

Faculté de Pharmacie

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 13 mars 2025

Par

Hugo CELERIER

**UTILISATION DES MÉDICAMENTS CHEZ LES PERSONNES
ÂGÉES DE PLUS DE 55 ANS EN DORDOGNE : PERCEPTION DES
PATIENTS ET RÔLE DES PHARMACIENS D'OFFICINE DANS LA
RÉDUCTION DU RISQUE DE IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE**

Thèse co-dirigée par MARCELLAUD Elodie et DESVAUX Edouard

Examineurs :

M. le Professeur Jérémie JOST, PU-PH, Université de Limoges

Mme le Docteur Elodie MARCELLAUD, AHU, Université de Limoges

M. le Docteur Édouard DESVAUX, Praticien hospitalier

Mme le Docteur Anaïs BONNEAU, Docteur en pharmacie

Président du jury

Directeur de thèse

Directeur de thèse

Examineur





Faculté de Pharmacie

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 13 mars 2025

Par Hugo CELERIER

UTILISATION DES MÉDICAMENTS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 55 ANS EN DORDOGNE : PERCEPTION DES PATIENTS ET RÔLE DES PHARMACIENS D'OFFICINE DANS LA RÉDUCTION DU RISQUE DE IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Thèse dirigée par MARCELLAUD Elodie et DESVAUX Edouard

Examineurs :

M. le Professeur Jérémie JOST, PU-PH, Université de Limoges
Mme le Docteur Elodie MARCELLAUD, AHU, Université de Limoges
M. le Docteur Édouard DESVAUX, Praticien hospitalier
Mme le Docteur Anaïs BONNEAU, Docteur en pharmacie

Président du jury
Directeur de thèse
Directeur de thèse
Examineur



Personnel enseignant de la Faculté de Pharmacie de Limoges

Le 1^{er} octobre 2024

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur COURTIOUX Bertrand

Vice-doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur LÉGER David

Assesseurs de la Faculté

Monsieur le Professeur BATTU Serge, Assesseur pour la Formation Continue

Monsieur le Professeur PICARD Nicolas, Assesseur pour l'Innovation Pédagogique

Professeurs des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. BARRAUD Olivier	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. JOST Jérémie	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. PICARD Nicolas	Physiologie et pharmacologie
Mme ROGEZ Sylvie (jusqu'au 01/07/2025)	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. SAINT-MARCOUX Franck	Toxicologie

Professeurs des Universités – Universitaires

M. BATTU Serge	Chimie analytique et bromatologie
M. COURTIOUX Bertrand	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. DUROUX Jean-Luc	Biophysique et mathématiques
Mme FAGNÈRE Catherine	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. LÉGER David	Biochimie et biologie moléculaire
M. LIAGRE Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire



Mme MAMBU Lengo	Pharmacognosie
Mme POUGET Christelle	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. TROUILLAS Patrick	Biophysique et mathématiques
Mme VIANA Marylène	Pharmacie galénique

Maitres de Conférences des Universités – Hospitalo-Universitaires

Mme. CHAUZEIX Jasmine	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme DEMIOT Claire-Élise (*)	Physiologie et pharmacologie

Maitres de Conférences des Universités – Universitaires

Mme AUDITEAU Émilie	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
Mme BEAUBRUN-GIRY Karine	Pharmacie galénique
Mme BÉGAUD Gaëlle (*)	Chimie analytique et bromatologie
M. BILLET Fabrice	Physiologie et pharmacologie
Mme BONAUD Amélie	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. CALLISTE Claude	Biophysique et mathématiques
M. CHEMIN Guillaume	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CLÉDAT Dominique	Chimie analytique et bromatologie
M. COMBY Francis	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
Mme DAMOUR Alexia	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. FABRE Gabin	Biophysique et mathématiques
M. LABROUSSE Pascal (*)	Botanique et cryptogamie
Mme LAVERDET Betty	Pharmacie galénique
M. LAWSON Roland	Physiologie et pharmacologie
Mme MARRE-FOURNIER Françoise	Biochimie et biologie moléculaire

M. MERCIER Aurélien	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme MILLOT Marion (*)	Pharmacognosie
Mme PASCAUD-MATHIEU Patricia	Pharmacie galénique
M. TOUBLET François-Xavier	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. VEDRENNE Nicolas	Toxicologie
M. VIGNOLES Philippe (*)	Biophysique et mathématiques

(*) Titulaire de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)

Professeur associé en service temporaire

M. FOUGÈRE Édouard	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
---------------------------	---

Assistant Hospitalo-Universitaire des disciplines pharmaceutiques

Mme MARCELLAUD Élodie	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
------------------------------	---

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche

Mme RAKOTOMANGA Iharilanto Patricia Andrianjafy	Chimie analytique et bromatologie
Mme SALMI Djouza	Pharmacognosie, Botanique et Mycologie

Enseignants d'anglais

M. HEGARTY Andrew	Chargé de cours
Mme VERCELLIN Karen	Professeur certifié

Professeur émérite

M. DESMOULIÈRE Alexis (à partir du 05/10/2024)	Physiologie et pharmacologie
--	------------------------------

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Jérémy Jost, Président du jury,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous prie de croire à l'expression de mon respect le plus sincère.

A Madame le Docteur Elodie MARCELLAUD, Directrice de thèse,

Merci pour ta confiance pour mener à bien ce projet malgré les embuches.

J'espère que ce travail est à la hauteur de tes espérances.

A Monsieur le Docteur Edouard DESVAUX, Co-directeur de thèse,

Pour l'honneur que tu me fais de juger mon travail. Je te remercie pour ta confiance pour mener à bien ce projet.

A Madame le Docteur Anaïs BONNEAU, membre du jury,

Je te remercie chaleureusement d'avoir accepté de participer à l'étude et de faire partie de mon jury de thèse.

A ma famille,

A mes parents,

Merci pour tout, pour votre amour, votre soutien sans faille, vos encouragements, pour avoir toujours cru en moi durant toutes ces années. Je n'y serai jamais arrivé sans votre présence et votre patience. J'espère vous rendre fiers aujourd'hui.

A ma Sœur,

A ma petite sœur, merci pour notre complicité et tous ces moments partagés. Merci d'être quelqu'un sur qui je peux toujours compter, malgré les kilomètres qui nous séparent depuis quelques années. Je suis fier de te voir évoluer. J'espère te rendre fière aujourd'hui.

A Lauriane et Jeremy,

Mes cousins, mes amis, mes patrons... la liste est longue ! Merci de votre soutien sans faille au quotidien. J'espère vous rendre fiers aujourd'hui.

A mes ami(e)s,

A Matthieu, Alexandre, Antoine, Anaïs, Lucille, Santaine,

Merci pour ces années pharma passés à vos côtés et tous ces moments de rigolade.

Et pour finir, à toi Manon,

Merci, tu sais déjà tout.

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/>



Liste des abréviations

ARAI : Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II

CHU : Centre hospitalier universitaire

DAD : Dispensation adaptée

DMP : Dossier médical partagé

ESPS : Enquête santé et protection sociale

HAS : Haute autorité de santé

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

IPP : Inhibiteur de la pompe à proton

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MPI : Médicament potentiellement inapproprié

OMEDIT : Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ReCaD : Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription

REMEDI[e]S : REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

Table des matières

Introduction	14
I. Particularités du sujet âgé	15
I.1. Le sujet âgé	15
I.2. Modifications physiologiques.....	15
I.3. Polypathologie	18
II. La polymédication chez le sujet âgé	19
II.1. Polymédication.....	19
II.1.1. Définition	19
II.1.2. Etat des lieux en France	19
II.2. Risque de iatrogénie médicamenteuse	21
II.2.1. Définition	21
II.2.2. Facteurs de risques de iatrogénie médicamenteuse.....	21
III. La déprescription	23
III.1. Définition.....	23
III.2. Mise en place.....	24
III.3. Modèle canadien.....	25
IV. Rôle du pharmacien d'officine	27
IV.1. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine.....	27
IV.2. La dispensation adaptée.....	27
IV.3. Mon Bilan Prévention.....	28
IV.4. Bilan partagé de médication	29
V. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées de plus de 55 ans en Dordogne.....	30
V.1. Objectifs de l'étude	30
V.2. Méthodologie	30
V.2.1. Schéma de l'étude	30
V.2.2. Comité d'éthique	30
V.2.3. Recrutement des participants.....	30
V.2.3.1. Sélection des pharmacies d'officine	30
V.2.3.2. Critères de sélection des participants	30
V.2.4. Outil de recueil des données.....	31
V.2.5. Collecte des données.....	31
V.2.6. Analyses statistiques.....	31
V.3. Résultats	32
V.3.1. Choix du département.....	32
V.3.2. Sélection des officines	33
V.3.3. Description de la population étudiée.....	34
V.3.3.1. Description de la population étudiée en fonction de l'âge.....	36
V.3.3.2. Description de la population étudiée en fonction de la localisation géographique.....	37
V.3.3.3. Description de la population étudiée en fonction de l'acceptation ou du refus de la déprescription.....	39
V.3.4. Facteurs associés au refus de la déprescription.....	41
V.3.5. Description des leviers et des freins à la déprescription en Dordogne	43
V.3.6. Description des classes thérapeutiques plébiscitées pour être déprescrites.....	43

V.3.7. Place du pharmacien d'officine.....	44
VI. Discussion générale.....	46
VII. Conclusion	48
Références bibliographiques	49
Annexes	54
Serment De Galien.....	71

Table des illustrations

Figure 1 : Trajectoires hypothétiques de capacités physiques avec l'âge (3).....	17
Figure 2 : Cycle de la fragilité de Fried et coll. (11).....	18
Figure 3 : Part des patients âgés de 75 ans et plus en situation de polymédication (18)	20
Figure 4 : Répartition géographique des groupes d'étude	33

Table des tableaux

Tableau 1 : Liste des classes éligibles au dispositif de dispensation adaptée (45)	28
Tableau 2 : Comparaison des départements de la Dordogne et de la Haute-Vienne	32
Tableau 3 : Pharmacies d'officine participant à l'étude	33
Tableau 4 : Caractéristiques de la population incluse dans l'étude (n = 143)	35
Tableau 5 : Description de la population en fonction de l'âge (n = 143)	36
Tableau 6 : Description de la population en fonction de la localisation géographique (n = 143)	38
Tableau 7 : Description de la population en fonction l'acceptation ou du refus de la déprescription (n = 143)	40
Tableau 8 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription (n = 143)	41
Tableau 9 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription chez les sujets âgés de plus de 75 ans (n = 60)	41
Tableau 10 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription chez les sujets âgés de moins de 75 ans (n = 83)	42
Tableau 11 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription en fonction de la localisation géographique (n = 143)	42
Tableau 12 : Les leviers à la déprescription (n = 114)	43
Tableau 13 : Les freins à la déprescription (n = 29)	43
Tableau 14 : Arrêt des classes thérapeutiques en fonction de l'acceptation ou du refus de la déprescription (n = 143)	44
Tableau 15 : Interlocuteur prioritaire des patients pour réévaluer leur traitement (n = 143) ...	44
Tableau 16 : Délivrance adaptée des classes thérapeutiques en fonction de l'acceptation de la DAD (n = 105)	45

Introduction

En France, on observe un vieillissement de la population. En 2021, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus s'élevait à près de 6,4 millions soit 9,4% de la population nationale (1).

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de personnes présentant un profil polyopathologique associé à une polymédication. Cette dernière provoque une augmentation du risque iatrogène médicamenteux : augmentation du risque d'interactions médicamenteuses et/ou d'effets indésirables, risque de diminution de l'observance... qui entraîne des conséquences économiques sur le système de santé.

De ce constat est né l'intérêt de la déprescription : l'objectif n'est plus de traiter chaque pathologie présente individuellement mais de prendre en compte l'état de santé du patient dans son intégralité pour estimer au mieux la balance bénéfices/risques de ses traitements. La mise en place de la déprescription doit se faire de manière coordonnée avec les différents professionnels de santé intervenants dans le parcours de soin du patient.

Le pharmacien joue un rôle primordial dans la prise en charge de proximité des patients. Ce rôle est renforcé depuis quelques années avec le déploiement des nouvelles missions pharmaceutiques telles que la vaccination, la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ou de bilans partagés de médication. En effet, le pharmacien peut avoir une vue globale sur l'ensemble des traitements pris par un patient (automédication et tous prescripteurs confondus). Cette vision d'ensemble du patient est un atout pour réévaluer les thérapeutiques en cours (indication, posologie, alternative...) en collaboration avec les médecins et le patient lui-même. Le pharmacien est un acteur clé dans l'initiation du processus de déprescription.

Si en France cette pratique est peu démocratisée, les pharmaciens peuvent s'appuyer sur l'expérience canadienne.

Dans le département de la Dordogne où les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 14% de la population totale en 2020 (2) (proportion plus élevée qu'au niveau national), l'enjeu de la déprescription est majeur. L'adhésion du patient dans cette démarche est essentielle.

Dans cette étude, nous présenterons dans un premier temps les enjeux de la prise en charge thérapeutique des patients âgés.

Puis dans un second temps, nous décrirons les nouvelles missions du pharmacien et notamment son rôle dans la déprescription avec en exemple le modèle canadien. Enfin, nous présenterons une étude sur la perception des patients âgés en Dordogne concernant l'utilisation des médicaments.

I. Particularités du sujet âgé

I.1. Le sujet âgé

Différentes définitions du terme « personne âgée » coexistent. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la transition vers la vieillesse commence généralement à 60 ans (3). En France, selon le rapport « Vivre ensemble plus longtemps » du centre d'analyse stratégique du premier ministre, on distingue trois groupes d'âge : les seniors entre 50 et 75 ans, les personnes âgées entre 75 et 85 ans et enfin le grand âge pour les 85 ans et plus (4). Aux Etats-Unis ce sont les 65 ans et plus qui sont considérés comme des personnes âgées (5).

En France, on comptait près de 28 millions de plus de 50 ans au 1^{er} janvier 2021. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus s'élevait lui à près de 6,4 millions soit 9,4% de la population nationale (1). Dans le département de la Dordogne, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 14% de la population totale, soit près de 58 000 individus sur un total de 413 000 en 2020 (2). Au vu de ces chiffres, le département de la Dordogne possède une population plus âgée que la moyenne nationale.

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus progresse fortement. D'ici 2040, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus, contre 18% en 2013. Cette forte hausse correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations du baby-boom. De plus, d'après les projections, la population âgée de 75 ans ou plus sera deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions). Cette augmentation de la proportion des personnes âgées en France est aussi liée à l'augmentation de l'espérance de vie. En 2018, l'espérance de vie à la naissance était de 85,4 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes (6).

Cependant, l'âge n'est pas le seul critère permettant de définir la personne âgée. En effet, pour accomplir des actes de la vie quotidienne, l'ensemble de nos capacités fonctionnelles n'est pas mobilisé : seulement 30% de ces capacités le sont. Le reste de celles-ci constituent une réserve fonctionnelle. Il s'agit d'une ressource dont l'individu dispose pour affronter une situation d'agression ou de stress. L'âge conditionne également les capacités de récupération ou de restauration fonctionnelle de l'organisme. Une diminution de cette réserve fonctionnelle fragilise l'individu (7). Plusieurs facteurs reflétant la pluralité des parcours de vie peuvent influencer la réserve fonctionnelle. Il y a des facteurs immuables comme les facteurs génétiques, et des facteurs pouvant évoluer au cours de la vie, comme les facteurs psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux. Il existe donc une grande hétérogénéité de « personnes âgées » dont le vieillissement peut être prématuré ou retardé. La définition de la personne âgée est donc plus complexe que la seule notion d'âge.

I.2. Modifications physiologiques

Lors du vieillissement, les capacités de réserves physiologiques globales diminuent. Chaque système y est exposé :

- Le **système nerveux** avec des changements cognitifs comme la perte de mémoire ;
- Le **système cardiovasculaire** avec une tension artérielle irrégulière ;
- Le **système respiratoire** avec une diminution du volume pulmonaire ;
- Le **système hépatique** avec une baisse de la capacité totale du foie à métaboliser les médicaments augmentant le risque d'effets indésirables des médicaments ;

- Le **système rénal** avec une diminution de la clairance de la créatinine et du taux de filtration glomérulaire. Le risque d'insuffisance rénale chronique et d'insuffisance rénale terminale est augmenté. Une susceptibilité accrue aux agressions aiguës est également observée ;
- Le **système endocrinien** avec une diminution de la production d'insuline par les cellules bêta du pancréas, une augmentation de la résistance à l'insuline liée à une mauvaise alimentation, une augmentation de la masse grasse abdominale et une diminution de la masse maigre (8).

D'autres modifications physiologiques peuvent être rencontrées avec l'âge comme une baisse de la vue, une perte de la sensation de soif, de préhension ou encore une perte d'équilibre.

Ce vieillissement biologique rend les individus plus sensibles au stress et les expose à un risque accru de maladies chroniques, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès (9).

On distingue trois types de vieillissement :

- Le **vieillissement “réussi”** qui concerne les sujets âgés dits “robustes”. Ils ont conservé leurs réserves physiologiques et ont des performances physiques et cognitives maintenues. Ils sont totalement autonomes. L'absence de maladie, d'incapacité ou de syndrome gériatrique permet à ces sujets d'être engagés dans des activités sociales et productives.
- Les **sujets “fragiles”** qui restent autonomes pour les activités de la vie quotidienne. Cependant, on observe une diminution de leurs capacités physiologiques de réserve ainsi qu'une altération de leurs mécanismes d'adaptation au stress (infections, cancers...). Cela peut s'expliquer par la présence de comorbidités, de facteurs psychologiques, sociaux ou économiques. Les premiers syndromes gériatriques peuvent apparaître avec des facteurs de risque de mortalité et de survenue d'événements péjoratifs comme une incapacité, une chute, une hospitalisation ou une entrée en institution. Cet état de fragilité est réversible vers un profil « robuste » lorsqu'une prise en charge adaptée est mise en place.
- Le **vieillissement “pathologique”** qui concerne les sujets âgés dits “dépendants”. Ils sont dans un état durable caractérisé par l'absence de réserve physiologique à l'origine de plusieurs syndromes gériatriques sévères et des incapacités. Ils sont dépendants pour une grande partie des actes de la vie quotidienne (10).

Ces différentes trajectoires de vieillissement peuvent être illustrées comme dans la **Figure 1**.

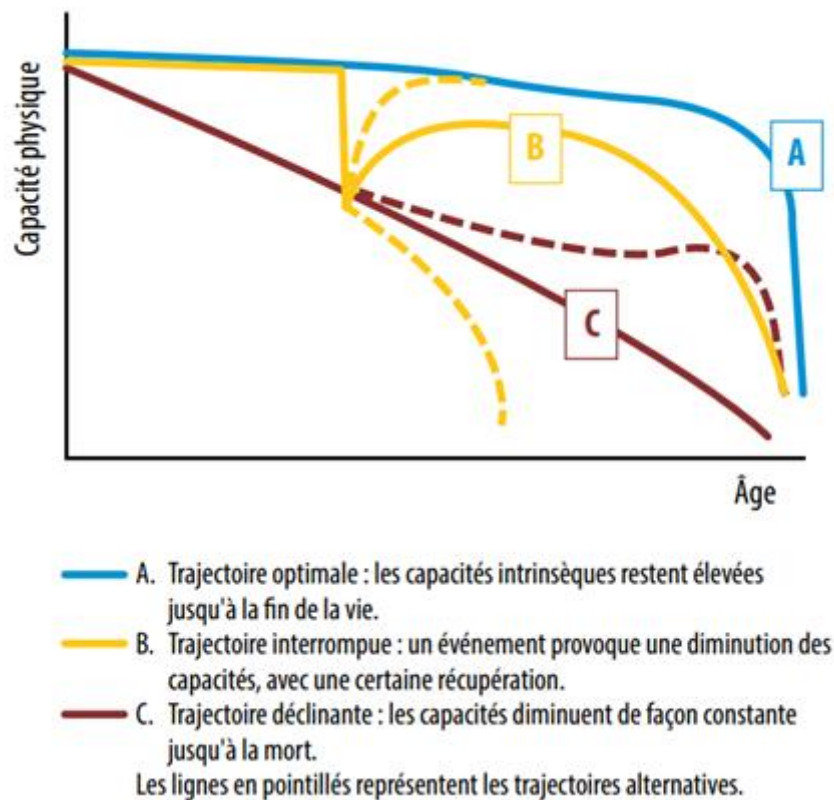


Figure 1 : Trajectoires hypothétiques de capacités physiques avec l'âge (3)

Les bases du phénotype de la personne âgée fragile ont été définies par Fried et al. dans les années 2000 (11). Il existe cinq indicateurs de fragilité : une fatigue ressentie, un amaigrissement involontaire, une réduction de l'activité physique, une lenteur de la marche et une faiblesse musculaire. Ils sont tous liés et peuvent être représentés dans un cycle de fragilité (**Figure 2**). Plusieurs de ces composantes doivent être présentes cliniquement pour constituer une fragilité. Les sujets présentant au moins trois de ces critères sont considérés comme « fragiles », ceux présentant un ou deux critères comme « pré-fragiles », et ceux qui ne présentent aucun de ces critères correspondent aux « robustes » (11).

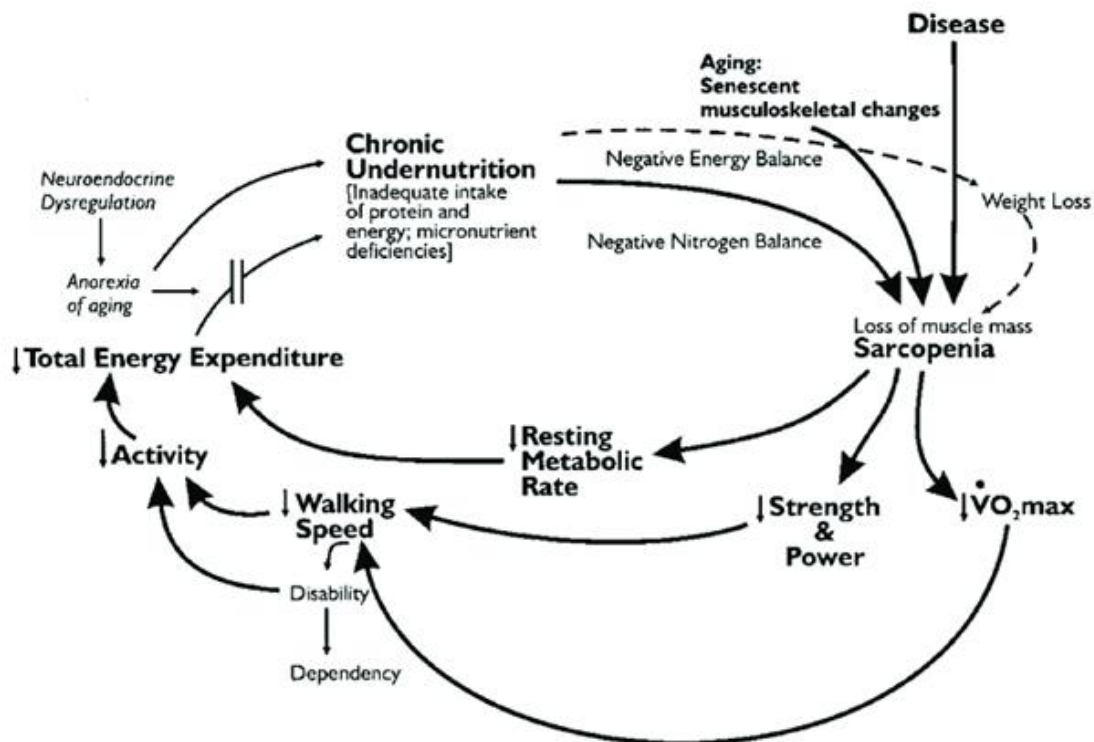


Figure 2 : Cycle de la fragilité de Fried et coll. (11)

Lorsque cet état de fragilité est identifié par des professionnels de santé, une prise en charge adaptée peut être mise en place avec pour objectif une réversibilité de cet état. Cette définition a permis de développer des outils de dépistage rapide pour permettre une prise en charge précoce des personnes âgées fragiles afin de proposer les interventions les plus adaptées au profil du patient.

I.3. Polypathologie

Les personnes âgées présentent souvent un profil polypathologique. En effet, dans l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) publiée en 2008 (12), les sujets âgés de 65 ans et plus déclaraient en moyenne six pathologies, contre moins de quatre pathologies pour les plus jeunes.

Parmi ces pathologies, certaines sont spécifiques du sujet âgé comme l'ostéoporose mais d'autres non spécifiques peuvent voir leur fréquence ou leur gravité augmenter chez la personne âgée : fracture du col du fémur, infections respiratoires, épisodes dépressifs majeurs, chutes...(13)

La polypathologie est plus complexe chez les sujets âgés car leurs capacités d'adaptation sont diminuées augmentant ainsi le risque de décompensations organiques et fonctionnelles. De ce fait, une approche globale (domaines fonctionnels, psychologiques, sociaux) est nécessaire pour ces patients (13). Pour assurer la prise en charge de l'ensemble des problématiques des patients âgés, un nombre plus élevé d'intervenants est impliqué dans leurs parcours de soins, augmentant ainsi le risque de fragmentation des soins. Leur prise en charge représente donc un enjeu social, médical et économique majeur pour les années à venir (14). De plus, la polypathologie est associée à un nombre de médicaments élevé, autrement appelé polymédication.

II. La polymédication chez le sujet âgé

II.1. Polymédication

II.1.1. Définition

De multiples définitions de la polymédication sont retrouvées dans la littérature. Elle est définie par l'OMS comme « *l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments* » (15). En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) utilise le terme de polymédication lorsqu'un patient prend au moins cinq molécules par jour de manière chronique (13).

La polymédication chez le sujet âgé est fréquente et souvent légitime du fait de l'incidence élevée des maladies chroniques liées à l'âge et de leur coexistence.

Néanmoins, la polymédication est associée à un risque majoré d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses, entraînant un risque élevé de chutes, de recours aux services de soins (hospitalisation, institutionnalisation...) et de mortalité (16).

De plus, l'apparition d'effets indésirables peut entraîner un risque de prescription en cascade. Des médicaments peuvent être introduits afin de « corriger » les effets indésirables provoqués par d'autres médicaments. Par exemple, de nombreux traitements présentant des effets anticholinergiques (tels que les traitements de l'incontinence urinaire ou de l'hypertrophie bénigne de la prostate fréquemment prescrits chez les sujets âgés) peuvent être à l'origine de symptômes tels que la confusion et l'agitation, pouvant entraîner la prescription d'autres traitements en cascade (17).

Cela constitue un problème de santé publique majeur en termes de qualité et de sécurité des soins. Afin de limiter la polymédication en population âgée, il est nécessaire de réévaluer les traitements en cours des patients polymédiqués afin de simplifier et ajuster les schémas thérapeutiques (18).

II.1.2. Etat des lieux en France

La France est le deuxième pays le plus gros consommateur de médicaments en Europe derrière l'Allemagne (19). Dans la population française en 2020, les patients consommant le plus grand nombre de médicaments étaient les individus âgés de plus de 60 ans. Ils consommaient davantage de médicaments que le reste de la population française, alors même qu'ils ne représentaient que le quart de celle-ci. Il est à noter que dans cette tranche d'âge, la consommation de médicaments des hommes est supérieure à celle des femmes de 33% en moyenne (20).

Plusieurs indicateurs permettent de quantifier la polymédication dans la population française :

- La **polymédication simultanée** qui tient compte du nombre de médicaments pris en un jour. Cet indicateur permet d'étudier les schémas posologiques, d'analyser le risque iatrogénique ou de voir des augmentations transitoires de consommation médicamenteuse.
- La **polymédication cumulative** qui tient compte de tous les médicaments administrés sur une période donnée (en général trois mois). Cette période correspond dans la majorité des cas à la durée de renouvellement des ordonnances. Cet indicateur met

au même niveau tous les médicaments que ce soit ceux utilisés sur toute la période étudiée ou ceux utilisés de manière ponctuelle.

- La **polymédication continue** qui prend en compte les médicaments pris de manière régulière et prolongée. Cette indicateur ne s'appuie que sur les médicaments présents sur deux périodes différentes espacées d'au moins 6 mois (18).

Selon l'indicateur de polymédication continue, près de 40% des personnes âgées de plus de 75 ans sont en situation de polymédication. Cette proportion peut augmenter jusqu'à 50% en prenant en compte l'indicateur de polymédication cumulée. Cette étude a eu lieu sur la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013 (18) (**Figure 3**).

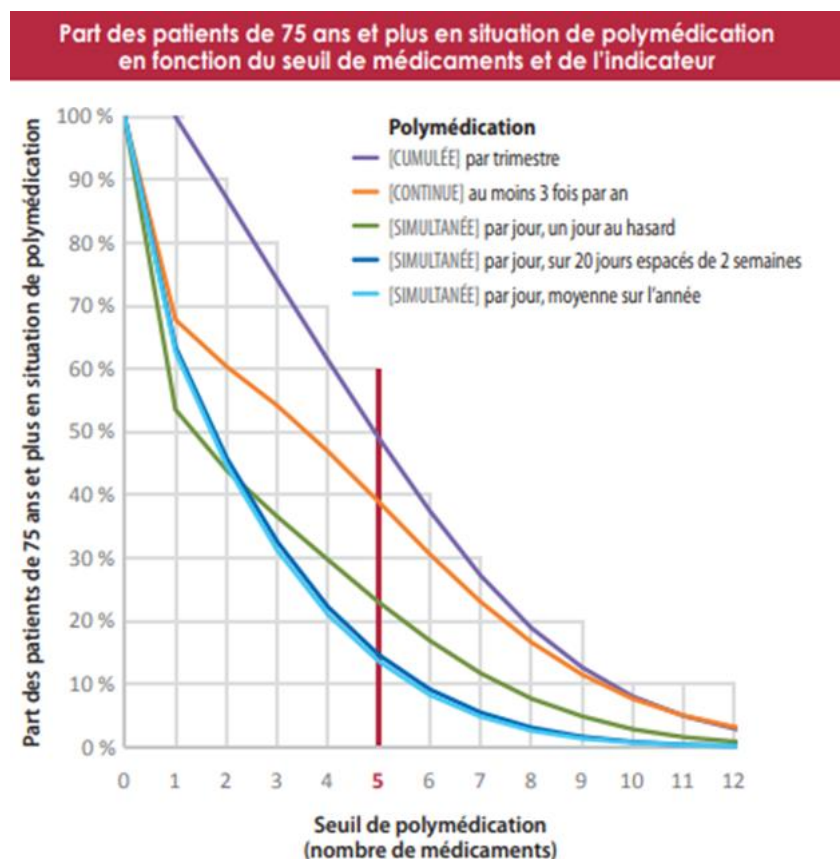


Figure 3 : Part des patients âgés de 75 ans et plus en situation de polymédication (18)

Cependant, alors que le taux de consommation de médicaments prescrits augmente avec l'âge, l'automédication a tendance à décroître : le taux de consommateurs de pharmacie non prescrite passe ainsi de 9,3% pour les patients âgés de 65 ans à 74 ans à seulement 6,5% pour les plus de 85 ans (21).

Selon les estimations de l'Assurance Maladie, les accidents liés à la polymédication des personnes âgées occasionnent chaque année 130 000 hospitalisations et environ 10 000 décès (22). Dans 45 à 70% des cas, ces effets indésirables seraient évitables (23).

II.2. Risque de iatrogénie médicamenteuse

II.2.1. Définition

La iatrogénie médicamenteuse se définit comme « *toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'Homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement* » selon l'OMS (OMS, 1969) (24).

Les événements iatrogènes peuvent être graves et conduire à des hospitalisations voir à des décès. Le pourcentage d'événements indésirables graves augmenterait systématiquement avec l'âge. L'OMS estime entre 10 à 20 % le pourcentage d'hospitalisations liées à un accident iatrogène médicamenteux chez le sujet de plus de 65 ans (25).

Certains risques iatrogènes sont inévitables, notamment lorsqu'ils sont liés aux effets indésirables propres des médicaments ou en cas d'allergies inconnues avant la prise du médicament par exemple. En revanche, la plupart sont souvent évitables car ils peuvent résulter d'erreurs de prises de médicaments (non-respect des modalités de prise, surdosage) ou encore d'interactions médicamenteuses.

La déprescription médicamenteuse chez le sujet âgé devient une nécessité dans l'amélioration de leur prise en charge (18).

II.2.2. Facteurs de risques de iatrogénie médicamenteuse

On distingue différents types de facteurs de risques de iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée :

- Les modifications physiologiques dues au vieillissement entraînant des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques du métabolisme des médicaments ;
- Les parcours de soins complexes qui impliquent de multiples intervenants, associés à un manque de transmissions ville – hôpital ;
- La polymédication ;
- Les problèmes d'observance médicamenteuse ;
- Une sur-utilisation de médicaments appelée « overuse » en anglais, qui peut être due à l'utilisation d'un médicament sans indication valide ou alors une utilisation de plusieurs médicaments pour la même indication sans réelle nécessité. *Exemple de l'utilisation concomitante de plusieurs psychotropes de la même classe pharmacologique ;*
- Une sous-utilisation de médicament appelée « underuse » en anglais, qui peut être une simple omission ou une omission d'association thérapeutique. *Exemple de la non-prescription de laxatifs lors de la prise d'un traitement par opioïde ;*
- Le mésusage médicamenteux appelé « misuse » en anglais, que l'on peut identifier au travers de plusieurs cas :
 - Un rapport bénéfice/risque défavorable ou une efficacité discutable du médicament ;
 - Une durée ou une dose inadaptée ;
 - Une interaction médicamenteuse.

Pour les patients âgés, on définit un cas supplémentaire de mésusage de médicaments : la prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI). Ces médicaments sont des traitements présentant un mauvais rapport bénéfice/risque en population âgée, augmentant le risque d'effets indésirables et ayant une efficacité discutable. On parle alors de prescription potentiellement inappropriée chez le sujet âgé.

Plusieurs outils ont été développés afin d'identifier ces prescriptions potentiellement inappropriées et d'aider les professionnels de santé à optimiser les prescriptions (26–28) :

- La liste de LAROCHE ;
- Medstopper plan ;
- Les algorithmes de déprescription du réseau canadien ;
- La liste STOPP/START ;
- Les critères de Beers ;
- Le site Pimcheeck ;
- Le guide des Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées (PAPA);
- La liste « REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors » (REMEDI[e]S).

III. La déprescription

III.1. Définition

La déprescription médicamenteuse est un acte médical qui consiste à proposer à un patient d'arrêter ou de diminuer la posologie d'un médicament, généralement chronique, devenu inutile, inapproprié ou dangereux. Cet acte est réalisé après une réévaluation de l'ensemble des traitements du patient par un professionnel de santé, dans le but d'optimiser sa prise en charge pour maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

La déprescription doit être envisagée dans les cas suivants :

- Lorsqu'un patient vient pour un renouvellement et qu'il se sent bien ;
- Lorsqu'un patient ne se sent pas bien et que la cause peut être médicamenteuse ;
- Lorsqu'un médicament vient d'être initié et que le patient se plaint d'effets indésirables ;
- Lorsqu'un patient âgé présente une pathologie aiguë, éventuellement fébrile (29).

Les patients concernés par la déprescription sont ceux :

- Atteints d'importants troubles cognitifs, en situation d'extrême fragilité et/ou de dépendance totale ;
- Présentant des signes cliniques évocateurs d'un effet indésirable (chute, confusion, fatigue) ;
- Traités par des médicaments comportant de nombreux effets indésirables ou des combinaisons de traitements à risque d'interactions ;
- Ayant des médicaments en prophylaxie qui n'entraîneraient pas d'augmentation de risque clinique à leur arrêt (29).

Chez les sujets âgés, cette réévaluation devient une nécessité du fait de la diminution des réserves physiologiques et du risque majoré d'iatrogénie médicamenteuse et de dépendance iatrogène.

La déprescription s'organise en différentes étapes :

- Le professionnel de santé doit d'abord effectuer un recueil exhaustif des traitements pris par le patient et identifier leurs rôles : médicaments à visée préventive (inhibiteur de la pompe à protons (IPP) associé aux anti-inflammatoires non stéroïdiens), symptomatique (antalgiques), curative (anticoagulants, antibiotiques...) ou sans indication.
- Il doit ensuite considérer le risque global de préjudice induit par le médicament chez le patient pour déterminer l'intensité requise de l'intervention de déprescription.
- Il doit évaluer chaque médicament en fonction de son potentiel de bénéfice actuel ou futur par rapport au potentiel de préjudice ou de fardeau actuel ou futur.
- Si le professionnel de santé décide d'arrêter ou de diminuer la posologie d'un médicament, il est important de le faire par ordre de priorité, une molécule après l'autre, de manière progressive afin de mesurer l'impact clinique de ces changements (tolérance, efficacité...). Il devra être d'autant plus vigilant à l'arrêt progressif de traitements pouvant entraîner un effet rebond ou un syndrome de sevrage afin de

limiter l'apparition de ces phénomènes, pouvant impacter négativement l'adhésion du patient à la déprescription.

- Enfin, il faut mettre en œuvre un plan personnalisé de déprescription et de suivi du patient pour éviter la survenue d'effets indésirables (30).

Mieux prescrire est un véritable enjeu de santé publique. D'après la méta-analyse de Carollo *et coll.*, la révision des médicaments et la déprescription permettrait une réduction de 8 % des réadmissions à l'hôpital de patients âgés (31). En réduisant le risque de iatrogénie médicamenteuse fréquente en population âgée, la déprescription permettrait d'améliorer la qualité de vie des patients, de réduire les hospitalisations liées à des prescriptions inappropriées, de limiter les coûts liés à la prise en charge des effets indésirables des médicaments, et permettrait une meilleure gestion des traitements au long cours (32).

III.2. Mise en place

Le principal acteur intervenant dans le parcours de soin du patient est le médecin traitant, d'autant plus chez les personnes âgées dont il est le premier prescripteur. Il coordonne la prise en charge du patient en assurant un lien entre les différents prescripteurs.

Au vu de ses connaissances concernant les profils de ses patients (antécédents, fragilité, autonomie...), il est un acteur clé pour pratiquer la déprescription.

La déprescription médicamenteuse nécessite que l'ensemble des professionnels de santé soient sensibilisés à la iatrogénie médicamenteuse : en cas de symptôme ou de pathologie inexpliqués chez un malade prenant des médicaments, l'origine médicamenteuse de ces effets doit être vérifiée. L'initiation de la déprescription peut survenir lors d'une consultation chez le médecin traitant pour la révision d'une l'ordonnance ou encore lors d'une hospitalisation.

La déprescription nécessite une grande communication entre les différents professionnels de santé intervenants dans le parcours de soins du patient afin d'évaluer au mieux le rapport bénéfice/risque de l'arrêt d'un médicament. Un des freins à la déprescription, notamment chez les sujets âgés, est l'intervention d'un grand nombre de prescripteurs dans leur parcours de soins.

De plus, une bonne relation médecin-patient est primordiale pour entamer un échange sur cette thématique. En effet, l'un des principaux freins identifié est la non-adhésion du patient pour les raisons suivantes : peur d'être sous-traité, peur de retomber malade, perception de refus de soins (33).

Lors de son temps d'échange avec le patient, le médecin devra lui expliquer l'intérêt de la déprescription comme étant un acte positif pour lui, permettant d'améliorer son état de santé et/ou sa qualité de vie.

Les autres obstacles à la déprescription sont les connaissances insuffisantes du patient et de ses traitements par le médecin, la réticence à modifier un traitement prescrit par un autre prescripteur et les conséquences que cela peut avoir sur la relation médecin-patient avec la crainte de perdre cette relation de confiance.

Quel que soit le professionnel de santé initiant cette démarche, l'échange avec le patient reste primordial et son adhésion doit être recherchée.

Cependant, il peut être compliqué pour le médecin de consacrer du temps afin de réévaluer les traitements, d'effectuer un suivi rapproché du patient tout en essayant de l'amener à

accepter la démarche de déprescription alors qu'en moyenne une consultation dure dix-huit minutes (34).

De plus, le médecin peut rencontrer des difficultés à avoir une vision d'ensemble sur tous les traitements pris par le patient, notamment concernant l'automédication. Ses connaissances concernant les interactions médicamenteuses ou encore les effets secondaires probables de certains médicaments peuvent être insuffisantes car très spécifiques.

A l'inverse, le pharmacien, en plus d'avoir facilement accès à l'ensemble des traitements pris par le patient, est le plus à même d'identifier les interactions médicamenteuses et les contre-indications et de repérer les effets secondaires des médicaments en cours. Le pharmacien a donc un rôle majeur à jouer dans la déprescription, en collaboration avec les autres professionnels de santé (médecin traitant, médecin spécialiste, infirmier diplômé d'État, etc.).

Une autre limite identifiée par les prescripteurs peut être le manque de recommandation, de formation à la déprescription. Pour cela, dans le cadre du bon usage du médicament, les Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT) mettent à disposition plusieurs documents à destination du grand public et des professionnels de santé pour faciliter l'initiation d'une démarche de déprescription. On retrouve entre autres des outils tels que des ordonnances de déprescription type (**Annexe 1**), des carnets de suivi... ou des propositions de formations pour les accompagner dans cette démarche (35). De plus, l'assurance maladie propose aussi une boîte à outils comprenant notamment des algorithmes de déprescription pour faciliter la prise de décision (36).

L'utilisation de ces outils est peu démocratisée en France. Dans le reste du monde, plusieurs pays travaillent à intégrer la déprescription au centre de leurs pratiques médicales. Le Canada est l'un des précurseurs dans ce domaine qui a su intégrer la déprescription dans sa pratique quotidienne.

III.3. Modèle canadien

Le Canada est en avance sur la France en ce qui concerne la déprescription. Il existe au Canada le Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription (ReCAD). Ce réseau pluridisciplinaire encourage le bon usage des médicaments afin que le bon patient reçoive le bon médicament, au bon moment, à la bonne dose et pour la bonne indication. Il propose aussi des alternatives aux médicaments à risque d'effets indésirables (37).

Ce réseau fournit au grand public et aux professionnels de santé les ressources et informations nécessaires à la déprescription.

Pour le grand public, plusieurs dossiers sont disponibles : présentation de la déprescription, sensibilisation sur la réévaluation des médicaments à risque de chutes, conseils hygiéno-diététiques. Ces dossiers permettent aux patients d'acquérir les connaissances nécessaires pour débiter le dialogue sur la déprescription.

Pour les professionnels de santé, des algorithmes décisionnels spécifiques de certaines classes médicamenteuses (antipsychotiques, IPP, benzodiazépines...) sont fournis, permettant une prise de décision rapide concernant l'arrêt ou non d'une molécule et d'en structurer la mise en œuvre si besoin. Pour les pharmaciens, des formulaires d'opinion pharmaceutique fondés sur des données probantes à destination des prescripteurs sont disponibles (**Annexe 2**). Lorsque le pharmacien identifie un traitement jugé inadapté au vu du profil du patient, il complète le formulaire et communique au médecin sa recommandation de

déprescription. Le médecin retourne à la pharmacie le formulaire en y précisant la prise en compte et l'action menée à la suite de cette remarque. Ce système permet de standardiser l'échange entre les pharmaciens et les médecins mais aussi de garder une traçabilité de l'intervention (38).

Une autre spécificité du modèle canadien concerne le déploiement de MedSécure. Financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées et le Centre d'innovation canadien sur la santé du cerveau et le vieillissement, cet outil a été développé pour accroître la déprescription des médicaments potentiellement inappropriés et diminuer les événements indésirables causés par les médicaments. L'étude permettant son développement concernait les patients âgés de 65 ans et plus qui prenaient cinq médicaments ou plus par jour avant leur admission. Cette étude a révélé que les taux de déprescription avaient augmenté de plus de 20% après l'intervention, sans aucune augmentation des événements indésirables, concluant que l'intervention était à la fois sûre et efficace. MedSécure est donc un outil d'aide à la décision qui peut être utilisé lors d'une hospitalisation pour réduire la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées (39).

Un autre outil permettant d'identifier les cascades de prescriptions, source de polymédication, nommé ThinkCascades aide les cliniciens à identifier les cascades de prescriptions cliniquement significatives chez les personnes âgées. Cet outil sensibilise les prescripteurs face aux cascades répertoriées et les aide également à reconnaître d'autres cascades de prescriptions dans leur pratique (40).

Le Canada se veut leader dans la démarche de déprescription. Depuis 2022, un club de lecture international sur la déprescription a été créé pour renforcer les partenariats entre différents réseaux de déprescription des différentes régions du monde. Les objectifs de ce club sont de se tenir au fait des plus récentes publications scientifiques, de partager les connaissances et de développer des collaborations qui mèneront à des études à grande échelle pour démontrer l'impact de la déprescription (41).

Sur le sujet de la déprescription, le pays a déjà structuré la démarche de manière efficace et l'a intégrée dans sa pratique quotidienne. Il a aussi développé des outils permettant une communication renforcée entre le médecin et le pharmacien concernant la prise en charge thérapeutique du patient. En France, l'utilisation du dossier médical partagé (DMP) ainsi que l'arrivée de logiciels métier plus performants et favorisant la communication entre les professionnels nous permettraient d'intégrer plus efficacement la déprescription dans la prise en charge des patients.

IV. Rôle du pharmacien d'officine

IV.1. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine en France

Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge thérapeutique du patient est majeur. Longtemps considéré comme simple dispensateur de médicaments, il fait aujourd'hui partie intégrante des acteurs de soins de proximité dans la prise en charge des patients. En effet, en complément de l'analyse pharmaceutique et de son rôle de conseil lors de la dispensation, de nouvelles missions lui ont été octroyées pour mettre à profit son expertise pharmaceutique. Ces nouvelles missions s'articulent autour de la prévention notamment avec la vaccination et le dépistage du cancer colorectal, du diagnostic avec la réalisation de TROD et de la prescription d'antibiotiques selon des protocoles établis. Pour les patients nécessitant un temps d'échange dédié à la prévention avec un professionnel de santé, le pharmacien peut réaliser des bilans de prévention (42).

On retrouve aussi de nouvelles missions d'accompagnement avec le déploiement d'entretiens pharmaceutiques à destination des femmes enceintes ou de patients atteints de maladies chroniques (43).

Une autre des grandes missions accordées au pharmacien est la réalisation de bilans partagés de médication.

IV.2. La dispensation adaptée

L'avenant n°20 à la convention nationale des pharmaciens titulaires conclu le 12 février 2020 a mis en place le dispositif de dispensation adaptée (DAD) dans la pratique de délivrance des pharmaciens. Ce dispositif permet de tracer et de valoriser l'intervention du pharmacien en cas d'ajustement du nombre de boîtes délivrées par rapport au besoin thérapeutique du patient. L'objectif est de garantir une meilleure observance du traitement tout en limitant l'accumulation excessive de médicaments au domicile du patient afin de prévenir les risques de iatrogénie, de mésusage et de gaspillage. L'adaptation de la prescription s'applique à 22 classes thérapeutiques (**Tableau 1**), regroupant des médicaments dont la posologie peut être ajustée dans le temps en fonction de l'évolution des symptômes du patient (44).

Tableau 1 : Liste des classes éligibles au dispositif de dispensation adaptée (45)

<u>Code EPHMRA</u>	<u>Classe EPHMRA</u>
<u>A01A2</u>	<u>ANTISEPTIQUES ET ANTIINFECTIEUX POUR TRAITEMENT BUCCAL</u>
<u>A01A5</u>	<u>AUTRES PREPARATIONS STOMATOLOGIQUES</u>
<u>A02A1</u>	<u>ANTIACIDES NON ASSOCIES</u>
<u>A02A4</u>	<u>ANTIACIDES AVEC ANTIFLATULENTS OU MEDICAMENTS CARMINATIFS</u>
<u>A02A7</u>	<u>ANTIFLATULENTS ET, OU MEDICAMENTS CARMINATIFS AVEC D'AUTRES SUBSTANCES</u>
<u>A03A</u>	<u>ANTISPASMODIQUES ET ANTICHOLINERGIQUES NON ASSOCIES</u>
<u>A03F</u>	<u>MEDICAMENTS DE LA MOTRICITE DIGESTIVE</u>
<u>A06A1</u>	<u>EMOLLIENTS INTESTINAUX</u>
<u>A06A2</u>	<u>LAXATIFS STIMULANTS</u>
<u>A06A3</u>	<u>LAXATIFS DE LEST</u>
<u>A06A4</u>	<u>LAVEMENTS</u>
<u>A06A6</u>	<u>LAXATIFS OSMOTIQUES</u>
<u>A07A</u>	<u>ANTIDIARRHEIQUES ANTIINFECTIEUX INTESTINAUX</u>
<u>A07H</u>	<u>INHIBITEURS DU TRANSIT</u>
<u>A07X</u>	<u>AUTRES ANTIDIARRHEIQUES</u>
<u>D02A</u>	<u>EMOLLIENT, PROTECTEUR</u>
<u>D08A</u>	<u>ANTISEPTIQUE ET DESINFECTANT</u>
<u>M01A1</u>	<u>ANTIRHUMATISMAUX NON STEROIDIENS NON ASSOCIES</u>
<u>M01A3</u>	<u>COXIBS NON ASSOCIES</u>
<u>M02A</u>	<u>ANTIRHUMATISMAL TOPIQUE ET ANALGESIQUES</u>
<u>N02B</u>	<u>NON NARCOTIQUES ET ANTIPYRETIQUES</u>
<u>S01K1</u>	<u>LARMES ARTIFICIELLES ET LUBRIFIANTS OCULAIRES</u>

Ce dispositif expérimental a été mis en place le 1^{er} juillet 2020 pour une durée de 2 ans. Ce dispositif était encore actif jusqu'à sa suppression par l'arrêté du 5 juillet 2024 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale du 9 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie (46).

Malgré la suppression de ce dispositif, les pharmaciens d'officine peuvent poursuivre cette pratique au quotidien dans l'intérêt du patient, même si cet acte n'est plus valorisé financièrement.

IV.3. Mon Bilan Prévention

« Mon Bilan Prévention » est un nouveau dispositif mis en place en 2024. Il consiste en un temps d'échange entre un patient et un professionnel de santé (médecin, sage-femme, infirmier ou pharmacien) afin de faire le point sur ses habitudes de vie et son environnement (social, professionnel...). En amont de l'entretien, le patient est amené à remplir un auto-questionnaire afin de déterminer ses habitudes de vie et d'identifier les thématiques à aborder (**Annexe 3**). Lors de l'entretien, des conseils personnalisés sont dispensés au patient pour comprendre et agir sur les facteurs de risque de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires...) retrouvés. « Mon Bilan Prévention » permet d'améliorer l'accessibilité du

patient à la vaccination et aux dépistages (cancers, infections sexuellement transmissibles...). « Mon Bilan Prévention » permet aussi d'aborder l'alimentation, l'activité physique ou les consommations d'alcool et/ou de tabac. Au terme de l'entretien, le professionnel de santé et le patient établissent un plan d'action et déterminent les axes prioritaires (47).

Cet entretien est destiné à toutes les personnes à des âges clés de la vie :

- Entre 18 et 25 ans ;
- Entre 45 et 50 ans ;
- Entre 60 et 65 ans ;
- Entre 70 et 75 ans.

Pour les patients âgés, la réalisation d'un bilan de prévention par le pharmacien peut être un levier pour la réalisation par la suite d'un bilan partagé de médication.

IV.4. Bilan partagé de médication

Le bilan partagé de médication se définit d'après la HAS « *comme une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement* » (48). Les patients éligibles au bilan partagé de médication sont toutes les personnes âgées polymédiquées de 65 ans et plus (49).

La consultation avec le patient pour le bilan partagé de médication se déroule en plusieurs étapes :

- **L'entretien de recueil d'informations** : il consiste à collecter des informations concernant ses habitudes de vie, son état physiologique, ses comorbidités, l'ensemble de ses traitements et l'analyse de ses prises de médicaments ;
- **L'analyse du traitement du patient** : le pharmacien recherche la présence d'« overuse », « misuse » ou « underuse ». Il vérifie les indications et les posologies des médicaments selon les recommandations en vigueur et recherche d'éventuelles interactions médicamenteuses et/ou contre-indications ;
- **L'entretien-conseil avec le patient** : il consiste à expliquer au patient l'analyse de son traitement, à répondre à ses questions et à organiser un suivi d'observance. Un plan pharmaceutique personnalisé lui est aussi remis ;
- **L'entretien d'observance** : il sert à assurer le suivi des stratégies mises en place avec le patient et à évaluer son niveau d'observance ;
- **Le bilan et la synthèse des conclusions** : il permet d'offrir une vision d'ensemble au patient. Celle-ci doit être mise à jour au rythme de l'accompagnement (48).

A la suite de l'analyse de ce bilan partagé de médication, les interventions pharmaceutiques formulées sont transmises au médecin traitant. Ce bilan pourra servir de base pour initier une déprescription. En effet, la déprescription doit être initiée en priorité pour les patients polymédiqués en fonction des objectifs de prise en charge : selon les maladies chroniques en présence, les interventions pharmaceutiques sont classées par ordre de priorité et les traitements déprescrits selon le plan pharmaceutique personnalisé. Le pharmacien a toute sa place dans l'identification de traitements inappropriés et dans l'accompagnement des prescripteurs et des patients dans cette démarche. Dans le cadre de la déprescription, ses compétences font de lui un interlocuteur indispensable.

V. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées de plus de 55 ans en Dordogne

L'étude réalisée en Dordogne reprend la même méthodologie que l'étude menée par le Docteur Marcellaud en 2021 sur les déterminants anthropologiques de la déprescription en Haute-Vienne (50). Le but de mon travail de thèse est de récolter des données sur un autre département ayant des similitudes avec le département de la Haute-Vienne.

V.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de décrire les déterminants associés à une réticence de la déprescription chez les patients. Les objectifs secondaires étaient les suivants : décrire ces déterminants en fonction de l'âge et de la zone géographique (zone urbaine, zone semi-rurale, zone rurale) et identifier la place du pharmacien d'officine dans la déprescription d'après l'avis des patients.

V.2. Méthodologie

V.2.1. Schéma de l'étude

Une étude transversale a été menée dans le département de la Dordogne dans 30 pharmacies d'officine du département de la Dordogne. L'étude s'est déroulée de mai 2023 à novembre 2024.

V.2.2. Comité d'éthique

L'avis favorable du comité d'éthique du CHU de Limoges a été obtenu le 06 juillet 2021. Il a été enregistré sous le numéro 485-2021-141.

V.2.3. Recrutement des participants

V.2.3.1. Sélection des pharmacies d'officine

L'ensemble des pharmacies d'officine présentes sur le territoire de la Dordogne ont été recensées via l'Ordre National des Pharmaciens. Les officines installées dans des villes avec une densité de population supérieure ou égale à 200 habitants au km² étaient réparties pour constituer le groupe 1. Les officines installées dans des villes avec une densité de population comprise entre 200 et 60 habitants au km² étaient réparties dans le groupe 2. Les officines installées dans des zones avec une densité de population inférieure à 60 habitants au km² étaient réparties dans le groupe 3.

Dix officines ont été tirées au sort dans chaque groupe pour participer à l'étude. En cas de refus par le(s) pharmacien(s) titulaire(s) de participer à l'étude, un nouveau tirage au sort était effectué. Au total, 30 officines réparties équitablement sur le territoire ont été sélectionnées.

V.2.3.2. Critères de sélection des participants

Les critères d'inclusion des patients étaient les suivants : patients âgés de plus de 55 ans, atteints au moins d'une maladie chronique et polymédiqués (à minima cinq traitements chroniques hors phytothérapie et homéopathie).

Les critères d'exclusion étaient quant à eux : patients en soins palliatifs, institutionnalisés et/ou ayant une espérance de vie estimée inférieure à 3 mois.

Lors de la dispensation, le pharmacien d'officine ou l'équipe pharmaceutique proposait au patient répondant aux critères d'inclusion de participer à l'étude. Le consentement individuel éclairé du patient était recueilli oralement par le pharmacien ou l'équipe pharmaceutique.

V.2.4. Outil de recueil des données

Le questionnaire a été élaboré par l'unité de Pharmacie clinique de la Pharmacie à Usage Intérieur en collaboration avec le service de Gériatrie du CHU de Limoges (**Annexe 4**). Il a été précédemment utilisé lors de l'étude sur la déprescription en Haute-Vienne (50).

Ce questionnaire permettait de recueillir les données suivantes : données épidémiologiques (âge, sexe), antécédents médicaux, traitements chroniques du patient, profil chuteur ou non, connaissance du traitement chronique et observance (évaluée par le score de Morisky à 4 items) (**Annexe 5**). De plus, il permettait de recueillir l'avis du patient vis-à-vis de la déprescription (acceptation ou refus) et les freins et les leviers à la déprescription.

En complément de ces données, le questionnaire initial a été enrichi par cinq questions supplémentaires portant sur :

- l'acceptation du patient pour réaliser un entretien pharmaceutique et la mise en place d'un plan pharmaceutique personnalisé ;
- l'acceptation du patient pour une DAD ; et si oui, pour quels médicaments ;
- le professionnel de santé de premier recours en cas de problème thérapeutique.

Au total, le questionnaire était composé de 20 questions fermées exceptée celle concernant l'âge.

V.2.5. Collecte des données

Chaque pharmacie participante a reçu par mail et/ou en version papier vingt exemplaires du questionnaire ainsi qu'une fiche récapitulative de l'étude présentant les critères d'inclusion et d'exclusion des patients cibles (**Annexe 6**).

L'équipe officinale proposait aux patients présentant les critères d'inclusion de participer à l'étude et de remplir le questionnaire de façon anonyme.

Afin d'assurer la complétude des questionnaires, des relances téléphoniques et par mail ont été effectuées régulièrement au cours de l'étude. Il en est de même concernant le ramassage des questionnaires.

Un numéro de centre était attribué à chaque officine afin d'identifier les questionnaires lors de la récolte des données.

V.2.6. Analyses statistiques

Les variables ont été divisées en deux groupes selon leur caractère qualitatif ou quantitatif. Les variables qualitatives ont été décrites en utilisant les fréquences et les pourcentages. Pour les variables quantitatives, des indices de dispersion et position ont été utilisés tels que la moyenne, la médiane et l'écart-type. La normalité a ensuite été testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Concernant les analyses univariées, pour chaque variable qualitative, un test du Chi² de Pearson a été effectué. Pour les variables quantitatives, un test non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé dans le cas où la variable ne suivait pas la loi normale, ou un test t de

Student lorsque la variable suivait la loi normale après obtention du résultat au test de Shapiro-Wilk. Chaque test était réalisé après vérification des conditions d'application.

Concernant les analyses multivariées, une régression logistique pas à pas descendant a été utilisée pour évaluer les forces d'association de variables indépendantes avec la variable dépendante « Refus de la déprescription ». Les variables ayant une valeur de $p < 0,25$ en analyse univariée étaient incluses dans le modèle. Deux régressions logistiques pas à pas descendant ont été réalisées pour évaluer les forces d'association de variables indépendantes avec la variable dépendante « Refus de la déprescription chez les personnes âgées de plus de 75 ans » et « Refus de la déprescription chez les personnes âgées de moins de 75 ans ». Concernant l'étude des facteurs associés au refus de la déprescription en fonction de la localisation géographique, une analyse de fréquence en tableau de contingence a été réalisée.

Toutes les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel version 25.01. L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel JASP version 2024.

V.3. Résultats

V.3.1. Choix du département

Le choix du département de la Dordogne pour cette étude a été fait comparativement avec une étude similaire faite sur le département de la Haute Vienne. Bien que ces départements soient majoritairement ruraux, ils se distinguent par l'offre de soins. En effet, le département de la Haute-Vienne compte un centre hospitalier universitaire (CHU) contrairement au département de la Dordogne. Les différences d'accès aux soins sont mises en évidence dans le **Tableau 2** (51).

Tableau 2 : Comparaison des départements de la Dordogne et de la Haute-Vienne		
	Dordogne	Haute Vienne
Population municipale	413 730	371 691
Nombre d'officines	138	143
Nombre de médecins généralistes libéraux	320	410
Densité de population par officine	2998	2599
Densité de population par médecin	1293	907
Densité de médecin par officine	2,3	2,9
Population de plus de 75 ans (en pourcentage)	14,8	12,5
Officine pour 100km	2	3

V.3.2. Sélection des officines

En Dordogne, 138 officines ont été identifiées sur le site de l'Ordre des Pharmaciens. Trente officines ont été sélectionnées par tirage au sort pour participer à l'étude. Quatre pharmacies ont refusé, un nouveau tirage a donc été effectué afin d'obtenir 10 officines par groupe. Les pharmacies d'officine ayant accepté de participer à l'étude sont présentées dans le **Tableau 3**. Les différents groupes sont illustrés sur la **Figure 4**.

Tableau 3 : Pharmacies d'officine participant à l'étude

Groupe 1 (n = 10) Ville avec densité ≥ 200 habitants/km ²	Groupe 2 (n = 10) Ville avec densité comprise entre 60 et 200 habitants/km ²	Groupe 3 (n = 10) Ville avec densité ≤ 60 habitants/km ²
Pharmacie des Boulevards	Pharmacie de Gardonne	Pharmacie centrale Thenon
Pharmacie Sampoux	Pharmacie du Lardin	Pharmacie Roy
Pharmacie du Privilège	Pharmacie Lagoubie	Pharmacie de Bassillac
Pharmacie des Reynats	Pharmacie de la Dordogne	Pharmacie Dufour
Pharmacie d'O	Pharmacie Castant	Pharmacie Grüber-Corre
Pharmacie Reydy	Pharmacie de Siorac	Pharmacie Beraud
Pharmacie de la Moulette	Pharmacie Tixier	Pharmacie Chatenet
Pharmacie du Pays d'Excideuil	Pharmacie de Champcevinel	Pharmacie Boucher
Pharmacie Les Garennes	La pharmacie Nontron	Pharmacie Lacombe-Bourdinaud
Pharmacie du Barrage	Pharmacie de l'Imaginaire	Pharmacie de Champagnac de Belair

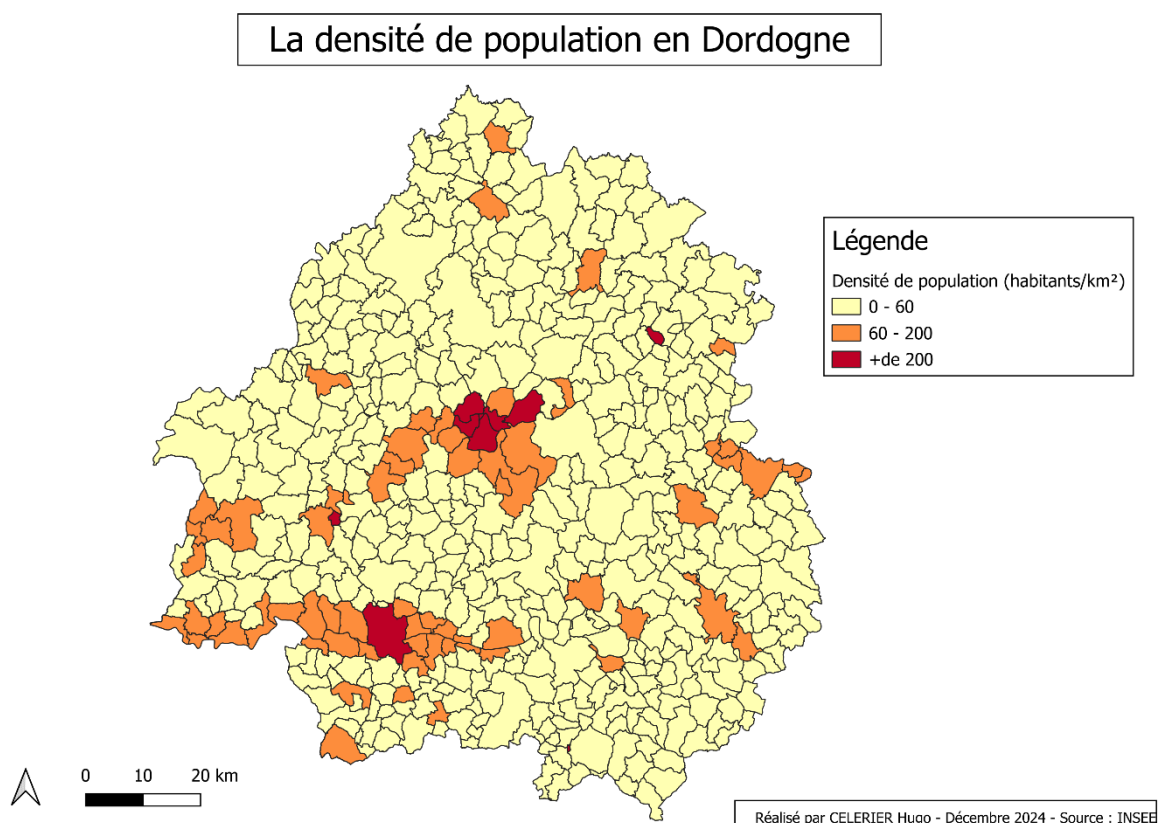


Figure 4 : Répartition géographique des groupes d'étude

V.3.3. Description de la population étudiée

Cent quarante-trois patients âgés de plus de 55 ans ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des participants était de 72 ans ($\pm 9,4$ ans). Quarante-deux pour cent des participants étaient âgés de plus de 75 ans.

Les patients inclus dans l'étude étaient répartis selon les zones géographiques suivantes : 13,3% (n = 19) dans le Groupe 1, 40,6% (n = 58) dans le Groupe 2 et 46,2% (n = 66) dans le Groupe 3.

En moyenne, les patients présentaient trois comorbidités parmi celles recensées dans le questionnaire. Les antécédents médicaux les plus fréquents étaient l'hypertension artérielle (65,7%), l'hypercholestérolémie (49%) et les maladies cardiovasculaires (40,6%).

Concernant les traitements, la majorité des patients (37,8%) avaient cinq traitements chroniques. Les médicaments les plus prescrits étaient les antihypertenseurs, comprenant les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes du récepteur à l'angiotensine II (ARAII) (69,2%) ainsi que les statines (54,5%).

Par ailleurs, 69,2% des patients déclaraient connaître l'indication de l'ensemble de leurs médicaments. L'évaluation de l'observance médicamenteuse à l'aide du score de Morisky à 4 items révélait un taux d'observance élevé (93,7%). Toutefois, 39,9% des patients avaient le sentiment de prendre trop de médicament et considéraient leurs traitements comme contraignant. Enfin, la majorité des participants (79,7%) se montraient favorables à une déprescription (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Caractéristiques de la population incluse dans l'étude (n = 143)

	n (%)	m (sd)
Homme	79 (55,2)	
Age (ans)		72 (9,4)
Catégorie d'âge		
55 ans – 64 ans	35 (24,5)	
65 ans – 74 ans	48 (33,6)	
75 ans – 79 ans	25 (17,4)	
>80 ans	35 (24,5)	
Localisation géographique		
Groupe 1	19 (13,3)	
Groupe 2	58 (40,6)	
Groupe 3	66 (46,1)	
Chutes	31 (21,7)	
Nombre de comorbidités		3,0 (1,2)
Antécédents		
Troubles cardiaques	58 (40,6)	
Hypertension artérielle	94 (65,7)	
Hypercholestérolémie	70 (49,0)	
Diabète	57 (39,9)	
Reflux gastro-œsophagien	44 (30,8)	
Constipation	22 (15,4)	
Dépression/Anxiété	35 (24,5)	
Trouble du sommeil	35 (24,5)	
Incontinence urinaire	20 (14,0)	
Traitements chroniques		
IEC/ARAI	99 (69,2)	
Bétabloquants	56 (39,2)	
Diurétiques de l'anse	20 (14,0)	
Statines	78 (54,5)	
Antidiabétiques	56 (39,2)	
Inhibiteurs de la pompe à protons	56 (39,2)	
Laxatifs	20 (14,0)	
Antidépresseurs	24 (16,8)	
Anxiolytiques	29 (20,3)	
Hypnotiques	24 (16,8)	
Antispasmodiques urinaires	12 (8,4)	
Nombre de médicaments		
5 médicaments	54 (37,8)	
6 médicaments	23 (16,0)	
7 médicaments	19 (13,3)	
8 médicaments	9 (6,3)	
9 médicaments	14 (9,8)	
Plus de 10 médicaments	24 (16,8)	
Connaissance médicament		
Oui tous	99 (69,2)	
Oui majorité	28 (19,6)	
Oui certains	12 (8,4)	
Non	4 (2,8)	
Sentiment trop médicament	57 (39,9)	
Sentiment traitement contraignant	57 (39,9)	
Patient observant	134 (93,7)	
Acceptation déprescription	114 (79,7)	

m : moyenne / sd : écart-type

V.3.3.1. Description de la population étudiée en fonction de l'âge

Le nombre déclaré de chute était significativement plus important chez les personnes âgées de plus de 75 ans que chez les patients plus jeunes ($p=0,040$). Concernant le nombre de comorbidités et de médicaments, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (respectivement $p=0,822$ et $p=0,090$). De la même façon, aucune différence significative n'a été retrouvée concernant les familles d'antécédents et les classes médicamenteuses des traitements chroniques (**Tableau 5**).

Tableau 5 : Description de la population en fonction de l'âge (n = 143)

	Age < 75 ans (n = 83)		Age ≥ 75 ans (n = 60)		p
	n (%)	m (sd)	n (%)	m (sd)	
Homme	45 (54,2)		34 (56,7)		0,771
Localisation géographique					0,413
Groupe 1	9 (10,8)		10 (16,7)		
Groupe 2	34 (41,0)		24 (40,0)		
Groupe 3	40 (48,2)		26 (43,3)		
Chutes	13 (15,7)		18 (30,0)		0,040
Nombre de comorbidités		3,0 (1,1)		3,1 (1,4)	0,822
Antécédents					
Troubles cardiaques	28 (33,7)		30 (50,0)		0,051
Hypertension artérielle	54 (65,1)		40 (66,7)		0,842
Hypercholestérolémie	46 (55,4)		24 (40,0)		0,069
Diabète	34 (41,0)		23 (38,3)		0,751
Reflux gastro-œsophagien	23 (27,7)		21 (35,0)		0,351
Constipation	9 (10,8)		13 (21,7)		0,077
Dépression/Anxiété	22 (26,5)		13 (21,7)		0,507
Trouble du sommeil	21 (25,3)		14 (23,3)		0,787
Incontinence urinaire	10 (12,0)		10 (16,7)		0,432
Traitements chroniques					
IEC/ARAII	58 (69,9)		41 (68,3)		0,843
Bétabloquants	28 (33,7)		28 (46,7)		0,118
Diurétiques de l'anse	10 (12,0)		10 (16,7)		0,432
Statines	50 (60,2)		28 (46,7)		0,108
Antidiabétiques oraux	34 (41,0)		22 (36,7)		0,603
Inhibiteurs de la pompe à protons	29 (34,9)		27 (45,0)		0,224
Laxatifs	10 (12,0)		10 (16,7)		0,432
Antidépresseurs	15 (18,1)		9 (15,0)		0,628
Anxiolytiques	17 (20,5)		12 (20,0)		0,944
Hypnotiques	15 (18,1)		9 (15,0)		0,628
Antispasmodiques urinaire	7 (8,4)		5 (8,3)		0,983
Nombre de médicaments					0,090
5 médicaments	34 (41,0)		20 (33,3)		
6 médicaments	16 (19,3)		7 (11,7)		
7 médicaments	11 (13,2)		8 (13,3)		
8 médicaments	5 (6,0)		4 (6,7)		
9 médicaments	3 (3,6)		11 (18,3)		
Plus de 10 médicaments	14 (16,9)		10 (16,7)		
Connaissance médicament					0,640
Oui tous	61 (73,5)		38 (63,3)		
Oui majorité	14 (16,9)		14 (23,3)		
Oui certains	6 (7,2)		6 (10,0)		
Non	2 (2,4)		2 (3,4)		
Sentiment trop médicament	31 (37,3)		26 (43,3)		0,471
Sentiment traitement contraignant	34 (41,0)		23 (38,3)		0,751
Patient observant	78 (94,0)		56 (93,3)		0,876
Acceptation déprescription	67 (80,7)		47 (78,3)		0,726

m : moyenne / sd : écart-type

V.3.3.2. Description de la population étudiée en fonction de la localisation géographique

D'après l'analyse en fonction de la zone géographique, les patients en zone rurale (groupe 3) prenaient plus de médicaments que les patients des zones urbaine et semi-urbaine (groupes 1 et 2) ($p=0,005$). En zone rurale, les patients prenaient davantage d'antidiabétiques oraux ($p=0,048$). On observe également que les patients des zones rurale et semi-urbaine consommaient davantage de statines ($p=0,011$) (**Tableau 6**).

Tableau 6 : Description de la population en fonction de la localisation géographique (n = 143)

	Groupe 1 (n = 19)		Groupe 2 (n = 58)		Groupe 3 (n = 66)		p
	n (%)	m (sd)	n (%)	m (sd)	n (%)	m (sd)	
Homme	10 (52,6)		39 (67,2)		30 (45,5)		0,050
Age (ans)		72,6 (9,0)		72,6 (10,0)		71,8 (9,1)	0,759
Catégorie d'âge							0,719
55 ans - 64 ans	4 (21,1)		14 (24,1)		17 (25,8)		
65 ans - 74 ans	5 (26,3)		20 (34,5)		23 (34,8)		
75 ans - 79 ans	5 (26,3)		7 (12,1)		13 (19,7)		
> 80 ans	5 (26,3)		17 (29,3)		13 (19,7)		
Chutes	4 (21,1)		11 (19,0)		16 (24,2)		0,774
Nombre de comorbidités		2,5 (1,0)		3,2 (0,9)		3,0 (1,5)	0,123
Antécédents							
Troubles cardiaques	10 (52,6)		22 (37,9)		26 (39,4)		0,509
Hypertension artérielle	11 (57,9)		43 (74,1)		40 (60,6)		0,211
Hypercholestérolémie	8 (42,1)		32 (55,2)		30 (45,5)		0,454
Diabète	6 (31,6)		20 (34,5)		31 (47,0)		0,268
Reflux gastro-œsophagien	4 (21,1)		19 (32,8)		21 (31,8)		0,611
Constipation	1 (5,3)		11 (19,0)		10 (15,2)		0,355
Dépression/Anxiété	4 (21,1)		18 (31,0)		13 (19,7)		0,319
Trouble du sommeil	3 (15,8)		12 (20,7)		20 (30,3)		0,269
Incontinence urinaire	1 (5,3)		9 (15,5)		10 (15,2)		0,499
Traitements chroniques							
IEC/ARAII	10 (52,6)		44 (75,9)		45 (68,2)		0,158
Bétabloquants	10 (52,6)		21 (36,2)		25 (37,9)		0,426
Diurétiques de l'anse	2 (10,5)		5 (8,6)		13 (19,7)		0,186
Statines	5 (26,3)		38 (65,5)		35 (53,0)		0,011
Antidiabétiques oraux	6 (31,6)		17 (29,3)		33 (50,0)		0,048
Inhibiteurs de la pompe à protons	5 (26,3)		24 (41,4)		27 (40,9)		0,468
Laxatifs	1 (5,3)		7 (12,1)		12 (18,2)		0,310
Antidépresseurs	6 (31,6)		9 (15,5)		9 (13,6)		0,173
Anxiolytiques	2 (10,5)		15 (25,9)		12 (18,2)		0,299
Hypnotiques	1 (5,3)		8 (13,8)		15 (22,7)		0,146
Antispasmodiques urinaires	0 (0)		6 (10,3)		6 (9,1)		0,355
Nombre de médicaments							0,005
5 médicaments	10 (52,6)		30 (51,7)		14 (21,2)		
6 médicaments	2 (10,5)		3 (5,2)		18 (27,3)		
7 médicaments	1 (5,3)		11 (19,0)		7 (10,6)		
8 médicaments	2 (10,5)		3 (5,2)		4 (6,1)		
9 médicaments	1 (5,3)		4 (6,9)		9 (13,6)		
Plus de 10 médicaments	3 (15,8)		7 (12,0)		14 (21,2)		
Connaissance médicament							0,361
Oui tous	12 (63,2)		41 (70,7)		46 (69,7)		
Oui majorité	3 (15,8)		9 (15,5)		16 (24,2)		
Oui certains	3 (15,8)		5 (8,6)		4 (6,1)		
Non	1 (5,3)		3 (5,2)		0 (0)		
Sentiment trop médicament	6 (31,6)		23 (39,7)		28 (42,4)		0,696
Sentiment traitement contraignant	6 (31,6)		21 (36,2)		30 (45,5)		0,421
Patient observant	18 (94,7)		53 (91,4)		63 (95,5)		0,635
Acceptation déprescription	17 (89,5)		46 (79,3)		51 (77,3)		0,504

m : moyenne / sd : écart-type

V.3.3.3. Description de la population étudiée en fonction de l'acceptation ou du refus de la déprescription

Les patients exprimant un sentiment de contrainte vis-à-vis de leurs traitements étaient plus susceptible d'accepter la démarche de déprescription ($p=0,018$). De la même façon, les patients prenant des bêtabloquants, des antidiabétiques oraux ou encore des laxatifs étaient plus favorables à la déprescription (*respectivement* $p=0,016$; $p=0,022$; $p=0,018$) (**Tableau 7**).

Tableau 7 : Description de la population en fonction l'acceptation ou du refus de la déprescription
(n = 143)

	Acceptation (n = 114)		Refus (n = 29)		p
	n (%)	m (sd)	n (%)	m (sd)	
Homme	68 (59,6)		11 (37,9)		0,036
Age (ans)		71,9 (9,7)		73,4 (8,4)	0,411
Catégorie d'âge					0,462
55 ans - 64 ans	31 (27,2)		4 (13,8)		
65 ans - 74 ans	36 (31,6)		12 (41,4)		
75 ans - 79 ans	19 (16,7)		6 (20,7)		
> 80 ans	28 (24,5)		7 (24,1)		
Localisation géographique					0,504
Groupe 1	17 (14,9)		2 (6,9)		
Groupe 2	46 (40,4)		12 (41,4)		
Groupe 3	51 (44,7)		15 (51,7)		
Chutes	24 (21,1)		7 (24,1)		0,719
Nombre de comorbidités		3,0 (1,3)		3,1 (1,1)	0,560
Antécédents					
Troubles cardiaques	43 (37,7)		15 (51,7)		0,170
Hypertension artérielle	77 (67,5)		17 (58,6)		0,366
Hypercholestérolémie	60 (52,6)		10 (34,5)		0,081
Diabète	51 (44,7)		6 (20,7)		0,018
Reflux gastro-œsophagien	35 (30,7)		9 (31,0)		0,972
Constipation	15 (13,2)		7 (24,1)		0,143
Dépression/Anxiété	25 (21,9)		10 (34,5)		0,160
Trouble du sommeil	25 (21,9)		10 (34,5)		0,160
Incontinence urinaire	15 (13,2)		5 (17,2)		0,571
Traitements chroniques					
IEC/ARAI	79 (69,3)		20 (69,0)		0,972
Bétabloquants	39 (34,2)		17 (58,5)		0,016
Diurétiques de l'anse	13 (11,4)		7 (24,1)		0,078
Statines	65 (57,0)		13 (44,8)		0,239
Antidiabétiques oraux	50 (43,9)		6 (20,7)		0,022
Inhibiteurs de la pompe à protons	42 (36,8)		14 (48,3)		0,260
Laxatifs	12 (10,5)		8 (27,6)		0,018
Antidépresseurs	18 (15,8)		6 (20,7)		0,528
Anxiolytiques	20 (17,5)		9 (31,0)		0,107
Hypnotiques	18 (15,8)		6 (20,7)		0,528
Antispasmodiques urinaires	8 (7,0)		4 (13,8)		0,240
Nombre de médicaments					0,872
5 médicaments	45 (39,5)		9 (31,0)		
6 médicaments	17 (14,9)		6 (20,7)		
7 médicaments	14 (12,3)		5 (17,2)		
8 médicaments	8 (7,0)		1 (3,5)		
9 médicaments	11 (9,6)		3 (10,4)		
Plus de 10 médicaments	19 (16,7)		5 (17,2)		
Connaissance médicament					0,507
Oui tous	77 (67,5)		22 (75,9)		
Oui majorité	22 (19,3)		6 (20,7)		
Oui certains	11 (9,6)		1 (3,4)		
Non	4 (3,5)		0 (0)		
Sentiment trop médicament	50 (43,9)		7 (24,1)		0,053
Sentiment traitement contraignant	51 (44,7)		6 (20,7)		0,018
Patient observant	105 (92,1)		29 (100,0)		0,118

m : moyenne / sd : écart-type

V.3.4. Facteurs associés au refus de la déprescription

Le sentiment de contrainte lié au traitement et la volonté d'arrêter les laxatifs étaient significativement associés au refus de la déprescription (respectivement $p=0,026$; $p=0,003$). Le sexe masculin était associé au refus de la déprescription même si le résultat n'était pas significatif ($p=0,073$). Un traitement chronique par bêtabloquants était associé à l'acceptation de la déprescription ($p=0,003$). Une association significative entre l'acceptation à la déprescription et un traitement par laxatifs a également été retrouvée ($p=0,033$) (**Tableau 8**).

Tableau 8 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription (n = 143)

Variables	aOR	IC95%	p value
Homme	0,380	-2,025 ; 0,090	0,073
Traitement contraignant	0,279	-2,400 ; -0,155	0,026
Traitements chroniques			
Laxatifs	4,054	0,115 ; 2,685	0,033
Bêtabloquants	5,395	0,590 ; 2,781	0,003
Arrêt médicaments			
Arrêt laxatifs	0,082	-4,141 ; -0,851	0,003

aOR : adjusted Odds Ratio

Chez les sujets âgés de plus de 75 ans, le sexe masculin était significativement associé au refus de la déprescription ($p=0,010$). Un antécédent de diabète chez les sujets âgés de plus de 75 ans était prédictifs d'un refus de la déprescription, même si le résultat n'était pas significatif. Un traitement par bêtabloquant était également non significativement associé à une acceptation de la déprescription ($p=0,054$) (**Tableau 9**).

Tableau 9 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription chez les sujets âgés de plus de 75 ans (n = 60)

Variables	aOR	IC95%	p value
Homme	0,088	-4,259 ; -0,591	0,010
Diabète	0,192	-3,686 ; 0,382	0,111
Bêtabloquants	5,922	-0,029 ; 3,586	0,054

aOR : adjusted Odds Ratio

Chez les sujets âgés de moins de 75 ans, la volonté d'arrêter les statines était significativement associée au refus de la déprescription ($p=0,016$). Le sexe masculin était associé au refus de la déprescription même si le résultat n'était pas significatif ($p=0,153$). Au contraire, un

traitement par bêtabloquant et/ou laxatifs était significativement associé à une acceptation de la déprescription (respectivement $p=0,004$ et $p=0,010$) (**Tableau 10**).

Tableau 10 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription chez les sujets âgés de moins de 75 ans (n = 83)

Variables	aOR	IC95%	p value
Homme	0,337	-2,581 ; 0,405	0,153
Bêtabloquants	2,397	0,767 ; 4,027	0,004
Laxatifs	11,703	0,591 ; 4,329	0,010
Traitement contraignant	0,259	-2,830 ; 0,129	0,074
Arrêt statines	0,096	-4,251 ; -0,439	0,016

aOR : *adjusted Odds Ratio*

D'après l'analyse en fonction de la zone géographique, aucun facteur associé à la déprescription n'a été identifié dans le groupe 3 (zone rurale). Dans le groupe 2 (zone semi-urbaine), deux facteurs significativement associés au refus ont été retrouvés : un sentiment de traitement contraignant ($p=0,040$) et le diabète ($p=0,005$). Au contraire, un traitement par bêtabloquant était significativement associé à une acceptation de la déprescription ($p=0,005$) (**Tableau 11**).

Tableau 11 : Facteurs prédictifs d'un refus de la déprescription en fonction de la localisation géographique (n = 143)

Localisation géographique	Variables	Log OR	IC95%	p value
Zone urbaine	<i>Référence</i>	-	-	-
Zone semi-urbaine				
	Homme	-0,932	-2,232 ; 0,369	0,180
	Diabète	-2,962	-5,847 ; -0,077	0,005
	Traitement contraignant	-2,136	-4,264 ; -0,007	0,040
	Traitements chroniques			
	Laxatifs	1,253	-0,408 ; 2,914	0,147
	Bêtabloquants	2,140	0,677 ; 3,603	0,005
	Arrêt médicaments			
	Arrêt laxatifs	-0,699	-3,728 ; 2,330	1,000
Zone rurale				
	Homme	-0,654	-1,860 ; 0,552	0,380
	Diabète	-0,366	-1,536 ; 0,804	0,572
	Traitement contraignant	-0,654	-1,860 ; 0,552	0,380
	Traitements chroniques			
	Laxatifs	1,145	-0,192 ; 2,482	0,125
	Bêtabloquants	0,473	-0,693 ; 1,638	0,547
	Arrêt médicaments			
	Arrêt laxatifs	0,560	-1,913 ; 3,032	0,545

Log OR : *logarithme Odds ratio*

V.3.5. Description des leviers et des freins à la déprescription en Dordogne

Parmi la population étudiée, 35,1% des patients souhaitaient que leur médecin traitant réduise leurs traitements quotidiens. De plus, près d'un quart des patients estimaient que certains de leurs médicaments n'étaient pas nécessaires (21,9%) ou qu'ils leurs provoquaient des effets indésirables (25,4%) (**Tableau 12**).

Tableau 12 : Les leviers à la déprescription (n = 114)

	Dordogne (n = 114)
	n (%)
Acceptation déprescription	
Plus besoin de certains médicaments	25 (21,9)
Certains médicaments ne sont pas efficaces	12 (10,5)
Certains médicaments ont des EI	29 (25,4)
Souhait de diminution du nombre de médicaments	40 (35,1)
Autre	27 (23,7)

Concernant les freins à la déprescription, 48,3% des patients considéraient leurs traitements comme efficaces. De plus, 44,8% exprimaient la crainte de rechuter en cas d'arrêt d'un médicament. Enfin, 20,7% des patients avaient déjà vécu une mauvaise expérience lors de l'arrêt d'un traitement (**Tableau 13**).

Tableau 13 : Les freins à la déprescription (n = 29)

	Dordogne (n = 29)
	n (%)
Refus déprescription	
Peur de retomber malade	13 (44,8)
Les médicaments sont efficaces	14 (48,3)
Mauvaise expérience à l'arrêt d'un TTT antérieur	6 (20,7)
Impression de refus de soin du prescripteur	2 (6,9)
Autre	1 (3,4)

V.3.6. Description des classes thérapeutiques plébiscitées pour être déprescrites

Parmi les classes médicamenteuses proposées dans le questionnaire, 32,9% des patients seraient favorables à l'arrêt de leur traitement hypolipémiant et 14,7% de leurs antidiabétiques oraux par leur médecin traitant.

Parmi les patients initialement opposés à la déprescription, 44,8% accepteraient néanmoins d'arrêter au moins un de leurs traitements chroniques (**Tableau 14**).

Tableau 14 : Arrêt des classes thérapeutiques en fonction de l'acceptation ou du refus de la déprescription (n = 143)

	Acceptation déprescription (n = 114) n (%)	Refus déprescription (n = 29) n (%)	Total (n = 143) n (%)
Arrêt des classes thérapeutiques			
Statines	45 (39,5)	2 (6,9)	47 (32,9)
Antidiabétiques	21 (18,4)	0 (0,0)	21 (14,7)
Antidépresseurs	15 (13,2)	2 (6,9)	17 (11,9)
IEC/ARAII	14 (12,3)	2 (6,9)	16 (11,2)
Inhibiteurs de la pompe à protons	13 (11,4)	3 (10,3)	16 (11,2)
Anxiolytiques	12 (10,5)	2 (6,9)	14 (9,8)
Bétabloquants	9 (7,9)	1 (3,4)	10 (7,0)
Hypnotiques	8 (7,0)	1 (3,4)	9 (6,3)
Diurétiques de l'anse	7 (6,1)	1 (3,4)	8 (5,6)
Laxatifs	5 (4,4)	1 (3,4)	6 (4,2)
Antispasmodiques urinaires	2 (1,8)	0 (0,0)	2 (1,4)

V.3.7. Place du pharmacien d'officine

Parmi les personnes interrogées (n = 143), 66,4% désignaient le médecin traitant comme interlocuteur prioritaire lorsqu'elles ressentent qu'un ou plusieurs de leurs traitements sont inadaptés. Le pharmacien serait sollicité en premier pour près d'un quart des patients (24,5%) (**Tableau 15**).

Tableau 15 : Interlocuteur prioritaire des patients pour réévaluer leur traitement (n = 143)

	Dordogne (n = 143) n (%)
Professionnel de santé	
Médecin traitant	95 (66,4)
Pharmacien	35 (24,5)
Médecin spécialiste	9 (6,3)
Infirmier	2 (1,4)
Autres	2 (1,4)

Sur les 143 patients répondeurs, 76,2% des patients acceptaient un entretien avec leur pharmacien pour faire un bilan concernant leur traitement. Cependant, seulement 73,4% des patients interrogés souhaitaient que le pharmacien propose au médecin traitant des modifications thérapeutiques.

En ce qui concerne la DAD, ces mêmes patients (n = 105) acceptaient que leur pharmacien adapte le nombre de boîtes dispensé en fonction de leur besoin. En moyenne, la DAD étaient réalisée pour quatre classes médicamenteuses parmi celles proposées. Les principales classes thérapeutiques pour lesquelles les patients accepteraient la DAD étaient : les antalgiques (66,7%), les bains de bouche (57,1%) et les anti-acides (53,3%) (**Tableau 16**).

Tableau 16 : Délivrance adaptée des classes thérapeutiques en fonction de l'acceptation de la DAD
(n = 105)

	n	%	m	sd
Accord dispensation adaptée	105	73,4		
Nombre de dispensation adaptée			4,0	4,2
Acceptation dispensation adaptée par classe de médicaments				
Antalgiques	70	66,7		
Bains de bouche	60	57,1		
Anti-acides	56	53,3		
Antispasmodiques	47	44,8		
Anti-inflammatoires topiques	46	43,8		
Laxatifs	46	43,8		
Antiseptiques	45	42,9		
Collyres	44	41,9		
Hydratants peau	42	40,0		
Anti-inflammatoires oraux	40	38,1		
Antidiarrhéiques	39	37,1		
Antiémétiques	32	30,5		

m : moyenne / sd : écart-type

VI. Discussion générale

Dans notre étude, l'âge moyen des participants était de 72 ans ($\pm 9,4$ ans) et ils présentaient en moyenne trois comorbidités (hypertension artérielle, hypercholestérolémie et maladies cardiovasculaires). Ce profil de patient est comparable à l'étude similaire réalisée en Haute-Vienne (50). De la même façon, le nombre de chute était significativement plus important chez les personnes âgées de plus de 75 ans ($p=0,040$). D'après l'analyse en fonction de la zone géographique, les patients habitants en zone rurale étaient plus polymédiqués que les patients vivant en zone semi-urbaine et urbaine ($p=0,005$). La population étudiée était observante (93,7%).

D'après nos résultats, la majorité des participants (79,7%) se montraient favorables à une déprescription. Ce chiffre est comparable à celui retrouvé en Haute-Vienne mais reste inférieur à celui de l'étude de *Reeve et al.* qui était de 90% ou encore à celui de la méta-analyse de *Weir et al.* qui était de 88% (52,53).

Plusieurs leviers favoriseraient l'acceptation de la démarche de déprescription par les patients: la volonté de réduire le nombre de traitements quotidiens (35,1%), la présence de médicaments estimés non nécessaires (21,9%) et la présence d'effets indésirables (25,4%). L'acceptation de la démarche par des patients souhaitant réduire leurs traitements chroniques fait partie des groupes de patients volontaires décrits par l'étude de *Weir et al.* (54). Dans notre étude, l'arrêt de traitement le plus plébiscité était celui des statines contrairement aux antihypertenseurs et antidiabétiques oraux retrouvés dans l'étude de Haute-Vienne (50).

Dans la population totale, le sentiment de contrainte liée au traitement ($p=0,026$) et la volonté d'arrêter les laxatifs ($p=0,003$) étaient significativement associés au refus de la déprescription. De plus, le sexe masculin était en faveur d'un refus de la déprescription. Cette tendance a aussi été retrouvée dans les autres analyses de sous-groupes.

Les deux principaux freins à la déprescription identifiés étaient le sentiment d'efficacité des traitements en cours (48,3%) et la crainte de rechuter en cas d'arrêt (44,8%). Ceci est aussi retrouvé dans la littérature d'après *Thompson et al.* (55).

Notre étude souligne la place du pharmacien dans l'accompagnement thérapeutique des patients. En effet, d'après les réponses aux questionnaires, il serait sollicité en premier pour 24,5% des patients ayant des problèmes avec leurs traitements. Il est un acteur clef de proximité derrière le médecin traitant. Ceci est confirmé par le fait que 76,2% des patients accepteraient un entretien pharmaceutique pour réaliser un bilan partagé de médication. De plus, 73,4% des patients autoriseraient le pharmacien à faire de la DAD, notamment pour les classes médicamenteuses suivantes : antalgiques, bains de bouche et anti-acides. Dans notre étude, la proportion de patients favorables à la réévaluation des traitements par le pharmacien est supérieure à celle retrouvée dans l'enquête de *Sirois et al.* qui était de 51,2% (56).

Notre étude a permis de faire un état des lieux exhaustif concernant l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées de plus de 55 ans en Dordogne. Elle a mis en évidence que la population était favorable à la déprescription et a permis d'identifier de manière quantitative des leviers et des freins à sa mise en œuvre. L'un des biais de notre étude est la disparité des réponses au questionnaire entre les trois zones géographiques. De la même façon, le questionnaire a pu faire l'objet d'un biais d'interprétation par les patients. Les données fournies étant déclaratives, elles n'ont pu être vérifiées. De plus, malgré un

échantillon important étudié, le recueil de questionnaires supplémentaires serait nécessaire pour permettre une meilleure comparaison à l'étude de Haute-Vienne.

Le pharmacien d'officine dispose de nombreux outils d'aide pour optimiser les traitements des patients âgés polymédiqués (26–28,55). Grâce aux nouvelles missions qui lui sont confiées, il peut mettre à profit son expertise pharmaceutique pour améliorer la prise en charge des patients. Sa proximité avec le patient permet d'initier un dialogue primordial dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. La réalisation de bilans partagés de médication intègre le pharmacien comme un acteur dans la mise en œuvre de la déprescription. Cette étude a permis d'identifier des patients volontaires dans cette démarche tels que des patients en cours de traitement par laxatifs et/ou bêtabloquants et les patients souhaitant réduire le nombre de leurs traitements chroniques (35,1%). En parallèle, l'identification des profils de patients réfractaires à la déprescription permet au pharmacien d'adapter son discours, notamment face à l'expression d'une crainte de rechute en cas d'arrêt de traitement (44,8%), pour susciter leur adhésion au processus. Au cours de ces bilans partagés de médication, l'expertise pharmaceutique permet de proposer au patient un plan pharmaceutique personnalisé pour sa prise en charge et de le communiquer au médecin traitant. Le médecin traitant peut alors s'appuyer sur cette analyse pour optimiser son acte de déprescription. Une collaboration étroite entre le médecin et le pharmacien est primordiale pour assurer la mise en œuvre et le suivi de cette démarche. On peut citer l'exemple de la déprescription d'un IPP qui nécessite une décroissance posologique progressive et un suivi thérapeutique rapproché du patient pour éviter le risque d'effet rebond associé à l'arrêt brutal du traitement (57). La démarche de déprescription est un continuum qui nécessite une sensibilisation constante des professionnels de santé et des patients tout au long de leur prise en charge.

En complément des effets bénéfiques de la déprescription, le pharmacien peut agir de manière significative sur l'observance ainsi que sur les connaissances des patients concernant leurs traitements pour les rendre acteurs de leur prise en charge (58).

VII. Conclusion

L'augmentation croissante du nombre de patients âgés polypathologiques et polymédiqués ayant un risque iatrogène médicamenteux élevé conduit à la nécessité de développer une prise en charge spécialisée pour ces patients.

La réévaluation des traitements des sujets âgés devient essentielle pour maintenir et/ou améliorer leur qualité de vie. En effet, ils présentent un risque majoré de mauvaise tolérance aux traitements, notamment du fait de la diminution de leurs réserves physiologiques avec l'âge.

Les nouvelles missions des pharmaciens d'officine, telles que la réalisation de bilans partagés de médication, s'intègrent dans cette démarche de réévaluation des traitements pour ces patients.

Mieux prescrire est un véritable enjeu de santé publique. Un des axes d'optimisation des traitements est la déprescription : celle-ci permettrait de réduire les hospitalisations liées à des événements iatrogènes, de limiter les coûts liés à la prise en charge des effets indésirables des médicaments, et permettrait une meilleure gestion des traitements au long cours.

Par son expertise, le pharmacien joue un rôle majeur dans l'identification des traitements inappropriés et dans l'accompagnement des prescripteurs et des patients dans la démarche de déprescription. Ses compétences font de lui un interlocuteur indispensable.

Les pharmaciens français peuvent notamment s'appuyer sur le retour d'expérience de leurs homologues canadiens pour déployer à grande échelle cette pratique. La sensibilisation de l'ensemble des soignants à la iatrogénie médicamenteuse est primordiale pour développer la déprescription et en faire bénéficier le plus grand nombre de patients.

Références bibliographiques

1. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 4 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
2. Dossier complet – Département de la Dordogne (24) | Insee [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-24#tableau-POP_G2
3. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2016 [cité 19 mai 2022]. 279 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>
4. Gimbert V, Godot C. Vivre ensemble plus longtemps: enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Paris: la Documentation française; 2010. (Rapports et documents).
5. Medicare C to D a S for QR and A in, Medicine I of, Lohr KN. Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I. Washington: National Academies Press; 1990. 468 p.
6. Bilan démographique 2021 - Insee Première - 1889 [Internet]. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
7. Jeandel C. Les différents parcours du vieillissement. Trib Santé. 2005;7(2):25.
8. Alvis BD, Hughes CG. Physiology Considerations in the Geriatric Patient. Anesthesiol Clin. sept 2015;33(3):447-56.
9. Bien vieillir [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
10. Vellas B. Fragilité des personnes âgées et prévention de la dépendance. Bull Académie Natl Médecine. avr 2013;197(4-5):1009-19.
11. 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. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
12. Allonier C, Dourgnon P. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. :258.
13. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 mai 2022]. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
14. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
15. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : 2004 : changer le cours de l'histoire [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2004 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42935>
16. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. Am J Geriatr Pharmacother. 1 déc 2007;5(4):345-51.

17. ThinkCascades: A Tool for Identifying Clinically Important Prescribing Cascades Affecting Older People.
18. VIDAL [Internet]. [cité 30 avr 2022]. Prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France : enquête de l'IRDES. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/14959-prevalence-de-la-polymedication-chez-les-personnes-agees-en-france-enquete-de-l-irdes.html>
19. Les Français consomment - ils trop de médicaments ? [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.leem.org/100-questions/les-francais-consomment-ils-trop-de-medicaments>
20. Consommation des médicaments : âge, sexe, quel profil type ? - data.gouv.fr [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/consommation-des-medicaments-age-sexe-quel-profil-type/>
21. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Haute Aut Santé HAS. 2005;16.
22. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018.
23. Bégaud B, Costagliola D. RAPPORT SUR LA SURVEILLANCE ET LA PROMOTION DU BON USAGE DU MEDICAMENT EN FRANCE.
24. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) [Internet]. 2025 [cité 2 févr 2025]. Les Équipes Mobiles de Gériatrie (Saint-Brieuc) – SFGG. Disponible sur: <https://sfgg.org/agenda/les-equipes-mobiles-de-geriatrie-saint-brieuc/>
25. Sourd S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. J Am Med Dir Assoc. 1 août 2015;16(8):674-81.
26. Personnes âgées [Internet]. OMEDIT. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/boite-a-outils/personnes-agees/>
27. La déprescription [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/prevention-du-risque-iatrogenique-et-prescription/deprescription>
28. Roux B, Berthou-Contreras J, Beuscart JB, Charenton-Blavignac M, Doucet J, Fournier JP, et al. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. Eur J Clin Pharmacol. nov 2021;77(11):1713-24.
29. Déprescription [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/prevention-du-risque-iatrogenique-et-prescription/deprescription>
30. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. mai 2015;175(5):827-34.

31. Carollo M, Crisafulli S, Vitturi G, Besco M, Hinek D, Sartorio A, et al. Clinical impact of medication review and deprescribing in older inpatients: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2024;72(10):3219-38.
32. La déprescription : un enjeu majeur pour la santé publique, avec Nantes en pointe de la recherche [Internet]. [cité 24 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.echosciences-paysdelaloire.fr/articles/la-deprescription-un-enjeu-majeur-pour-la-sante-publique-avec-nantes-en-pointe-de-la-recherche>
33. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging.* oct 2013;30(10):793-807.
34. er1113.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
35. Accompagnement à la déprescription médicamenteuse | OMEDIT Grand Est [Internet]. [cité 24 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/accompagnement-la-deprescription-medicamenteuse>
36. La déprescription (ameli) [Internet]. [cité 24 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/prevention-du-risque-iatrogenique-et-prescription/deprescription>
37. Réseau canadien pour la déprescription [Internet]. [cité 30 avr 2022]. Réseau canadien pour la déprescription. Disponible sur: <https://www.reseaudeprescription.ca>
38. Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription [Internet]. [cité 24 nov 2024]. Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription. Disponible sur: <https://www.reseaudeprescription.ca>
39. McDonald EG, Wu PE, Rashidi B, Wilson MG, Bortolussi-Courval É, Atique A, et al. The MedSafer Study-Electronic Decision Support for Deprescribing in Hospitalized Older Adults: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 mars 2022;182(3):265-73.
40. McCarthy LM, Savage R, Dalton K, Mason R, Li J, Lawson A, et al. ThinkCascades: A Tool for Identifying Clinically Important Prescribing Cascades Affecting Older People. *Drugs Aging.* 1 oct 2022;39(10):829-40.
41. ReCAD+-+Rapport+Annuel+2022.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://static1.squarespace.com/static/5b228b21b27e39f258f12ae0/t/639894ebed1553628b3bc064/1670943980950/ReCAD+-+Rapport+Annuel+2022.pdf>
42. Arrêté du 28 mai 2024 relatif aux effecteurs, au contenu et aux modalités de tarification des rendez-vous de prévention.
43. Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
44. VIDAL [Internet]. [cité 1 mars 2025]. Prescription médicale : quelles adaptations le pharmacien peut-il faire lors de la dispensation ? Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/26069-prescription-medicale-queelles-adaptations-le-pharmacien-peut-il-faire-lors-de-la-dispensation.html>

45. JOE_TEXTE.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/lwulT1qU3IEiYGyD4fBVGHQJydhJrIZweu4ziZogaJ8=/JOE_TEXTE
46. Arrêté du 5 juillet 2024 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 9 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
47. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 1 mars 2025]. Mon Bilan Prévention : en quoi ça consiste ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/article/mon-bilan-prevention-en-quoi-ca-consiste>
48. sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf [Internet]. [cité 24 nov 2024]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf
49. avenant-19-convention-nationale-pharmacien.pdf [Internet]. [cité 24 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/658459/document/avenant-19-convention-nationale-pharmacien.pdf>
50. Marcellaud E. Les déterminants anthropologiques de la déprescription en Haute-Vienne. 8 oct 2021;77.
51. CNOP [Internet]. [cité 5 janv 2025]. Carte départementale - Officine (Mis à jour le 05/12/2024). Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/je-suis-pharmacien-titulaire-d-officine/mon-exercice-professionnel/les-cartes/carte-departementale-officine-mis-a-jour-le-05-12-2024>
52. Weir KR, Ailabouni NJ, Schneider CR, Hilmer SN, Reeve E. Consumer Attitudes Towards Deprescribing: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 14 août 2021;77(5):1020-34.
53. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe. J Am Geriatr Soc. sept 2013;61(9):1508-14.
54. Weir K, Nickel B, Naganathan V, Bonner C, McCaffery K, Carter SM, et al. Decision-Making Preferences and Deprescribing: Perspectives of Older Adults and Companions About Their Medicines. J Gerontol Ser B. 20 sept 2018;73(7):e98-107.
55. Thompson W, McDonald EG. Polypharmacy and Deprescribing in Older Adults.
56. Sirois C, Ouellet N, Reeve E. Community-dwelling older people's attitudes towards deprescribing in Canada. Res Soc Adm Pharm. 1 juill 2017;13(4):864-70.
57. deprescribing-algorithms-2018_Fr.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2019/04/deprescribing-algorithms-2018_Fr.pdf
58. Rajiah K, Sivarasa S, Maharajan MK. Impact of Pharmacists' Interventions and Patients' Decision on Health Outcomes in Terms of Medication Adherence and Quality Use

of Medicines among Patients Attending Community Pharmacies: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 21 avr 2021;18(9):4392.

59. AUTO_QUESTIONNAIRE_70_75_ANS.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur:
https://monbilanprevention.sante.gouv.fr/pdf/AUTO_QUESTIONNAIRE_70_75_ANS.pdf

Annexes

Annexe 1. Ordonnance de déprescription IPP fournie par l'OMEDIT (35)	55
Annexe 2. Opinion pharmaceutique sur les antihistaminiques	56
Annexe 3. Auto-questionnaire Mon Bilan prévention 70-75 ans (59).....	57
Annexe 4. Questionnaire enquête patient département Dordogne	64
Annexe 5. Score de Morisky à 4 items	69
Annexe 6. Fiche récapitulative de l'étude présentant les critères d'inclusion et d'exclusion des patients cibles	70

Annexe 1. Ordonnance de déprescription IPP fournie par l'OMEDIT (35)



Ordonnance
de déprescription
Juin 2024

Date : _____

Renseignements :

Médecin : _____
Nom du patient : _____

Déprescription :

Médicament à déprescrire : _____
Explications : Votre situation a évolué, il est aujourd'hui plus adapté d'arrêter de prendre ce médicament. Bien entendu, si la situation évolue de nouveau, nous réadapterons votre prise en charge médicamenteuse.
Préconisations et conseils complémentaires associés à la démarche : Ce médicament agit en diminuant la production d'acide de l'estomac. Après une prise pendant plusieurs semaines, il est possible que des symptômes transitoires (comme des remontées acides) surviennent à l'arrêt (dans un délai d'environ 10 jours après l'arrêt du médicament). Pour limiter la survenue éventuelle de symptômes, je vous propose de **l'arrêter progressivement** (*Rayer les mentions non retenues et préciser les modalités : par réduction de la dose, espacement des prises, autre :* _____)

Voici quelques conseils hygiéno-diététiques :

 Concernant l'alimentation :

- Eviter la consommation excessive de :
 - o boissons alcoolisées, café, eaux gazeuses
 - o de fruits oléagineux (noix, amandes etc.), d'épices, d'agrumes, de pains frais, de tomates
- Favoriser les cuissons légères (pochées, rôties, papillotes, bouillies)
- Limiter les repas trop gras / copieux

Diner au **moins 3 heures** avant d'aller se coucher et surélever la tête du lit d'environ 45°

- Pratiquer une activité physique régulière comme la marche
- Eviter le tabac
- Eviter de porter des vêtements trop serrés, etc.

 Prendre un médicament antiacide en cas de besoin :

① **Pansement gastrique de type :** alginate de sodium/bicarbonate de sodium (Gaviscon®) ou hydroxyde d'aluminium/hydroxyde de magnésium (Maalox®) : espacer la prise d'autres médicaments d'au moins 2h si possible

② **Si les symptômes persistent :**

- Anti-H2 (Cimétidine, Famotidine)

Prescription :

Liste des médicaments prescrits : se référer à l'ordonnance réalisée en date du ____/____/____

Suivi :

Je vous propose un suivi en plusieurs temps (environ après 4 semaines, 8 semaines, 12 semaines peut être conseillé) pour surveiller comment se passe l'arrêt du traitement et l'éventuelle survenue de symptômes.

En cas de symptômes inhabituels et persistants sur plusieurs jours n'hésitez pas à me recontacter ou à contacter votre pharmacien !

Propositions d'un plan de prise (à adapter à la stratégie d'arrêt choisie) :

☐ **Espacement des prises :**

Semaine 1 et 2 Du ____/____/____ au ____/____/____	Prendre le médicament 1 jour/2
Semaine 3 et semaine 4 Du ____/____/____ au ____/____/____	Prendre le médicament 2 fois/semaine (jours à définir avec le patient) : _____
Arrêt du médicament le ____/____/____	

☐ **Réduction de la dose et espacement des prises (adapté pour de fortes posologies) :**

Semaine 1 et 2 Du ____/____/____ au ____/____/____	
Diminution de la posologie de moitié :	
Semaines suivantes	
Espacement des prises (1 jour/2, 1 jour/3, ...) jusqu'à l'arrêt	Arrêt le ____/____/____

Avez-vous pris un médicament antiacide au cours de l'arrêt ? _____

Informations générales :

N'hésitez pas :

- à consulter ce document sur le Reflux Gastro Œsophagien dont les règles hygiéno-diététiques proposées en première page proviennent : [reflux_gastro_oesophagien_snfce-croix_2017.pdf](#)
- à compléter votre carte de suivi avec les dates de prochaines consultations.

Pensez à ramener vos médicaments périmés ou non utilisés à votre pharmacie !

Signature du médecin :

Hugo CELERIER | Thèse d'exercice | Université de Limoges | 2024
Licence CC BY-NC-ND 3.0

55

Annexe 2. Opinion pharmaceutique sur les antihistaminiques

Opinion pharmaceutique fondée sur des données probantes Antihistaminiques

Date (jj/mm/aa) : _____

À l'attention de Dr. _____

Tél. : () _____

Fax : () _____

Nom du pharmacien : _____

Tél. : () _____

Fax : () _____

Votre patient, _____ (DDN (jj/mm/aa) : _____), prend actuellement _____ pour le traitement de démangeaisons ou d'allergies. Les antihistaminiques de première génération sont associés à un risque accru de somnolence et à des effets secondaires anticholinergiques. Ils ne sont pas recommandés pour les personnes de plus de 65 ans. D'autres solutions plus sécuritaires devraient être envisagées.

Alternatives proposées ➔ SVP cochez toutes les options qui s'appliquent :

1) Pour les allergies

☐

Cesser la prescription actuelle et la remplacer par l'antihistaminique de 2^e ou 3^e génération suivant (encercler votre choix) :

2^e génération :

- Cétirizine (Reactine®) → 5-10 mg die

- Loratadine (Claritin®) → 10 mg die

3^e génération :

- Desloratadine (Aerius®) → 5 mg die

- Fexofénadine (Allegra®) → 180 mg die ou 60 mg BID

☐

Cesser la prescription actuelle et prescrire :

Nom : _____ Dose : _____ Qté : _____ Durée Tx : _____ Renouvellement # : _____

2) Pour prurit dû à sécheresse cutanée (xérose)

☐

Cesser la prescription actuelle et la remplacer par une crème à base d'urée : Nom : _____

Dose : _____ Qté : _____ Durée Tx : _____ Renouvellement # : _____

☐

Fournir au patient de l'information sur des solutions non pharmacologiques pour réduire les démangeaisons et la peau sèche :

- Privilégier l'usage de savons et détergents doux
- Remplacer les savons par des gels de bain
- Appliquer une crème hydratante après le bain, et jusqu'à trois fois par jour au besoin afin de bien hydrater la peau (pommades ou crèmes épaisses avec un fort contenu lipidique).
- Utiliser un humidificateur en hiver

NOTE: Aucune preuve soutenue n'existe pour valider l'utilisation d'antihistaminiques pour traiter le prurit qui n'est pas provoqué par des mastocytes.

☐

Aucun changement à la prescription.

Je certifie que :

- cette ordonnance est une ordonnance originale
- le pharmacien identifié précité est le seul destinataire
- l'original ne sera pas réutilisé

Médecin : _____

de licence : _____

Date : _____

Directives cliniques*

La liste de Beers 2019 établie par l'*American Geriatrics Society* énumère les médicaments à éviter chez les personnes de 65 ans et plus et recommande de ne pas prescrire d'antihistaminiques de première génération à ce segment de la population.

Pour traiter des démangeaisons ou des allergies chroniques, la liste recommande de choisir les antihistaminiques de deuxième et de troisième génération.

Fondements*

- Les patients âgés sont plus à risque d'effets secondaires anticholinergiques, tels que confusion, sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, sécheresse oculaire (données probantes de qualité).
- L'utilisation d'antihistaminiques de première génération peut entraîner des troubles de la mémoire et une perte d'attention ou de concentration.

À RETOURNER À LA PHARMACIE _____

AU NUMÉRO DE FAX _____

***RÉFÉRENCES** : American Geriatrics Society 2019 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.15787>; Garibyan et al. Advanced aging skin and itch: addressing an unmet need. *Dermatologic Therapy* 2013; 26:92-103. Tannenbaum et al. A systematic review of amnestic and non-amnestic mild cognitive impairment induced by anticholinergic, antihistamine, GABAergic and opioid drugs. *Drugs Aging* 2012; 29(8):639-68.

Date de révision: 6 juin 2018

Annexe 3. Auto-questionnaire Mon Bilan prévention 70-75 ans (59)

Mon Bilan Prévention

70-75 ans

Prendre soin de soi est important

C'est pourquoi entre 70 et 75 ans, il est recommandé de faire le point sur sa santé avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme ou pharmacien). Ce Bilan Prévention, recommandé, est totalement pris en charge par l'assurance maladie.

Répondez dès à présent au questionnaire ci-dessous afin de préparer votre Bilan Prévention. Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions ci-dessous, certaines pourront être abordées directement avec le professionnel de santé si vous le souhaitez.

Situation personnelle, environnement social et familial

Q1 - Vous êtes :

- ☐ Une femme ☐ Un homme
☐ Autre

Q2 - Assumez-vous un rôle d'aident ?
Aidez-vous une personne de manière régulière et fréquente, en raison de son âge, de la maladie ou d'une situation de handicap ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q3 - En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q4 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des proches (amis, membres de votre famille) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Vos antécédents personnels et familiaux

Q5 - Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ou facteurs de risques ?

- ☐ Hypertension artérielle, diabète, cholestérol sanguin élevé
☐ Maladies cardiovasculaires (infarctus, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, AVC...)
☐ Cancers
☐ Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, BPCO)
☐ Arthrose ou maladie rhumatismale
☐ Fractures d'une vertèbre ou du col du fémur et/ou ostéoporose
☐ Autre(s) maladie(s) :
☐ Aucune

Q6 - À quand remonte votre dernière prise de sang et/ou une analyse d'urine ?

- ☐ Moins de 6 mois
☐ Plus de 6 mois

Merci d'en rapporter les résultats, si possible, lors de votre Bilan Prévention.

Q7 - Des personnes de votre famille proche (mère, père, sœur ou frère) sont ou ont été atteintes de maladies connues ?

Exemple : diabète, hypertension artérielle, cancer, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), maladie d'Alzheimer, ostéoporose, fracture du col du fémur,...

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Votre état de santé actuel

Q8 - Suivez-vous actuellement un traitement ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez amener, si possible, vos ordonnances lors de votre Bilan Prévention.

Q9 - Taille : m

Q10 - Poids : kg



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

.....
Mon Bilan Prévention

70-75 ans

Q11 - Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?

- ☐ Oui, un amaigrissement
☐ Oui, une prise de poids
☐ Non

Q12 - Avez-vous observé des gonflements importants et/ou inhabituels de vos chevilles ou de vos jambes ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q13 - Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs dans la poitrine notamment lors d'un effort ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q14 - Toussez-vous souvent (tous les jours) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q15 - Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q16 - Êtes-vous plus facilement essouffé(e) que les personnes de votre âge ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q17 - Faites-vous des pauses respiratoires ou des ronflements importants lors de votre sommeil, notamment constatés par votre entourage ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Q18 - Si vous êtes une femme, à quel âge avez-vous été ménopausée ?

Q19 - Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q20 - Avez-vous l'impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin...) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q21 - Avez-vous l'impression d'entendre moins bien et/ou votre entourage a-t-il l'impression que votre audition a baissé ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q22 - Êtes-vous sujet à des troubles urinaires ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q23 - Avez-vous eu, durant les 12 derniers mois, des problèmes (courbatures, douleur, inconfort) au niveau du cou, du dos, des épaules ou des mains qui impactent votre vie quotidienne ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q24 - Avez-vous la sensation d'oublier des choses ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q25 - Avez-vous des difficultés à réaliser certains gestes de la vie quotidienne ?

- ☐ Quitter son lit et/ou se coucher seul(e)
☐ Aller seul(e) aux toilettes
☐ Faire sa toilette seul(e)
☐ Se vêtir et/ou se dévêtir seul(e)
☐ Manger et boire seul(e)
☐ Marcher seul(e) avec ou sans béquille, canne...
☐ Utiliser seul(e) un moyen de transport (transports en commun, voiture....)

Activité physique, sédentarité et alimentation

Q26 - Combien de fois par semaine faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques au cours d'une journée (marche, ménage, jogging, vélo, jardinage, activité physique liée à votre profession, autre activité sportive, ...) ?

- ☐ Jamais
☐ 1 à 2 fois par semaine
☐ 3 à 4 fois par semaine
☐ 5 à 7 fois par semaine

Q27 - Concernant votre consommation de fruits et légumes, vous en mangez :

- ☐ Au moins 5 portions par jour
☐ Entre 1 et 4 portions par jour
☐ De temps en temps
☐ Rarement
☐ Jamais



**l'Assurance
Maladie**



**santé
famille
retraite
services**



**Santé
publique
France**



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

.....
Mon Bilan Prévention

70-75 ans

Q28 - À quelle fréquence consommez-vous des aliments gras/sucrés/salés (exemple : charcuterie, soda, bonbons, pâtisseries, chips, fast-food, glaces) ?

- ☐ Plusieurs fois par jour
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Jamais

Q29 - Combien de temps par jour passez-vous assis(e) ou allongé(e) hors période de sommeil ?

- ☐ Moins de 2 heures
- ☐ Entre 2 et 4 heures
- ☐ Entre 4 et 7 heures
- ☐ Plus de 7 heures
- ☐ Je ne sais pas

Q30 - Combien de temps par jour passez-vous devant un écran en dehors du travail (téléphone portable, télévision, ordinateur) ?

- ☐ Moins d'une heure
- ☐ Entre 1 heure et 2 heures
- ☐ Entre 2 et 4 heures
- ☐ Plus de 4 heures
- ☐ Je ne sais pas

Santé-environnement

Q31 - Avez-vous un logement facile d'accès en cas de mobilité réduite ? (logement de plain-pied, logement avec ascenseur, présence d'une rampe d'accès à l'immeuble ou au perron de la maison, ...)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q32 - Avez-vous un logement adapté à la prévention des chutes ? (douche plutôt qu'une baignoire, barre de douche, revêtement anti-chutes, WC surélevé, ...)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vaccins, dépistages et santé sexuelle

Q33 - Êtes-vous à jour de vos vaccins et rappels de vaccins ?

Merci de rapporter, si possible, votre carnet de vaccination lors de votre Bilan Prévention.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Q34 - Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage du cancer colorectal ?

Si oui, merci de rapporter si possible, les résultats de ce dépistage lors de votre Bilan Prévention.

- ☐ Oui, il y a moins de 2 ans
- ☐ Oui, il y a plus de 2 ans
- ☐ Non, jamais
- ☐ Je ne sais pas

Q35 - Avez-vous déjà réalisé une mammographie de dépistage du cancer du sein ?

Si oui, merci de rapporter si possible, les résultats de ce dépistage lors de votre Bilan Prévention.

- ☐ Oui, il y a moins de 2 ans
- ☐ Oui, il y a plus de 2 ans
- ☐ Non, jamais
- ☐ Je ne sais pas

Q35 bis - Avez-vous déjà réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Si oui, merci de rapporter si possible, les résultats de ce dépistage lors de votre Bilan Prévention.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas



**l'Assurance
Maladie**



santé
famille
retraite
services



**Santé
publique
France**



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

.....
Mon Bilan Prévention

70-75 ans

Q36 - Êtes-vous dans l'une des situations suivantes (possibilité de cocher plusieurs réponses) ?

- ☐ Plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois
- ☐ Souhait d'arrêter le préservatif avec mon nouveau (ou ma nouvelle) partenaire
- ☐ Mon(ma) partenaire sexuel(le) a eu un (ou plusieurs) diagnostic(s) d'infection sexuellement transmissible (VIH, chlamydia, gonocoque, syphilis...) dans les 12 derniers mois
- ☐ Rapports sexuels ces 12 derniers mois, mais non concerné(e) par une de ces trois situations ci-dessus
- ☐ Non concerné(e)

Conduites addictives, consommation de boissons alcoolisées, tabac et autres substances

Q37 - Au cours de l'année écoulée, concernant votre consommation de boissons alcoolisées :

- ☐ Vous buvez plus de 2 verres standards par jour
- ☐ Vous buvez plus de 10 verres standards par semaine
- ☐ Vous ne buvez pas de boissons alcoolisées au moins 2 jours dans la semaine

Q38 - Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?

- ☐ Oui, je fume
- ☐ Oui, je vapote
- ☐ Non
- ☐ J'ai arrêté

Q39 - Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ Entre 1 an et 5 ans
- ☐ Plus de 5 ans

Q40 - Avez-vous consommé d'autres substances au cours des 12 derniers mois ? Cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint ou shit) ou d'autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne etc.) ?

- ☐ Oui, du cannabis
- ☐ Oui, d'autres drogues
- ☐ Non

Q41 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous misé de l'argent pour un jeu (loterie, poker, ...), un pari (sportif, hippique, ...) ?

- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, de temps en temps
- ☐ Oui, rarement
- ☐ Non

Santé et bien-être mental, violences

Q42 - Votre regard sur le fait de passer ou d'être à la retraite est :

- ☐ Très positif
- ☐ Plutôt positif
- ☐ Plutôt négatif
- ☐ Très négatif

Q43 - Depuis que vous êtes en retraite, vous impliquez-vous dans de nouveaux projets (sorties, passe-temps, clubs, associations...) ?

- ☐ Oui, et j'ai déjà mis en place ces projets
- ☐ Oui, j'ai des projets prévus mais je ne les ai pas encore concrétisés
- ☐ Non, je ne sais pas encore quels seront mes projets



**l'Assurance
Maladie**



**santé
famille
retraite
services**



**Santé
publique
France**



Q44 - Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?

- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non
- ☐ Vous prenez des somnifères

Q45 - Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :

- ☐ Moins de 6h par nuit
- ☐ Entre 6h et 10h par nuit
- ☐ 10h ou plus par nuit

Q46 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension ?

- ☐ Jamais
- ☐ Plusieurs jours
- ☐ Plus de sept jours
- ☐ Presque tous les jours

Q47 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous été incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes ?

- ☐ Jamais
- ☐ Plusieurs jours
- ☐ Plus de sept jours
- ☐ Presque tous les jours

Q48 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?

- ☐ Jamais
- ☐ Plusieurs jours
- ☐ Plus de sept jours
- ☐ Presque tous les jours

Q49 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé un sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir ?

- ☐ Jamais
- ☐ Plusieurs jours
- ☐ Plus de sept jours
- ☐ Presque tous les jours

Q50 - Avez-vous déjà eu des idées noires/ suicidaires ou fait une tentative de suicide ?

- ☐ Oui, des idées noires/suicidaires
- ☐ Oui, une ou des tentative(s) de suicide
- ☐ Non

Q51 - Avez-vous déjà été victime de violences physiques, sexuelles ou psychiques (coups, mutilations, menaces, chantage, humiliations...), harcèlements, discrimination, soumission chimique etc... ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Précisions complémentaires concernant votre santé

Q52 - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?

- ☐ Mieux dormir
- ☐ Améliorer mon alimentation et bouger plus
- ☐ Réduire ou arrêter ma consommation de tabac
- ☐ Réduire ou arrêter ma consommation d'alcool
- ☐ Améliorer mon bien-être mental, réduire mon stress ou mon anxiété

- ☐ Mieux connaître / comprendre / prévenir les effets du vieillissement
- ☐ Mieux m'informer sur les dépistages concernant ma tranche d'âge

Q52 bis - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?

Les bons conseils pour prendre soin de soi



Bouger davantage

30 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée.
[50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus](#)



Manger sainement

Fruits et légumes ; moins de gras, de sel et de sucres ;
poissons 2 fois par semaine ; produits frais cuisinés
à la maison...
[50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus](#)



Réduire son stress

Respirer, en parler à ses proches, lister mes besoins, prioriser...
[Santé Mentale Info](#)



Préserver sa santé mentale

La santé mentale est indispensable à votre bien-être.
[Santé Mentale Info](#)



Arrêter le tabac

Utiliser des substituts nicotiniques et se faire aider par
un professionnel de santé.
Besoin de soutien ? [Tabac Info Service](#)



Maîtriser l'alcool

2 verres par jour, soit 10 par semaine, au maximum avec 2 jours sans alcool.

Besoin de soutien ? [Alcool Info Service](#)



Bien dormir

Se coucher et se lever à heure fixe, réserver la chambre au sommeil, éviter les écrans...

[10 recommandations de nos médecins du sommeil](#)



Lutter contre les violences

Les violences ont toutes des conséquences importantes. Pour être écouté, informé ou orienté, appeler le 3919.

[Arrêtons les violences](#)



Dépister les cancers

Chez les femmes, le dépistage du cancer du col de l'utérus, c'est tous les 5 ans chez votre médecin ou sage-femme ! À partir de 50 ans, je pense à faire le test de dépistage du cancer colorectal (et la mammographie si je suis une femme).

[Contre les cancers, vos conseils dépistage](#)

Je me rends sur sante.fr pour prendre rendez-vous avec un professionnel de santé et bénéficier de conseils personnalisés et d'actions de prévention adaptées, me permettant d'améliorer mon état de santé.

Ce Bilan Prévention est pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Si possible lors de mon bilan, je rapporte mes informations de vaccinations ainsi que mes derniers résultats d'analyses (sanguines, urinaires...) et de dépistage.

Annexe 4. Questionnaire enquête patient département Dordogne



Numéro de centre :

ENQUETE SUR L'UTILISATION DES MEDICAMENTS

Cette enquête est destinée à étudier l'utilisation des médicaments chez les personnes de plus de 55 ans. Les résultats serviront à étudier la pratique de la déprescription en Dordogne dans le cadre d'une thèse d'exercice en pharmacie.

Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes pour répondre au questionnaire ci-joint.

Vos réponses sont anonymes.

1. Vous êtes :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

2. Quel âge avez-vous ? ans

3. Avez-vous des problèmes : (Plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ De cœur | ☐ De diabète | ☐ De moral/d'anxiété |
| ☐ De tension | ☐ D'estomac | ☐ De sommeil |
| ☐ De cholestérol | ☐ De constipation | ☐ D'incontinence urinaire |

4. Avez-vous chuté au cours des 12 derniers mois ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Combien de médicaments différents prenez-vous chaque jour (hors homéopathie, phytothérapie, automédication) ?

- | | |
|--|---|
| ☐ 5 médicaments | ☐ 8 médicaments |
| ☐ 6 médicaments | ☐ 9 médicaments |
| ☐ 7 médicaments | ☐ Plus de 10 médicaments |

6. Connaissez-vous l'indication pour laquelle chacun de vos médicaments vous a été prescrit ?

- ☐ Oui, je connais l'indication de tous mes médicaments
- ☐ Oui, pour la majorité de mes médicaments
- ☐ Oui, pour certains de mes médicaments
- ☐ Non, je ne connais pas l'indication de mes médicaments

Page 1 sur 5

7. Pour quelles pathologies, prenez-vous des médicaments au quotidien ?

- ☐ Pour la tension (*exemple : ramipril TRIATEC®, irbésartan APROVEL®...*)
- ☐ Pour ralentir le cœur (*exemple : bisoprolol BISOCE®, propranolol AVLOCARDYL®, ...*)
- ☐ Pour diminuer les œdèmes (*exemple : furosémide LASILIX®*)
- ☐ Pour diminuer le cholestérol (*exemple : rosuvastatine CRESTOR®, atorvastatine TAHOR®...*)
- ☐ Pour le diabète (*exemple : metformine GLUCOPHAGE®, gliclazide DIAMICRON®, ...*)
- ☐ Pour les maux d'estomac (*exemple : ésoméprazole INEXIUM®, lansoprazole OGASTORO®...*)
- ☐ Pour la constipation (*exemple : macrogol FORLAX®, huile de paraffine LANSOYL®...*)
- ☐ Pour le moral (*exemple : paroxétine DEROXAT®, mirtazapine NORSET®...*)
- ☐ Pour l'anxiété (*exemple : alprazolam XANAX®, bromazépam LEXOMIL®...*)
- ☐ Pour les problèmes du sommeil (*exemple : zolpidem STILNOX®, zopiclone IMOVANE®*)
- ☐ Pour l'incontinence urinaire (*exemple : solifénacine VESICARE®, oxybutynine DITROPAN®...*)

8. Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9. Est-ce qu'il vous arrive parfois d'oublier de prendre vos médicaments ?

- ☐ Jamais – rarement
- ☐ De temps en temps (1 fois par mois)
- ☐ Parfois (1 fois toutes les deux semaines)
- ☐ Souvent (1 fois par semaine)
- ☐ Tout le temps – tous les jours

10. Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre certains de vos médicaments ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'arrêter de prendre vos médicaments de vous-même, sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien lorsque vous les preniez ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

12. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'arrêter de prendre vos médicaments de vous-même, sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez mieux ou guéri(e) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Pour beaucoup de gens, prendre ses médicaments tous les jours est contraignant. Est-ce le cas pour vous ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

14. Si votre médecin vous préconisait d'arrêter un de vos médicaments habituels, seriez-vous prêt à le faire ?

- ☐ **Oui**, je serais prêt(e) à arrêter un de mes médicaments habituels

a. Si oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Je pense que je n'ai plus besoin de certains médicaments
- ☐ Je pense que certains de mes médicaments ne sont peut-être pas efficaces
- ☐ Certains de mes médicaments me donnent des effets indésirables
- ☐ Je souhaiterais diminuer le nombre de médicaments que je prends tous les jours
- ☐ Aucune de ces propositions

- ☐ **Non**, je suis réticent(e) à arrêter un médicament que je prends depuis longtemps

b. Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ J'ai peur de retomber malade, d'avoir des problèmes de santé à l'arrêt de l'un de mes médicaments
- ☐ Je pense que tous mes médicaments sont efficaces
- ☐ J'ai déjà eu une mauvaise expérience à l'arrêt d'un médicament
- ☐ Si mon médecin me proposait d'arrêter un de mes médicaments, j'aurais l'impression qu'il refuse de me soigner
- ☐ Aucune de ces propositions

15. Parmi les médicaments suivants, lesquels seriez-vous prêt à arrêter sur préconisation de votre médecin traitant ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pour les problèmes du sommeil (exemple : zolpidem STILNOX®, zopiclone IMOVANE®)
- ☐ Pour l'incontinence urinaire (exemple : solifénacine VESICARE®, oxybutynine DITROPAN®...)
- ☐ Pour la tension (exemple : ramipril TRIATEC®, irbésartan APROVEL®...)
- ☐ Pour ralentir le cœur (exemple : bisoprolol BISOCE®, céliprolol CELECTOL®, ...)
- ☐ Pour diminuer les œdèmes (exemple : furosémide LASILIX®)
- ☐ Pour diminuer le cholestérol (exemple : rosuvastatine CRESTOR®, atorvastatine TAHOR®...)
- ☐ Pour le diabète (exemple : metformine GLUCOPHAGE®, gliclazide DIAMICRON®, ...)
- ☐ Pour les maux d'estomac (exemple : ésoméprazole INEXIUM®, lansoprazole OGASTORO®...)
- ☐ Pour la constipation (exemple : macrogol FORLAX®, huile de paraffine LANSOYL®...)
- ☐ Pour le moral (exemple : paroxétine DEROXAT®, mirtazapine NORSET®...)
- ☐ Pour l'anxiété (exemple : alprazolam XANAX®, bromazépam LEXOMIL®...)

16. Si vous ressentez qu'un ou plusieurs de vos médicaments sont inadaptés, à quel professionnel de santé en parleriez-vous en premier ?

- ☐ Au médecin traitant
- ☐ Au pharmacien
- ☐ A l'infirmière
- ☐ Au médecin spécialiste
- ☐ Autres professionnels de santé

17. Accepteriez-vous de réaliser un entretien avec votre pharmacien pour faire le bilan de vos traitements ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

18. À la suite de cet entretien et avec l'accord de votre médecin traitant, accepteriez-vous les modifications proposées par votre pharmacien ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

19. Si votre médecin traitant vous prescrit plusieurs boîtes d'un même médicament, Accepteriez-vous que votre pharmacien diminue et adapte à vos besoins le nombre de boîtes dispensées ?

- ☐ Non
- ☐ Oui
- ☐ Indifférent (pas d'avis)

20. Parmi les médicaments suivants, accepteriez-vous que votre pharmacien vous délivre un nombre de boîtes adapté ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Bains de bouche (exemples : chlorhexidine ELUDRILPRO® / PAROEX®)
- ☐ Anti-acides (exemples : GAVISCON®, GELOX®)
- ☐ Anti-spasmodiques (exemples : trimebutine DEBRIDAT®, SPASFON®, METEOSPASYL®)
- ☐ Anti-vomitifs (exemples : métoclopramide PRIMPERAN®, dompéridone MOTILIUM®)
- ☐ Contre la constipation (exemples : bisacodyl DULCOLAX® / CONTALAX®, paraffine liquide LANSOYL®, ispaghul TRANSILANE® / SPAGULAX®, MICROLAX®, NORMACOL®, lactulose DUPHALAC®, macrogol FORLAX® / TRANSIPEG® / MOVICOL®)
- ☐ Contre la diarrhée (exemple : racécadotril TIORFAN®)
- ☐ Hydratants pour la peau (exemples : VASELINE®, glycerol/vaseline/paraffine DEXERYL®)
- ☐ Antiseptiques et désinfectants (exemples : chlorhexidine DIASEPTYL® / SEPTAL® / SEPTIVON® / BISEPTINE® / CYTEAL®, povidone iodée BETADINE®, DAKIN®)
- ☐ Anti-inflammatoires oraux hors corticoïdes (exemples : diclofénac VOLTARENE®, naproxène APRANAX®, ibuprofène ADVIL®, kétoprofène PROFENID®)
- ☐ Anti-inflammatoires en pommade (exemples : diclofénac FLECTOR®, ibuprofène ANTARENE®, kétoprofène KETUM®)
- ☐ Pour la douleur (exemples : acétylsalicylate de D-lysine ASPEGIC®, paracétamol DOLIPRANNE® / DAFALGAN®, néfopam ACUPAN®)
- ☐ Larmes artificielles, lubrifiants oculaires (exemples : LARMABAK®, THEALOSE®)

Remarques

Merci pour votre participation

Annexe 5. Score de Morisky à 4 items

Morisky Medication-Taking Adherence Scale-MMAS (4-item)

Version anglaise

	Yes	No
1. Do you ever forget to take your medicine ?	1 point	0 point
2. Do you ever have problems remembering to take your medication ?	1 point	0 point
3. When you feel better, do you sometimes stop taking your medicine ?	1 point	0 point
0 Sometimes if you feel worse when you take your medicine, do you stop taking it ?	1 point	0 point

Traduction en français pour le questionnaire

	Oui	Non
1. Est-ce qu'il vous arrive parfois d'oublier de prendre vos médicaments ?	1 point	0 point
2. Avez-vous du mal à vous rappeler de prendre certains de vos médicaments ?	1 point	0 point
3. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'arrêter de prendre vos médicaments de vous-même, sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien lorsque vous les preniez ?	1 point	0 point
4. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'arrêter de prendre vos médicaments de vous-même, sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez mieux ou guéri(e) ?	1 point	0 point

Interprétation

Score 0 = haute adhérence

Score 1 ou 2 = adhérence intermédiaire

Score 3 ou 4 = faible adhérence

Attention : Item 1 subdivisé en fréquence. Il faut considérer les points suivants :

- « Jamais – rarement » & « de temps en temps » : **NON = 0 point**
- « Parfois » & « Souvent » & « Tout le temps – tous les jours » : **OUI = 1 point**

Annexe 6. Fiche récapitulative de l'étude présentant les critères d'inclusion et d'exclusion des patients cibles



ENQUETE SUR L'UTILISATION DES MEDICAMENTS

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Les résultats serviront à étudier la pratique de la déprescription en Dordogne dans le cadre d'une thèse d'exercice en pharmacie.

Vous trouverez sur cette fiche les principales informations qui vous seront nécessaires afin de mener à bien le remplissage des questionnaires.

RECAPITULATIF DE L'ETUDE

Dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice en pharmacie, nous étudions la pratique de la déprescription en Dordogne. Le but de ce travail est d'établir un état des lieux de la déprescription en Dordogne, de proposer des axes d'amélioration en fonction des différents freins à la déprescription identifiés chez les patients et de sensibiliser les prescripteurs aux réticences identifiées chez les patients.

Afin de mener à bien ce travail, nous avons conçu un questionnaire anonymisé permettant de recueillir des données épidémiologiques et de santé, d'évaluer l'autonomie et l'observance des patients ainsi que leurs réticences face à un arrêt potentiel d'un traitement chronique. Le questionnaire a été conçu de manière à être complété le plus rapidement possible en excluant le texte libre et en simplifiant au maximum la formulation des questions afin qu'elles soient accessibles au grand public. Le remplissage de ce questionnaire peut se faire au comptoir pendant la délivrance ou à posteriori par le patient. Par ailleurs, nous accordons une grande importance quant à votre mobilisation afin de soutenir un patient rencontrant des difficultés lors du remplissage du questionnaire.

OBJECTIF

L'objectif pour chaque officine sélectionnée est de récolter au moins 20 questionnaires afin d'obtenir un total de 600 questionnaires complétés.

CRITERES D'ELIGIBILITE

CRITERES D'INCLUSIONS	CRITERES D'EXCLUSION
• Age > 55 ans • Atteint d'au moins 1 maladie chronique • Patient polymédiqué (traitement chronique > 5 médicaments hors phytothérapie et homéopathie) • Patient autonome à domicile	• Patient en soins palliatifs • Patient institutionnalisé • Espérance de vie < 3 mois

SUIVI DE L'ETUDE

Je vous recontacterai une fois par semaine afin de suivre le taux de remplissage des questionnaires et les difficultés auxquelles vous seriez éventuellement confrontés.

Hugo CELERIER

Serment De Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Utilisation des médicaments chez les personnes âgées de plus de 55 ans en Dordogne : perception des patients et rôle des pharmaciens d'officine dans la réduction du risque de iatrogénie médicamenteuse

Contexte : Le vieillissement de la population est associé à une augmentation du nombre de personnes âgées polypathologiques et polymédiquées, exposées à un plus haut risque de iatrogénie médicamenteuse. L'optimisation thérapeutique de leurs traitements est un véritable enjeu de santé publique.

Objectif : Décrire les déterminants associés à une réticence de la déprescription chez les patients ≥ 55 ans et identifier la place du pharmacien d'officine dans la déprescription

Matériels et méthodes : Etude observationnelle transversale réalisée dans 30 pharmacies d'officine à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

Résultats : Au total, 143 patients ont répondu au questionnaire (âge moyen $72 \pm 9,4$ ans, 37,8% avec cinq traitements chroniques). Parmi eux, 79,7% étaient favorables à la déprescription. Pour les autres, les principaux freins identifiés étaient qu'ils considéraient leurs traitements efficaces (48,3%) et la crainte de rechuter en cas d'arrêt d'un médicament (44,8%). En cas de traitement inadapté, 24,5 % solliciteraient le pharmacien d'officine en premier. De plus, 76,2% des patients accepteraient un entretien pharmaceutique pour réaliser un bilan partagé de médication et 73,4% autoriseraient le pharmacien à faire de la dispensation adaptée.

Conclusion : Cette étude souligne les principaux freins et leviers à la déprescription chez les patients en Dordogne. Elle met en évidence le rôle majeur du pharmacien d'officine, acteur de proximité, dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients âgés.

Mots-clés : Déprescription, Pharmacien, Iatrogénie médicamenteuse, Polymédication

Medication use in the elderly over 55 in Dordogne: patient perception and role of community pharmacists in reducing the risk of drug-related problems

Background: The aging population is associated with an increase elderly population with concomitance of chronic diseases and polypharmacy, exposing them to a higher risk of drug-related problems. Optimizing their treatment is a major public health problem.

Objective: To identify the factors associated with reluctance to deprescribing among patients aged ≥ 55 in Dordogne and to assess the role of community pharmacists in deprescribing

Materials and Methods: A cross-sectional observational study was conducted in 30 community pharmacies using anonymized patient questionnaires.

Results: Overall, 143 patients completed the questionnaire (mean age 72 ± 9.4 years, 37.8% with five chronic treatments). Among them, 79.7% were in favor of deprescribing. For those reluctant to deprescribing, the main barriers identified were the perception that their treatments were effective (48.3%) and the fear of relapse if a medication was stopped (44.8%). In cases of inappropriate treatment, 24.5% would consult their community pharmacist first. Additionally, 76.2% of patients were open to a pharmaceutical consultation for a shared medication review, and 73.4% would allow pharmacists to provide tailored dispensing.

Conclusion: This study highlights the main barriers and facilitators to deprescribing among patients in Dordogne. It underscores the crucial role of community pharmacists, as local healthcare providers, in ensuring the safe medication management of elderly patients.

Keywords: Deprescribing, Pharmacist, Drug-related iatrogenesis, Polypharmacy

