaient pointés du doigt : « **nos ancêtres médecins, ils y allaient, ils bombardaient quand même** ». Sont évoqués spécifiquement « *tous ces anxiolytiques neuroleptiques et compagnie, ont été prescrits dans le temps de façon intempestive* » et « **la médication pour la circulation** » dont « *la sacralisation [...] m'a toujours ébahit* ».

Ces pratiques entraînaient des difficultés de déprescription : Une « *benzodiazépine depuis euh, 20 ans, euh, pff, tu peux pas le sevrer, c'est pas possible, enfin, bon, c'est illusoire* ».

Les **médicaments déremboursés** que certains disaient continuer à prescrire « *ça leur fait plaisir que ça soit noté sur l'ordonnance* ». Certains déclaraient qu'ils n'« **apportent pas de problèmes, c'est déremboursé, c'est pour ça** » alors que d'autres répondaient en faisant la moue comme pour montrer leur désapprobation.

Concernant la **réévaluation de l'ordonnance**, un médecin confiait le faire « **pas assez souvent** ». « *On devrait le faire à chaque fois, oui en effet, mais il y a [...] le facteur temps* » ajoutait un deuxième.

La façon de prescrire du médecin importait aussi. Elle peut induire un effet **placebo** entraînant ultérieurement une difficulté pour retirer ce médicament de l'ordonnance, il était difficile de les « *minimiser alors qu'on les a chargés* », « *cet effet placebo qui est utile, il faut le gérer aussi quand on veut alléger l'ordonnance* ».

Un médecin restait optimiste : « *cette pathologie iatrogène [...] va sûrement s'améliorer dans la mesure où déjà les **jeunes médecins, euh, prescrivent beaucoup moins de médicaments.*** »

Enfin, « *Quelques fois, **on voit pas vieillir nos patients*** » avouaient-ils, amenant à des prescriptions non adaptées à l'âge.

Les médecins se plaignaient du **manque de temps** de par de nombreuses activités **chronophages** : « *vous avez entendu le téléphone sonner, je vais voir des patients, euh, et euh, en même temps j'ai reçu tout un tas de courrier à gérer* ».

Ils citaient : la **communication** liée au métier : « *le téléphone* » « *il est chronophage, ça c'est vrai* ». « *Le patient qui veut pas arrêter* » ou encore, l'éducation des patients : « *c'est chronophage, mais que chaque médicament euh, je dis pourquoi, euh, à quoi il sert* » : « *on a pris du retard* ».

Les médecins abordaient la question de ces **habitudes** qui « *nous jouent des tours* », « *on leur renouvelle par habitude* ». L'un d'entre eux posait la question « *et copier-coller hein de l'ordonnance euh, qui ne l'a pas fait* », suivi de l'approbation des autres.

Ou bien encore serait-ce par « *inertie* », ou par « *flegme* » du médecin ?

Un médecin avouait renouveler des traitements « *pour pas les contrarier* ».

L'éducation du patient semblait influencer sur les traitements, les patients « *prennent mal le traitement parce qu'ils ont pas compris, parce qu'on leur a peut-être mal expliqué* ».

Enfin était incriminée l'écriture du médecin : « *j'écris comme un cochon* », « *on a quand même des soucis iatrogéniques très fréquents quand on faisait nos ordonnances à la main* », « *les pharmaciens ne lisaient pas* ».

A contrario, le médecin pouvait aussi être un garde-fou à la iatrogénie chez la personne âgée.

L'éducation à l'ordonnance « *ligne par ligne à chaque fois je leur pose la question et je leur redis comment le prendre* », « *le patient doit quand même savoir pourquoi il prend le truc* ».

L'éducation à la non prescription : « *ils voudraient qu'on réponde à toutes leurs, toutes leurs demandes [...] c'est une négociation en permanence avec, avec eux* » « *obtenir l'adhésion du patient à la non prescription* ».

II.2.3.2.2. La collégialité.

II.2.3.2.2.1. Les spécialistes.

Les médecins nous disaient qu'il fallait avoir « *des bons référents spécialistes* », **les « correspondants ça se choisit »**, avec « *une vision gérontologique et une vision globale* », des spécialistes « *avec qui on a une façon de penser un peu commune* », « *c'est toujours mieux d'être deux à dire certaines choses* » « *c'est pour le patient assez rassurant* ».

« *Les correspondants avec qui je travaille ne font pas d'ordonnance en fait, ils, ils font un courrier, ils préconisent, ils font rarement une ordonnance, donc en fait on en discute toujours avec les patients* ».

« *De bons correspondants, ça peut conforter dans les modifications des ordonnances* ».

Les médecins semblaient donner une part de responsabilité aux **spécialistes** dans la polymédication des personnes âgées après s'être incriminés eux-mêmes.

« Un spécialiste qui a mis un traitement assez lourd, nous derrière, je sais pas ce que vous en pensez, mais c'est pas quand même toujours évident de passer derrière pour en virer. ».

« Des anti inflammatoires, il suffit d'aller voir un rhumato hein, t'as des chances de revenir avec ».

« Leur raison de vivre en fait, c'est la prescription » nous disait l'un d'entre eux un peu exécré, les « prothèses de hanche avec le Lovenox prescrit par le chirurgien, le Préviscan prescrit par le cardio pour la FA et le euh et le Kardégic parce qu'ils ont eu un AIT il y a trois ans » s'inquiétaient-ils.

Le spécialiste qui aurait des « prescriptions assez autoritaires », « des lettres comminatoires, hein des lettres, cher confrère, j'ai revu madame machin, je t'avais suggéré d'augmenter tel produit à tel dose et je constate que ça a pas été fait » disait l'un d'entre eux agacé.

La déprescription semblait d'autant plus difficile lorsque « Le spécialiste qui a dit, c'est à vie » « c'est un peu tirer une balle dans le genou du confrère », « c'est très compliqué pour soi, ou pour les confrères qui suivent ».

Par ailleurs, ils évoquaient « une difficulté éthique » lorsqu'ils reçoivent les patients de confrères retraités. « C'est **compliqué de passer après quelqu'un d'autre** » de « remettre tout ça en ordre ».

« Le gros problème après, c'est que le patient il est complètement désorienté, il sait pas qui croire quoi ».

Ainsi, les médecins insistaient sur l'importance d'une « **communication** » entre les intervenants que ce soit par « courrier » ou par « téléphone » même si ce dernier semblait particulièrement « chronophage. »

II.2.3.2.2.2. Le pharmacien.

« Dans le circuit il y a le **pharmacien** aussi », beaucoup approuvaient.

Le pharmacien est incriminé pour ses **erreurs de délivrances médicamenteuses** : « pharmacien qui régulièrement se plantait et pas toujours parce que c'était mal écrit ». Les « médicaments marqués à la demande [...] un quart de Lexomil tous les soirs, ben le problème c'est que on leur en délivre une boîte par mois. »

« Le pharmacien peut être une sécurité aussi » car il « peut voir arriver des ordonnances de différents prescripteurs et peut aussi **donner une alerte** ». Cette tâche semblait plus aisée en campagne où les patients sont « captifs » d'une pharmacie et d'un médecin.

Ils émettaient le souhait « *que le pharmacien fasse un vrai travail de pharmacien* » c'est-à-dire sur « *les dosages, les interactions, les modalités, les horaires* ». Il devrait prendre « *le temps d'expliquer, de marquer, d'écrire sur les boîtes euh les équivalents [...] de génériques* ».

Et puis il y a ceux qui veulent « *vendre des boîtes et toujours plus de boîtes* », nous disait l'un d'entre eux agacé.

II.2.3.2.2.3. Les infirmières.

Les **infirmières** permettaient **d'améliorer l'observance** : « *le pilulier est fait correctement* », « *les médicaments sont pris* » « *ça diminue le risque d'erreur* ». Ils ajoutaient que « *Le passage à domicile c'est extrêmement important* » car « *elle alerte aussi* » en cas de problème ou difficulté.

C'est « *l'outil humain* » disaient-ils, en y incluant aussi les aides-soignants, elles vont « *plus régulièrement que nous chez les patients, les voient vivre autrement.* »

II.2.3.2.2.4. L'interne.

L'interne en stage semblait lui aussi avoir un rôle à jouer. Avec lui « *il faut pouvoir justifier n'importe quelle ligne de l'ordonnance* », ça « *nous fait remettre en question* ». « *T'as quelqu'un qui regarde, t'as quelqu'un qui de temps en temps te dis, mais pourquoi tu mets ça ? Ah ben pff, je me souviens plus* ».

II.2.3.2.3. Le patient.

Les médecins interrogés rappelaient que chaque patient est différent : « *il faut se bagarrer avec certaines personnes pour leur faire comprendre que ça, c'est pas utile et deux minutes après on va bagarrer avec d'autres personnes du même âge pour leur faire comprendre que ça au contraire, il faut qu'ils le prennent.* »

Les « **habitudes** » des patients semblaient poser problème.

Pour certains patients, « *c'est une source d'angoisse d'avoir euh, de vouloir arrêter un traitement qu'il prend depuis des années* ». « *On a des gens qui sont très attachés à certaines prescriptions* » « *cette habitude, c'est long à récupérer, donc c'est pas forcément sur une consultation.* ».

Les psychotropes au long cours semblent poser particulièrement un problème : « *c'est vrai que euh, euh, une personne âgée qui prend un somnifère, un hypnotique ou une benzodiazépine depuis euh, 20 ans, euh, pff, tu peux pas le sevrer, c'est pas possible, enfin, bon, c'est illusoire* ».

Les patients ne se verraient pas vieillir, ils « *vieillissent bien et ils se rendent pas compte que en fait euh, ben leurs organes ils ont vieillis,* » « *ils comprennent pas pourquoi on peut leur arrêter certains médicaments* ».

« *Les gens sont pas, non plus, toujours à nos ordres* ». Ainsi, modifier une ordonnance ou enlever un médicament se ferait en « **négociation** » avec le patient « *on est quand même obligés de composer avec le patient* » par « *le dialogue avec le patient, essayer de parler, d'expliquer* », « *le patient doit quand même savoir pourquoi il prend le truc.* »

Les médecins parlaient de « *la notion du **consentement éclairé*** » qui semblait mettre tout le monde d'accord. « *Si tu lui as pas expliqué euh, si il a pas adhéré, euh, il va forcément mal le faire* ».

Chez les personnes âgées démentes, le consentement n'était pas nécessaire : « *Sauf si il est complètement gaga* » précisaient-ils ou « *complètement dément, [...], je vais pas lui demander* » donc « *c'est beaucoup plus facile.* »

Les patients **demandeurs de médicaments** semblaient aussi poser problème aux médecins.

« *Ils voudraient qu'on réponde à toutes leurs, toutes leurs demandes* ». Ils sont « *en demande de médicaments en permanence [...]* c'est pas facile toujours à gérer » « *c'est une négociation en permanence* ».

« *Ils voudraient des hypnotiques et on essaie de leur expliquer que compte tenu de leur âge, [...] on a peur des chutes.* ».

« *J'ai vu une personne qui a 85 ans diabétique, artéritique, AVC, insuffisante cardiaque, insuffisante rénale, [...] elle ne comprend pas que je ne veuille pas mettre d'anti-inflammatoires* ».

Le « **nomadisme** » des patients semblait être un frein : « *ils vont trouver un autre médecin qui leur prescrira* », « *des anti-inflammatoires, il suffit d'aller voir un rhumato hein, t'as des chances de revenir avec* », « *si tu leur files pas, il va aller les chercher à la pharmacie qui seront pas remboursée* ».

Concernant les **médicaments déremboursés** qu'« *ils continuent aussi à en prendre quand même un peu, à les acheter sans nous dire* », les avis sont partagés. Certains continuent à les prescrire, ça « *leur fait plaisir.* » D'autres préféraient rappeler qu'ils restaient « *toxiques* ».

D'autres patients au contraire refuseraient la prise en charge : « *faire passer une infirmière pour gérer les problèmes* » « *ça te renvoie aussi à ton vieillissement* », et pouvait être perçu comme une « *infantilisation* ». « *Il faut y revenir plusieurs fois* ».

Un médecin proposait de donner la « **main au patient** » « *je mets un point d'interrogation devant le médicament* » « *essayez d'ici la prochaine consultation de l'arrêter et vous verrez ce qui se passe. Et ça leur permet de ne pas avoir la frustration.* » Il avouait que cette méthode

était un échec : « *effectivement ils reviennent, ils l'ont pris, ils ont pas essayé.* » Mais il persistait dans sa démarche : « *la prochaine ordonnance, à nouveau [...] je vous répète la même chose.* »

II.2.3.2.4. La famille des personnes âgées.

Les décisions concernant les personnes âgées démentes seraient prises « *avec l'accord des familles* ». « *Tu t'occupes d'une pathologie dans un milieu, dans un environnement, donc t'es obligé de tenir compte, de discuter, de discuter avec les enfants, la famille* ». Dans l'idéal, « *Quand on l'explique aux gens, ils le comprennent très bien* » mais souvent « *j'ai essayé de tenter deux fois de supprimer, la famille me dit, mais bon ça m'embête* ».

Les familles pouvaient être un **frein à la déprescription** : « *Il faut lutter avec une famille* », « *parce que quelques fois ils veulent continuer, si jamais tu prescrites un médicament non indiqué et qu'il y a un problème, ce sont ceux-là qui vont t'emmerder aussi après.* »

II.2.3.3. Les médicaments.

II.2.3.3.1. Les médicaments iatrogènes et les médicaments à déprescrire.

II.2.3.3.1.1. Les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Les **AINS** ont semblé être identifiés comme médicament à déprescrire : « *Il y a des produits dangereux immédiatement, avec une **insuffisance rénale** avec euh, avec un anti inflammatoire, il y a des fois, il va falloir être euh brutal, abrupte dans ses décisions* ». « *Je pense que passés les 85 ans [...] les AINS c'est non* » tranchait l'un des médecins, « *à part en situation palliative* » précisait un autre.

D'autres médecins avaient un discours plus nuancé, en choisissant des AINS à demi-vie courte. « *Si il a mal, est ce qu'il faut lui donner un AINS, ou pas, et éventuellement est ce qu'on doit choisir la demi vie la plus courte* » « *qui ne l'a pas fait ?* » ; ou prescrit sur des courtes durées « *Sur trois, quatre jours c'est pas dangereux* ».

II.2.3.3.1.2. Les psychotropes.

« *Pour moi la pathologie vient surtout de la iatrogénie des surprescriptions, en particulier de psychotropes* ». Elles ont été citées comme des « *molécules dangereuses* » : « *je crois qu'ils font des dégâts énormes* » spécifiquement « *tous ces anxiolytiques neuroleptiques et compagnie, ont été prescrits dans le temps de façon intempestive* ». Cette notion paraissait être une « *chose(s) évidente(s)* ».

« *Tous les psychotropes* » sont en cause s'accordaient les médecins.

Ils énuméraient tour à tour les différents effets secondaires qu'ils leur reprochaient : « les problèmes de **sédation**, » de « troubles de vigilance, » « de **chutes**, » « des problèmes d'**hypotension** », « d'**hyponatrémie** », de « **constipation** », « des **nausées** ça leur provoque aussi. »

« Un hypnotique, une benzodiazépine depuis euh, 20 ans, euh, pff, tu peux pas le sevrer, c'est pas possible, enfin, bon, c'est illusoire. »

Les médecins nous donnaient alors chacun leur technique : la **non prescription initiale** : « il n'y a pas de nouvelles prescriptions, » « je leur dit de pas commencer ». D'autres optaient pour : « mettre la **dose la plus faible tolérée**, en essayant d'en avoir qu'un ». D'autres s'autorisaient des prescriptions de **courte durée** : « une semaine, tu lui donnes une boîte de 7 comprimés et l'affaire est réglée. »

II.2.3.3.1.3. Les antidépresseurs.

Les **antidépresseurs** pourraient entraîner « des décompensations d'Alzheimer ou, de maladies neurodégénératives ». Les médecins avaient tendance à considérer que « souvent euh, le bénéfice est négatif » en évoquant les problèmes « d'**hyponatrémie** avec les sérotoninergiques », ou les « **chutes de tension**. »

II.2.3.3.1.4. Les hypotenseurs.

Traitement identifié comme médicament à ne « pas oublier d'arrêter [...] les **anti-hypertenseurs**, parce que je m'aperçois moi que chez les gens de plus de 80 ans notamment, les anti-hypertenseurs qui avaient leur place longtemps avant l'ont plus, [...] on a des **hypotensions** etc, là il faut y faire attention ».

« Celui qui a 13 de tension avec deux anti hypertenseurs, peut-être qu'il aurait que 13.5 ou 14 avec un seul ».

« Quand on a trois produits associés par exemple souvent, on s'expose à des, beaucoup d'hypotensions, on en enlève un, on est un peu plus, un peu plus hypertendu, et il n'y a pas les chutes. »

Les médecins s'accordaient à dire qu'ils étaient responsables « d'**hypotension** » et de « **chutes** ».

Ils incriminaient d'**autres hypotenseurs** « les anti hypertenseurs bien sûr, mais aussi les **alpha bloquants**, ou les euh, les, les **inhibiteurs calciques** », « les **collyres bêtabloquants** ».

Et « surtout les associations auxquelles on fait pas attention [...] le risque se majore, parce qu'il y a des potentialités ».

Un médecin évoquait en particulier la déprescription de « **l'olmésartan**, l'Olmétec, Colmétec machin, » « le seul de sa classe à coller des entéropathies » « un risque rare certes, mais très grave. »

II.2.3.3.1.5. Les diurétiques.

Les **diurétiques** étaient responsables de « problèmes de euh, de **déshydratation**, **d'hyponatrémie** » ou encore de « **constipation** », « un effet secondaire qui est quand même assez pénible, c'est les personnes âgées constipées ».

Médicament identifié à **déprescrire notamment lors de forte chaleur** : « c'est quand même assez fréquent surtout, il fait souvent très chaud ». « Quand on va arriver en période chaude, tous les diurétiques et tout ça, on va, on va faire gaffe ».

Certains déclaraient les prescrire à moindre dose « Les diurétiques aussi, il y a pas forcément besoin de doses excessives ».

Dans certains cas, « Sur une insuffisance cardiaque par exemple, on va peut-être pas diminuer le Lasilix, parce que si il y a trois kilos qui sont pris la semaine d'après, on peut beaucoup moins jouer ».

Quelle que soit la dose, la surveillance des « **iono avec les diurétiques.** » semblait nécessaire.

II.2.3.3.1.6. Les antithrombotiques.

« L'une des plus grosses iatrogénie à l'heure actuelle, ce sont les **anticoagulants**, les nouveaux et les anciens ».

Le risque de « chute avec l'utilisation d'**anticoagulants** » augmenterait le risque d'« **hémorragies** ».

Les médecins se sont interrogés à propos des anticoagulants : « si la prescription était encore bonne, après 75 ans », sur l'**intérêt des anticoagulants avec l'âge** « vous avez plus de 75 ans euh, vous avez une AC/FA, on vous colle un anticoagulant. Et après 90 ans, je sais pas si c'est une bonne idée. »

Déprescrire, en tenant compte de la **balance bénéfique risque** : « *mais ça pose le problème de la déprescription, c'est-à-dire qu'il va falloir identifier les pathologies majeures, il a une arythmie, si on lui enlève son anticoagulant, on s'expose à de sérieux emmerdements.* »

La **surveillance biologique** chez ces patients est apparue importante : « *Je prescris quand même euh, relativement fréquemment des biologies de surveillance [...] en particulier les gens qui sont donc sous euh, sous anticoagulants* ». La biologie permettrait également de « *surveiller l'efficacité d'un anticoagulant en mesurant un INR c'est un, savoir si les gens le prennent* ».

Les médecins ont évoqué le risque des interactions médicamenteuses : « *Moi je suis toujours inquiète par les **associations** qu'on voit* » ; les « *prothèses de hanche avec le Lovenox prescrit par le chirurgien, le Préviscan prescrit par le cardio pour la FA et le euh et le Kardégic parce qu'ils ont eu un AIT* ».

Les médecins s'inquiétaient des prescriptions des Nouveaux AntiCoagulants Oraux (**NACO**) devant l'absence d'antidote « *les NACO, et euh, moi j'en ai peur parce que j'ai pas l'antidote, et, je vous dis qu'avec les autres, euh, avec les AVK, euh, ben si j'ai un INR à dix, ben je vais faire une ampoule de vitamine K et puis le problème il est résolu.* » « *J'en ai peur parce qu'il y a pleins de chirurgiens qui s'arrachent les cheveux parce que quand ça saigne.* »

D'autres s'inquiétaient de leur suivi et de l'absence de surveillance : « *on a vendu les nouveaux comme n'ayant pas besoin de surveillance, en fait, c'est parce que les moyens pour mesurer leur euh, efficacité n'existaient pas qu'on a dit qu'on en avait pas besoin, [...] mais c'est pas que ça en nécessitait pas* » « *si ils prennent du pradaxa, du xarelto, de l'éliquis, vous savez pas si ils le prennent ou pas* ».

Certains médecins ont cité des outils décisionnels « *grilles d'évaluation CHADsVASC et HASBLED, qui nous donnent un peu bonne conscience.* »

II.2.3.3.1.7. Les Anti-Diabétiques Oraux.

Les **antidiabétiques oraux** ont été cités comme iatrogène, « *Pour moi la pathologie vient surtout de la iatrogénie des surprescriptions, en particulier [...] d'anti diabétiques* », « *les hypoglycémiantes, moi, je crois qu'ils font des dégâts énormes* ». Et ce car « *il y a quand même un gros risque euh, d'hypoglycémie avec les anti diabétiques oraux* ».

Les **objectifs chez les sujets âgés** étant **différents**, les ADO pourraient être déprescrits : « *celui qui a, je sais pas, celui qui a 7.5 d'hémoglobine glyquée, il aura peut-être que 7.8 en enlevant euh un ADO, euh, ce qui reste encore dans les recommandations.* »

Les sulfamides hypoglycémiantes étaient cités en particulier : « *on évite les sulfamides, on évite tout ce qui va pouvoir donner des hypoglycémies nocturnes qu'on va pas pouvoir repérer,*

surtout qu'ils mangent très tôt en général » jusqu'à avoir « fait la razia quand même, enfin je les utilise pas trop les sulfamides ».

II.2.3.3.1.8. Les hypocholestérolémiants.

« Y'a des médicaments qu'on peut aussi, euh, enlever, parce que tout simplement ils sont devenus inutiles euh, je pense par exemple aux, aux hypocholestérolémiants, au, pff, Omacor à 85 balais, je suis pas sur euh, d'améliorer l'espérance de vie ».

Les médecins des deux focus se questionnaient sur concernant **l'intérêt chez les personnes âgées** *« L'intérêt des hypocholestérolémiants passé 85, 90 quand même, il faut quand même se poser la question ».*

L'un d'entre eux évoquait la surprescription de statines : *« ya des reco pour prescrire des statines, euh, je crois qu'on prescrit des statines à six ou sept millions de français, et il y en a combien ? un ou deux millions qui rentrent dans les reco ? »*

D'autres suspectaient que « les statines filaient des **diabètes**. »

II.2.3.3.1.9. Les anticholinestérasiques.

Les **anticholinestérasiques** étaient identifiés comme médicaments à éviter : *« Les anti-Alzheimer, j'avoue j'en prescris pas trop, parce que j'ai, enfin je trouve qu'il y a plus d'effets indésirables que de points positifs »,* il y a « un risque iatrogène ». Ce sont « des médicaments qui coûtent cher » et « qui servent à que dalle quoi ».

Voir même à déprescrire : *« Les anticholinestérasiques, moi, j'ai l'impression de ne plus en avoir sur mes ordonnances quasiment, petit à petit ça disparaît »* car « la littérature a montré que ça servait peut-être pas à grand-chose. »

Un médecin restait plus modéré : *« les anticholinestérasiques, moi j'ai vu des améliorations, mais sur des stades précoces de la démence hein, euh, bon c'est sûr que le, le type qui a des troubles cognitifs énormes, ben c'est même pas la peine de lui en donner, et puis il faut savoir les arrêter. »*

II.2.3.3.1.10. Les antiparkinsoniens.

Les **antiparkinsoniens** étaient cités comme iatrogène sans plus de précision, mais difficiles à déprescrire devant une **méconnaissance** de ces molécules : *« moi j'ai une énorme difficulté, je mets ça sur la chronobiologie de ces classes thérapeutiques, j'ai énormément de difficultés, moi j'avoue que quand ça marche, j'ose pas trop diminuer. »*

II.2.3.3.1.11. Les antalgiques.

« *Les antalgiques de niveaux 2* » seraient à déprescrire chez les personnes âgées sans plus de détail.

II.2.3.3.1.12. Les anti angineux.

« *Il y a des anti angineux, des patchs de trinitrine, des choses qui n'ont pas forcément, qui n'ont peut-être plus forcément d'intérêt* » nous citait l'un des médecins interrogés.

II.2.3.3.1.13. Les médicaments à visée circulatoire, les traitements de confort.

Les médicaments à visée circulatoire comme le « *Tanakan®* », certains médecins seraient désireux de les arrêter mais « *c'est pas fastoche de l'arrêter* ». Certains médecins les identifiaient comme des « **thérapeutiques de confort** » mais « *ce qui est embêtant, c'est qu'ils ont une toxicité* ». D'autres étaient moins catégoriques en estimant que « *c'est pas forcément un médicament bien grave* ».

II.2.3.3.1.14. Les médicaments prescrits de façon temporaire

Il faut être « *vigilant pour l'arrêter* », « *il y a des médicaments qui perdurent euh, sans qu'il y ait vraiment de euh, de raison* ».

II.2.3.3.1.15. Autres médicaments

La cordarone : « *Il y a de la iatrogénie avec la cordarone* » avec des **dysthyroidies** « *il faut rester vigilant sur la surveillance de la TSH* », « **les pneumopathies à la cordarone** », la « *fibrose pulmonaire post cordarone* ».

La digoxine « *pour laquelle on a un moyen de surveillance* » évoquait l'un des médecins interrogés.

« **Le calcium** *c'est énorme ce que ça peut provoquer* » avec les problèmes digestifs, « **les nausées** », ou encore des « **personnes âgées constipées** ».

Le motilium était à déprescrire : « *Il y a eu 200 morts du motilium* ».

II.2.3.3.2. Le mésusage médicamenteux

Les médecins évoquaient « *Le mésusage il peut être dans les deux sens, il peut être par excès, il peut être aussi par défaut* ».

Ils précisait l'importance du rythme des prises des médicaments : « **L'horaire de prise des médicaments** *c'est important et, et ça c'est pas toujours respecté* ».

Ils évoquaient les erreurs de prise médicamenteuse liées aux médicaments génériques :

« *Qu'un des gros problèmes de la iatrogénie euh, chez les personnes âgées est dans l'observance, l'observance dans la iatrogénie c'est quand même le problème des **génériques*** ».

« *J'ai l'impression que la cause la plus fréquente de iatrogénie chez la personne âgée, c'est le mésusage du médicament par le biais du générique.* » « *Il a confondu le comprimé bleu avec le comprimé rouge, il a, ça fait 20 ans qu'il prend le comprimé bleu dans une boîte verte, et là subitement, il a une boîte rouge, c'est sa principale cause à mon avis de, mmmh, de iatrogénie.* »

Certains médecins modéraient le lien direct avec ces médicaments génériques : « *Le mésusage des médicaments, c'est un phénomène très fréquent chez la personne âgée, avec ou sans générique* ».

L'absence d'éducation au traitement, la non compréhension d'un traitement, ou des troubles mnésiques entraînaient une mauvaise observance : « *Il y a des tas de personnes âgées qui prennent mal le traitement parce qu'ils ont pas compris [...] parce qu'ils se rappellent pas* » « *ils ont des troubles de la mémoire la plupart du temps, même s'ils n'ont pas de problème cognitif, ou démentiel [...] ils prennent deux fois le médicament parce qu'ils pensent ne pas l'avoir pris, [...] et quelques fois, ils ne le prennent pas parce qu'ils pensent l'avoir pris* ».

II.2.3.4. L'ordonnance.

Un médecin préconisait « **une ordonnance courte et bien écrite** », et obtenait l'approbation de tous.

L'ordonnance devait comporter des **durées de traitement** prédéterminées : « *des traitements où dès le début, on leur a dit, on va le mettre pendant un certain temps* », « *quand tu introduis un hypnotique, tu peux très bien lui dire tu le prends une semaine, tu lui donnes une boîte de 7 comprimés et l'affaire est réglée* ».

Deux écoles se sont affrontées concernant la rédaction d'une ordonnance :

L'ordonnance manuelle.

Cette méthode permettrait de laisser du **temps à la réflexion** :

« *Moi quand j'écrivais, oui, je me remettait en question à chaque ligne que j'écrivais* », « *J'ai l'impression que ça nous laisse un petit peu plus de temps, le fait d'écrire, nous laisse un petit peu le temps de la réflexion, rien que le temps d'écrire le mot, l'esprit se fixe un peu dessus* ».

L'ordonnance informatique.

Un médecin défendait l'ordonnance informatique « *je trouve que ça laisse le temps de la réflexion sur l'ordinateur* », alors que d'autres ironisaient : « *maintenant je clique* », « *copier, coller* ».

L'informatique permettait « *des prescriptions bien écrites* », donc une ordonnance plus **lisible**.

II.2.3.4.1. Quand réévaluer l'ordonnance et déprescrire ?

Certains médecins disaient réévaluer l'ordonnance « *à chaque fois* » « *discuter systématiquement l'ordonnance de pas faire des renouvellements comme ça.* » « **A chaque renouvellement, on se pose un petit peu la question quand même.** »

D'autres modéraient ces propos, « *on se pose pas systématiquement la question quand même* », « *il faut le faire assez régulièrement* » en précisant que « *ça dépend du profil du malade* », « *pour chaque patient, on a notre rythme* ».

Un médecin réévaluait l'ordonnance « *une fois par an, je fais une revue* ».

Beaucoup disaient réévaluer l'ordonnance lors d'un **évènement intercurrent** : quand « *il y a une modification de l'état de santé du patient* », devant « *toute aggravation naturellement* », ou « *à l'occasion d'une hospi ou d'une visite chez le spécialiste* », « *quand il y a un évènement nouveau* ».

Un médecin soulevait le problème de la iatrogénie : « *Quand il y a un symptôme, c'est soit le malade, soit le docteur, si c'est le docteur, on regarde la liste de médicaments et on voit* ».

Une mauvaise observance médicamenteuse était aussi une cause de réévaluation de l'ordonnance. Ainsi, les médecins proposaient différentes méthodes de **surveillance de l'observance médicamenteuse**.

D'abord l'interrogatoire : « *où est-ce que vous en êtes, est-ce qu'il vous en reste, déjà ça permet de savoir s'ils ont pris leur traitement correctement* ».

Aussi, **la surveillance biologique** : « *faire des INR à des gens qui sont sous AVK c'est important parce qu'on sait si ils le prennent* ».

Un médecin proposait de surveiller la **régularité des consultations** : « *s'ils auraient dû venir un mois plus tôt, c'est que voilà, ils ont pas pris correctement.* »

D'autres proposaient de « **mettre le nez dans leurs affaires** » ; « *lorsqu'on va à domicile, lorsqu'on fait des visites à domicile, on est des fois surpris par le nombre de boîtes qui restent* ».

Un médecin pensait « **si ça va bien, est-ce que ça pourrait pas aller aussi bien avec, euh, avec une ordonnance plus légère** ».

Au contraire d'autres disaient réévaluer les **ordonnances longues** : « *quand elles sont un petit peu longues* » « *ça me gêne* » « *j'évacue* ».

Un médecin avouait réévaluer l'ordonnance « **quand j'ai le temps** », la difficulté étant selon lui « *le temps imparti* ». Cette notion de temps mènerait à la procrastination : « *on a la pression et donc euh, on se dit, bon on le revoit dans trois mois, puis on le fait pas cette fois, on le fera la prochaine fois, trois mois plus tard, on est en vacances, et le remplaçant il le fera pas* ».

Finalement la réévaluation serait faite « **pas assez souvent** ».

Réévaluer une ordonnance nécessitait d' « *obtenir l'adhésion du patient* », « *c'est long* ». Cette réévaluation pourrait être réalisée au fil du temps : « *c'est pas forcément sur une consultation* », « *il faut le faire avec du temps* ».

Le facteur **humeur** était ajouté : « *il faut sentir que le patient il est de bon poil et nous aussi* » « *que le moment est opportun* ». Cette réévaluation demanderait de l'énergie : « *il faut avoir la pêche pour le faire* », « *on peut baisser un peu les bras de temps en temps aussi* ».

II.2.3.4.2. Comment réévaluer l'ordonnance et déprescrire ?

La réévaluation de l'ordonnance nécessitait de réexaminer le patient, et de reprendre son dossier dans sa globalité : « *On ne peut réévaluer son ordonnance qu'en **réexaminant son patient*** », « *en reprenant son dossier.* » Les examens complémentaires, « *Leur **bilan biologique*** », « *la fonction rénale, un iono, c'est des choses qui vont aussi nous faire réévaluer une ordonnance.* »

« *Je crois qu'on peut pas définir une classe thérapeutique particulière* » à éliminer de l'ordonnance, « *je **systématise pas une classe thérapeutique*** ».

« *Je prends mon ordonnance **ligne par ligne*** ».

Un médecin proposait de « ***hiérarchiser quand même les problèmes*** » en fonction des patients, un autre proposait de hiérarchiser les médicaments « *hiérarchie du produit lui-même de sa, de son efficacité, de son importance. Il y en a certains, on va se battre pour arrêter brutalement quelque chose, et y'en a d'autres on a le temps* ».

Certains médecins proposaient de commencer par déprescrire les **médicaments déremboursés** « *vive les médicaments déremboursés.* »

D'autres proposaient de passer par des **diminutions de posologies** : « *je passe surement aussi par demis comprimés, par euh, en diminuant les posologies* », « *par étapes progressives on va y aller.* »

Un médecin proposait d'essayer d'arrêter un traitement « *et voir ce qui va se passer* », « *on peut très bien **arrêter un traitement et voir**, quitte à le reprendre après si on s'est trompé.* »

II.2.3.5. 3-3-5 Les outils d'aide à la prescription.

II.2.3.5.1. L'outil informatique.

« *L'informatique, ça aide* ».

Il permettrait d'éditer des « *prescriptions **bien écrites*** » ce qui permet d' « *aider les personnes âgées à prendre leurs médicaments correctement* ».

Il permettrait aussi une prescription plus **rapide** : « *copier, coller* », « *sur l'ordi, c'est facile d'effacer aussi* ».

Certains médecins citaient les « *logiciel d'exploitation, euh, médicale* », « *des logiciels d'aide à la prescription* » permettant d'éviter les interactions médicamenteuses : « *quand je prescris un truc qui va pas avec le reste [...] c'est difficile de passer à côté maintenant* » « *sur l'écran les aides quand on rédige les ordonnances, quand même on a des alertes* ». Un médecin pensait quant à lui « *il y en a tellement, moi je pense, que tu regardes jamais.* »

En rapport avec les logiciels médicaux, ils évoquaient l'utilité d' « *une bonne **banque de données médicamenteuses*** ». L'exemple du « *Vidal* » était donné. Un des médecins le consultait « *quasi systématiquement à chaque prescription* ».

Un médecin nous rappelait l'importance du **dossier** « *avoir bien paramétré son dossier, avoir pris le temps de le structurer.* »

Un médecin voyait dans l'outil informatique une aide à l'organisation du suivi : « *pour chaque patient, on a notre rythme pour ce patient là pour les contrôles effectivement des ionos, des machins et donc on se met des rappels sur nos, moi sur mon ordinateur.* »

Il permet l'accès à « ***Amélipro*** » : « *si on veut savoir si il a pris autre chose* » « *on a tout ce qui a été délivré au patient depuis 6 mois* » mais « *à condition qu'il ait sa carte vitale évidemment.* »

Un médecin évoquait deux inconvénients à cet outil informatique.

Il nous parlait de plaintes de patients : lorsqu'il y a « *incrimination contre quelqu'un, ça se termine neuf fois sur dix par, de toutes façons, il écoutait rien de ce que je disais, il était **tout le temps sur l'ordinateur*** ».

Il nous parlait aussi de la limitation de l'outil par la qualité du réseau : « *je suis à 500kilos de débit quand ça marche bien* ».

Un autre évoquait un outil informatique qui serait en développement, qui permettrait aux **pharmaciens** « *d'être connectés avec les autres pharmaciens et de connaître les prescriptions qui ont été faites pour le même patient dans d'autres pharmacies* ».

Un médecin proposait « *une ordonnance qui parte chez le pharmacien avant que le patient y soit et que j'ai un retour du pharmacien éventuellement, avant* », une sorte de « *e-prescription* ».

Un médecin rappelait que malgré tous ces outils informatiques, **le médecin reste décisionnaire** : « *c'est l'Homosapiens qui décide quand même encore* ».

II.2.3.5.2. La formation médicale.

Les médecins ont aussi évoqué la formation comme outil de lutte contre la iatrogénie : la « **formation initiale** », mais aussi la « **formation continue** », « *c'est extrêmement important* ». Dans la formation continue, ils citaient « *les groupes de pairs* », ou « *une bonne lecture* ». Le médecin se devait d'être « **pro-actif** ».

II.2.3.5.3. Les médias.

Les médecins disaient aussi s'appuyer sur les connaissances que les patients acquièrent au travers des **médias**. « *La campagne la plus spectaculaire c'était euh, les antibiotiques pas automatiques, ça, ça permet, moi ça m'a permis de diminuer de plus de 50% mes prescriptions d'antibiotiques* ». Ils évoquaient aussi la « *médiatisation de la toxicité des statines* » qui les auraient aidés à en supprimer. Mais aussi « *des livres qui sortent* », « *en début d'après-midi il y a des émissions médicales* ». « *Ils ont une culture médicale maintenant les gens* ».

II.2.3.5.4. Les recommandations.

Un outil existant, mais pour lequel les médecins sont en attente : « **les recommandations** ». « *Elles manquent cruellement pour le grand âge* », « *on a besoin aussi de recommandations qui tardent à venir, euh, en particulier la vitamine D* » déplorait l'un des médecins. « *80- 85 ans [...] est-ce qu'il faut lui continuer son, sa statine ?* ». « *Sur les troubles du rythme, c'est toujours... il y a des indications un peu précises pour ça donc euh, il faut, c'est toujours un peu litigieux de débiter un traitement à cet âge-là, anticoagulants* » évoquait un autre.

II.2.3.5.5. Les visiteurs médicaux.

Un médecin insistait sur le fait de « **ne pas recevoir de visiteurs médicaux** » « *qui relèvent de la publicité et non pas de l'information scientifique* » ; ou encore le fait de **ne pas prescrire**

de molécules nouvellement arrivées sur le marché « à part si vraiment il y a des trucs solides, mais euh, je vous rassure depuis 30 ans, il y en a eu quasiment aucun ».

II.2.3.5.6. Délivrance à l'unité des médicaments

Enfin la **délivrance par le pharmacien des médicaments à l'unité** « donner la quantité nécessaire » serait un outil de lutte contre la iatrogénie.

II.2.3.5.7. Le guide des MPI de M.L Laroche.

Un médecin semblait vouloir évoquer le **guide des MPI** de Marie Laure Laroche comme un outil d'aide à la prescription, sans en retrouver les références : « *le guide de pharmaco euh, c'est Anna Laure Faucher* ».

III. DISCUSSION

Les personnes âgées sont une part importante et croissante de notre population. En 2030, 29.3% de la population nationale aura 60 ans et plus. En 2001, les personnes de plus de 65 ans représentant 16% de la population française consommaient 39% de la consommation totale de médicaments de ville.

La médication chez la personne âgée est donc à la fois un enjeu de santé publique et économique. Malgré la multiplication des études et des outils d'aide à la déprescription chez la personne âgée, les médicaments potentiellement inappropriés restent très présents sur les ordonnances des personnes âgées françaises. **(6-9)**

Les résultats de notre étude aident à comprendre les déterminants des prescripteurs.

III.1. Validité interne de l'étude.

III.1.1. Forces de l'étude.

Méthode échantillon enquêteur analyse des données

Le choix de la méthode qualitative était adapté au sujet. Il a permis de recueillir les données subjectives que sont les déterminants des comportements des prescripteurs.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

L'utilisation des focus group a permis un débat plus riche que des entretiens individuels. Les focus group pouvaient aussi brider certains médecins qui n'auraient pas osé dire certaines choses en présence de confrères.

Notre étude aborde un thème pertinent qu'est le comportement des médecins généralistes face à la prescription chez la personne âgée. Devant la démographie actuelle et à venir, il s'agit d'un enjeu de santé publique et économique. Notre étude recueille les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, leurs ressentis.

III.1.2. Limites de l'étude.

III.1.2.1. Inhérentes à la méthode

Les focus group permettent de recueillir des expériences personnelles, subjectives, d'un échantillon de médecins généralistes.

La méthode qualitative ne permet pas d'extrapoler les résultats à la population générale.

Afin de confirmer les résultats retrouvés, une étude quantitative sur un groupe plus important de médecins généralistes pourrait être intéressante.

III.1.2.2. Inhérente à l'échantillon

Il existait un biais au niveau de la sélection des médecins généralistes. En effet, pour participer à l'étude, il fallait accepter. Aussi, cela pourrait impliquer que les médecins qui ont accepté de participer à l'étude consacrent plus de temps à leur formation continue, à la mise à jour de leurs connaissances. La proportion de maîtres de stage dans l'échantillon de médecins qui est de plus de 70% n'est probablement pas représentative. En effet, sur les près de 1200 médecins généraliste **(109)** en Limousin, cela représenterait plus de 800 maîtres de stage. Nous sommes loin de cet engouement, en 2018, ils sont 180 maîtres de stage en Limousin.

Aussi, peut-être étaient-ils plus intéressés par le sujet.

Les médecins de plus de 60 ans de notre panel étaient sous-représentés. On peut penser encore, qu'à l'approche de la retraite, les médecins ont moins envie de s'impliquer dans leurs formations.

Toujours concernant la population de l'échantillon des focus group, tous les médecins généralistes participants exerçaient dans la région limousine qui a la particularité démographique d'être une des régions dont la population est la plus vieille de France. **(12)**

Ainsi, il semble que les résultats ne puissent pas être extrapolés à un niveau national.

III.1.2.3. Inhérentes à l'auteur.

L'auteur n'était pas familier avec la méthode d'étude qualitative. Celle-ci n'est que peu abordée lors de la formation initiale du médecin.

III.2. Validité externe de l'étude.

III.2.1. La personne âgée, patient particulier.

III.2.1.1. La personne âgée, pas d'âge pour la définir.

La notion de personne âgée n'a pas de définition consensuelle.

Lorsque l'on a demandé à ces médecins généralistes ce qu'était une personne âgée, spontanément, ils nous ont donné des âges : 70, 80, 85 ans... Mais ils ne se sont pas attardés sur cette notion et rapidement ont préféré les définir comme des gens ayant une espérance de vie limitée dont la cause est multi-factorielle.

III.2.1.2. Les pathologies de la personne âgée.

« *Toutes les pathologies sont possibles* » chez les personnes âgées s'accordaient les médecins.

En effet, en dehors de certaines pathologies virales dont l'immunité est durable, les personnes âgées peuvent contracter les mêmes maladies que les autres populations. La prévalence des pathologies varie bien sûr en fonction des âges.

Les médecins généralistes disaient rencontrer toutes sortes de maladies chez la personne âgée, mais certaines revenaient plus souvent que d'autres. Les pathologies cardio-vasculaires, le diabète et les pathologies neurodégénératives ont été le plus souvent citées. Ils prenaient en charge beaucoup de constipation, de dénutrition, ils redoutaient les chutes.

La douleur a été citée comme premier motif de consultation, mais n'a pas suscité de discussion approfondie.

Les médecins associent le côté social et l'isolement à une pathologie de la personne âgée.

III.2.1.3. Les personnes âgées sont polypathologiques et polymédiquées.

Les médecins se sont aussi accordés que ce qui définissait les personnes âgées était le fait qu'elles soient polypathologiques et polymédiquées.

Effectivement, le nombre de pathologies augmente avec l'âge, avec 6 pathologies en moyenne à 65 ans et plus, contre 1.7 pathologies chez les 16-39 ans. Le nombre de médicaments augmente avec le nombre de pathologies faisant en effet des personnes âgées polypathologiques et polymédiquées. Ce phénomène augmente avec l'âge. **(47)**

La polymédication est très fréquente chez la personne âgée, et souvent légitime. Avec la polymédication, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses se voient augmentées, l'observance diminue, et le coût augmente de façon directe avec la surconsommation, et de façon indirecte avec les coûts liés à la prise en charge de effets secondaires.

Chez la personne âgée polymédiquée, le rôle du médecin généraliste est de faire la part entre les médicaments utiles et nécessaires ayant un rapport bénéfice risque intéressant, et les autres.

III.2.1.4. La dégénérescence organique.

Autres particularité de la personne âgée : il faut prendre en charge une dégénérescence organique. La fonction rénale en particulier est primordiale pour les médecins généralistes, elle doit être suivie de près afin de toujours garder une prescription adaptée et optimale.

III.2.1.5. Les personnes âgées : une prise en charge différente.

Outre les nombreuses pathologies, prendre en charge une personne âgée, c'est prendre en charge une dépendance.

L'espérance de vie augmente, les gens vivent de plus en plus vieux, mais cette évolution s'accompagne d'un très fort taux de dépendance qui augmente avec l'âge. La prise en charge de la dépendance chez la personne âgée semble donc primordiale.

Dans la prise en charge différente chez la personne âgée, les médecins ont évoqué des objectifs thérapeutiques différents, en particulier pour le diabète et l'hypertension artérielle.

Les médecins évoquent des objectifs moins stricts dans le diabète de la personne âgée.

Les médecins semblent conscients du risque augmenté d'accidents à type d'hypoglycémie chez la personne âgée. Beaucoup disent être prudent à ce sujet, ils préfèrent être « *moins ambitieux* » et ne pas nuire au patient.

L'HAS a émis des recommandations concernant les objectifs glycémiques. Les personnes âgées dites fragiles ont un objectif d'HbA1c à 8%, l'objectif étant de prévenir les complications aiguës. **(78)**

Les médecins abordent aussi les objectifs tensionnels moins stricts là encore moins exigeants chez la personne âgée. L'objectif affiché est d'éviter les hypotensions et ainsi d'éviter les chutes.

La société française de l'hypertension fait aussi ce distinguo dans ses recommandations de janvier 2013. Ils définissent l'hypertension artérielle après 80 ans comme étant une tension supérieure ou égale à 160mmHg. L'objectif dans cette population est une tension artérielle systolique inférieure à 150mmHg. **(79)**

III.2.1.6. La fragilité.

Le panel de médecin définissait donc la personne âgée comme une personne ayant une espérance de vie limitée, polypathologique et polymédiquée, ayant des dégénérescences organiques, des dépendances et dont il faut prendre en compte le côté social.

Ainsi, la définition de la personne âgée que nous ont donnée les médecins généralistes semble s'approcher de la notion de fragilité de Fried **(21)** ou de Rockwood **(23)** : état de vulnérabilité à un stress secondaire, à de multiples déficiences de systèmes qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques.

La dépendance, les pathologies associées, la dénutrition, les chutes évoquées par les médecins font partie du concept de fragilité. La fragilité étant un facteur de risque indépendant de mortalité, on pourrait la rapprocher d'une espérance de vie diminuée.

La notion de fragilité est encore jeune, apparue au début du XXI^e siècle, mais déjà très étudiée dans la littérature pouvant laisser espérer des outils d'aide à la prescription et à la déprescription chez la personne âgée. Ces outils devraient permettre une prise en charge plus personnalisée de la personne âgée que si elle était basée seulement sur son âge qui ne suffit pas, selon les médecins, à définir une personne âgée.

III.2.2. Les facteurs humains.

III.2.2.1. Le médecin

Le médecin généraliste n'est pas dupe quant à sa responsabilité face à la polymédication et la iatrogénie qui en découle. Conscient d'être le premier prescripteur de médicaments **(11, 45)**, il reste libre de ses ordonnances selon l'article R.4127- 8 du code de la santé publique :

« Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

Le médecin doit limiter ses prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité, la sécurité et l'efficacité du soin. Ainsi, le médecin se doit d'éviter la polymédication inappropriée et de peser le rapport bénéfice / risque à chaque thérapeutique.

Les médecins avouent majoritairement surprescrire, et ainsi ne pas toujours respecter cet engagement et être pourvoyeur de iatrogénie. Plusieurs raisons existaient à ces surprescriptions.

III.2.2.1.1. Les médicaments déremboursés.

Des médecins avouent encore prescrire des médicaments déremboursés.

Certains médecins les prescrivent pour faire plaisir au patient. Un des médecins considérait qu'un médicament déremboursé était un médicament anodin, les autres désapprouvaient.

Sur la période 2002-2011, les SMR (Service Médical Rendu) des médicaments ont été réévalués, et des déremboursements ont été effectués. Sur les 486 médicaments à SMR insuffisant toujours commercialisés en mars 2011, 369 ont été déremboursés tandis que 117 restent remboursés à 15 % pour la plupart. **(80)**

Un médicament déremboursé est donc un médicament à SMR insuffisant, et devrait en effet être déprescrit.

Avec les réévaluations des SMR des médicaments, on a pu observer une baisse des prescriptions de médicaments à SMR insuffisant, associé à une augmentation des prescriptions de médicaments à SMR plus important **(81)**. C'est donc un phénomène de substitution qui s'opère en faveur des médicaments à SMR élevé.

Le déremboursement a entraîné une diminution des prescriptions des médicaments concernés. **(80)**

Les médecins ont donc bien déprescrit des médicaments déremboursés, mais pas en totalité.

De plus les médecins sont persuadés que les patients continuent de se fournir ces médicaments sans leur en parler. En effet, la vague de déremboursements a entraîné une augmentation de l'auto-médication, sans toutefois compenser la baisse de prescription. **(80)**

Parmi les médicaments déremboursés qui étaient les plus prescrits en 2001 **(81)**. Selon un rapport de l'IRDES sur l'année 2001, 2 catégories dominaient :

- Les médicaments de l'appareil respiratoire **(81)** les anti-infectieux décongestionnant du pharynx, les médicaments pour inhalation, les expectorants et les autres antitussifs et médicaments broncho-dilatateurs. Les médecins n'ont pas abordé ces classes thérapeutiques.

- Les médicaments de l'appareil cardio vasculaire avec les vasodilatateurs et les vasoprotecteurs qui semblent être, selon les dires des médecins interrogés, l'apanage des anciennes générations de médecins. **(81)**

Il semble que les médecins ne se servent que très peu du service médical rendu comme d'outil d'aide à la prescription puisque non abordé sauf lors de l'entretien individuel. Par contre, un médicament déremboursé peut être une occasion de déprescrire un traitement, mais n'est pas systématique chez tous les médecins. En effet, un médecin considérait que les médicaments déremboursés étaient « *anodins* ».

III.2.2.1.2. Une réponse médicamenteuse trop fréquente.

Les médecins pensent aussi être responsables de surprescription en ayant parfois une réponse médicamenteuse à un problème qui ne l'est pas forcément.

Le médecin de l'entretien individuel refusait toute pratique de ce type. Basé sur des consultations de 30 minutes, il insistait sur l'éducation et l'information de la non prescription, et ce quel que soit le temps que ça nécessitait. En général, une consultation chez le médecin généraliste est prévue pour 15 ou 20 minutes, et elles durent en moyenne 16min 17s **(82)** soit presque deux fois moins. Il avouait avoir fait le choix de « *moins bien gagner sa vie* ».

Les médecins qui ne font pas ce sacrifice financier doivent clôturer la consultation dans le temps imparti. Ainsi prescrire un médicament pour un symptôme est plus rapide.

Mais un symptôme peut être un effet secondaire d'un médicament appartenant à l'ordonnance.

En n'appliquant pas le réflexe iatrogénique, c'est-à-dire rechercher une cause médicamenteuse à un symptôme, le symptôme est traité de façon médicamenteuse. En prescrivant un nouveau médicament, celui-ci peut entraîner encore une fois des effets secondaires justifiant une nouvelle prescription qui entrainera de nouveau de effets secondaires... faisant entrer le patient et le médecin dans la fameuse cascade thérapeutique de Rochon, la « Prescribing cascade ». **(83)**

III.2.2.1.3. Le renouvellement.

Le renouvellement de la prescription médicamenteuse est un moment clé à l'origine de nombreuses surprescriptions.

III.2.2.1.3.1. Non réévaluation de l'ordonnance.

Un seul des médecins interrogés dit réévaluer ses ordonnances à chaque renouvellement. D'autres renouvellent par habitude.

Certains pratiquent pour leurs ordonnances le copier-coller à l'ordinateur. Cette pratique, qui offre un gain de temps certain, peut laisser place à des erreurs thérapeutiques, en oubliant par exemple de déprescrire un traitement qui était supposé être transitoire et être reconduit sans que l'indication persiste.

Parfois ils ne voient pas vieillir leurs patients et se laissent piéger en renouvelant des traitements qui ne sont plus adaptés à l'âge du patient.

Le traitement n'est pas assez souvent réévalué selon le propre dire d'un médecin. Les médecins sont d'accord, l'exercice est chronophage.

III.2.2.1.3.2. Ordonnance manuscrite.

Quelques médecins prônaient une ordonnance manuscrite qui laissait plus de temps à la réflexion, mais potentiellement source de iatrogénie avec des problèmes de lisibilité.

Ce fait a été observé dans une étude menée de 1997 à 2001 sur les erreurs médicamenteuses dans l'hôpital de Verdun **(84)**. En 1998 et 1999, 2.6% des erreurs médicamenteuses étaient attribuées à une mauvaise lecture d'une ordonnance manuscrite. Ce taux diminue avec le temps, tombant à 0.9% en 2000-2001.

La chute de ce taux pourrait être en lien avec le développement de l'informatique, les ordinateurs ayant commencé à se démocratiser au début du XXI^e siècle.

III.2.2.1.3.3. Les prescriptions de complaisance.

Certains médicaments sont renouvelés pour ne pas contrarier le patient, ou pour lui faire plaisir selon les formulations.

En 1998, une étude qualitative réalisée au Pays de Galle retrouvait que les décisions du médecin généraliste en termes de prescription étaient influencés par la relation médecin – patient, et des prescriptions parfois faites pour ne pas endommager cette relation médecin – patient. **(85)**

Des études montrent que parfois, le médecin surévalue les attentes du patient au-delà de ses réelles attentes. **(86)**

La pression mise par le patient peut être parfois plus forte dans l'esprit du médecin que dans celui du patient.

III.2.2.1.4. L'éducation.

Les médecins soulignent tous l'importance de l'éducation du patient concernant son traitement. Ceci dans la limite de l'état cognitif.

Il est important pour les médecins que les patients connaissent leur traitement. Un traitement mal connu, mal expliqué est un traitement mal pris nous disait un médecin. Un manque d'éducation du patient à son traitement peut donc entraîner une mauvaise observance et donc de la iatrogénie.

En 1990, 261 patients d'un service de gériatrie (65 à 97 ans) du Pays de Galle étaient interrogés sur leurs traitements : nom, dosage, fréquence d'administration des traitements et raison pour laquelle ils le prennent.

Seuls 10% des patients pouvaient nommer tous leurs médicaments, et 1 sur 5 pouvaient donner une raison satisfaisante pour prendre chacun de ses médicaments. La méconnaissance du traitement augmentait avec l'âge. (87)

Ces chiffres, bien qu'anciens, montrent l'importance de l'éducation thérapeutique.

III.2.2.1.5. L'effet placebo généré par le médecin.

Le discours tenu par le médecin concernant un médicament pouvait être ensuite source de difficulté à la déprescription et donc source de surprescription.

En donnant trop d'importance à un médicament, le médecin peut créer un effet placebo, un attachement émotionnel du patient au médicament, avec pour conséquence une déprescription potentiellement plus difficile le moment venu.

III.2.2.1.6. Le temps.

Le temps était sans nul doute le fil rouge dans les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

Le médecin doit souvent régler une multitude de problèmes dans « *le temps imparti* ».

Il faut donc avoir le temps, et « *c'est pas souvent* » nous disait un médecin.

En 2006, une étude qualitative s'est penchée sur la prise en compte des préoccupations du patient. De par l'importance de l'activité professionnelle et la limitation du temps de consultation qui en découle, cette prise en compte n'était pas considérée comme une des priorités d'exercices. (88)

Pas le temps de rechercher la cause d'un symptôme : traitement symptomatique. Pas le temps de réévaluer un traitement : renouvellement de tous les traitements sans vérifier la persistance d'une indication. Pas le temps d'éduquer les patients : problèmes d'observance.

Le manque de temps dans la pratique des médecins généralistes semble être pourvoyeur de iatrogénie.

III.2.2.2. La collégialité.

La collégialité prend une place importante dans les difficultés rencontrées par les médecins concernant les prescriptions des personnes âgées.

III.2.2.2.1. Les spécialistes.

Le spécialiste peut être un frein à la déprescription.

Les médecins interrogés parlaient d'une réticence du patient à modifier un traitement entrepris par un spécialiste, les médicaments qui avaient été préconisés « à vie » étaient les plus concernés.

Optimiser une ordonnance en modifiant ou supprimant ces traitements paraissait donc difficile, et semblait mettre les médecins en difficulté.

Les personnes âgées sont souvent suivies par plusieurs spécialistes. Un traitement est souvent prescrit pour chaque spécialité alimentant la polymédication.

Les médecins reprochaient aux spécialistes leur fréquent manque de vision globale du patient pouvant mener à des prescriptions inappropriées comme les AINS avec une fonction rénale inadaptée, mais aussi d'associations comme avec les anti-thrombotiques et leurs risques hémorragiques.

Les spécialistes correspondants avec lesquels les médecins généralistes travaillent devaient donc se choisir. Les critères étaient une similitude des pratiques, un ton non autoritaire dans ses préconisations thérapeutiques, et une vision globale et gériatrique du patient.

L'idéal de la part du spécialiste était de préconiser sans prescrire, et ainsi laisser la main au médecin généraliste.

Les médecins remettaient donc en cause la façon de prescrire de certains spécialistes ceux-ci connaissant moins bien les patients, et ne les prenant pas toujours dans leur globalité. Ils n'ont pas toujours de notion de gériatrie, et l'autorité dont ils font preuve dans leur prescription est un frein à la déprescription ensuite.

La thèse d'Emilie BOISDIN retrouve comme troisième frein à la déprescription l'obstacle déontologique d'arrêter un traitement qu'on n'a pas initié. **(89)**

Le code de la santé publique, article R4127-64, prévoit que lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Ces prescriptions initiées par le spécialiste, parfois ressenties comme imposées par le médecin généraliste qui renouvèle soulèvent une question légale. En cas d'accident lié à ces **prescriptions, où se porte la responsabilité ?**

III.2.2.2. Les pharmaciens

Un médecin interrogé considérait que les pharmaciens ne faisaient que « *vendre des boîtes et toujours plus de boîtes* », réduisant ainsi le pharmacien au rôle de simple commercial.

Les autres considéraient que les pharmaciens faisaient partie du circuit du médicament et avaient donc leur part de responsabilité dans la iatrogénie. Ils pouvaient même être un outil de prévention de la iatrogénie.

III.2.2.2.1. Les pharmaciens sont source de iatrogénie.

La délivrance quotidienne d'un grand nombre de boîtes de médicaments conduit inéluctablement à une proportion d'erreurs de délivrance, conséquence du facteur humain. Le patient risque alors de prendre un traitement qui ne lui est pas destiné, et de ne pas prendre celui qui est destiné.

La robotisation de plus en plus de pharmacie réduit la manipulation humaine. On peut en espérer une diminution des erreurs de délivrance.

Autre cause d'erreur de délivrance sont les erreurs liées à la lisibilité de l'ordonnance que nous avons évoqué précédemment.

III.2.2.2.2. Les pharmaciens outils.

Le pharmacien délivre les médicaments. En campagne notamment, les patients ne fréquentent souvent qu'une seule pharmacie. Le pharmacien voit donc l'intégralité des médicaments retirés par ou pour le patient, et ce même s'il est suivi par différents médecins.

De ce fait, les médecins considéraient que le pharmacien devait avoir un rôle d'alerte en cas de doute concernant la sécurité des associations médicamenteuses.

Un bon pharmacien devait renforcer l'éducation du patient concernant son traitement. Son rôle serait de rappeler les doses et horaires de prise, il devait aussi noter le nom du médicament sur la boîte en cas de discordance avec l'ordonnance. Il a ainsi un rôle dans la prévention de la iatrogénie.

L'article 38 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (**90**) a défini 8 missions pour les pharmaciens d'officine.

Les soins de premier recours, coopération entre professionnels de santé, mission de service public de la permanence des soins, actions de veille et de protection sanitaire sont des missions à caractère obligatoire.

Les autres missions du pharmacien d'officine n'ont pas de caractère obligatoire. Il s'agit de l'éducation thérapeutique, de la possibilité d'être pharmacien référent d'EPHAD et pharmacien correspondant. Enfin, ils peuvent proposer des conseils et prestations pour améliorer ou maintenir l'état de santé des personnes.

Concernant l'éducation thérapeutique (91), c'est en juin 2013 que les pharmaciens d'officine se sont vus proposer l'éducation des patients sous traitement anticoagulant au long cours. Cette éducation prend la forme d'entretiens pharmacien-patient. En décembre 2014, c'est l'éducation des patients asthmatiques qui leur est confiée.

III.2.2.2.3. Les infirmières.

Tous les médecins s'appuyaient sur des infirmières pour lutter contre la iatrogénie.

La préparation du pilulier hebdomadaire préparé par les infirmières était le premier argument évoqué.

L'infirmière est en première ligne, directement au domicile du patient le plus souvent. Elle connaît bien le patient et le contexte dans lequel il évolue. Des passages réguliers permettent d'alerter en cas de problème, de modification de l'état du patient, d'incapacité ou de refus à prendre son traitement.

En ce sens, l'infirmière est une aide à la prise en charge globale.

Toutes les aides humaines étaient appréciées.

III.2.2.2.4. L'interne.

La majorité des médecins interrogés étaient maître de stage. Ils ont évoqué les internes comme un bon outil pour se remettre en question. Un regard nouveau sur le patient et son traitement permettait de questionner l'intérêt de certaines prescriptions non réévaluées.

III.2.2.3. Le patient.

Chaque patient est différent. Certains sont très demandeurs de médicaments, d'autre n'en voudraient pas alors qu'il leur en faudrait.

Le patient était, selon les médecins, un des principaux freins à la réévaluation de l'ordonnance et à la déprescription.

III.2.2.3.1. Les habitudes du patient.

Les médecins citent les habitudes du patient, les médicaments pris depuis très longtemps comme le premier frein à la déprescription en rapport avec le patient.

« *Les patients sont très attachés à certaines prescriptions* ». Une déprescription serait alors source d'angoisse. Dans ce contexte, les benzodiazépines étaient en première ligne.

Dans son étude prospective de 2011, Emilie BOISDIND estimait que 68,5% des échecs de déprescription étaient dus à un refus du patient à accepter cette décision. **(89)**

III.2.2.3.2. Le patient ne se voit pas vieillir.

Nous sommes dans une société où nous vivons de plus en plus vieux, et de plus en plus longtemps en bonne santé.

Dans ce contexte, de plus en plus de patients ne sont pas conscients de leur vieillissement physiologique, car toujours vigoureux et autonomes. On comprend alors qu'ils ne comprennent pas qu'on veuille leur retirer certains traitements, à visée préventive par exemple. C'est en tout cas ce que pensaient les médecins.

Une étude qualitative allemande parue en 2012 s'est penchée sur la vision qu'avaient les médecins généralistes de la déprescription chez la personne âgée. Les médecins pensaient qu'une proposition de déprescription entraînerait un débat avec le patient concernant l'espérance de vie versus confort de vie. La crainte d'avoir ce débat avec le patient était un frein à proposer une déprescription. **(92)**

III.2.2.3.3. La négociation avec le patient.

Les médecins considéraient que la déprescription devait être une décision commune. Ils n'envisageaient pas de retirer un médicament d'une ordonnance contre l'avis du patient.

Deux cas faisaient exception : une urgence à déprescrire comme des AINS sur une insuffisance rénale, et les patients déments qui ne nécessitaient pas d'obtenir d'accord.

Pour déprescrire, il faut prendre le temps d'expliquer, d'informer le patient des bénéfices attendus de cette démarche. C'est un processus long, qui s'étale sur plusieurs consultations selon la majorité des médecins.

Le but de cette longue négociation avec le patient est d'obtenir un consentement éclairé à la déprescription.

III.2.2.3.4. Le patient et son traitement.

Les médecins considéraient qu'il était important de connaître le traitement d'un patient de façon exhaustive afin de l'optimiser. Ils semblaient regretter que les patients prennent parfois des médicaments sans les en informer.

Le nomadisme médical en est un responsable. Certains patients consultent d'autres médecins, notamment pour se faire prescrire des traitements qui lui ont été refusés par le premier. D'autres vont même voir des spécialistes sans adressage, et ne les informent pas des prescriptions qui ont suivies.

Les médecins suspectent aussi certains patients de continuer un médicament déremboursé déprescrit sans le leur dire.

A ces médicaments s'ajoutent l'auto-médication non déclarée.

Il paraît parfois difficile de connaître le traitement exhaustif d'un patient. L'optimisation de l'ordonnance paraît dans ce contexte bien complexifiée.

III.2.2.4. La famille, l'entourage du patient.

Déprescrire un traitement nécessite l'accord du patient. Quand le patient ne pouvait pas donner son accord, c'est à la famille que les médecins le demandaient.

Les médecins observent toutes sortes de réponses. Certains sont d'accord pour une déprescription, d'autres ont plus de mal et deviennent un frein à la déprescription. La démarche est alors la même qu'avec le patient lui-même, il faut informer, expliquer afin d'obtenir l'adhésion.

III.2.3. Les médicaments.

III.2.3.1. Les médicaments iatrogènes, les médicaments à déprescrire.

Malgré que les médecins nous aient dit qu'il ne fallait pas se focaliser sur une classe médicamenteuse particulière à déprescrire chez la personne âgée, il semblait tout de même que certains médicaments les préoccupaient plus que d'autres.

III.2.3.1.1. Les AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens).

En raison d'une dégénérescence organique physiologique liée au vieillissement, la fonction rénale peut être altérée et ainsi contre-indiquer les AINS.

Les médecins s'inquiétaient de cette classe thérapeutique chez la personne âgée en raison de l'urgence qu'il peut y avoir à la déprescrire. La négociation concernant la déprescription ne peut s'étaler sur plusieurs consultations contrairement à d'autres traitements pour lesquels rien ne presse.

Les dégâts peuvent être brutaux et sévères sur la fonction rénale.

Une surveillance biologique régulière de la fonction rénale était en ce sens primordiale chez la personne âgée. Les rappels informatiques prenaient ici tout leur sens.

Certains médecins s'autorisaient plus facilement la prescription d'AINS à demi-vie courte, et sur des courtes périodes.

Un des médecins s'interdisait totalement toute prescription d'AINS après un certain âge, il fixait la limite à 85 ans.

Selon les critères de Laroche, en dehors de l'indométacine, les AINS ne sont pas des médicaments potentiellement inappropriés si utilisés en monothérapie, et dans le respect des contre-indications et interactions médicamenteuses. **(62)**

III.2.3.1.2. Les psychotropes.

Les psychotropes seraient selon les médecins interrogés, largement surprescrits et donc responsables d'une iatrogénie importante : sédation, troubles de vigilance, hypotensions, chutes, hyponatrémies, constipation, nausées...

Les psychotropes étaient une des classes thérapeutiques que les médecins souhaitaient le plus déprescrire, mais aussi une de celles qui leur posait le plus de problèmes.

Les benzodiazépines en particulier étaient incriminées.

Les médecins refusaient d'initier des benzodiazépines chez la personne âgée, ou bien dans certains cas, ils acceptaient de prescrire des benzodiazépines à demi-vie courte sur une courte période.

Les anciennes générations de médecins étaient suspectées d'avoir surprescrit ces classes thérapeutiques à leur époque, et d'être en partie responsable de la situation actuelle.

En cas de prescription ancienne de benzodiazépines, les médecins avaient des difficultés à les retirer de l'ordonnance, considérant même cette déprescription illusoire.

Il existait deux freins à la déprescription d'une benzodiazépine : la peur de l'effet rebond à l'arrêt et la réticence du patient.

Ces deux freins à la déprescription étaient les deux principaux retrouvés dans la thèse quantitative d'Emilie Boisdin **(89)**

Dans la thèse d'Emilie Boisdin, les psychotropes étaient aussi la première classe médicamenteuse que les médecins souhaitaient déprescrire, mais il s'agissait aussi de la classe avec laquelle ils rencontraient le plus d'échec. **(89)**

Cette difficulté à déprescrire les psychotropes est regrettable, en effet, l'arrêt des psychotropes chez la personne âgée entraînant une diminution du nombre de chute, et une amélioration des fonctions cognitives. **(93)**

Selon les critères de Laroche, les benzodiazépines ne sont pas des médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée si la demi-vie est inférieure à 20 heures et la dose prescrite inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune. **(62)**.

Les hypnotiques ont été évoqués très succinctement. Les prescriptions à long terme posaient encore ici un problème pour la déprescription. Les médecins n'aimaient pas initier ces traitements, et acceptaient parfois de les prescrire pour une courte période.

Seuls les hypnotiques ayant des propriétés anticholinergiques sont potentiellement inappropriés chez la personne âgée. **(62)**.

Les antidépresseurs étaient cités pour leurs effets secondaires potentiels : « *décompensations d'Alzheimer ou de maladies neurodégénératives, hypotensions, hyponatrémie avec les sérotoninergiques* ».

Les antidépresseurs doivent donc être prescrits en pesant le rapport bénéfice risque.

Selon les critères de Laroche, les antidépresseurs imipraminiques seuls sont potentiellement inappropriés chez la personne âgée à cause de leurs effets anticholinergiques, ils ne seront prescrits qu'en seconde intention, on préférera un antidépresseur sérotoninergique en premier lieu. **(62)**.

Les médecins ont cité les neuroleptiques mais n'ont pas développé le sujet. Pourtant, un grand nombre de molécules de cette classe ont des effets anticholinergiques les rendant potentiellement inappropriés chez la personne âgée. **(62)**.

III.2.3.1.3. Les hypotenseurs.

Les traitements antihypertenseurs trouvent leur place dans le traitement d'un patient hypertendu. Il s'agit d'un traitement préventif des complications de l'hypertension à moyen et long terme.

L'effet secondaire redouté chez la personne âgée est l'hypotension entraînant la chute.

Ainsi le traitement antihypertenseur devrait être réévalué régulièrement chez la personne âgée qui n'a pas les mêmes objectifs tensionnels qu'un adulte jeune selon les médecins généralistes et selon la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) (79). Les objectifs tensionnels moins stricts de la personne âgée ont pour but de prévenir la chute et ses complications.

Tous les antihypertenseurs étaient incriminés par les médecins. Une vigilance particulière était apportée en cas d'association de traitements antihypertenseurs. Après 80 ans, la SFHTA recommande de ne pas dépasser 3 anti-hypertenseurs, et de vérifier l'absence d'hypotension orthostatique (79).

Les médecins ont cités d'autres hypotenseurs comme les alphas bloquants.

Une méfiance était portée sur les collyres bêtabloquants pouvant être à l'origine d'hypotension.

L'olmésartan, qui venait d'être déremboursé lors des entretiens, était pointé du doigt pour un tout autre problème : les entéropathies qu'il pouvait provoquer. Ce traitement ne devait pas être utilisé.

Selon les critères de Laroche, les antihypertenseurs potentiellement inappropriés chez la personne âgée sont ceux à action centrale, les inhibiteurs calciques à libération immédiate et la réserpine. (62)

Les médecins n'ont pas développé les sous-classes thérapeutiques des antihypertenseurs, ils n'ont cité aucun exemple précis d'antihypertenseur à éviter chez la personne âgée. Il aurait été intéressant d'approfondir cette question afin de comprendre pourquoi ils n'ont pas évoqué ces traitements.

On peut alors imaginer plusieurs raisons à cela. Peut-être n'ont-ils pas conscience du caractère inapproprié de ceux-ci chez la personne âgée.

On peut aussi imaginer qu'ils n'ont pas évoqué ces sous-classes d'antihypertenseurs car non recommandées en première intention.

Les cinq grandes classes de médicaments recommandées en première intention dans le traitement de l'HTA sont : les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2, les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques et les diurétiques thiazidiques. (94)

III.2.3.1.4. Les diurétiques.

Les diurétiques sont responsables d'effets secondaires potentiellement graves chez la personne âgée : hyponatrémie, déshydratation, constipation.

Leur prescription nécessite chez la personne âgée une surveillance régulière du poids et du ionogramme, et doit être réévaluée régulièrement.

Les périodes de chaleur devaient entraîner une attention particulière, car considérées comme plus à risque d'entraîner des effets secondaires.

Les conditions climatiques peuvent donc être un déterminant de la prescription, comme dans le cas des diurétiques.

III.2.3.1.5. Les anticoagulants.

Les pathologies à l'origine de la prescription d'antithrombotiques augmentent avec l'âge. La prévalence de la fibrillation auriculaire est de 0.4% avant 50 ans puis augmente progressivement pour atteindre 8% après l'âge de 75 ans. **(95)**

Ainsi, ils sont largement prescrits chez la personne âgée et sont souvent légitimes, mais ils sont aussi responsables de iatrogénie.

Entre 2007 et 2009, une étude réalisée aux USA par DS. Budnitz retrouvait que 1/3 des hospitalisations en urgences des patients âgés de plus de 65 ans était associée à la prescription de warfarine. 48% avait 80 ans ou plus. **(96)**

Les anticoagulants semblaient quelque peu effrayer les médecins. Ce risque hémorragique, principalement sur chute est très redouté dans leur esprit. Ainsi, plus l'âge d'une personne âgée est avancé, plus ils se posent la question du rapport bénéfice risque d'un traitement anticoagulant.

En 2007, une étude prospective étudie la prévalence des accidents hémorragiques sévères des patients mis sous warfarine pour fibrillation auriculaire. Le risque de faire un accident hémorragique sévère chez les 80 ans et plus était de 13.1/100personne/an contre 4.7 pour les moins de 80 ans. **(97)**

Trois facteurs de risque d'accident hémorragique sévère sont ressortis de cette étude : un INR supérieur ou égal à 4, un âge avancé, les 90 premiers jours du traitement. **(97)**

Les médecins ont donc raison de s'inquiéter des risques de ces traitements chez les personnes très âgées.

Pourtant, bien conscients des risques encourus en cas de non couverture d'une AC/FA, ils semblaient tiraillés par cette classe thérapeutique. Leur réévaluation et leur potentielle déprescription posait souvent problème.

Ils évaluent au cas par cas le rapport bénéfice risque d'un tel traitement, en fonction particulièrement de l'état cognitif, et du risque de chute. Ils surveillent précautionneusement l'INR. L'existence de l'INR comme moyen de surveillance et l'existence d'un antidote pour les AVK rassurait certains médecins ; pour les raisons inverses ces médecins avaient peur des nouveaux anticoagulants oraux. D'autres maniaient sans crainte les nouveaux anticoagulants oraux.

Les médecins disaient s'aider des scores CHADSVASC et HAS-BLED pour la prescription des anti-thrombotiques. Cela leur permettait de « *se donner bonne conscience* ».

La polyopathie chez la personne âgée peut amener à une ordonnance contenant plusieurs anti-thrombotiques. Ces associations peuvent aller jusqu'à la tri-thérapie avec une anti-coagulation et une double anti agrégation plaquettaire. Ces associations inquiétaient encore plus les médecins, et posaient la question de la déprescription.

Une étude danoise menée entre 1997 et 2006 sur 118 606 patients traités pour une fibrillation auriculaire a étudié le risque d'associations de traitements anti-thrombotiques. Le risque d'accidents hémorragiques, toutes sévérités confondues, dans une tri-thérapie warfarine – clopidogrel – aspirine était multiplié par 3.7 comparé à la warfarine seule. La bi-thérapie warfarine-clopidogrel multipliait le risque par 3. **(98)**

Les craintes des médecins concernant les associations d'anti-thrombotiques sont bien fondées. Il faut bien évaluer le rapport bénéfice/risque en fonction du patient, de son état cognitif et de son risque de chute. Il faut respecter les indications, et vérifier leur persistance, et si possible éviter les associations. Le risque hémorragique est très présent chez la personne âgée sous anti-thrombotique, mais garde un intérêt primordial dans certaines pathologies comme les cardiopathies ischémiques, les AVC... Les indications sont nombreuses et il ne faut pas les perdre de vue. Notamment dans les accidents emboliques veineux où souvent les durées de prescription sont limitées dans le temps. Le médecin devra donc garder en tête qu'il faudra, au terme de cette période, les déprescrire.

III.2.3.1.6. Les anti-diabétiques oraux.

La prise en charge du diabète chez les personnes âgées mettait les médecins d'accord concernant des objectifs moins stricts que chez l'adulte jeune. En cause, le risque d'hypoglycémie qu'ils considéraient comme plus important que le bénéfice à avoir un contrôle strict du diabète chez la personne âgée.

L'HAS a émis des recommandations concernant les objectifs glycémiques. Les personnes âgées dites fragiles ont un objectif d'HbA1c à 8%, l'objectif étant de prévenir les complications aiguës. **(78)**

Entre 2007 et 2009, l'étude de DS. Budnitz retrouvait que 13.9% des hospitalisations en urgences étaient dues à l'insuline, et 10.7% aux hypoglycémiantes oraux que ce soit seuls ou en association. **(96)**

Les médecins n'ont pas abordé l'insuline. Les sulfamides hypoglycémiantes étaient la première classe d'anti-diabétiques oraux mise en cause par les médecins en termes de iatrogénie, ils n'existaient plus sur leurs ordonnances selon eux. Ils sont potentiellement inappropriés chez la personne âgée, justement à cause du risque d'hypoglycémie, selon les critères de Laroche. **(62)**

III.2.3.1.7. Les hypocholestérolémiants.

Les médecins citaient les hypocholestérolémiants comme une classe thérapeutique qu'ils hésitaient à déprescrire chez la personne âgée. Ils soulevaient le manque de preuves concernant l'amélioration de l'espérance de vie d'une telle prescription.

Les données concernant la prévention primaire restent limitées pour les personnes âgées et sont inexistantes pour les personnes très âgées. Dans la pratique, la décision d'instaurer ou pas un traitement médicamenteux doit être discutée avec le patient après prise en compte de son espérance de vie, de ses comorbidités et d'une éventuelle polymédication. **(99)**

III.2.3.1.8. Les anticholinestérasiques.

Cette classe thérapeutique utilisée dans la maladie d'Alzheimer a été déremboursée dans cette indication, depuis la réalisation des focus group. Le SMR a été réévalué et jugé insuffisant. En cause : les nombreux effets secondaires en comparaison aux faibles bénéfices observés. Déjà, lors des entretiens, les médecins doutaient de l'efficacité de ces molécules dans la démence. Ils observaient parfois des bénéfices à un stade précoce, mais les éliminaient rapidement les jugeant inefficaces à un stade plus avancé de la démence.

III.2.3.1.9. Les antiparkinsoniens.

Les antiparkinsoniens étaient des molécules mal connues par les médecins qui avaient des difficultés à les manipuler. Ils n'osaient pas trop modifier ces prescriptions.

III.2.3.1.10. Les antalgiques.

Les antalgiques de niveau II faisaient partie des molécules à déprescrire chez la personne âgée sans plus de précision.

III.2.3.1.11. Les anti-angineux.

Les anti-angineux comme les patchs de trinitrine étaient potentiellement à déprescrire. Ils devaient être réévalués chez la personne âgée, là encore sans plus de précision.

III.2.3.1.12. Les médicaments à visée circulatoire, traitements de confort.

Selon certains médecins, les médicaments à visée circulatoire comme le Tanakan®, et autres traitements de confort devaient être arrêtés chez la personne âgée.

Ces médicaments seraient issus des prescriptions des « *anciennes générations* », des traitements à l'époque « *sacralisés* » et prescrits au très long court.

Ces modes de prescription semblent avoir entraîné aujourd'hui une réticence du patient à arrêter ce traitement, véritable frein à la déprescription, ou à l'arrêt de l'automédication.

III.2.3.1.13. Les médicaments temporaires.

Les médecins rappelaient qu'il fallait être vigilant concernant la prescription de médicaments prescrits de façon temporaire. Il est en effet facile de reconduire un traitement par mégarde, le fameux copier-coller informatique cité par les médecins s'y prête particulièrement.

Un traitement temporaire doit être déprescrit à l'échéance de la période préconisée au risque d'entraîner surprescription et iatrogénie par négligence du médecin.

On peut citer les anti-thrombotique post phlébite idiopathique par exemple.

III.2.3.1.14. Autres médicaments.

Les médecins ont cité d'autres traitements pourvoyeurs de iatrogénie pour lesquels il fallait être vigilant, mais n'ont pas développé le sujet.

La cordarone est responsable de dysthyroïdies, sa prescription devait donc être accompagnée d'une surveillance rapprochée de la TSH.

Un traitement par digoxine nécessitait une surveillance de la digoxinémie

Le calcium était cité pour son potentiel à constiper la personne âgée.

Le motilium était à déprescrire, responsable d'effets secondaires potentiellement mortels.

III.2.3.1.15. Les médicaments non identifiés comme inappropriés par les médecins.

III.2.3.1.15.1. Les médicaments à effet anticholinergique.

Les médicaments ayant un effet anticholinergique sont très nombreux dans la liste des médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée de M.L. Laroche. **(62)**

Les effets anticholinergiques sont dûs à un blocage de l'action de l'acétylcholine par compétitivité au niveau des récepteurs nicotiniques et muscariniques.

Ils ont de multiples effets secondaires de par leurs effets à la fois périphérique et central.

Les effets indésirables périphériques sont la constipation, la rétention aiguë d'urines, la xérostomie, l'hyposudation entraînant des troubles de la thermorégulation, la tachycardie, et les troubles oculaires avec une vision trouble, des troubles de l'accommodation, une mydriase, et une xérophtalmie.

Les molécules passant la barrière hémato-encéphalique entraînent des effets indésirables centraux que sont les troubles de la mémoire et des fonctions exécutives, une confusion, une désorientation spatio-temporelle, des hallucinations, une agitation ou plus globalement des troubles du comportement.

Les médecins n'ont pas littéralement évoqué l'effet anti-cholinergique, mais ont cité des exemples de classe ayant ces propriétés : les hypnotiques, les neuroleptiques et les anti-dépresseurs sans préciser de sous-classes. Les médecins n'ont pas évoqué les anti-histaminiques H1, les anti-spasmodiques type ditropan ou les anti-émétiques type vogalène ayant eux aussi des propriétés anticholinergiques et donc un potentiel iatrogène chez la personne âgée.

III.2.3.1.15.2. Les Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

Lors des focus group, les médecins n'ont pas du tout abordé les IPP. Cette classe thérapeutique est considérée comme MPI chez la personne âgée au-delà de 8 semaines à pleine dose selon les critères STOPP **(58)**

En 2015, VAN OVERLOOP R. s'est penché sur la consommation chronique d'inhibiteurs de la pompe à protons en EHPAD. Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur la consommation d'IPP en 2013 sur 12739 résidents. 37% des résidents avaient bénéficié d'une prescription chronique d'IPP. Les indications étaient documentées dans seulement 44% des cas. Parmi ces indications, seulement une sur deux était appropriée. **(100)**

La prescription d'IPP est souvent injustifiée, ils sont donc largement surprescrits. Aucun médecin n'a abordé ce sujet lors des focus group. On peut alors se demander s'il s'agit d'un oubli, ou d'une absence de connaissance et de conscience du problème de la surprescription des IPP chez la personne âgée.

III.2.3.2. Le mésusage médicamenteux.

Le mésusage médicamenteux se divise en 3 sous-catégories : overuse, underuse et missuse.

Le médecin est bien sûr en cause via ses prescriptions, mais le patient aussi peut être incriminé de par une mauvaise observance.

Les médecins soulignaient l'importance de l'horaire de prise de certains médicaments qui n'était pas toujours respectée par les patients.

Aussi, il pouvait exister des oublis ou des double prises, et ce d'autant qu'il existait une altération de l'état cognitif du patient.

Le principal pourvoyeur de mésusage médicamenteux par erreur du patient était le médicament générique avec ses emballages, formes et couleurs différents.

Nous ne développerons pas ici le sujet du médicament générique qui fait l'objet d'autres études.

III.2.4. Réévaluation de l'ordonnance, déprescription.

La réévaluation de l'ordonnance était selon les médecins un moment de choix pour déprescrire.

Le terme de dé-prescrire n'est pas reconnu par l'académie française et n'a pas à ce jour de place dans les dictionnaires.

La déprescription pourrait se définir par le fait d'arrêter volontairement un médicament inapproprié, contre-indiqué, ou encore un médicament inutile ou devenu inutile.

Selon une étude française de 2007, plus de 20% des consultations aux urgences sont dues à des effets indésirables médicamenteux. Le pourcentage de patients admis pour effets indésirables augmente avec l'âge et avec le nombre de médicaments pris. Les psychotropes sont la première classe responsable. **(10)**

En 2002, une méta-analyse de 68 études évaluait que 16,6% des hospitalisations des personnes âgées de 65 ans ou plus étaient liées à des effets secondaires médicamenteux. **(101)**

En 2005, une étude prospective réalisée dans 7 services d'urgences évaluait que presque la moitié des effets indésirables médicamenteux constatés auraient pu être évités car liés à un mauvais usage des médicaments par le médecin ou plus souvent par le patient. **(102)**

La réévaluation de l'ordonnance et la déprescription des molécules ayant un rapport bénéfice risque défavorable sont donc capitaux afin d'avoir un traitement optimal et prévenir au maximum les effets indésirables.

III.2.4.1. L'ordonnance selon les médecins.

Les médecins nous ont décrit leur ordonnance idéale. Elle devait être la plus courte possible, les durées des prescriptions devaient être bien définies, et elle devait être lisible.

Deux écoles s'affrontaient : l'ordonnance informatique lisible et rapide, et l'ordonnance manuelle qui laisserait plus de place à la réflexion.

III.2.4.2. Quand réévaluer l'ordonnance ? Quand déprescrire ?

Idéalement, l'ordonnance devait être réévaluée à chaque fois, à chaque consultation, mais quasi tous les médecins avouaient ne pas le faire systématiquement. Il existait un rythme pour chaque patient. Une réévaluation une fois par an semblait convenir à tout le monde.

Les événements intercurrents étaient une occasion de réévaluer les ordonnances et de déprescrire. Une dégradation de l'état global, un nouveau symptôme, une pathologie intercurrente étaient autant d'occasions d'éliminer des médicaments.

Certains médecins comptent sur une hospitalisation pour déprescrire les médicaments inappropriés et inutiles d'un patient. Le côté imposé et souvent non discuté de la décision prise en hospitalisation serait mieux accepté par le patient selon les médecins.

En 2008, A.Tanguy-Gouraud publie sa thèse concernant la déprescription chez les personnes âgées de 75 ans et plus durant une hospitalisation en gériatrie. L'hospitalisation permettait de déprescrire près de 25% des médicaments paraissant sur les ordonnances. Aucune complication liée aux déprescriptions n'a été relevée.

Le regard nouveau sur le patient et sur ses traitements fait de l'hospitalisation un moment privilégié pour déprescrire concluait l'auteur. **(103)**

La déprescription devait être acceptée par le patient, ce qui nécessitait un long travail d'information et de négociation.

Enfin, quand le patient avait adhéré à la déprescription, il fallait que le médecin soit disposé à ce moment-là à s'en charger.

Une ordonnance jugée trop longue devait être réévaluée et volontiers raccourcie.

Dans la thèse d'Emilie BOISDIN, les principales raisons de déprescrire sont l'absence d'indication, l'excès de médicaments et la présence d'effets secondaires. **(89)**

III.2.4.3. Comment réévaluer l'ordonnance ? Comment déprescrire ?

Les occasions de réévaluer l'ordonnance et de déprescrire sont nombreuses comme nous venons de le voir. Aussi, lorsque l'occasion se présente, les médecins ont leur méthode de déprescription.

Tout d'abord, il est important de reprendre le dossier du patient dans sa globalité : ses comorbidités, son bilan biologique avec sa fonction rénale, son traitement. Ensuite il faut réévaluer cliniquement le patient.

Aussi, il faut réfléchir à l'intérêt de chaque médicament, ligne par ligne, et il faut hiérarchiser le traitement.

La déprescription peut parfois passer par des baisses de posologies intermédiaires avant un arrêt complet.

En cas de doute, un médecin nous disait déprescrire et surveiller l'évolution qui s'en suivait.

Une négociation parfois longue avec le patient est nécessaire pour toute déprescription.

III.2.5. Les outils d'aide à la prescription.

III.2.5.1. L'outil informatique.

A la fin du XXe siècle, les ordinateurs se démocratisent, un nouvel outil apparaît. Il permet d'archiver plus de dossier pour moins de place. Les données des patients sont mieux classées, des rappels peuvent être mis, des alertes aussi. Il permet une aide à la comptabilité, d'éditer des ordonnances, ou encore de faire des recherches.

L'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et les syndicats de médecins signataires affirment leur volonté de mettre en place une informatisation des cabinets médicaux, de manière à favoriser la tenue du dossier médical, les échanges dématérialisés entre professionnels et l'élaboration du volet de synthèse par le médecin traitant. **(104)**

Des rémunérations sont prévues pour les cabinets équipés.

Les médecins utilisaient tous l'outil informatique. Il permet de tenir un dossier complet. Un dossier informatique permet d'optimiser le suivi, en mettant notamment des rappels, annuels par exemple pour refaire un bilan biologique et suivre régulièrement l'évolution. Ainsi, la déprescription d'un traitement qui ne convient plus, qui n'est plus adapté à la fonction rénale par exemple, est optimisée.

Aussi, les logiciels de prescription donnent des alertes concernant les interactions médicamenteuses. Ceci pourrait être une aide à la prescription, mais souvent peu adapté à la personne âgée régulièrement polymédiquée. Les logiciels prennent en compte les contre-indications absolues, mais aussi toutes les mises en garde et précautions à prendre.

Les alertes souvent trop nombreuses en deviennent peu lisibles et donc peu pertinentes.

L'outil informatique permettait aussi un accès à au service en ligne de la sécurité sociale, et une consultation rapide aux banques de données médicamenteuses.

L'outil informatique permet d'éditer des ordonnances dont les caractères d'impression lisibles de tous permettent d'éviter une iatrogénie liée à une mauvaise lecture, une mauvaise compréhension de l'ordonnance manuscrite.

Un médecin imaginait l'outil informatique au service d'une meilleure communication entre les différents intervenants de santé d'un patient, notamment avec les pharmaciens.

Le développement actuel du dossier médical partagé pourrait être une évolution en ce sens.

Attention à ne pas être « *tout le temps sur l'ordinateur* » soulignait un médecin.

III.2.5.2. La formation médicale continue.

Les médecins s'accordaient à déclarer que la formation médicale continue était importante. Elle constituait selon tous un outil clé pour l'optimisation des prescriptions.

La FMC fait partie d'un dispositif officiellement appelé développement professionnel continu. Il est défini par la LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

La lecture scientifique médicale était selon les médecins, un bon outil de formation continue.

En 2008, une étude sur les moyens de formation continue centrée sur la lecture médicale montrait la place majeure de la lecture dans la formation continue. 84% des médecins la jugeaient essentielle. Les autres moyens de formations étaient la participation aux congrès médicaux, internet et les séances de FMC organisées par les associations professionnelles pour la moitié des médecins. **(105)**

Tous les médecins étaient abonnés à au moins une revue médicale. Prescrire faisait l'unanimité.

La revue Prescrire est une revue indépendante vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Ils produisent eux-mêmes des recommandations à partir de revues critiques de la littérature, utilisant une méthodologie stricte et reproductible.

La revue Prescrire s'est en effet construite sur un certain nombre de principes : indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, information exhaustive et évaluée sur la pharmacopée, et surtout primauté de l'intérêt du patient. Ses détracteurs l'accusent d'être, en respectant ces principes, "*anti-innovation*" et "*anti-industrie*".

L'autre revue citée par les médecins était : Pratiques. Il s'agit aussi d'une revue indépendante sans publicité ni subvention, en dehors des ressources de ses lecteurs. Cette revue se définit elle-même comme une revue soulevant les problèmes de soins et de santé au carrefour du social, du politique, des sciences, de la philosophie, de l'anthropologie, de l'art... La revue Pratique ne faisait pas l'unanimité auprès des médecins.

Les médecins incluait dans la FMC les groupes de pairs où ils pouvaient présenter des dossiers. Ils déploraient néanmoins une perte de ces pratiques. On peut comprendre que ce type d'évènement peut être complexe à organiser devant les emplois du temps très remplis de la profession.

En 2009, l'étude polychrome optimisait les prescriptions des personnes âgées à l'aide de réunions pluri-disciplinaires (1 médecin généraliste, 6 spécialistes, 1 pharmacologue). Plus de 30% des médicaments étaient déprescrits. **(106)**

Cette méthode semble peu réalisable en pratique courante de médecine générale, de par la difficulté à réunir généralistes et spécialistes, et bien trop chronophage.

III.2.5.3. Les médias.

Les médecins s'appuient aussi sur les connaissances en termes de santé des patients.

Les patients sont de plus en plus informés avec de plus en plus de littérature de la santé, de plus en plus d'émissions télévisuelles. Citons le journal de la santé avec la désormais célèbre Michel Cymès.

Parmi les messages de santé télévisuels, « *les antibiotiques, c'est pas automatique* » issu du plan national pour préserver la qualité des antibiotiques lancé en 2001 par le ministère de la santé.

Cette campagne a permis de diminuer de 25 % la prescription d'antibiotiques **(107)** entre 2001 et 2004.

Les médias peuvent donc être un bon moyen de communication pour informer la population aux risques de surprescription comme pour les antibiotiques.

Les médecins considéraient les médias, et le fait que les patients soient mieux informés comme une aide à la déprescription.

III.2.5.4. Les recommandations.

Les recommandations apparaissent en France dans les années 90. Elles ont pour objectif une homogénéité des pratiques. Elles émanent principalement de l'HAS, la CPAM (avec ses objectifs de santé publique et ses fameux ROSP), et de l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament).

Les médecins déplorent le manque d'études et donc de recommandations chez la personne âgée, et pour cause, les médicaments qu'ils prescrivent ne sont pas étudiés chez la personne âgée, et encore moins chez la personne âgée polyathologique. Les médecins prescrivent donc des médicaments dont l'efficacité et l'innocuité sont basées sur l'extrapolation d'études.

Les autorités de santé reconnaissent que les objectifs thérapeutiques peuvent être différents chez la personne âgée. **(78)**

La société française de l'hypertension revoit l'objectif tensionnel à une tension supérieure ou égale à 160mmHg après 80 ans (recommandations 2013).

Ces recommandations représentent quelques lignes au milieu de documents de plusieurs pages.

Concernant les statines qui posaient un problème de déprescription aux médecins, les études ont des résultats multiples et discordants qui n'ont pour le moment pas montré l'intérêt de poursuivre des statines après 75 ans. **(108)**

En 2012, une étude qualitative chez des médecins généraliste en Allemagne **(92)** avait déjà constaté que la déprescription des médicaments à visée préventive était difficile car il existe une lacune dans la connaissance du bénéfice / risque chez la personne âgée.

Les médecins voudraient l'élaboration de recommandations chez la personne âgée. Idéalement, elles ne devraient pas uniquement prendre en compte l'âge du patient, trop restrictif, mais plus personnalisées. Ainsi, des recommandations plus approfondies, prenant en compte l'autonomie, l'entourage, les antécédents, autrement dit l'état de fragilité et l'espérance de vie, seraient un bon outil d'aide à la prescription pour le médecin généraliste.

De plus, les recommandations sont rédigées sur la base d'études réalisées la plupart du temps en milieu hospitalier et non en soin primaire. Le contexte est différent, la prise en charge des patients aussi.

III.2.5.5. Les visiteurs médicaux

Les visiteurs médicaux ne devaient pas être considérés comme un outil d'information.

III.2.5.6. Les guides de déprescription.

De nombreux outils d'aides à la prescription existent **(58,62,71-73)**

Les médecins ont cité les scores CHADsVASC et HASBLED . Un médecin a tenté de nommer « *Le guide du médicament de, hmm, j'ai un trou* ».

Conclusion

Les personnes âgées sont souvent polypathologiques et polymédiquées. Avec la polymédication, les risques d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses, de redondance thérapeutique et d'avoir un MPI sur l'ordonnance augmentent, l'observance diminue.

Une prescription optimale dans cette population est une mission complexe.

Le patient âgé doit être pris en charge dans sa globalité. Cela comprend son âge et son espérance de vie, ses comorbidités et ses traitements, ses dépendances, mais aussi le contexte, tout le côté social et son environnement incluant la famille et l'entourage.

L'optimisation du traitement passe par une réévaluation régulière de l'ordonnance. Les traitements doivent être hiérarchisés, la balance bénéfice – risque de chaque molécule pesée. La déprescription fait partie intégrante de la réévaluation de l'ordonnance, les médicaments devenus inutiles ou dangereux doivent être abandonnés. Les médecins généralistes sont désireux de déprescrire chez la personne âgée, mais rencontrent plusieurs obstacles.

Différents acteurs entrent dans la prise en charge de la personne âgée : le médecin généraliste, les médecins spécialistes, les pharmaciens, les infirmières et parfois l'entourage. Le médecin généraliste, premier prescripteur de médicaments, est au centre de la coordination.

La communication avec les médecins spécialistes est parfois difficile. Les avis thérapeutiques peuvent diverger. Le patient qui, au milieu de ce désaccord, ne sait plus qui croire, peut compliquer la déprescription.

L'accord du patient est nécessaire à toute modification d'ordonnance jugée non urgente. Les médecins souhaitent obtenir le consentement éclairé. La relation médecin malade paraît fragile et ne doit pas être endommagée.

Le temps est un facteur clé dans l'optimisation des ordonnances chez la personne âgée. Le temps de réflexion du médecin est d'abord nécessaire. Puis le temps de l'explication et de l'éducation au patient. Avec la démographie actuelle, le facteur temps semble difficilement modifiable.

La déprescription fait partie intégrante de la prescription, tout particulièrement chez la personne âgée polymédiquée. Il semble que cet acte primordial et complexe ne soit pas suffisamment enseigné en formation initiale d'une part, mais aussi en formation continue. Les médecins souhaitent plus d'interventions sur ce sujet. Des formations ciblées, ainsi qu'un enseignement du sujet lors de la formation initiale pourraient répondre aux attentes des médecins.

Les médecins ne se servent que de peu d'outils de déprescription. Une diffusion d'outils pertinents d'aide à la déprescription pourrait permettre d'élargir leur connaissance auprès des médecins généralistes. Une meilleure connaissance de ces outils pourrait favoriser leur utilisation et améliorer les prescriptions chez la personne âgée.

Enfin, l'optimisation des prescriptions chez la personne âgée nécessite l'élaboration de recommandations adaptées à cette population. Ces recommandations manquent et tardent à venir.

La réévaluation de l'ordonnance, son optimisation et la déprescription chez la personne âgée sont le quotidien des médecins généralistes. Sa réalisation est complexe, les médecins rencontrent de nombreuses interrogations et difficultés. Cet exercice fait intervenir de multiples facteurs. Certains facteurs comme le patient, ou encore le temps ne sont pas modifiables.

Mais les formations des médecins à ce sujet peuvent être améliorées et renforcées. Les outils d'aide à la déprescription existants peuvent être plus largement diffusés. Les recommandations doivent être réévaluées pour cette population.

Cette étude permet de soulever des pistes pour l'amélioration de la prescription chez la personne âgée.

En se basant sur les déterminants du comportement identifiés dans ce travail, une étude à plus grande échelle proposant une intervention auprès des médecins généralistes pour déprescrire pourrait être envisagée.

Références bibliographiques

- (1) Insee. (consulté le 11/08/2017). Bilan démographique 2017, [en ligne]. <https://www.insee.fr/>
- (2) Insee. Consulté le 10/10/2018. Projections de population à l'horizon 2060, Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
- (3) Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 (ESPS). IRDES. Juin 2010. Rapport n° 547 (biblio n° 1800).
- (4).Legrain S. et al. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, prescription, iatrogénie et observance, HAS, 2005.
- (5) Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. Archives of internal medicine. 1991;151(9):1825-32.
- (6) Bongue, B, Naudin F, Laroche M.L, Galteau MM, Guy C, Guéguen R, Convers JP, Colvez A, Maarouf N. Trends of the potentially inappropriate medication consumption over 10 years in older adults in the East of France. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2009 Dec;18(12):1125-33.
- (7) Bongue B, Laroche ML, Gutton S, Colvez A, Gueguen R, Moulin JJ, Merle L. Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. Eur J Clin Pharmacol. 2011 Dec;67(12):1291-9.
- (8) SAINTOUT M. La prescription médicamenteuse inappropriée chez les sujets âgés selon les critères de Laroche: prévalence chez 224 patients hospitalisés en gériatrie aigue et relation avec le risque de chutes. [thèse de doctorat d'université, sciences biologiques et santé]. Paris : université paris Diderot - paris 7; 2014.
- (9) Gaillard M, Mosnier-Thoumas S, Berroneau A, Pucheu Y, Xuereb F, Breilh D. Médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la personne âgée : état des lieux dans un service de cardiologie. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 2017 mar;52(1):3-9.
- (10) Queneau P, Bannwarth B, Carpentier F, Guliana JM, Bouget J, Trombert B, Leverve X, Lapostolle F, Borron SW, Adnet F. On behalf of Association Pédagogique pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET). Emergency department visits caused by adverse drug events : result of a French survey. Drug Saf. 2007;30(1),81-8.
- (11) Lecomte T. La consommation pharmaceutique en 1991, Insee et credes, Décembre 1994. Rapport n° 422 (biblio n° 1030).
- (12) Insee. (consulté le 10/10/2017). Pyramide des âges 2018, régions et départements, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418110>

- (13)** Ménard J. Les va-et-vient de l'histoire de l'hypertension artérielle. Rev Prat. 2010;60:638-643.
- (14)** Insee. (consulté le 10/10/2017). Tableau de l'économie française, édition 2018 : Espérance de vie – mortalité, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303354?sommaire=3353488#tableau-T18F036G1>
- (15)** OMS. (consulté le 11/08/2018). Santé mentale et vieillissement, 12 décembre 2017, [en ligne]. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sant%C3%A9-mentale-et-vieillessement>.
- (16)** HAS (consulté le 11/08/2017). Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance. [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
- (17)** Neugarten B. L. Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science. 1974;415(1):187-98
- (18)** le CLIC. (consulté le 11/08/2017). Séminaire « la famille » : les personnes âgées, [en ligne] <https://epss2011.wordpress.com/2008/10/07/le-clic-3eme-et-4eme-age/>
- (19)** OMS. (consulté le 11/08/2017). Vieillesse, thèmes de santé, [en ligne]. <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
- (20)** Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 Jul;62(7):731-7
- (21)** Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar;56(3):146-56.
- (22)** Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity : implications for improving targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59:255-63
- (23)** Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hébert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. 1999 Jan 16;353(9148):205-6.
- (24)** Searle SD, Mitnitski A, Gahbauer EA, et al. A standard procedure for creating a frailty index. BMC Geriatr. 2008 sept 30;8:24.
- (25)** Mitnitski A, Collerton J, Martin-Ruiz C et al. Age-related frailty and its association with biological markers of ageing. BMC Med. 2015 Jul 13;13:161
- (26)** Grimley Evans J. Ageing and medicine. J Intern Med. 2000;247:159-67

- (27)** McGue M, Vaupel JW, Holm N, Harvald B. Longevity is moderately heritable in a sample of Danish twins born 1870–1880. *J Gerontol.* 1993 Nov;48(6):B237-44.
- (28)** Dawson-Hughes B, Dallal GE, Krall EA, Harris S, Sokoll LJ, Falconer G. Effect of vitamin D supplementation on wintertime and overall bone loss in healthy postmenopausal women. *Ann Intern Med.* 1991 Oct 1;115(7):505-12.
- (29)** Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ, Participants in the Coronary Artery Surgery Survey. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from the CASS registry. *New Engl J Med.* 1988 Nov 24;319(21):1365-9.
- (30)** Ames BN, MK. Shigenaga, Hagen TM, Oxidants, antioxidants, and the degenerative diseases of aging, *Proc. Natl. Acad. Sci.* 1993 Sep 1;90(17):7915–22.
- (31)** Linnane AW, Marzuki S, Ozawa T, Tanaka M. Mitochondrial DNA mutations as an important contributor to ageing and degenerative diseases. *Lancet* 1989 Mar 25;1(8639):642-5.
- (32)** Hayflick L. Mortality and immortality at the cellular level. A review. *Biochemistry* 1997 Nov;62(11):1180-90.
- (33)** Beaufrere B, Morio B. Fat and protein redistribution with aging: metabolic considerations. *Eur J Clin Nutr.* 2000 Jun;54 Suppl 3:S48-53.
- (34)** Kergoat M-J, Bergeron J. Les personnes âgées et les médicaments : ce que vous devez savoir. *Le clinicien*, 2003 avr;18(4):82-7.
- (35)** Houillier P. Evaluation de la fonction rénale chez le sujet âgé. Colloque « Maladies rénales et vieillissement ». Académie Nationale de Médecine, Paris. Jeudi 13 mars 2014.
- (36)** McLean AJ, Le Couteur DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacology Revue.* 2004 Jun;56(2):163-84.
- (37)** Wilkinson GR. The effects of diet, aging and disease-states on presystemic elimination and oral drug bioavailability in humans. *Adv Drug Deliv Rev.* 1997 Sep 15;27(2-3):129-59
- (38)** Raz N, Rodrigue KM. Differential aging of the brain: Patterns, cognitive correlates and modifiers. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006;30(6):730-48.
- (39)** Swynghedauw B, Vieillissement cardiovasculaire, Module de Gérontologie fondamentale, Pitié Salpêtrière, 20 Janvier 2009.
- (40)** Yernault J.-C., Scillia P., aspects cliniques et radiologiques du vieillissement de l'appareil pulmonaire, *Revue des Maladies Respiratoires* 2004 nov ;21(5):33-41
- (41)** Bégaud B, Martin K, Fourrier A, Haramburu F. Does age increase the risk of adverse drug reaction ? *Br J Clin Pharmacol.* 2002 Nov;54(5):550–2.

- (42)** McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc.* 1999 Oct; 47(10):1229–37.
- (43)** Jörgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander MA, Svärdsudd K. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Ann Pharmacother.* 2001 Sep;35(9):1004–9
- (44)** Gnjdjic D, Le Couteur DG, Pearson S-A, et al. High risk prescribing in older adults: prevalence, clinical and economic implications and potential for intervention at the population level. *BMC Public Health.* 2013 Feb 7;13:115.
- (45)** Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. Un état des lieux. *Gérontologie et société.* 2002 avr;103:13-27.
- (46)** V. Pire et al., Polymédication chez la personne âgée, *Louvain Medical*, 2009 ;128(7):235-40
- (47)** Auvray L, Dumesnil S, Le Fur P. enquête ESPS 2000 (Enquête santé et protection sociale) France 2000. 2001 dec. Rapport n° 508 (biblio n° 1364), 194p.
- (48)** Code de la santé publique : Article L5111-1 Modifié par Loi n°2007-248 du 26 février 2007 - art. 3 JORF 27 février 2007
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689866&dateTexte=&categorieLien=cid>
- (49)** Stuck AE, Beers MH, Steiner A, Aronow HU, Rubenstein LZ, Beck JC. Inappropriate medication use in community-residing older persons. *Archives of Internal Medicine* 1994;154:2195-200.
- (50)** Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. *Archives of internal medicine.* 1997;157(14):1531-6
- (51)** Zhan C, Sangl J, Bierman AS, Miller MR, Friedman B, Wickizer SW et al. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly. Findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *Journal of the American Medical Association.* 2001;286:2823-9
- (52)** Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults : results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003 Dec 8-22;163(22):2716-24.
- (53)** Flick DM et al. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Nov;63(11):2227-46

- (54)** Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment) – an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing* 2007;36:632–8
- (55)** Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*. 2008;46(2):72-83.
- (56)** Lang PO, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens JP, Vogt-Ferrier N, et al. STOPP-START: Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. *Can J Public Health*. 2009;100(6):426-31.
- (57)** O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015 Mar;44(2):213-8
- (58)** Lang PO et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *Neurol Psychiatr Gériatr* 2015 dec;90(15):323-36
- (59)** McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *Can Med Assoc J*. 1997 Feb 1;156(3):385-91.
- (60)** Naugler CT, Brymer C, Stolee P, Arcese ZA. Development and validation of an improving prescribing in the elderly tool. *Can. J Clin Pharmacol*. 2000 Summer;7(2):103-7.
- (61)** Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(3):153-9
- (62)** Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol*. 2007 Aug;63(8):725-31.
- (63)** Fialova D, Topinkova E, Gambassi G et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 2005 Mar 16;293(11):1348-58.
- (64)** Van Der Hoof CS, 't Jong GW, Dieleman JP et al. Inappropriate drug prescribing in older adults: the updated 2002 Beers criteria – a population based cohort study. *Br J Clin Pharmacol*. 2005 Aug;60(2):137-44.
- (65)** Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Inappropriate drug prescribing in home-dwelling elderly patients: a population based survey. *Arch Intern Med*. 2002 Aug 12-26;162(15):1707-12.
- (66)** Johnell K, Fastbom J. Multi-dose drug dispensing and inappropriate drug use: A nationwide register-based study of over 700000 elderly. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(2):86–91

(67) Haider SI, Johnell K, Weitoft GR, Thorslund M, Fastbom J. The Influence of Educational Level on Polypharmacy and Inappropriate Drug Use : A Register-Based Study of More Than 600,000 Older People. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Jan;57(1):62-9.

(68) Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing.* 2008 Nov;37(6):673-9.

(69) Ryan C, O'Mahony D, Kennedy J, Weedle, P, Byrne S. Potentially inappropriate prescribing in an Irish elderly population in primary care. *Br J Clin Pharmacol.* 2009 Dec;68(6):936-47.

(70) Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria. *Age Ageing.* 2008 Jan;37(1):96-101.

(71) Réseau canadien pour la déprescription (consulté le 13/06/2018). rapport annuel 2017. [en ligne]
https://static1.squarespace.com/static/5836f01fe6f2e1fa62c11f08/t/5a54f7a39140b7301900c104/1515517866432/Annual+report+design+2017_FINAL_FR_WEB_small.pdf

(72) School of Pharmacy, University of Waterloo (consulté le 12/10/2017) Deprescribing guidelines for the elderly, [en ligne]
<http://www.open-pharmacy-research.ca/wp-content/uploads/deprescribing-guidelines-elderly-fact-sheet.pdf>

(73) Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K. What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified Delphi process. *PLoS One.* 2015 Apr 7;10(4):e0122246

(74) Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Joy Rashid F, Rojas-Fernandez C, Walsh K, Welch V, Moayyedi P. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons, Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Can Fam Physician.* May 2017;63(5):e253-e265;

(75) Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, Rojas-Fernandez C, Lochnan H, Shamji S, Upshur R, Bouchard M, Welch V. Déprescription des antihyperglycémifiants chez les personnes âgées, Guide de pratique clinique fondé sur les données probantes. *Can Fam Physician* November. 2017;63(11):e452-e465

(76) Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson R, Ma A, Farrell B. Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines, Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Can Fam Physician.* May 2018;64(5):e209-e224;

- (77)** Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, Raman-Wilms L, Rojas-Fernandez C, Sinha S, Thompson W, Welch V, Wiens A. Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie, Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes, Can Fam Physician. January 2018,64(1):e1-e12;
- (78)** HAS (consulté le 10/10/2017) Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 – recommandations de bonne pratique – janvier 2013 [en ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf
- (79)** Blacher J, Halimi JM, Hanon O, Mourad JJ, Pathak A, Schnebert B, Girerd X. Au nom de la Société Française d'Hypertension Artérielle (page consultée le 10/10/2017). Recommandations janvier 2013 pour la prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte, [en ligne]. <http://sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/12/Recommandation-SFHTA-2013-Prise-en-charge-HTA-de-lAdulte.pdf>
- (80)** Pichetti S, Sermet C. Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2011 : éléments d'évaluation. Question d'économie de la santé [en ligne] n° 167, [consulté le 10/10/2018]. Disponibilité sur internet : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes167.pdf>.
- (81)** F. Naudin, C. Sermet, La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. Juillet 2004. Rapport n° 524 (biblio n° 1527)
- (82)** Kandel O. et al. « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? », Rev Prat Med Gen. 2004;18:781-4.
- (83)** Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people : The prescribing cascade. BMJ. 1997;315:1096-9.
- (84)** Boulet F, Deschênes G. Les erreurs médicamenteuses, ou l'épée de Damoclès. Pharmactuel. 2001;34(6):161-5.
- (85)** Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. BMJ. 1998;317:637-42
- (86)** Britten N. Patients' expectations of consultations. BMJ. 2004 Feb 21;328:416-7.
- (87)** Al Mahdy H., Semour DG. How much can ederly patients tell us about their medications ? Postgrad Med J. 1990 Feb;66(772):116–21
- (88)** Lemasson A, Gay B, Lemasson JL et al. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques. 2006;2(1):38-42.

(89) Boisdin E. Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. [thèse de doctorat d'université, sciences biologiques et santé]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen;2011.

(90) Légifrance (page consultée le 23/11/2018). LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38, [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_38

(91) Ameli.fr – pour les pharmaciens (page consultée le 23/11/2018). Avenants, [en ligne]. <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants>

(92) Schuling J, Gebben H, Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity : the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Fam Pract. 2012 juin 14;13(1):56

(93) van der Cammen TJ, Rajkumar C, Onder G, Sterke CS, Petrovic M. Drug cessation in complex older adults: time for action. Age Ageing. 2014 janv 1;43(1):20-5.

(94) Société française de cardiologie. (consulté le 23/11/2018). L'hypertension artérielle (HTA) : les recommandations de l'ESC/ESH 2018. [en ligne]. <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/recommandations-esc-2018-hypertension-arterielle>

(95) Chugh SS, Blackshear JL, Shen W-K, Hammill SC, Gersh BJ. Epidemiology and natural history of atrial fibrillation: clinical implications. Journal of the American College of Cardiology. 2001 févr;37(2):371-8.

(96) Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older Americans. N Engl J Med. 2011 nov 24;365(21):2002-12.

(97) Hylek EM, Evans-Molina C, Shea C, Henault LE, Regan S. Major hemorrhage and tolerability of warfarin in the first year of therapy among elderly patients with atrial fibrillation. Circulation. 2007 mai 29;115(21):2689-96.

(98) Hansen ML, Sørensen R, Clausen MT, et al. Risk of bleeding with single, dual, or triple therapy with warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. Arch Intern Med. 2010 sept 13;170(16):1433-41.

(99) Doser Joz-Roland N, Büla C, Rodondi N. Faut-il traiter les dyslipidémies chez les personnes âgées et très âgées ?. Rev Med Suisse. 2009;5:2211-8

(100) Van Overloop R. Etude de la consommation chronique d'inhibiteurs de la pompe à protons en EHPAD : indications documentées et médicaments associées pour 134 résidents. [thèse de doctorat d'université, sciences biologiques et santé]. Université de médecine de Bordeaux, 2015.

(101) Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR) : a meta-analysis of observational studies. Pharm. World Sci., 2002;24 (2):46-54

(102) Queneau P, Trombert B, Carpentier F, Trinh-duc A, Bannwarth B, Bouget J et l'APNET. Accidents médicamenteux (à propos d'une étude prospective de l'APNET réalisée dans 7 Services d'accueil et d'urgences français). Propositions pour des mesures préventives. Ann. Pharm. Fr., 2005;63:131-42.

(103) Tanguy-Gouraud A. La déprescription du sujet âgé : « A propos des prescriptions de l'entrée à la sortie d'un service de médecine polyvalente gériatrique ». [thèse de doctorat d'université, sciences biologiques et santé]. Nantes;2008

(104) Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, Version consolidée au 04 novembre 2018, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740>

(105) Dang Ha Doan B, Lévy D, Teitelbaum J, Allemand H. Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Les lectures médicales et les moyens de formation permanente. Cahiers de sociologie et de démographie médicale. 2008;48(4):514-532.

(106) Clerc P, Le Breton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pouvourville G. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Prat Organ Soins. 2009 sept 1;40(3):167-75.

(107) Cohen R, « Les antibiotiques, c'est pas automatique », Enfances & Psy. 2004;25(1):24-30

(108) Joseph JP, Afonso M, Berdaï D, Salles N, Bénard A, Gay B, Bonnet F. Bénéfices et risques des statines en prévention primaire chez la personne âgée. Presse Med. 2015;44:1219-25

(109) La démographie médicale en Limousin, situation en 2013, conseil national de l'ordre des médecins, [en ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/limousin_2013.pdf

Annexes

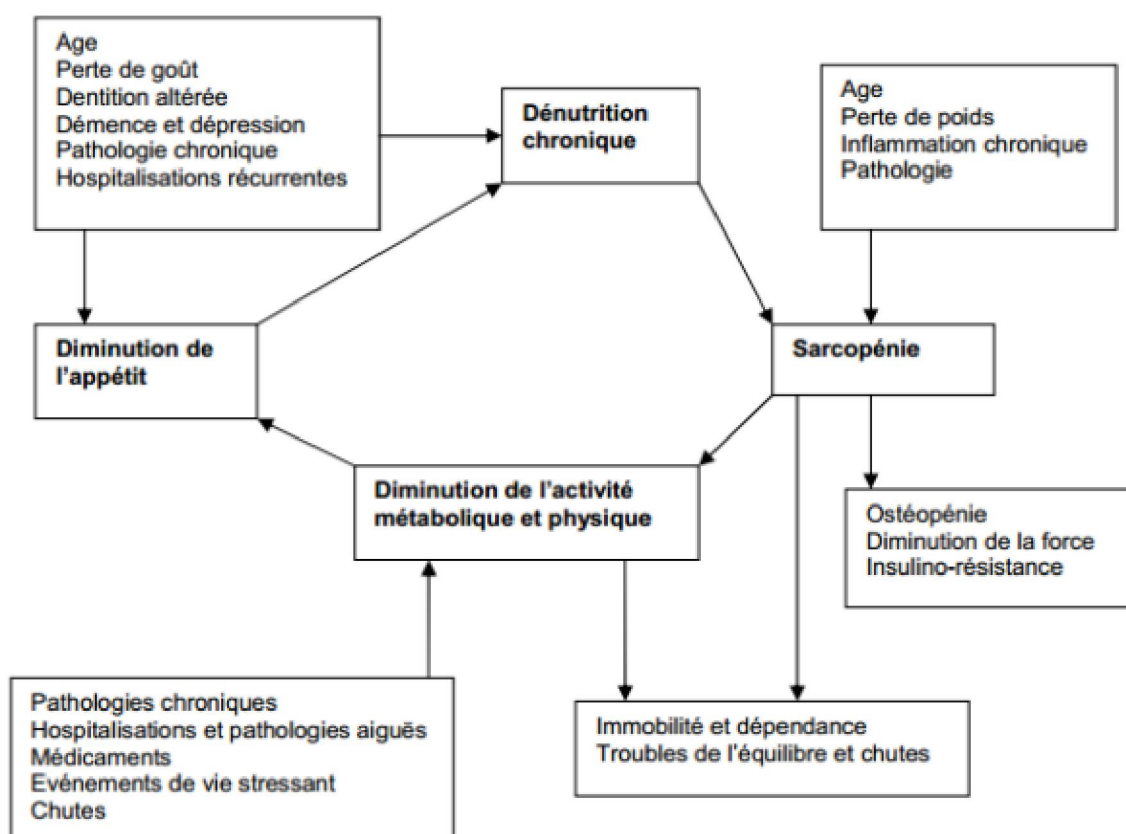
Annexe 1. Fragilité : La théorie phénotypique de Fried.	112
Annexe 1.1. Index de fragilité de Fried	112
Annexe 1.2. Cycle de fragilité de Fried	112
Annexe 2. Fragilité par accumulation de déficit (théorie de Rockwood) : 40 variables cliniques.....	113
Annexe 3. Liste de médicaments potentiellement inappropriés adaptée à la pratique médicale française. (62).....	114
Annexe 4. Algorithme de déprescription des IPP.	117
Annexe 5. Algorithme de déprescription des antihyperglycémiant.....	118
Annexe 6. Algorithme de déprescription des Benzodiazépines (BZD).....	119
Annexe 7. Algorithme de déprescription des antipsychotiques (AP).....	120
Annexe 8. Extrait du verbatim du focus group du 07/09/2016	121
Annexe 9. Liste des 264 nœuds issus de l'analyse des verbatim.....	122

Annexe 1. Fragilité : La théorie phénotypique de Fried.

Annexe 1.1. Index de fragilité de Fried

- 1- Perte de poids non intentionnelle de plus de 4,5 kg dans la dernière année
- 2- Force de préhension dans le 20 % inférieur pour le sexe et l'IMC (indice de masse corporelle)
- 3- Mauvaise endurance (fatigue rapportée par le patient à partir des 2 questions du CES-D Depression Scale)
- 4- Vitesse de marche sur 4,5 mètres dans le 20 % inférieur pour le genre et la taille
- 5- Sédentarité (mesure des dépenses énergétiques en utilisant la version courte du Minnesota Leisure-Time Physical Activity Questionnaire)
 - ≤ 388 kcal/semaine pour l'homme
 - ≤ 270 kcal/semaine pour la femme

Annexe 1.2. Cycle de fragilité de Fried



Annexe 2. Fragilité par accumulation de déficit (théorie de Rockwood) : 40 variables cliniques.

List of 40 Variables included in the frailty index	Cut Point
Help Bathing	Yes = 1, No = 0
Help Dressing	Yes = 1, No = 0
Help getting in/out of Chair	Yes = 1, No = 0
Help Walking around house	Yes = 1, No = 0
Help Eating	Yes = 1, No = 0
Help Grooming	Yes = 1, No = 0
Help Using Toilet	Yes = 1, No = 0
Help up/down Stairs	Yes = 1, No = 0
Help lifting 10 lbs	Yes = 1, No = 0
Help Shopping	Yes = 1, No = 0
Help with Housework	Yes = 1, No = 0
Help with meal Preparations	Yes = 1, No = 0
Help taking Medication	Yes = 1, No = 0
Help with Finances	Yes = 1, No = 0
Lost more than 10 lbs in last year	Yes = 1, No = 0
Self Rating of Health	Poor = 1, Fair = 0.75, Good = 0.5, V. Good = 0.25, Excellent = 0
How Health has changed in last year	Worse = 1, Better/Same = 0
Stayed in Bed at least half the day due to health (in last month)	Yes = 1, No = 0
Cut down on Usual Activity (in last month)	Yes = 1, No = 0
Walk outside	<3 days = 1, ≤ 3 days = 0
Feel Everything is an Effort	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
Feel Depressed	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
Feel Happy	Most of time = 0, Some time = 0.5, Rarely = 1
Feel Lonely	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
Have Trouble getting going	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
High blood pressure	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Heart attack	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
CHF	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Stroke	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Cancer	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Diabetes	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Arthritis	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Chronic Lung Disease	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
MMSE	<10 = 1, 11–17 = 0.75, 18–20 = 0.5, 20–24 = 0.25, >24 = 0
Peak Flow	See Table 2
Shoulder Strength	See Table 2
BMI	See Table 2
Grip Strength	See Table 2
Usual Pace	See Table 2
Rapid Pace	See Table 2

Annexe 3. Liste de médicaments potentiellement inappropriés adaptée à la pratique médicale française. (62)

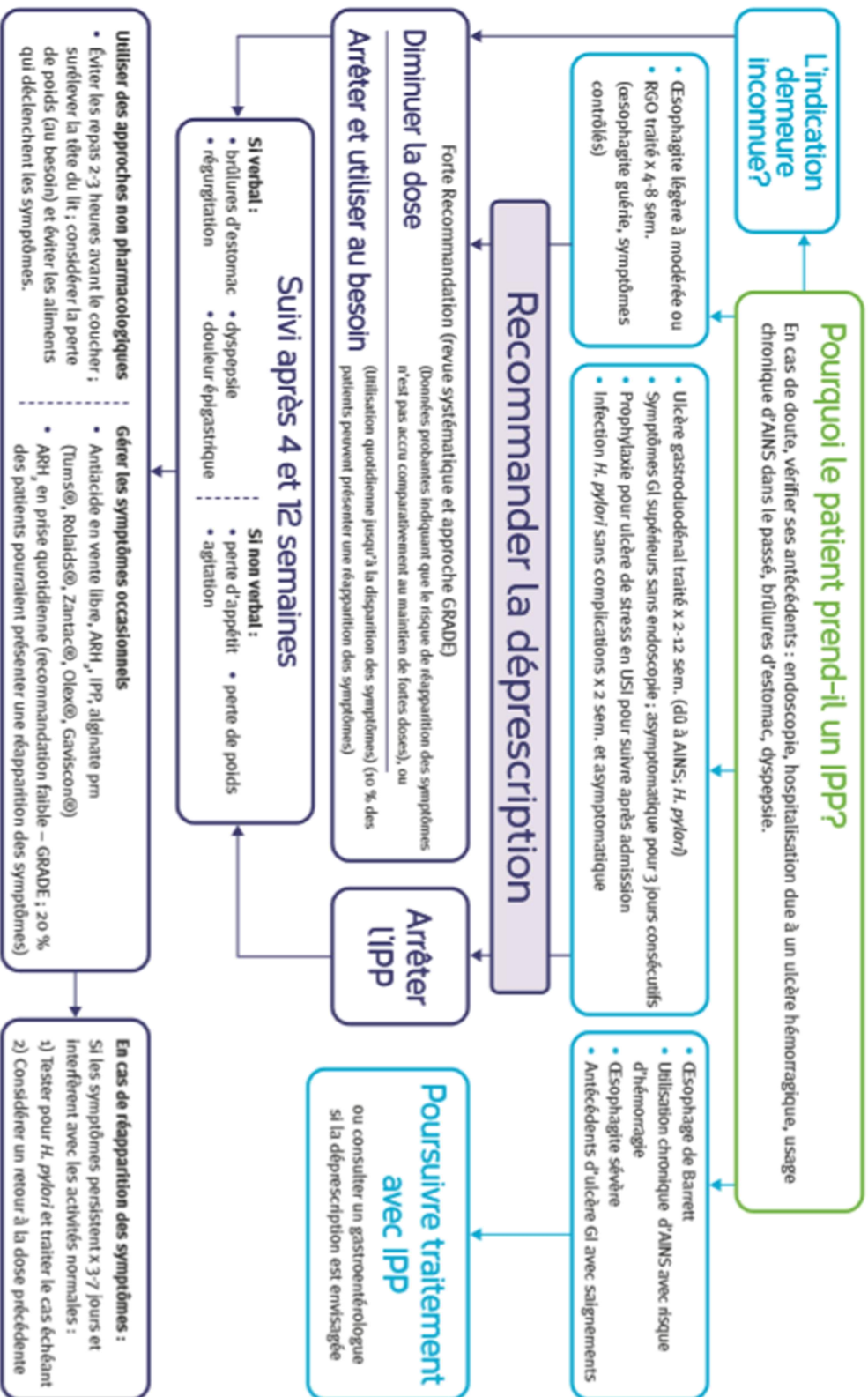
	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Antalgiques</i>				
1	Indométacine par voie générale	CHRONOINDOCID, INDOCID, DOLCIDIUM Gé	Effets indésirables neuropsychiques. Prescription de 2 ^{ème} intention.	Autres AINS sauf phénylbutazone
2	Phénylbutazone	BUTAZOLIDINE	Effets indésirables hématologiques sévères	Autres AINS sauf indométacine par voie générale
3	Association d'au moins deux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)		Pas d'augmentation de l'efficacité et majoration du risque d'effet indésirable.	Un seul AINS
<i>Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques</i>				
4	Antidépresseurs imipraminiques : clomipramine, amoxapine, amitriptyline, maprotiline, dosulépine, doxépine, trimipramine, imipramine >	ANAFRANIL, DEFANYL, LAROXYL, ELAVIL, LUDIOMIL, PROTHIADEN, QUITAXON, SURMONTIL, TOFRANIL	Effets anticholinergiques et effets cardiaques sévères. Les antidépresseurs imipraminiques semblent plus efficaces que les IRS sur certaines dépressions, toutefois le rapport bénéfice/risque chez les personnes âgées est moins favorable. Prescription de 2 ^{ème} intention.	Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (IRS), inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
5	Neuroleptiques phénothiazines : chlorpromazine, fluphénazine, propérialazine, lévomépromazine, pipotiazine, cyamémazine, perphénazine	LARGACTIL, MODITEN, MODECATE, NEULEPTIL, NOZINAN, PIPORTIL, TERCIAN, TRILIFAN RETARD	Effets anticholinergiques. Prescription de 2 ^{ème} intention.	Neuroleptiques non phénothiazines avec une activité anticholinergique moindre (clozapine, rispéridone, olanzapine, amisulpride), meprobamate
6	Hypnotiques aux propriétés anticholinergiques : doxylamine, acéprométazine en association, alimémazine	DONORMYL, LIDENE, NOCTRAN, MEPRONIZINE, THERALENE	Effets anticholinergiques et effets négatifs sur la cognition	Hypnotiques benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
7	Anti-histaminiques H1 : prométhazine, méquitazine, alimémazine, carbinoxamine, hydroxyzine, bromphéniramine, dexchlorphéniramine, dexchlorphéniramine-bétaméthasone, cyproheptadine, buclizine	PHENERGAN, PRIMALAN, QUITADRILL, THERALENE, SIROP TEYSSEDE, ALLERGEFON, ATARAX, DIMEGAN, POLARAMINE, CELESTAMINE, PERIACTINE, APHILAN	Effets anticholinergiques, somnolences, vertiges	Cétirizine, desloratadine, loratadine
8	Antispasmodiques avec des propriétés anticholinergiques : oxybutynine, toltérodine, solifénacine	DITROPAN, DRIPTANE, DETRUSITOL, VESICARE	Effets anticholinergiques, doivent être évités dans la mesure du possible	Trospium ou autres médicaments avec moins d'effet anticholinergique
9	Association de médicaments ayant des propriétés anti-cholinergiques		Association dangereuse chez les personnes âgées	Pas d'association
<i>Anxiolytiques, Hypnotiques</i>				
10	Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (é. 20 heures) : bromazépam, diazépam, chlordiazépoxide, prazépam, clobazam, nordazépam, loflazépate, nitrazépam, flunitrazépam, clorazépate, clorazépate-acépromazine, acéprométazine, estazolam	LEXOMIL, VALIUM, NOVAZAM Gé, LIBRAX, LYSANXIA, URBANYL, NORDAZ, VICTAN, MOGADON, ROHYPNOL, TRANXENE, NOCTRAN, NUCTALON	Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie avec l'âge : augmentation du risque d'effets indésirables (somnolence, chute...)	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune

<i>Anti-hypertenseurs</i>				
11	Anti-hypertenseurs à action centrale : méthildopa, clonidine, moxonidine, rilménidine, guanfacine	ALDOMET, CATAPRESSAN, PHYSICIENS, HYPERIUM, ESTULIC	Personnes âgées plus sensibles à ces médicaments : effet sédatif central, hypotension, bradycardie, syncope	Autres anti-hypertenseurs, sauf inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate et réserpine
12	Inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate : nifédipine, nicardipine	ADALATE, LOXEN 20 mg	Hypotension orthostatique, accident coronaire ou cérébral	Autres anti-hypertenseurs, sauf anti-hypertenseurs à action centrale et réserpine
13	Réserpine	TENSIONORME	somnolence, syndrome dépressif et trouble digestif	Tous autres anti-hypertenseurs, sauf inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate et anti-hypertenseurs à action centrale
<i>Antiarythmiques</i>				
14	Digoxine > 0,125 mg/jour OU digoxine avec concentration plasmatique > 1,2 ng/ml		Personnes âgées plus sensibles à l'action de la digoxine. Il est plus juste de considérer une dose de digoxine qui conduirait à une concentration plasmatique supérieure à 1,2 ng/ml comme inappropriée ; à défaut de cette information, la dose moyenne de 0,125 mg/jour est recommandée pour minimiser le risque d'effet indésirable	Digoxine < 0,125 mg/jour OU digoxine avec concentration plasmatique entre 0,5 et 1,2 ng/ml
15	Disopyramide	ISORYTHM, RYTHMODAN	insuffisances cardiaques et effet anticholinergique	Amiodarone, autres anti-arythmiques
<i>Antiagrégant plaquettaire</i>				
16	Ticlopidine	TICLID	Effets indésirables hématologiques et hépatiques sévères	Clopidogrel, aspirine
<i>Médicaments gastro-intestinaux</i>				
17	Cimétidine	TAGAMET, STOMEDINE	Confusion, plus d'interactions médicamenteuses qu'avec les autres anti-H2	Inhibiteurs de la pompe à protons, éventuellement autres anti-H2 (ranitidine, famotidine, nizatidine) ayant moins d'interactions médicamenteuses.
18	Laxatifs stimulants : bisacodyl, docusate, huile de ricin, picosulfate, laxatifs anthracéniques à base de cascara, sennosides, bourdaine, séné, aloès du Cap...	CONTALAX, DULCOLAX, PREPACOL, JAMYLENE, FRUCTINES,....	Exacerbation de l'irritation colique	Laxatifs osmotiques
<i>Hypoglycém/anfs</i>				
19	Sulfamides hypoglycémiant à longue durée d'action : carbutamide, glipizide	GLUCIDORAL, OZIDIA LP	Hypoglycémies prolongées	Sulfamides hypoglycémiant à durée d'action courte ou intermédiaire, metformine, inhibiteurs de l'alpha-glucosidase, insuline
<i>Autres relaxants musculaires</i>				
20	Relaxants musculaires sans effet anticholinergique : méthocarbamol, baclofène, tétrazépam	LUMIRELAX, BACLOFENE, LIORESAL, MYOLASTAN, PANOS, MEGAVIX	Somnolence, chutes et troubles mnésiques (tétrazépam)	Thiocolchicoside, méphénésine
<i>En fonction de la situation clinique</i>				
21	En cas d'hypertrophie de la prostate, de rétention urinaire chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de rétention urinaire aiguë	
22	En cas de glaucome par fermeture de l'angle : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de glaucome aigu	
23	En cas d'incontinence urinaire : alpha-bloquants à visée cardiologique : urapidil, prazosine	EUPRESSYL, MEDIATENSYL, MINIPRESS, ALPRESS	Aggravation de l'incontinence urinaire, hypotension orthostatique	
24	En cas de démence : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34), antiparkinsoniens anticholinergiques (trihexphénidyle, tropatépine, bipéridène), neuroleptiques sauf olanzapine et risperidone, benzodiazépines et apparentés		Aggravation de l'état cognitif du malade	
25	En cas de constipation chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34), anti-hypertenseurs centraux (critère 11)		Risque d'occlusion intestinale, d'hypotension orthostatique avec certains d'entre eux	

Critère avec une efficacité discutable

26	Vasodilatateurs cérébraux : dihydroergotoxine, dihydroergocryptine, dihydroergocristine, ginkgo biloba, nicergoline, naftidrofuryl, pentoxifylline, piribedil, moxislyte, vinburnine, raubasine-dihydroergocristine, troxerutine-vincamine, vincamine-rutoside, vincamine, piracétam	NOOTROPYL	Pas d'efficacité clairement démontrée, pour la plupart, risque d'hypotension orthostatique et de chutes chez les personnes âgées	Abstention
----	--	-----------	--	------------

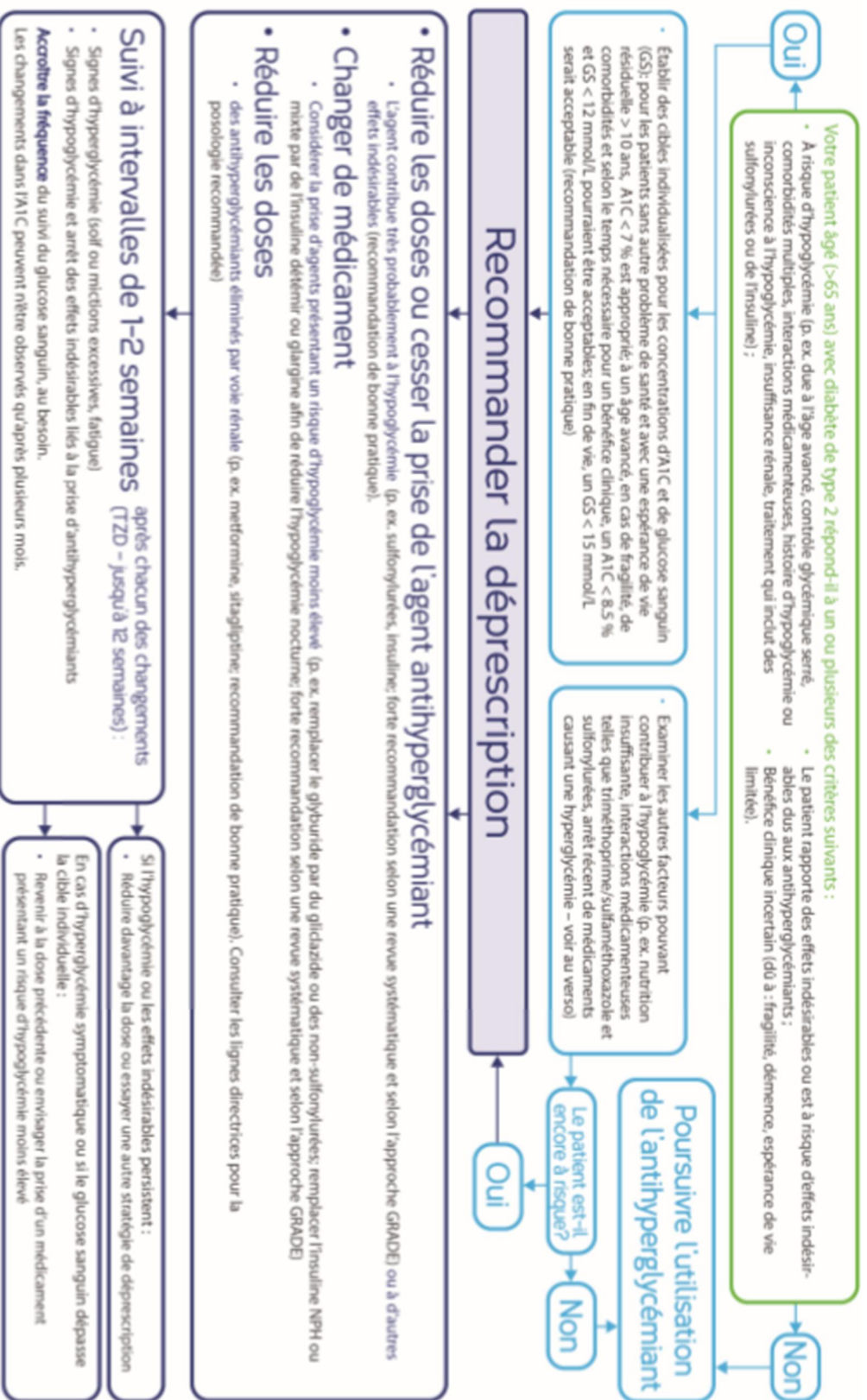
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable				
<i>Anxiolytiques, Hypnotiques</i>				
27	Dose de benzodiazépines et apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune : lorazépam>3 mg/j, oxazépam>60 mg/j, alprazolam>2 mg/j, triazolam>0,25 mg/j, témazépam>15 mg/j, clotiazépam>5 mg/j, loprazolam>0,5 mg/j, lormétazépam>0,5 mg/j, zolpidem> 5 mg/j, zopiclone> 3,75 mg/j	TEMESTA>3 mg/j, EQUITAM >3 mg/j, SERESTA>60 mg/j, XANAX>2 mg/j, HALCION>0,25 mg/j, NORMISON>15mg/j, VERATRAN>5 mg/j, IHAVLANE>0,5 mg/j, NOCTAMIDE>0,5 mg/j, STILNOX> 5 mg/j, IVADAL> 5 mg/j, IMOVANE> 3,75 mg/j	Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables lors de l'augmentation de la dose journalière au-delà de la demi dose proposée chez l'adulte jeune	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à la dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
<i>Médicaments gastro-intestinaux</i>				
28	Méprobamate	KAOLOGEAS	Somnolence, confusion	
29	Antispasmodiques gastro-intestinaux aux propriétés anticholinergiques : tiémonium, scopolamine, clidinium bromure- chloridiazépoxide, dihexyvérine, belladone en association, diphenoxylate-atropine	VISCERALGINE, SCOPODERM, SCOBUREN, LIBRAX, SPASMODEX, GELUMALINE, SUPPOMALINE, DIARSED	Pas d'efficacité clairement démontrée, des effets indésirables anticholinergiques	Phloroglucinol, mébévérine
<i>Autres médicaments aux propriétés anti-cholinergiques</i>				
30	Anti-nauséux, anti-rhinite, anti-vertigineux ayant des propriétés anticholinergiques : buclizine, diménydrinate, diphenhydramine, métopimazine, alizapride, méclozine, piméthixène, prométhazine, oxoméazine, phéniramine, diphenhydramine en association, triprolidine en association, chlorphénamine...	APHILAN, DRAMAMINE, MERCALM, NAUSICALM, NAUTAMINE, VOGALENE, VOGALIB, PLITICAN, AGYRAX, CALMIXENE, RHNATHIOL, PROMETHAZINE, FLUISEDAL, TRANSMER, TUSSISEDAL, TOPLEXIL, FERVEK, ACTI FED jour et nuit, ACTIFED RHUME, HUMEX RHUME, RHINOFEBRAL,....	Pas d'efficacité clairement démontrée syndromes anticholinergiques, confusions et sédation	- pour les rhinites : abstention, sérum physiologique, - pour les nausées : dompéridone - pour les vertiges : bêta-histine, acétyl-leucine - pour les toux : antitussifs non opiacés, non antihistaminiques (clobutinol, oléxadine)
<i>Antiagrégant plaquettaire</i>				
31	Dipyridamole	ASASANTINE, CLERIDIUM, PERSANTINE, CORONARINE, PROTANGIX	Moins efficace que l'aspirine, action vasodilatatrice à l'origine d'hypotension orthostatique	Antiagrégants plaquettaires sauf ticlopidine
<i>Antimicrobien</i>				
32	Nitrofurantoïne	FURADANTINE, FURADOINE, MICRODOINE	Traitement de l'infection urinaire non compliquée symptomatique de la personne âgée, peut être à l'origine d'insuffisance rénale, de pneumopathie, de neuropathie périphérique, de réaction allergique. En cas d'emploi prolongé, apparition de résistances	Antibiotique à élimination rénale adapté à l'antibiogramme
<i>Associations médicamenteuses</i>				
33	Association de deux ou plus de deux psychotropes de la même classe pharmacothérapeutique : 2 ou plus de 2 benzodiazépines ou apparentés ; 2 ou plus de 2 neuroleptiques ; 2 ou plus de deux antidépresseurs		Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables	Pas d'association
34	Association de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques avec des anticholinestérasiques		Association non logique puisqu'elle conduit à donner conjointement un médicament bloquant les récepteurs muscariniques et un médicament qui élève le taux d'acétylcholine au niveau synaptique. Existence d'effets anticholinergiques, diminution de l'efficacité des anticholinestérasiques	Pas d'association



© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission. Document sous licence Internationale Creative Commons Attribution Non Commerciale-ShareAlike 4.0. Contact : deprescribing@deprescribing.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Farré B, Potte K, Thompson W, Boghosian T, Pezzoli L, Rainald F, J, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. Can Fam Physician 2017;63:564-64 (ang), e253-65 (fr).





Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Contact deprescribing@deprescribing.org or visit deprescribing.org for more information.

Farrall R, Black C, Thompson W, McCarthy L, Ripley-Fernandez C, Lockhart H, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons. Evidence based clinical practice guidelines. Can Fam Physician 2017;63(3):45-61ng. e162-66. ffr.





Pourquoi le patient prend-il un BZRA?
En cas de doute, vérifier ses antécédents: anxiété, consultations antérieures en psychiatrie, amorce en milieu hospitalier pour traiter un trouble du sommeil, ou une réaction de deuil.

• Insomnie seule OU insomnie avec gestion de comorbidités sous-jacentes
Pour ceux dont l'âge ≥ 65 ans : prise de BZRA, indépendamment de la durée (éviter comme traitement de première ligne chez les personnes âgées)
Entre 18-64 ans : prise de BZRA > 4 semaines

Impliquer les patients (Discuter avec eux des risques potentiels, avantages, plan de sevrage, symptômes et durée)

Recommander la déprescription

Réduire les doses puis cesser la prise du BZRA
(Réduire graduellement les doses en collaboration avec le patient; p.ex. ~25 % à chaque quinzaine et, si possible, 12,5 % de réduction vers la fin et/ou planification de jours sans médicament)
• **Patients âgés de plus de 65 ans** (forte recommandation selon une revue systématique et approche GRADE)
• **Patients âgés entre 18-64 ans** (recommandation faible selon une revue systématique et approche GRADE)
• Offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil; envisager la TCC, si disponible (voir au verso)

Suivi toutes les 1-2 semaines pendant la réduction des doses
Bénéfaits attendus
• Peut améliorer la vigilance et la cognition; peut diminuer la sédation diurne et les chutes
Symptômes de sevrage
• Insomnie, anxiété, irritabilité, sudation, symptômes gastro-intestinaux (tous sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines)

utiliser des approches non pharmacologiques pour gérer l'insomnie
Utiliser des approches comportementales et/ou TCC (voir au verso)

• Autres problèmes de sommeil (p. ex. syndrome des jambes sans repos)
• Anxiété non gérée, dépression, problème de santé physique ou mentale qui pourrait causer ou aggraver l'insomnie
• Benzodiazépines spécifiquement efficaces contre l'anxiété
• Sevrage alcoolique

Continuer BZRA
• Minimiser l'utilisation de substances qui aggravent l'insomnie (caféine, alcool, etc.)
• Traiter les troubles sous-jacents
• Envisager la consultation d'un psychologue, psychiatre, spécialiste du sommeil

En cas de réapparition des symptômes :
• Envisager
• Maintenir de la dose de BZRA actuelle pour 1-2 semaines, puis reprendre la réduction des doses très graduellement
Autres médicaments
• D'autres médicaments peuvent être utilisés pour gérer l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et efficacité dépasse le cadre du présent algorithme. Pour de plus amples renseignements, consulter les lignes directrices pour la déprescription de BZRA.

Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.
Document sous licence internationale Creative Commons Attribution Non Commerciale-ShareAlike 4.0.
Contact : deprescribing@pharmcare.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.
Kivile K, Thompson W, Davies S, Genlier J, Sadowski C, Welch V, Holtbrook A, Boyd C, Swanson JB, Ma A, Fernald B (2016). Evidence based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Can Fam Physician 2016;64(3):51 (enq). e209-24 (Fr).





Pourquoi le patient prend-il un antipsychotique?

• Psychose, agressivité, agitation (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence – SCPD) traités ≥ 3 mois (symptômes maîtrisés ou aucune réponse au traitement).

• Insomnie primaire, quelle que soit la durée de son traitement, ou insomnie secondaire, lorsque les comorbidités sous-jacentes sont prises en charge.

Recommander la déprescription

Fortement recommandation (selon la revue systématique et la méthode GRADE)
Réduire et cesser l'utilisation de l'AP (graduellement, en collaboration avec le patient ou son soignant; p. ex. réduction de 25 % à 50 % de la dose toutes les une à deux semaines).

Cesser l'AP
Recommandé selon les bonnes pratiques.

Suivi toutes les une à deux semaines pendant la réduction graduelle
Bienfaits attendus :
• Peut améliorer la vivacité et la démarche ainsi que diminuer les chutes ou les symptômes extrapyramidaux

Événements indésirables liés au sevrage (surveillance étroite dans le cas des patients présentant des symptômes de SCPD initiaux graves):

- Psychose, agressivité, agitation, délirés, hallucinations

En cas de récurrence des SCPD :

À envisager :

- Approches non médicamenteuses (p. ex. thérapie par la musique, stratégies de gestion du comportement)

Reprise de traitement :

- En cas de réapparition des SCPD, reprendre l'AP à la plus faible dose possible et tenter la déprescription après trois mois. Au moins deux tentatives de cessation devraient être faites.

Autres médicaments :

- Envisager de remplacer par la rispéridone, l'olanzapine ou l'atiprazole

- Schizophrénie
- Trouble schizo-affectif
- Trouble bipolaire
- Délirium aigu
- Syndrome de la Tourette
- Tics
- Autisme
- Psychose liée à la démence durant depuis moins de 3 mois
- Déficience intellectuelle
- Retard de développement
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Alcoolisme
- Cocainomanie
- Psychose associée à la maladie de Parkinson
- Ajout au traitement d'un trouble dépressif majeur

Continuer l'AP
ou consulter un psychiatre si la déprescription est envisagée.

En cas de récurrence de l'insomnie :

À envisager :

- Diminuer autant que possible la consommation de substances qui aggravent l'insomnie (p. ex. caféine, alcool).
- Approches comportementales sans médicaments (voir l'endos).

Médicaments substitués

- D'autres médicaments sont utilisés pour traiter l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et de leur efficacité dépasse la portée du présent algorithme de déprescription. Consultez les directives de déprescription des AP pour plus de détails.

Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.

Document sous licence internationale Creative Commons Attribution Non Commerciale-ShareAlike 4.0. Contact deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Albert M, Farrel B, Hogeil M, Graham L, Lemay G, McCarty J, et al. Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'excitotoxicité. Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. Can Fam Physician 2016; 62(4): 44-51 (7)



Annexe 8. Extrait du verbatim du focus group du 07/09/2016

Médecin 13 : ben en fait, on évite les sulfamides, on évite tout ce qui va pouvoir donner des hypoglycémies nocturnes qu'on va pas pouvoir repérer, surtout qu'ils mangent très tôt en général, voilà, il y a ces choses-là, par contre je reviens juste sur les correspondants, moi niveau pratique, les correspondants avec qui je travaille ne font pas d'ordonnance en fait, ils, ils font un courrier, ils préconisent, ils font rarement une ordonnance, donc en fait on en discute toujours avec les patients, et les sorties d'hôpital, la grande majorité des gens quand ils sortent viennent me voir ou je vais chez eux, et en fait on rediscute des ordonnances et elles sont rarement à jeter en fait, voilà, ça c'est une habitude que j'ai donnée, voilà

Médecin 11 : moi les anti-alzheimer, j'avoue j'en prescris pas trop, parce que j'ai, enfin je trouve qu'il y a plus d'effets indésirables que de points positifs

Médecin 9 : non, j'ai rien de plus à ajouter, enfin, l'histoire des médicaments, ça me faisait penser à autre chose mais, ça me fait penser ça fait que le groupement du limousin a répertorié le crestor euh comme hypocholestérolémiant, c'est quand même quelque chose qu'il faut savoir, c'est assez rigolo

Animateur : et donc ?

Médecin 9 : ça a rien à voir avec l'histoire

Animateur : ben si, c'est de la iatrogénie

Médecin 9 : c'est pas des, enfin, là on est pas dans la iatrogénie

Animateur : dans les médicaments inappropriés

Médecin 9 : donc on va voir nos patients sortir avec du crestor alors que le crestor, il faut demander une autorisation pour le prescrire en ville

Médecin 10 : Et ensuite quid de l'intérêt des hypocholestérolémiants passé 85, 90 quand même, il faut quand même se poser la question

Médecin 13 : ça fait partie des questions qu'il faut se poser

Médecin 10 : alors les questions qu'il faut se poser aussi c'est que, euh on va être un peu polémique sinon, c'est pas drôle, nous généralistes, qu'est-ce qu'on appelle une personne âgée, enfin, personnellement dans mon idée comme ça, on me dit personne âgée je pense 85 euh, un peu moins et surtout plus bien sûr, euh, quand vous regardez les labo, euh, les études des labo qu'est-ce qu'ils appellent personne âgée, ils appelle 60-65 – 70, allez grand maximum 75 dans les études, nous on appelle pas ces gens des personne âgée, au sens où on l'entend, voilà, donc en clair hein, quand même, c'est largement biaisé pour des raison marketing, voilà, alors après 80-85 ans 90 ans crestor, ça fait tourner le commerce, c'est déjà ça, mais bon, on se pose quand même beaucoup de questions, même le diabète entre les médicaments inappropriés par le biais de, d'hypoglycémies potentielles, ceux qui sont inappropriés par le biais d'une insuffisance rénale qui ne manque pas d'être présente chez la personne âgée, mise à part l'insuline avec des objectifs ciblés pas quand même trop ambitieux à 90 ans, ben finalement après, voilà quoi, on en a fait le tour hein

Annexe 9. Liste des 264 nœuds issus de l'analyse des verbatim.

addictions chez la PA	âge objectifs différents diabète	âge objectifs différents HTA
âge (les pathologies et leurs répercussions dépendent de l'âge)	"âge beaucoup de pathologies différentes et polypathologies, pathologies chroniques"	âge intérêt des TAC avec l'âge
âge pec différente de la PA	age pec du handicap	amelipro
biologie AVK surv INR	biologie cordarone surv TSH	biologie permet réévaluation ordonnance
campagne coordination facile	cancers	chronophage communication
chronophage éducation systématique au renouvellement	chronophage patient	chute
cognitifs et neurologiques (troubles)	communication entre professionnels	communication infirmières
communication pharmacien	communication spécialistes - pec pluri disciplinaire	confusion iatrogène
consentement éclairé	constipation	consulter systématiquement le vidal
CV auto mesure tensionnelle inconfort	CV auto mesure tensionnelle outil	CV proposer d'acheter un tensiomètre
DCI bonne idée	DCI lisibilité	décision partagée avec le patient
définition de la PA	dénutrition	"déprescription difficulté, firme pharmaceutiques"
déprescrire - hiérarchiser les patho et ttt	déprescrire - pas de classe théer en particulier	déprescrire aide des spé
déprescrire ce qui est renouvelé par habitude	déprescrire chez la PA démente pas d'adhésion nécessaire	déprescrire comment - essayer et voir
déprescrire mol thérapeutiques de confort	déprescrire quand déremboursés	déprescrire quand évènement intercurrent
déprescrire quand patient non compliant	déprescrire quand tout va bien	déprescrire sur plusieurs consultations
informatique - le médecin reste décisionnaire	informatique - médecin collé à l'ordi	informatique - organisation du suivi
informatique - rapidité de prescription	informatique logiciels médicaux	informatique ordonnance lisible
IR	IR - surdosage	IR accu de néphrotoxiques
Isolement	le médecin manque globalement de temps	Trbl mnésiques / mauvaise éducation = mauvaise compréhension ou adhésion = mauvaise observance
méd iatro - réponse médicamenteuse systématique	médecin - formation initiale et continue - connaissance	médecin cède au patient
médecin décisionnaire	médecin doit-être pro-actif	médecin écrit mal
médecin éducation	médecin éducation DCI génériques	médecin éducation non prescription

médecin éducation objectifs glycémiques différents	médecin éducation ordonnance	médecin éducation surveillance tensionnelle
médecin habitudes	médecin héritage des anciens	médecin héritage des anciens - circulation
médecin héritage des anciens - psychotropes	médecin héritage des anciens - trop de prescriptions	médecin iatro - p hors reco
médecin iatro - p hors reco - psychotropes	médecin iatro - p hors reco - statines	médecin iatro p ADO
médecin iatro p AINS	médecin iatro p anti HTA	médecin iatro p psychotropes
médecin iatro prescription de placebo avec ES	médecin iatro trop de prescriptions	médecin iatrogène
médecin inertie	médecin patient - confiance	médecin placebo
médecin voit pas vieillir le patient	médecins jeunes prescrivent moins	médecins plus ou moins prescripteurs
médias - aide à la déprescription	médicaments déremboursés poursuivis	mésusage - overuse
mésusage - underuse	mésusage médicamenteux lié à l'âge	mésusage médicamenteux lié à l'horaire de prise
métaboliques (pathologies)	mol anti park méconnaissance	mol iatro - ADO donnent hypoglycémies
mol iatro - AINS donnent IR	mol iatro - anti cholinestérasiques	mol iatro - anti HTA
mol iatro - anti HTA donnent hypo TA et chute	mol iatro - anti parkinsonniens	mol iatro - anti-arythmiques bardycardies
mol iatro - anti-cholinergiques	mol iatro - ATD aggravent les tb cognitifs	mol iatro - autres hypotenseurs
mol iatro - calcium = constipation et nausées	mol iatro - cordarone donne patho thy	mol iatro - cordarone donne pneumopathies
observance à surveiller - accumulation de médicaments	observance à surveiller - prise médicamenteuse	observance à surveiller - régularité des consultations
offre de soin - les pathologies dépendent	ordonnance courte bien écrite évite iatrogénie	ordonnance limiter les durées
rééval ordo quand autre rythme	rééval ordo quand ça va bien	rééval ordo quand chaque renouvellement
rééval ordo quand évènement intercurrent	rééval ordo quand on a le temps	rééval ordo quand pas assez souvent
rééval ordo selon la tolérance médicamenteuse	rééval selon le patient	réévaluation = hiérarchisation
réévaluation avec le patient renouvellement = examiner le patient	remunération sur objectifs renouvellement par habitude	renouvellement = 1e motif rhumatologiques (pathologies)
rural vs urbain gens différents	rural vs urbain même patho	rural vs urbain pathologies différentes
rural vs urbain pec	rural vs urbain ressenti	rural vs urbain tolérance
social - pec sociale de la PA	sommeil troubles	spé - bien choisir ses spé
spécialiste pas de pec globale	spécialiste suprématie	spécialistes multiples = difficulté
statines intérêt avec l'âge	surveillance digoxinémie	thyroïdiennes (pathologies)
traitement A VIE	traitement A VIE - ne jamais dire	VASTAREL

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.

Quels sont les déterminants du comportement des médecins généralistes prescripteurs de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée de plus de 75 ans en Limousin ?

Contexte : Les personnes âgées représentent une part croissante de la population française. Elles sont souvent polyopathologiques et donc polymédiquées. Les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs. Nous avons cherché à identifier les déterminants du comportement des médecins généralistes prescripteurs de médicaments inappropriés chez la personne âgée de plus de 75 ans en Limousin.

Méthode : Etude qualitative réalisée par 2 focus group et un entretien individuel auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Limousin.

Résultats : Le médecin, le patient, la collégialité influençaient fortement les prescriptions. Les médecins soulignaient l'importance de prendre en charge le patient dans sa globalité, incluant les pathologies, le traitement, le contexte social et l'entourage. Conscients de leurs surprescriptions, ils rencontraient des difficultés à optimiser les ordonnances. L'accord du patient nécessaire à la déprescription représentait un frein celle-ci. Le manque de temps du médecin était un frein dans toutes les étapes de la déprescription. Les médecins souhaitaient plus déprescrire, et réévaluer les traitements plus souvent. Le moment de la rédaction de l'ordonnance était un moment de choix pour réévaluer le traitement. Les benzodiazépines et les anti-thrombotiques étaient les traitements qui posaient le plus de problèmes.

Conclusion : La prescription chez la personne âgée est un acte complexe. Des outils d'aide à la prescription adaptés à la personne âgée et à la pratique courante des médecins pourraient permettre d'optimiser la prescription médicamenteuse.

Mots-clés : personnes âgées, médicaments potentiellement inappropriés, iatrogénie, déprescription, polypathologie, polymédication

What are the determinants of the behavior of GPs prescribing potentially inappropriate drugs in the elderly over 75 in Limousin ?

Context : The elderly represent a growing part of the French population. They are often polypathological and therefore polymedicated. General practitioners are the first prescribers. We sought to identify the determinants of behavior of General Practitioners (GPs) prescribing inappropriate drugs in the person aged over 75 in Limousin.

Methods : Qualitative study conducted by 2 focus group and an individual interview with 14 general GPs in Limousin.

Results : The doctor, the patient, collegiality strongly influenced the prescriptions. The doctors emphasized the importance of taking care of the patient as a whole, including the pathologies, the treatment, the social context and the environment. Conscious of their overprescription, they had difficulty optimizing prescriptions. The agreement of the patient necessary for the deprescription represented a brake this one. The doctor's lack of time was a hindrance in all steps of deprescription. The doctors wanted to deprescribe more, and reevaluate the treatments more often. The timing of the prescription was a good time to re-evaluate the treatment. Benzodiazepines and antithrombotics were the most problematic treatments.

Conclusion : Prescription in the elderly person is a complex act. Prescription support tools adapted to the elderly and to the current practice of physicians could help to optimize prescriptions.

Keywords : elderly, potentially inappropriate drug, polypathology, polypharmacy, deprescription, iatrogeny.



