



HAL
open science

Évaluation d'un outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée polypathologique en médecine générale

Camille Chassang

► **To cite this version:**

Camille Chassang. Évaluation d'un outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée polypathologique en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01972437

HAL Id: dumas-01972437

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01972437>

Submitted on 7 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 mars 2018

Par CHASSANG Camille

Née le 16 mai 1987 à Paris 14^{ème}

**Evaluation d'un outil d'optimisation des prescriptions
médicamenteuses chez la personne âgée polypathologique
en médecine générale**

Directrice de thèse

Madame le Docteur Noëlle BERNARD

Membres du jury

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET..... Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH.....Rapporteur
Madame le Professeur Muriel RAINFRAY.....Juge
Madame le Docteur Florence SAILLOUR-GLENISSON.....Juge
Monsieur le Docteur Fabien XUEREB.....Juge
Monsieur le Docteur Nicolas ROUSSELOT.....Juge

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N° 40

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 mars 2018

Par CHASSANG Camille

Née le 16 mai 1987 à Paris 14^{ème}

**Evaluation d'un outil d'optimisation des prescriptions
médicamenteuses chez la personne âgée polypathologique
en médecine générale**

Directrice de thèse

Madame le Docteur Noëlle BERNARD

Membres du jury

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET..... Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH..... Rapporteur
Madame le Professeur Muriel RAINFRAY..... Juge
Madame le Docteur Florence SAILLOUR-GLENISSON..... Juge
Monsieur le Docteur Fabien XUEREB..... Juge
Monsieur le Docteur Nicolas ROUSSELOT..... Juge

REMERCIEMENTS

A nos juges,

A Monsieur le Professeur Fabrice BONNET,

Professeur des universités et praticien hospitalier, médecin interniste, chef du service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses de l'Hôpital Saint André, CHU de Bordeaux.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profonde estime.

A Monsieur le Professeur Jean Philippe JOSEPH,

Professeur des universités, médecin généraliste, coordonnateur du DES de et directeur du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux.

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être le rapporteur de notre travail et de participer au jury de cette thèse. Votre implication dans la démarche pédagogique au sein de notre université donne une grande importance à votre jugement. Veuillez accepter nos sincères remerciements.

A Madame le Professeur Muriel RAINFRAY,

Professeur des universités et praticien hospitalier, médecin gériatre, responsable de l'unité Consultation Mémoire et Consultation Gériatrique de l'Hôpital Xavier Arnozan et de Lormont, responsable de l'unité de Médecine Gériatrique 1 du CHU de Bordeaux.

Nous vous remercions pour votre contribution à ce travail et de l'intérêt que vous lui portez. Vous nous honorez en évaluant cette thèse.

Madame le Docteur Florence SAILLOUR-GLENISSON,

Praticien hospitalier, médecin de santé publique au sein de l'Unité Méthode d'Evaluation en Santé et du Service d'Information Médicale du CHU de Bordeaux.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour vos précieux conseils, sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

Monsieur le Docteur Fabien XUEREB,

Maître de conférences universitaire et praticien hospitalier, pharmacien, chef du service de Validation et de Distribution des Produits de Santé, responsable de l'unité de Contrôle des Préparations du CHU de Bordeaux.

Merci d'avoir accepté si rapidement de juger notre travail, nous en sommes très honorées.

Monsieur le Docteur Nicolas ROUSSELOT,

Médecin généraliste, chef de clinique du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux.

Nous avons commencé notre internat ensemble, qui aurait imaginé que tu siègerais à mon jury. Merci de ta présence aujourd'hui et de ton regard de médecin généraliste chercheur.

A notre directrice de thèse,

Madame le Docteur Noëlle BERNARD,

Praticien hospitalier, médecin interniste, responsable d'unité au sein du service de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses de l'Hôpital Saint André, CHU de Bordeaux.

Vous nous avez accompagnées et guidées tout au long de ce travail, de sa conception à sa finalisation. Nous vous remercions pour votre disponibilité, pour la justesse de vos conseils et pour votre implication dans ce projet de thèse.

Et aussi,

Au Professeur Pascal Clerc pour son aide et pour sa contribution à ce travail,

A Romain Mabrut pour le temps qu'il a consacré à l'analyse statistique des résultats de cette étude,

A tous les médecins généralistes,

Qui ont pris de leur temps précieux pour participer à cette étude,
Je les en remercie vivement.

A Annie, pour l'élaboration du design de l'outil,

A Albane, pour ses conseils avisés et son regard de gériatre.

DEDICACES

A Guirec pour son soutien sans faille durant l'élaboration de cette thèse.

A Thomas pour ses conseils de thésard, à Xavier, merci d'avoir quitté la Piazza Verdi pour être là aujourd'hui.

A mes parents pour leur soutien pendant ces longues études et pour leurs relectures attentives.

A ma famille et à ma belle-famille, pour leurs encouragements,
A mamie Tchou-tchou.

A mes fidèles amies de lycée, à toutes les belles rencontres de mes années médecine à Paris V et pendant l'internat.

LISTE DES ABREVIATIONS :

AAP	Antiagrégant plaquettaire
ADO	Antidiabétique oral
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARA2	Antagoniste de l'angiotensine II
ARS	Agence Régionale de Santé
AVK	Anti vitamine K
BB	Bétabloquant
BZD	Benzodiazépine
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNP	Collège National Professionnel
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
DNID	Diabète non insulino-dépendant
DPC	Développement professionnel continu
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FA	Fibrillation atriale
FEVG	Fraction d'éjection du ventricule gauche
HbA1c	Hémoglobine glycosylée
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension artérielle
HTO	Hypotension orthostatique
ICa	Inhibiteur calcique
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

IRSNa	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
MDRD	Modification of diet in renal disease
MT	Médecin traitant
NACO	Nouveaux anticoagulants oraux
OMEDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMSA	Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
PPI	Prescription potentiellement inappropriée
SFGG	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SMR	Service médical rendu
START/STOPP	Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment / Screening Tool of Older Person's Prescription
TAG	Trouble anxieux généralisé
TT	Traitement

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	11
I.1 DEFINITION DE LA PERSONNE AGEE.....	11
I.2 DEFINITION DE LA POLYPATHOLOGIE.....	12
I.3 POLYMEDICATION ET IATROGENIE MEDICAMENTEUSE.....	12
I.4 OPTIMISATION DES PRESCRIPTIONS DES PERSONNES AGEES.....	14
I.4.1 Prescriptions médicamenteuses inappropriées.....	14
I.4.2 Recommandations.....	16
I.4.3 Outils d'aide à la prescription.....	16
I.5 OBJECTIF DE L'ETUDE.....	21
II. MATERIEL ET METHODE.....	22
II.1 TYPE DE L'ETUDE.....	22
II.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	22
II.2.1 Objectif principal.....	22
II.2.2 Objectifs secondaires.....	23
II.3 POPULATION DE L'ETUDE.....	24
II.3.1 Critères d'inclusion.....	24
II.3.2 Critères d'exclusion.....	24
II.3.3 Nombre de sujets à inclure.....	24
II.3.4 Mode de recrutement des médecins généralistes.....	24
II.3.5 Lieu et temps de l'étude.....	25
II.4 MATERIEL.....	26
II.4.1 L'outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses.....	26
II.4.2 Caractéristiques socioprofessionnelles des médecins.....	26
II.4.3 Les cas cliniques.....	27
II.5 DEROULEMENT DE L'INTERVENTION.....	28
II.6 RECUEIL DES DONNEES.....	31
II.7 ANALYSE DES DONNEES.....	32
II.7.1 Analyse quantitative.....	32
II.7.2 Analyse qualitative.....	32
III. RESULTATS.....	33
III.1 CARACTERISTIQUES DES MEDECINS PARTICIPANTS.....	33
III.2 RESULTATS DE L'ANALYSE QUANTITATIVE.....	35
III.2.1 Objectif principal : analyse quantitative des scores.....	35
III.2.2 Objectifs secondaires.....	37
III.3 RESULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE.....	43
III.3.1 Habitudes ou stratégies de réévaluation des ordonnances.....	43

III.3.2	<i>Commentaires sur l'outil.....</i>	<i>44</i>
III.3.3	<i>Commentaires sur la prescription chez le sujet âgé polypathologique.....</i>	<i>47</i>
IV.	DISCUSSION.....	49
IV.1	REFLEXION SUR LES RESULTATS	49
IV.2	DISCUSSION SUR LA METHODOLOGIE	54
IV.3	OUVERTURES	55
V.	CONCLUSION.....	59
VI.	BIBLIOGRAPHIE	60
VII.	ANNEXES.....	68

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques socioprofessionnelles des médecins.....	34
Tableau 2. Analyse quantitative des scores aux cas cliniques.....	36
Tableau 3. Analyse des sous-scores totaux en fonction des caractéristiques socioprofessionnelles.....	40

TABLE DES FIGURES

Figure 1. La spirale de la iatrogénie par S. Ferchichi et V. Antoine.....	14
Figure 2. Comparaison des principales listes de médicaments inappropriés.....	19
Figure 3. Comparaison de la fréquence de citation des prescriptions excessives et inappropriées au 1 ^{er} et au 2 nd cas clinique.....	37
Figure 4. Comparaison de la fréquence de citation des prescriptions manquantes au 1 ^{er} et au 2 nd cas clinique.....	38

I. INTRODUCTION

En un siècle, en France, l'espérance de vie à la naissance est passée de 50 à 80 ans. Selon les projections démographiques de l'INSEE, le vieillissement de la population française, observé ces cinquante dernières années, devrait se poursuivre. En 2016, la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans était de 9,1% (1), on estime qu'en 2060 elle atteindra 16,2% (2).

L'évolution des structures d'âge de la société bouleverse le paysage sanitaire, social et économique. Elle nous oblige à repenser l'offre de soin et son organisation.

Le vieillissement s'associe à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques (3). Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, le nombre moyen de maladies prévalentes est de 5,7 par personne (4). La fréquence des maladies traitées est également élevée. La polymédication, souvent légitime, augmente le risque d'accident iatrogène (5,6) et de mauvaise observance (7). Les soins médicaux engendrés sont importants et ils ont un impact économique.

La prise en charge globale des personnes âgées passe par le diagnostic et le traitement de leurs différentes pathologies mais aussi par la préservation de leur autonomie. Les dimensions fonctionnelles et socio-économiques sont à prendre en considération.

Bien prescrire chez la personne âgée polypathologique est une démarche complexe, dans laquelle le médecin généraliste tient un rôle central.

I.1 Définition de la personne âgée

Le concept de "personne âgée" revêt d'autres dimensions que l'âge. L'accroissement de l'espérance de vie, les comportements de consommation et l'état de santé des jeunes retraités rendent moins pertinent le seuil de 60 ans initialement utilisé par l'OMS. Ainsi, selon les organismes ou les personnes, les définitions varient.

Nous retiendrons celle de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui définit le sujet âgé comme une personne de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans et polypathologique (8). L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament reprend la même définition (9).

I.2 Définition de la polypathologie

Selon la HAS, la définition la plus acceptée est « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période » (10).

Quatre-vingt-treize pour cent des personnes âgées de plus de 70 ans souffrent d'au moins 2 maladies chroniques et 85 % souffrent d'au moins 3 maladies. Le nombre moyen de maladies prévalentes par personne passe progressivement de 5,3 entre 70 et 74 ans à 6,1 au-delà de 85 ans (4).

Cette polypathologie expose les personnes âgées à une polymédication.

I.3 Polymédication et iatrogénie médicamenteuse

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la polymédication comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration excessive de médicaments » (11). Il n'y a donc pas de seuil consensuel (12).

A la définition classique de « la prise régulière d'au moins 5 médicaments », s'est substituée une définition plus qualitative qui tient compte de la polypathologie. La HAS définit la polymédication comme « la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques » (10).

En 2000, une enquête du CREDES, établissait que les personnes de plus de 65 ans consommaient en moyenne 3,6 médicaments par jour. Cette consommation passait à 4,6 médicaments par jour au-delà de 85 ans. Une autre enquête estime que 40,5% des plus de 75 ans consomment plus de 10 médicaments par jour (13). L'augmentation de cette consommation avec l'âge tient essentiellement à l'augmentation du nombre de maladies chroniques (14).

La polymédication a pour conséquences directes :

- une augmentation du risque d'effets indésirables,
- une augmentation du risque d'interactions médicamenteuses,
- une diminution de l'adhésion et de l'observance des patients,
- une diminution de la prescription de traitements indiqués.

Chez les personnes âgées, le risque iatrogène médicamenteux est plurifactoriel (15-17). Il est majoré du fait de la polymédication fréquente, mais aussi en raison :

- des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées au vieillissement,
- de la multiplicité des prescripteurs et de leur manque de coordination,
- de la fréquence de l'automédication,
- du défaut d'observance des patients,
- des handicaps physiques, psychiques et sociaux,
- de l'intrication des pathologies aiguës et chroniques,
- et enfin du manque d'essais thérapeutiques chez la personne âgée.

Par ailleurs, l'existence chez certaines d'entre elles d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique les rend plus vulnérables aux effets indésirables des médicaments et les expose à un risque de perte d'autonomie et d'entrée en dépendance (9). Une association significative a été démontrée entre l'augmentation du nombre de traitements consommés et l'incidence de la fragilité, de la dépendance fonctionnelle, des chutes et de la mortalité (18).

Les conséquences de la iatrogénie médicamenteuse s'expriment en termes de morbi-mortalité, de qualité de vie et de dépenses de santé (liées aux hospitalisations et aux handicaps induits par les événements iatrogènes).

S. Ferchichi illustre le problème de la iatrogénie médicamenteuse sous la forme d'un schéma représentant la spirale de la iatrogénie chez le sujet âgé (18).

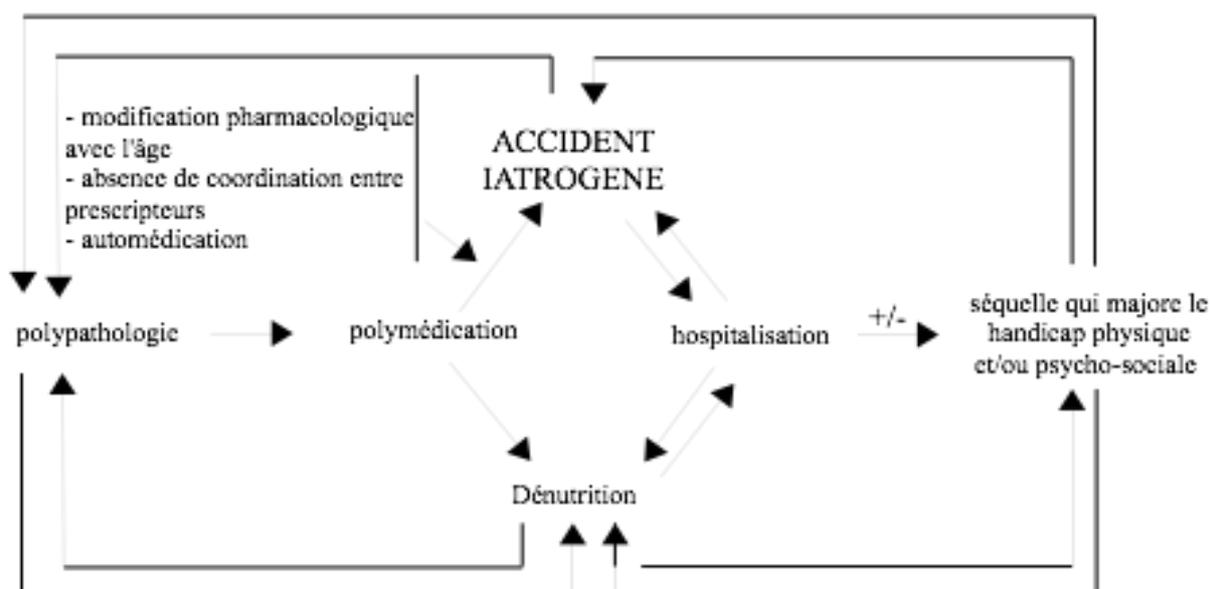


Figure 1 : La spirale de la iatrogénie par S. Ferchichi et V. Antoine

Les études cherchant à mesurer le taux d'hospitalisations secondaires à un évènement iatrogène médicamenteux chez les personnes âgées sont nombreuses et leurs résultats sont très variables. Une méta-analyse d'études observationnelles estime ce taux à 16,6% des hospitalisations (19). Dans une étude prospective anglaise de 2004, ce taux est estimé à 6,5%. Une part importante des accidents répertoriés a été considérée comme évitable (20).

En ambulatoire, l'incidence des accidents iatrogènes a été estimée à 50/1000 personnes par an. Plus d'un quart d'entre eux étaient considérés comme évitables, et la majorité des erreurs avait lieu lors de la prescription (21).

I.4 Optimisation des prescriptions des personnes âgées

I.4.1 Prescriptions médicamenteuses inappropriées

De ce constat ont émergé les notions d'optimisation des prescriptions des personnes âgées et de prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées (PPI).

La polymédication augmente fortement le risque de PPI (22,23). Celles-ci se définissent par la prescription d'un médicament en l'absence d'indication démontrée, ayant un risque élevé d'effets indésirables, et ayant un rapport coût-efficacité et/ou bénéfice-risque défavorable (22). Le terme de « prescription inappropriée » signifie que la qualité de la prescription est sous-optimale ou inadaptée.

On peut ainsi identifier 3 catégories de PPI (8) :

- Les **excès de prescription** ou « **overuse** » désignent l'absence d'indication valable ou d'efficacité démontrée (Service Médical Rendu insuffisant). Rappelons que le SMR est attribué par avis de la Commission de la Transparence, et que la quasi-totalité des médicaments remboursables par l'Assurance Maladie a bénéficié d'une révision de son SMR depuis juin 2001,
- Les **prescriptions inappropriées** ou « **misuse** » désignent l'utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus,
- Les **omissions de prescription** ou « **underuse** » désignent l'absence de traitement d'une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont prouvé leur efficacité dans la situation considérée.

La détection des PPI a pour objectif de limiter la part évitable de la iatrogénie médicamenteuse.

La lutte contre le risque d'évènements iatrogènes est un enjeu de santé publique. Elle fait partie des objectifs prioritaires énoncés dans la loi du 9 août 2004 et incite à la mise en place de dispositifs de prévention.

Depuis 2004, différents organismes ont mis en place des recommandations de bonnes pratiques ou des outils d'aide à l'optimisation des prescriptions médicamenteuses.

I.4.2 Recommandations

La HAS a développé depuis 2006 le programme pilote Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) qui a conduit à l'émission de nombreuses recommandations. En 2012, des indicateurs Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie (24) ont été publiés et visent à attirer la vigilance des médecins sur certaines classes médicamenteuses à risque (psychotropes, médicaments cardiovasculaires ...)

En 2014, la HAS a également émis des fiches d'aide à la sécurisation des prescriptions, destinées aux médecins, et combinant des règles de bonnes pratiques et la diffusion d'outils (25).

L'AFSSAPS avait également publié en 2005 un guide de recommandations de bonnes pratiques présentée par classes thérapeutiques (9), ainsi qu'une fiche d'information destinée aux patients (26).

I.4.3 Outils d'aide à la prescription

Différents outils d'aide à la détection des PPI ont été développés et constituent des critères d'évaluation explicites.

Il est toutefois important de noter que le caractère inapproprié d'un médicament selon un outil n'en fait pas une contre-indication absolue. Le jugement clinique du prescripteur reste prépondérant et chaque situation doit être discutée au cas par cas. Ces outils sont à considérer comme des aides permettant d'évaluer le traitement prescrit à la personne âgée, et non pas comme des outils de mesure de la qualité de la prescription.

Plusieurs listes de molécules considérées comme inappropriées chez les personnes âgées ont été émises :

Les **critères de Beers** (27), constituent la première liste de critères explicites publiée aux Etats-Unis en 1991. Cette liste a été établie à partir des données de la littérature et des opinions d'experts, et validée par méthode Delphi. Son application était initialement destinée aux patients âgés de plus de 65 ans et vivant en institution.

La première version contient 30 critères :

- o 19 concernent des médicaments ou classes thérapeutiques qui devraient être évités, sauf circonstance particulière, en raison de leur inefficacité ou d'un usage trop risqué ;
- o 11 concernent une posologie, une fréquence d'administration ou une durée de traitement à ne pas dépasser.

La liste a été mise à jour, par Beers en 1997 (28) et son utilisation étendue aux personnes âgées vivant à domicile. D'autres mises à jour ont eu lieu par la suite.

La dernière version proposée par l'American Geriatrics Society date de 2015 (29). Cette version intègre des interactions médicamenteuses à risque et des médicaments à éviter ou à ajuster en cas d'insuffisance rénale. Un degré de gravité est associé à chaque critère.

Les critères de Beers sont considérés comme déficients dans leur adaptation à la pratique européenne, puisqu'ils incluent des médicaments non distribués ou non utilisés en Europe. Ils ne mentionnent pas les duplications et n'identifient pas les omissions de prescription.

La **liste de Laroche** (30) a été établie en 2007 par un consensus d'experts français. Elle est adaptée à la pratique française et s'applique aux patients âgés de plus de 75 ans. Elle comporte 34 critères dont 29 concernent des médicaments ou des classes médicamenteuses potentiellement inappropriés et 5 concernent des situations cliniques particulières pour lesquelles certaines classes médicamenteuses sont à éviter. Elle propose des alternatives thérapeutiques plus sûres ou plus efficaces. Elle tient compte de la redondance médicamenteuse, mais pas de l'omission de prescription.

Les critères **STOPP and START (Screening Tool of Older's Person's Prescriptions and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)** ont été élaborés en Irlande en 2008 par l'équipe de Gallagher (31). Ils sont classés par systèmes physiologiques.

- o La liste STOPP comporte 65 critères de sur-prescription, de prescription inappropriée, d'interaction entre plusieurs médicaments et d'interaction entre un médicament et une pathologie.
- o La liste START comporte 22 critères d'omission de prescriptions, dans des situations où une thérapeutique serait indiquée.

Une version française a été publiée par Lang en 2009 (32) et réactualisée en 2015 (33).

Ces critères ont l'avantage de tenir compte de l'omission de prescription, mais ils ne proposent pas d'alternatives thérapeutiques.

Pays	Auteurs et années	Méthode et nombre d'expert	Age de la population	Nombre de critères	Commentaires
Etats-Unis	Beers et <i>al.</i> 1989 et 1997	Consensus Delphi 13 experts en 1989 6 en 1997	Personnes âgées de plus de 65 ans (1989 → uniquement chez les patients en maison de retraite)	1989 → 30 critères 1997 → 63 critères	Non applicable dans tous les pays Les interactions, la duplication de thérapie ou l'omission de prescription ne sont pas prises en compte. La durée de prescription et les différentes indications ne sont pas considérées. Notion de sévérité suivant la situation.
Etats-Unis	Fick et <i>al.</i> (mise à jour de la liste de Beers). 2002	Consensus Delphi 12 experts	Personnes âgées de plus de 65 ans	68 critères 48 médicaments ou classes inappropriés 20 maladies ou conditions particulières	
Etats-Unis	Zhan et <i>al.</i> 2001	Consensus Delphi		11 médicaments à toujours éviter 8 rarement appropriés 14 parfois indiqués mais mal utilisés	Ne tient pas compte de la posologie ni de la durée de traitement
Canada	McLeod et <i>al.</i> 1995	Consensus Delphi 32 experts	Personnes âgées	38 critères : 18 médicaments contre-indiqués chez les personnes âgées 16 interactions médicaments/pathologie 4 interactions entre médicaments	Critères obsolètes. Alternatives thérapeutiques
Canada	Naugler et <i>al.</i> 1997	Liste de McLeod et <i>al.</i> validée en unité gériatrique	Personnes âgées de plus de 70 ans	14 interactions médicaments/pathologie	Critères obsolètes
France	Laroche et <i>al.</i> 2006	Consensus Delphi à deux tours 15 experts	Personnes âgées de plus de 75 ans	34 critères : 29 médicaments ou classes médicamenteuses à éviter et 5 situations cliniques particulières	Ne prend pas en compte l'underuse de prescription
Irlande	Gallagher et <i>al.</i> 2006	Méthode Delphi 18 experts	Personnes âgées de plus de 65 ans	65 critères STOPP 22 critères START	

Figure 2 : Comparaison des principales listes de médicaments inappropriés

Ces outils sous forme de liste sont pertinents et validés. En pratique courante, ils sont difficilement utilisables de par leur exhaustivité qui les rend volumineux.

En parallèle, en France, d'autres outils encore ont été mis à disposition par les ARS et les OMEDIT de différentes régions.

Le **guide P.A.P.A. (Prescriptions Médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées)** a été créé par l'association de la CNG et de la SFGG. Il est composé de 42 fiches relatives aux maladies ou situations fréquemment rencontrées chez les patients âgés polyopathologiques. Dans chaque fiche sont détaillés le but du traitement, les moyens thérapeutiques disponibles, les indications thérapeutiques classées et argumentées en fonction de leur rapport bénéfice/risque, les précautions d'emploi et les critères de surveillance (34).

Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux a également créé un outil pratique mis en ligne sur le site intranet du CHU. Il est intitulé « **Les dix commandements** » (annexe 1). Cet outil a été créé à partir d'un travail de conciliation médicamenteuse de plus de 120 ordonnances d'entrée de patients hospitalisés, entre novembre 2011 et juillet 2012. Il a permis de mettre en évidence les erreurs de prescription les plus fréquentes (35). Il énumère en dix points les règles de bonne pratique de prescription chez la personne âgée et passe donc en revue les erreurs les plus fréquentes à éviter. Il est actuellement en cours d'évaluation.

« Les dix commandements » est un outil pertinent dans un contexte hospitalier mais non adapté à la pratique ambulatoire. Or, le médecin généraliste, principal prescripteur du sujet âgé, tient un rôle central dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse (14).

Le travail de thèse préalable de Lisa Bourdin a consisté à réadapter l'outil « les dix commandements » à la pratique quotidienne des médecins généralistes. Elle a utilisé la méthode de Delphi en 2 tours. Le groupe d'experts était constitué de médecins généralistes exerçant en libéral. Le nouvel outil ainsi élaboré s'intitule « Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste » (annexe 2).

Cet outil a pour vocation de sensibiliser les médecins généralistes à une analyse qualitative de leurs prescriptions. Il tend à être présenté et diffusé à des médecins généralistes afin d'être intégré dans leur pratique.

I.5 Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer si l'outil « Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste » permet une amélioration des prescriptions des médecins généralistes l'utilisant.

II. MATERIEL ET METHODE

II.1 Type de l'étude

Cette étude comprenait des analyses quantitatives et qualitatives.

Une étude d'évaluation des pratiques avant et après la présentation et la diffusion auprès de médecins généralistes de l'outil « Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste » a été mise en œuvre. Les données quantitatives ont été recueillies au moyen de cas cliniques fictifs. Pour chaque cas clinique, il était demandé aux médecins de citer les PPI qu'ils identifiaient à la lecture du cas. Les médecins ont répondu à un cas clinique avant et après la présentation et la diffusion de l'outil. Les cas ont été construits de façon à évaluer les mêmes compétences avant et après la diffusion de l'outil.

Les données qualitatives ont été recueillies par un questionnaire écrit et lors d'entretiens individuels ou de groupe.

II.2 Objectifs de l'étude

II.2.1 Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer si une amélioration de l'identification des prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées sur les ordonnances de patients de plus de 75 ans polypathologiques était observée après la présentation et la diffusion d'un outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses.

Le critère de jugement principal était la variation du score total moyen entre le cas réalisé avant et le cas réalisé après la présentation et la diffusion de l'outil.

II.2.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- d'établir pour chaque PPI exposée dans les cas cliniques la fréquence de sa détection par les médecins avant et après la diffusion de l'outil.

Le critère de jugement était la fréquence de citation de la PPI par les médecins, dans chaque cas clinique.

- d'étudier les facteurs associés à la fréquence de détection des PPI.

Les facteurs analysés étaient le sexe du médecin, son mode d'exercice, son lieu d'exercice, son appartenance ou non à un groupe de pairs, son abonnement ou non à une revue médicale, le fait qu'il ait reçu une formation sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

- de décrire les PPI citées par les médecins et n'apparaissant pas dans le barème.

Des analyses qualitatives ont été réalisées afin de :

- décrire les stratégies de réévaluation de leurs ordonnances citées par les médecins avant l'intervention.

Les données ont été recueillies par un questionnaire écrit.

- recueillir les commentaires des médecins participants concernant l'outil (format, contenu, utilisation).

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-directifs individuels ou de groupe.

- recueillir les opinions des médecins concernant les freins à l'optimisation des prescriptions médicamenteuses de leurs patients âgés polypathologiques, rencontrés en pratique quotidienne.

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-directifs individuels ou de groupe.

II.3 Population de l'étude

II.3.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- médecins généralistes libéraux, installés ou remplaçants en Aquitaine,
- exerçant en milieu urbain, semi-rural ou rural,
- ayant dans leur patientèle des patients âgés de plus de 75 ans polypathologiques,
- appartenant ou non à un groupe de pairs.

II.3.2 Critères d'exclusion

Les médecins étaient exclus s'ils avaient participé à l'élaboration de l'outil ou s'ils n'avaient pas de patients âgés de plus de 75 ans dans leur patientèle.

II.3.3 Nombre de sujets à inclure

En considérant un taux de PPI préalable estimé à 40% d'après les données de la littérature (36) dans une population de patients âgés polypathologiques pris en charge en ambulatoire, il fallait inclure 55 médecins afin de pouvoir mettre en évidence une différence de 20% de ce taux entre avant et après l'intervention (pour un risque alpha de 5% et une puissance de 80%).

II.3.4 Mode de recrutement des médecins généralistes

Les médecins ont été sollicités par téléphone ou par courriel.

Nous avons contacté directement certains groupes de pairs, dont nous connaissons l'existence.

Les autres médecins généralistes ont été sélectionnés de manière aléatoire par recherche sur le site internet des Pages Jaunes.

Ils ont été recrutés par téléphone (contact direct avec le médecin ou message laissé au secrétariat). Lors du contact téléphonique, le sujet de la recherche était présenté au médecin, ainsi que la nature de l'intervention. En cas d'appartenance à un groupe de pairs, le médecin était invité à proposer aux autres membres du groupe de participer à l'étude.

Un e-mail de présentation du sujet de la thèse a été envoyé lorsqu'une adresse mail avait pu être communiquée par le secrétariat médical ou bien à la demande du médecin lors de l'entretien téléphonique (annexe 3).

II.3.5 Lieu et temps de l'étude

L'étude a eu lieu en Aquitaine (Gironde, Landes, Pyrénées Atlantiques).

Les entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins généralistes ou lors d'une réunion des groupes de pairs.

Les interventions ont eu lieu entre le 02/06/2017 et le 16/11/2017.

II.4 Matériel

II.4.1 L'outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses

L'outil à évaluer a été généré par le travail de thèse préalable de Lisa Bourdin. L'objectif était de créer une version des « 10 commandements » du CHU de Bordeaux, adaptée à la pratique du médecin généraliste.

La méthode de consensus Delphi a été utilisée. Le groupe d'experts était formé de médecins généralistes exerçant en Gironde. Les 10 items des « 10 commandements » ont été proposés aux médecins. Il leur était également demandé de sélectionner les 5 items leur paraissant les plus pertinents au sein de l'outil STOPP and START et de la liste de Laroche.

Un consensus a été obtenu au terme du 2nd tour.

L'outil est appelé « Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste ». Il comporte 10 règles de bonne pratique de prescription chez le patient âgé polypathologique. Chaque item est illustré d'exemples.

Il est intégré dans un format condensé, pratique d'utilisation pour les médecins généralistes.

Pour sa diffusion, il a été imprimé en format A5 recto-verso et plastifié (annexe 2).

II.4.2 Caractéristiques socioprofessionnelles des médecins

Un questionnaire (annexe 4) a été créé afin de :

- ✓ déterminer l'âge, le sexe, le mode d'exercice, le lieu d'exercice des médecins participants, ainsi que leur appartenance à un groupe de pairs,
- ✓ identifier leurs pratiques de prescription chez leurs patients âgés polypathologiques (utilisation d'un outil d'aide à la prescription, habitudes de réévaluation des ordonnances),

- ✓ préciser certains modes de formation (abonnement à une revue médicale, participation à des formations type DPC sur la PMSA)

II.4.3 Les cas cliniques

Afin de procéder à l'évaluation de l'outil, deux cas cliniques fictifs ont été créés par le doctorant. Ils ont permis de comparer la détection des PPI avant et après la diffusion de l'outil.

Un cas a été créé pour la 1^{ère} intervention « avant », et un pour la 2^{ème} intervention « après » (annexes 5 et 6).

Chaque cas présentait un patient âgé polypathologique, ainsi que ses antécédents médicaux et son traitement médicamenteux en cours. On supposait que le patient se présentait au cabinet pour un renouvellement d'ordonnance, qu'il était autonome et valide, et que ses pathologies chroniques étaient équilibrées.

Il était demandé aux médecins de citer dans des grilles de réponses les prescriptions leur semblant en excès ou inappropriées (« overuse » et « misuse ») et les prescriptions leur semblant manquantes (« underuse »).

Une grille était dédiée à la citation des prescriptions considérées en excès ou inappropriées, et une grille était dédiée à la citation des prescriptions jugées manquantes.

Des « objectifs pédagogiques » ont été établis dans le but d'intégrer aux cas cliniques certaines des PPI les plus fréquentes, d'après les données de la littérature (8,37-40). Ils suivaient les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en cours. Ils étaient inspirés de cas cliniques réels (cas cliniques commentés dans le cadre de la formation médicale continue du pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux ; cas cliniques utilisés dans l'étude Polychrome).

Les 2 cas cliniques intégraient les mêmes « objectifs pédagogiques », mais la forme variait, afin de limiter un biais de mémorisation.

Chaque cas clinique contenait 11 objectifs pédagogiques. 7 objectifs concernaient des situations de prescription excessive ou inappropriée (« over / mis-use ») et 4 objectifs concernaient des situations de prescription manquante (« underuse »).

Le barème de chaque cas clinique était établi sur 23 points (annexes 7 et 8). 15 points concernaient les situations de prescription excessive ou inappropriée et 8 points concernaient les situations de prescription manquante.

Un point était attribué par PPI à détecter. Un point était attribué par commentaire adapté (2 commentaires étaient attendus pour les benzodiazépines à demi-vie longue).

Les vignettes cliniques fictives ont été relues et validées par le Dr Noëlle Bernard, directrice de la thèse, par le Pr Fabrice Bonnet, chef du service de médecine interne et maladies infectieuses de l'hôpital Saint André, et par le Pr Muriel Rainfray, ancienne chef du pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux.

Les vignettes cliniques ont été testées préalablement par deux médecins afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'énoncé et des questions.

II.5 Déroulement de l'intervention

A chaque étape les réponses ont été recueillies de manière individuelle et anonyme. Un numéro de participant a été attribué à chaque médecin, afin de préserver l'anonymat des réponses et de coordonner le recueil.

→ 1^{ère} rencontre : évaluation « AVANT »

La première intervention, durait 20 à 30 minutes. Elle avait lieu lors d'un rendez-vous fixé avec le médecin participant ou lors d'une réunion du groupe de pairs :

- ✓ Le sujet de l'étude était présenté aux participants (PowerPoint ou présentation orale seule, selon le temps disponible).

- La présentation contenait des éléments épidémiologiques sur la iatrogénie et ses conséquences. Elle présentait le rôle central du médecin généraliste dans la prévention de la iatrogénie. Elle présentait la méthodologie et le déroulement de l'étude.
- ✓ Le questionnaire de recueil des caractéristiques socioprofessionnelles était remis à chaque participant en format papier. Les réponses étaient recueillies individuellement et par écrit.
 - ✓ Le cas clinique n°1 était présenté en format papier à chaque médecin. Les documents remis étaient l'énoncé du cas clinique et deux grilles de réponses. Chaque grille de réponse comportait une colonne « médicament » et une colonne « commentaire ». La première grille permettait de citer les médicaments jugés potentiellement inappropriés, la deuxième grille permettait de citer les médicaments jugés manquants (annexe 5).
 - ✓ Chaque participant devait répondre individuellement en notant les PPI observées dans le cas clinique et en les commentant, dans les grilles de réponse prévues à cet effet.
 - Pour limiter le biais d'apprentissage, l'énoncé du cas clinique était récupéré avec les réponses. Le cas clinique n'était ni corrigé, ni discuté à cette étape.
 - ✓ L'outil était ensuite distribué aux participants. Les modalités de sa création étaient expliquées. Les items étaient lus et commentés.
 - ✓ Les médecins participants étaient invités à utiliser l'outil au cours des semaines suivantes, dans leur pratique quotidienne.

→ **Période de latence**

Une période de latence de 3 à 6 semaines permettait aux participants de s'approprier l'outil et d'éprouver la pertinence de son utilisation dans leur pratique quotidienne.

→ **2^{ème} rencontre : évaluation « APRES »**

La seconde intervention durait 20 à 30 minutes. Elle avait lieu lors d'un rendez-vous fixé avec le médecin participant ou lors d'une réunion du groupe de pairs :

- ✓ Le cas clinique n°2 était remis en format papier à chaque médecin. Les documents remis étaient l'énoncé du cas clinique et deux grilles de réponses. Chaque grille de réponse comportait une colonne « médicament » et une colonne « commentaire ». Une grille permettait de citer les médicaments jugés excessifs ou inappropriés, et une grille permettait de citer les médicaments jugés manquants (annexe 6).
- ✓ Chaque participant devait répondre individuellement en citant les PPI observées dans le cas et en les commentant, dans les grilles de réponse prévues à cet effet. Les réponses étaient recueillies.
- ✓ Si les médecins le souhaitaient, les réponses attendues aux cas cliniques étaient données et discutées.
- ✓ Les réactions et commentaires des participants étaient recueillis lors d'entretiens semi-directifs. Le recueil se faisait par prise de notes, chez les médecins vus individuellement, ou par enregistrement sur dictaphone pour les groupes de pairs. Les enregistrements n'ont pas été retranscrits.

Les questions posées étaient :

- Avez-vous utilisé l'outil proposé ? Si oui, de quelle manière ? Quel(s) bénéfice(s) l'outil a-t-il pu apporter à votre pratique ? Quelles sont ses limites selon vous ? Le format vous convenait-il ? Proposeriez-vous des améliorations ?
- Avez-vous des remarques concernant la prescription médicamenteuse chez les patients âgés polypathologiques ? Quelles sont les limites que vous rencontrez en pratique concernant son optimisation ?

II.6 Recueil des données

Le relevé des données quantitatives a été réalisé au moyen du logiciel Microsoft Excel.

Chaque ligne du tableau de recueil correspondait à un médecin. Les colonnes correspondaient aux différents items de réponses au questionnaire d'évaluation des pratiques, aux dates des rencontres avec les médecins et aux réponses aux cas cliniques.

Un thésaurus a été créé afin de coder les réponses au questionnaire d'évaluation des pratiques, et de les intégrer au tableau.

Concernant l'application du barème et l'attribution des points :

- ✓ un point « PPI détectée » était attribué lorsque le médicament considéré était cité dans la colonne « médicament » de la grille de réponse.
- ✓ un point « commentaire adapté » était attribué lorsque le commentaire du médecin dans la colonne « commentaire » était cohérent avec la réponse attendue.
- ✓ L'attribution des points « commentaire adapté » était donc soumise à l'interprétation subjective du doctorant.

Les données qualitatives ont été recueillies lors d'entretiens semi-directifs. Le recueil se faisait par prise de notes pour les médecins vus individuellement, ou par enregistrement sur dictaphone pour les groupes de pairs.

II.7 Analyse des données

II.7.1 Analyse quantitative

L'analyse statistique a été réalisée par le Dr Florence Saillour-Glenisson et par Romain Mabrut, interne en pharmacie.

Une analyse descriptive des données a été tout d'abord réalisée. Les variables quantitatives catégorielles ont été décrites en effectifs et en pourcentages ; les variables quantitatives continues, notamment les scores, ont été décrits en moyenne, médiane, minimum et maximum.

Les scores et les taux de non citation par molécule ont été comparés entre les périodes avant et après la diffusion de l'outil. Le caractère normal de la distribution des scores a été préalablement étudié par le test de Shapiro-Wilk.

En cas de distribution normale des scores, le test de comparaison de moyenne de Wilcoxon a été appliqué ; en cas de distribution non normale des scores, le test non paramétrique de comparaison de médiane de Kruskal-Wallis a été appliqué. Les taux de citation par molécule ont été comparés par un test du chi².

II.7.2 Analyse qualitative

Les enregistrements des entretiens en groupe de pairs n'ont pas été retranscrits. Les données n'ont pas été codées. L'analyse qualitative du contenu des entretiens a été réalisée par une approche compréhensive à la lecture ou à l'écoute du contenu des entretiens par le doctorant.

III. RESULTATS

III.1 Caractéristiques des médecins participants

Parmi les 60 médecins généralistes recrutés, 56 ont mené l'étude à terme. Quatre médecins ont été perdus de vue après la première intervention (deux en raison d'un congé maternité, deux en raison de contraintes organisationnelles).

Vingt-six médecins ont été rencontrés individuellement, 30 ont été rencontrés lors d'une réunion de leur groupe de pairs.

Les médecins participants étaient âgés de 29 à 70 ans. L'âge moyen était de 44,2 ans. La médiane se situait à 40,5 ans (quantile 25% = 36 ans, quantile 75% = 55,5 ans).

Les caractéristiques socioprofessionnelles et les pratiques déclarées des médecins sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Caractéristiques socioprofessionnelles des médecins

		Fréquence (n=56)	Pourcentage
Sexe	Homme	33	58.93 %
	Femme	23	41.07 %
Mode d'exercice	Médecin remplaçant	5	8.93 %
	Médecin installé	51	91.07 %
Lieu d'exercice	Rural	1	1.79 %
	Semi-rural	30	53.57 %
	Urbain	25	44.64 %
Type de cabinet	Individuel	8	14.29 %
	De groupe	48	85.71 %
Appartenance à un groupe de pairs	Oui	32	57.14 %
	Non	24	42.86 %
Utilisation d'un outil d'aide à la prescription	Oui	39	69.64 %
	Non	17	30.36 %
Type d'outil d'aide à la prescription <i>(certains médecins utilisaient plusieurs outils)</i>	Vidal	34	60.71 %
	Banque C. Bernard	8	14.29 %
	360 Medics	1	1.79 %
	Titan	1	1.79 %
	Guide P.A.P.A.	2	3.57 %
Existence de stratégies de réévaluation	Oui	45	80.36 %
	Non	11	19.64 %
Abonnement à une revue médicale	Oui	46	82.14 %
	Non	10	17.86 %
Revue médicale <i>(certains médecins étaient abonnés à plusieurs revues)</i>	La revue du praticien	13	23.21 %
	Prescrire	36	64.29 %
	Exercer	2	3.57 %
	Le concours médical	2	3.57 %
	Pratiques - Cahiers de la médecine utopique	1	1.79 %
	Le quotidien du médecin	2	3.57 %
	Revue de médecine interne	1	1.79 %
	Médecine	1	1.79 %
Participation à des formations type DPC	Oui	54	96.43 %
	Non	2	3.57 %
Participation à des formations sur la PMSA	Oui	20	35.71 %
	Non	36	64.29 %

III. 2 Résultats de l'analyse quantitative

Dans la description des résultats qui va suivre :

- ✓ CC1 correspond au 1^{er} cas clinique
- ✓ CC2 correspond au 2nd cas clinique
- ✓ Le *score total* correspond au total des points obtenus à chaque cas clinique. Le barème de chaque cas clinique est sur 23 points.
 - Le score total est la somme du score obtenu pour les PPI en excès ou inappropriées et du score obtenu pour les PPI manquantes.
- ✓ Le *score over/mis-use* correspond au score obtenu pour les PPI en excès ou inappropriées dans le cas clinique. Le barème est sur 15 points.
- ✓ Le *score underuse* correspond au score obtenu pour les PPI manquantes dans le cas clinique. Le barème est sur 8 points.

III.2.1 Objectif principal : analyse quantitative des scores

L'analyse quantitative des scores aux cas cliniques est présentée dans le tableau ci-dessous.

Les scores totaux sont présentés, ainsi que les scores concernant uniquement les prescriptions en excès et inappropriées (score *over/mis-use*) et les scores concernant uniquement les prescriptions manquantes (score *underuse*).

Tableau 2. Analyse quantitative des scores aux cas cliniques

	CC1	CC2
	Score Over/Mis-use (sur 15 points)	
Moyenne	9,7	11,3
Ecart-type	2,4	2,2
Q100%	15	15
Q50% (médiane)	10	12
Q0%	4	4
	Score Underuse (sur 8 points)	
Moyenne	4,5	6,1
Ecart-type	2,2	2
Q100%	8	8
Q50% (médiane)	4	6
Q0%	0	0
	Score Total (sur 23 points)	
Moyenne	14,2	17,5
Ecart-type	4	3,3
Q100%	23	22
Q50% (médiane)	15	18,5
Q0%	6	9

Q100% = quantile à 100%, Q50% = quantile à 50%, Q0% = quantile à 0%

La différence entre les scores totaux du 1^{er} cas clinique et du 2nd cas clinique est statistiquement significative (test non paramétrique de Wilcoxon). La progression moyenne totale entre les deux cas cliniques est de 3,3 points sur 23.

Pour les prescriptions en excès et inappropriées, la différence entre les scores du 1^{er} et du 2nd cas clinique est statistiquement significative (test non paramétrique de

Wilcoxon). La progression moyenne entre les deux cas cliniques est de 1,6 points sur 15.

Pour les prescriptions manquantes, la différence entre les scores du 1^{er} et du 2nd cas clinique est statistiquement significative (test non paramétrique de Wilcoxon). La progression moyenne entre les deux cas cliniques est de 1,6 points sur 15.

III.2.2 Objectifs secondaires

III.2.2.1 Analyse descriptive des citations par objectif pédagogique

L'analyse pour chaque objectif pédagogique de la fréquence de sa détection « avant » et « après » la présentation et la diffusion de l'outil est résumée dans les histogrammes ci-dessous et en annexe (annexe 9).

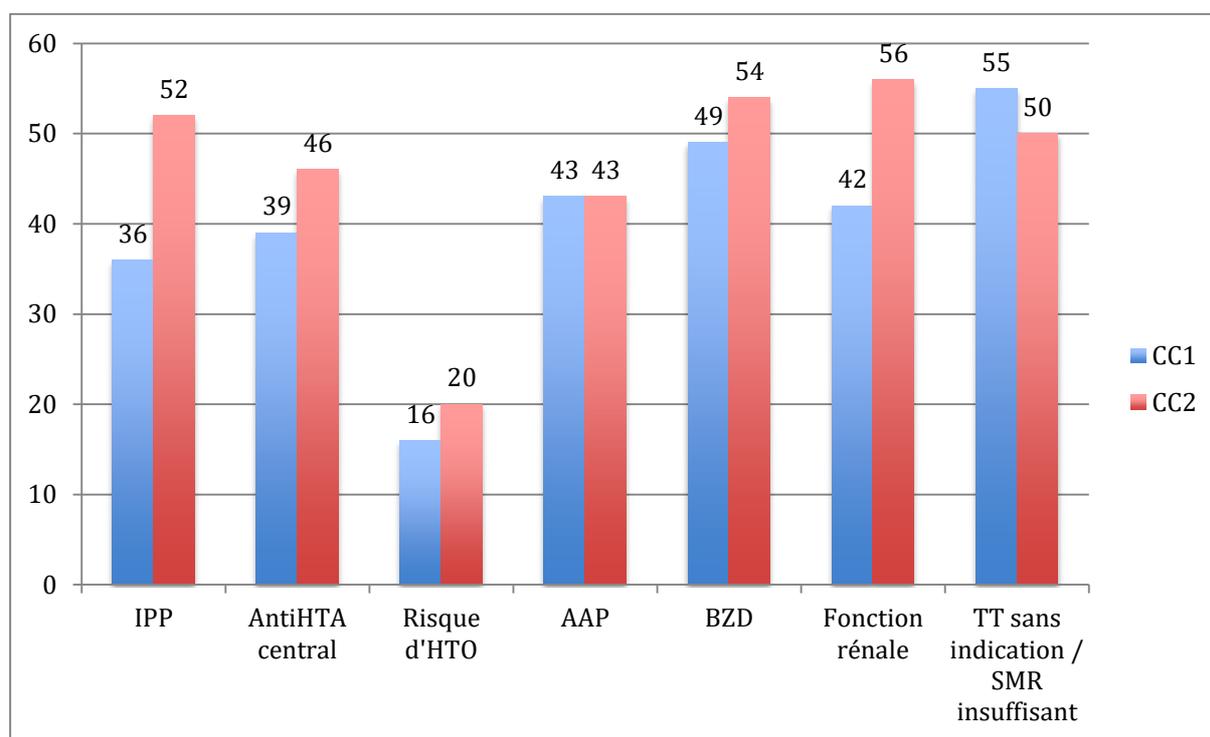


Figure 3. Comparaison de la fréquence de citation des prescriptions excessives et inappropriées au 1^{er} et au 2nd cas clinique

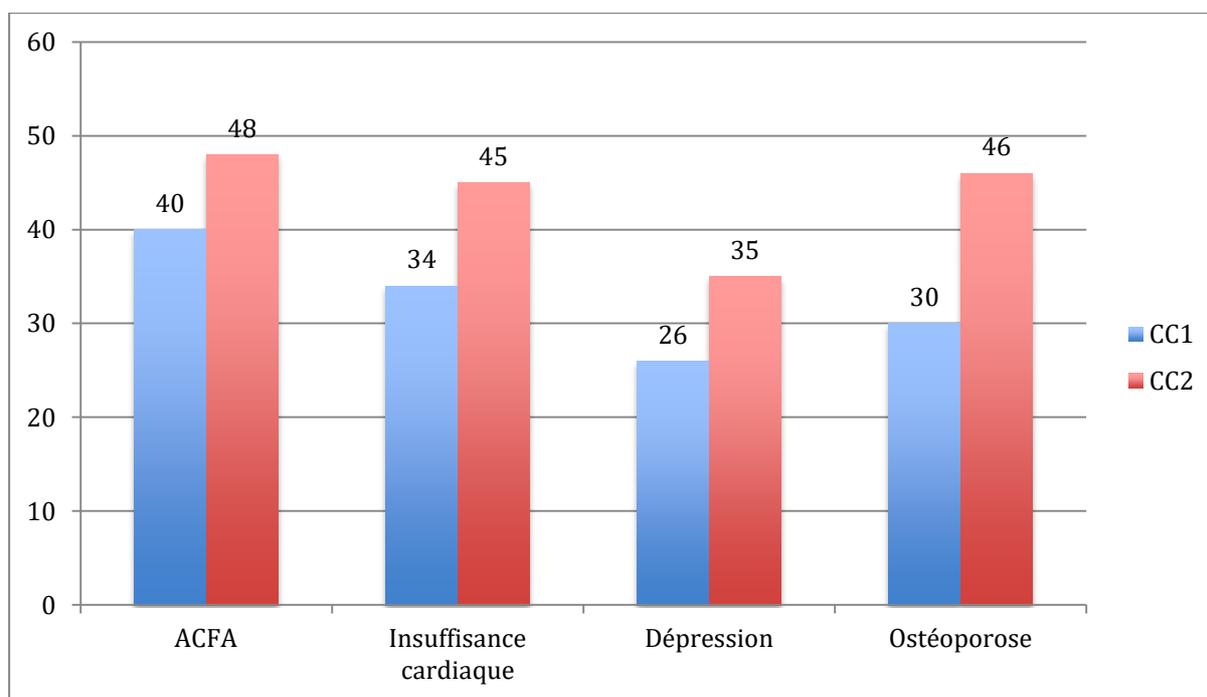


Figure 4. Comparaison de la fréquence de citation des prescriptions manquantes au 1^{er} et au 2nd cas clinique

Les trois PPI les plus fréquemment citées au 1^{er} cas clinique sont :

- ✓ le médicament prescrit sans indication / SMR insuffisant (55 citations),
- ✓ la benzodiazépine à demi-vie longue prise au long cours (49 citations),
- ✓ et la prescription d'un AAP en traitement de la FA permanente (43 citations).

Les trois PPI les plus fréquemment citées au 2nd cas cliniques sont :

- ✓ le médicament à adapter à la fonction rénale (56 citations),
- ✓ la benzodiazépine à demi-vie longue prise au long cours (54 citations),
- ✓ la prescription d'un IPP sans indication (52 citations).

Les PPI les moins fréquemment citées au 2nd cas clinique sont les mêmes qu'au 1^{er} cas :

- ✓ le risque d'HTO lié à la prescription de 2 antihypertenseurs (16 citations au CC1 et 20 citations au CC2),
- ✓ et le traitement insuffisant du TAG ou de la dépression (26 citations au CC1 et 35 citations au CC2).

Les PPI pour lesquelles on observe une augmentation de la fréquence de citation entre les 2 cas cliniques sont :

- ✓ la prescription d'un IPP sans indication (+ 16 citations),
- ✓ le traitement insuffisant de l'ostéoporose (+ 16 citations),
- ✓ le médicament à adapter à la fonction rénale (+ 14 citations)
- ✓ le traitement insuffisant de l'insuffisance cardiaque (+ 11 citations)
- ✓ le traitement insuffisant du TAG ou de la dépression (+ 9 citations)
- ✓ le traitement insuffisant de l'ACFA (+ 8 citations)
- ✓ l'antihypertenseur d'action centrale (+ 7 citations)
- ✓ les benzodiazépines (+ 5 citations)
- ✓ le risque d'HTO lié à la prescription de 2 antihypertenseurs (+ 4 citations)

On observe une stabilité de la fréquence de citation de la PPI « AAP en traitement de la FA permanente » entre le 1^{er} et le 2nd cas clinique.

On observe une diminution de la fréquence de citation de la PPI « médicament à SMR insuffisant » entre le 1^{er} et le 2nd cas clinique (- 5 citations).

III.2.2.2 Analyse des facteurs associés à la fréquence de détection des PPI

L'analyse des scores totaux moyens en fonction des caractéristiques socioprofessionnelles des médecins est résumée dans le tableau suivant.

Tableau 3. Analyse des sous-scores totaux en fonction des caractéristiques socioprofessionnelles

		Score total CC1	Score total CC2
Sexe			
	Homme	14,7	18
	Femme	13,5	16,7
Mode d'exercice			
	Médecin remplaçant	9,8	19,2
	Médecin installé	14,7	17,3
Lieu d'exercice			
	Rural/semi-rural	14,5	17,9
	Urbain	13,9	16,9
Type de cabinet			
	Cabinet individuel	14,1	19,1
	Cabinet de groupe	14,3	17,2
Appartenance à un groupe de pairs			
	Oui	14,5	18,1
	Non	13,9	16,6
Utilisation d'un outil d'aide à la prescription			
	Oui	14,7	17,7
	Non	13,2	16,9
Abonnement à une revue médicale			
	Oui	14,5	17,6
	Non	13,1	16,9
Participation à formations sur PMSA			
	Oui	14,8	17,5
	Non	13,9	17,4

L'analyse des facteurs associés aux scores obtenus aux cas cliniques a mis en évidence une différence significative entre les médecins installés et les médecins remplaçants au 1^{er} cas clinique. La moyenne du score total au 1^{er} cas clinique est de 9,8 sur 23 pour les médecins remplaçants, et de 14,6 sur 23 pour les médecins installés.

L'analyse des facteurs associés aux scores obtenus aux cas cliniques n'a pas mis en évidence de différences significatives entre :

- ✓ les hommes et les femmes,
- ✓ les médecins remplaçants et les médecins installés, au 2nd cas clinique,
- ✓ les médecins exerçant en milieu rural ou semi-rural et les médecins exerçant en milieu urbain,
- ✓ les médecins exerçant en cabinet de groupe et les médecins exerçant en cabinet individuel,
- ✓ les médecins faisant partie d'un groupe de pairs et ceux n'en faisant pas partie,
- ✓ le fait d'utiliser un outil d'aide à la prescription ou non,
- ✓ le fait d'être abonné à une revue médicale ou non,
- ✓ le fait d'avoir participé à des formations sur la PMSA ou non.

III.2.2.3 PPI citées par les médecins et n'apparaissant pas dans le barème

Le traitement par statine était identifié comme une prescription potentiellement inappropriée par 38 médecins au 1^{er} cas clinique, et par 43 médecins au 2nd cas clinique.

Au 1^{er} cas clinique, 5 médecins ont proposé de remplacer la METFORMINE par un autre ADO, et 11 médecins ont suggéré l'arrêt des ADO et l'instauration d'un traitement par INSULINE.

L'instauration d'un diurétique, en traitement de l'insuffisance cardiaque, a été évoquée par 6 médecins dans l'ensemble des cas cliniques. Les conditions précises de l'introduction de ce traitement n'étaient pas systématiquement développées par les médecins.

Au 2nd cas clinique, 41 médecins ont proposé l'instauration d'un traitement antalgique par PARACETAMOL, et 4 médecins ont évoqué l'instauration d'un antalgique de palier II en cas de nécessité.

La kinésithérapie pour la prise en charge des lombalgies a été suggérée par 2 médecins.

L'exercice physique pour prévenir l'ostéoporose a été suggéré par 2 médecins.

Deux médecins ont évoqué la psychothérapie en traitement du trouble anxieux généralisé ou du syndrome dépressif.

Pour traiter l'insuffisance veineuse, 9 médecins ont proposé le port de bas de contention veineuse.

III.3 Résultats de l'analyse qualitative

III.3.1 Habitudes ou stratégies de réévaluation des ordonnances

Quarante-cinq médecins sur 56 déclaraient avoir des stratégies de réévaluation de leurs ordonnances.

Parmi ceux-ci :

- ✓ Vingt-cinq médecins disaient réévaluer le traitement médicamenteux à chaque renouvellement, 3 de manière régulière et 6 occasionnellement.
- ✓ Deux médecins réévaluaient l'ordonnance d'un patient après une maladie ou une consultation chez le spécialiste, 1 suite à la survenue d'un effet indésirable.
- ✓ Un médecin disait dégager du temps en dehors de ses consultations pour analyser certaines ordonnances longues ou complexes.
- ✓ Un médecin disait rediscuter une ligne d'ordonnance par consultation.
- ✓ Trois médecins avaient une vigilance particulière sur les psychotropes (1 médecin), les statines et anticoagulants (1 médecin), les médicaments à action neurologique (1 médecin).
- ✓ Deux médecins avaient une vigilance particulière sur la surveillance consécutive à une introduction de médicament (1 médecin), ou sur le risque de chute iatrogène (1 médecin).

III.3.2 Commentaires sur l'outil

Les commentaires sur l'outil ont concerné :

- *Format et présentation* :

La plupart des médecins étaient satisfaits du format proposé.

Ils ont suggéré de :

- présenter l'outil sur un format A4 recto afin de permettre d'afficher l'outil au mur ou de le placer sur le bureau (sous-main transparent) ;
- faire ressortir pour chaque item un mot le résumant faciliterait une relecture rapide des 10 items en consultation ;
- créer une « fiche flash » très synthétique résumant les 10 items, et sans exemples, a également été évoquée afin de faciliter l'utilisation de l'outil lors des renouvellements d'ordonnances.

- *Contenu* :

La majorité des médecins a trouvé le contenu de l'outil pertinent.

Certains médecins considéraient avoir connaissance de ces « bonnes pratiques » mais ont remarqué que la présence de l'outil sur leur bureau favorisait leur mise en application.

D'autres indiquaient avoir déjà intégré ces « bonnes pratiques » à leur exercice quotidien et ne considéraient pas l'outil utile pour leur pratique.

Certains médecins reprochaient à l'outil d'être insuffisant pour une prise de décision et étaient demandeurs de recommandations plus détaillées de bonnes pratiques adaptées à la personne âgée.

Les exemples ont souvent été considérés comme pertinents et utiles, car ils explicitaient l'item et apportaient des informations supplémentaires.

Certains items ont été discutés :

- ✓ Item 1 : la recherche de l'automédication.

L'automédication était reconnue comme une pratique fréquente et rarement déclarée par les patients. S'attacher à la rechercher plus systématiquement en consultation est apparu comme un point important.

- ✓ Item 2 : la clairance de la créatinine.

Le choix de la formule de calcul à utiliser chez la personne âgée (Cockcroft ou MDRD) a été discuté et débattu, surtout en groupes de pairs.

Pour les médecins utilisant un logiciel médical, la manière de faire apparaître la clairance dans le dossier du patient et de la rendre visible au moment de la prescription a été questionnée.

L'importance de faire apparaître la clairance et le poids du patient directement sur l'ordonnance a été appuyée.

- ✓ Item 4 : la sur-prescription.

La prescription des IPP a été discutée. Certains médecins ne considéraient pas comme problématique la prescription d'un IPP même sans indication. D'autres trouvaient qu'on banalisait leur prescription. Les effets indésirables liés aux IPP n'étaient pas toujours connus des médecins.

La manière de rechercher le SMR d'un médicament a été interrogée.

- ✓ Item 6 : les pathologies insuffisamment traitées.

Plusieurs médecins n'étaient pas convaincus de l'intérêt des biphosphonates chez les patients âgés de plus de 80 ans. Ces doutes concernaient également l'efficacité des traitements antidépresseurs chez les patients âgés.

- ✓ Item 7 : benzodiazépines et hypnotiques.

Les remarques concernaient la résistance des patients habitués à des prises régulières de benzodiazépines ou d'hypnotiques, mais aussi les difficultés de mise en place et les échecs fréquents du sevrage.

- ✓ Item 8 : classement des médicaments par pathologie.

Certains médecins considéraient que cela rendait l'ordonnance plus lisible pour le médecin et pour le patient. La possibilité ou la manière de l'effectuer via le logiciel de prescription était là encore questionnée.

- ✓ Item 9 : modifications de traitement en sortie d'hospitalisation.

Les délais entre la sortie d'hospitalisation du patient et la réception du courrier d'hospitalisation ont été évoqués, ainsi que l'absence fréquente de justification des modifications thérapeutiques ayant eu lieu durant l'hospitalisation.

- ✓ Item 10 : explication des modifications de traitement et notification sur l'ordonnance.

Cet item a été considéré comme pertinent. Certains médecins avaient déjà pris l'habitude de le faire, et faisaient remarquer l'importance de ces explications également pour le pharmacien d'officine.

- *Utilisation :*

Pour certains médecins, l'outil apportait une méthode et un plan de relecture systématique d'une ordonnance.

Il leur permettait également d'interroger leurs connaissances (propriétés pharmacologiques, recommandations de bonne pratique).

En pratique, l'outil était relu ponctuellement, mais il n'était pas utilisé à chaque consultation. Quelques médecins ne l'ont pas ou peu utilisé, par manque de temps ou par omission. Certains l'ont trouvé pratique pour les visites à domicile et en EHPAD.

Sa diffusion aux pharmaciens d'officines a été suggérée.

III.3.3 Commentaires sur la prescription chez le sujet âgé polyopathologique

Les commentaires sur la prescription chez la personne âgée ont concerné :

- ✓ Le manque de temps.

La difficulté des médecins à dégager du temps au cours d'une consultation de 15 à 20 minutes pour faire le point sur le traitement habituel du patient a été soulignée. Même lors des consultations pour un renouvellement d'ordonnance, il est fréquent qu'un problème médical à résoudre se surajoute. La réévaluation complète du traitement d'un patient polymédiqué est chronophage.

La mise à jour de leurs connaissances (littérature scientifique, recommandations de bonne pratique, revues médicales) par les médecins est également impactée par le manque de temps.

- ✓ La résistance des patients.

Certains patients sont réticents à la modification de leur ordonnance, notamment s'agissant des benzodiazépines et des hypnotiques, et des prescriptions effectuées par un médecin spécialiste. Il est donc souvent nécessaire au médecin d'explicitier son point de vue et de l'argumenter. La confrontation aux croyances et aux habitudes des patients est décrite comme chronophage et énergivore.

- ✓ Les relations avec les médecins spécialistes.

Certains médecins expriment des réticences à modifier la prescription d'un autre médecin (notamment spécialiste) du fait de la confiance qu'ils ont en leur avis, mais aussi par souci de garder de bons rapports.

Il est reproché à certains spécialistes de n'envisager les situations cliniques que sous l'angle de leur spécialité et de ne pas tenir compte des autres pathologies et du contexte du patient. L'absence de sensibilisation de certains spécialistes à la prescription chez le sujet âgé est également signalée.

Des difficultés de communication avec certains spécialistes (absence de courrier adressé) et avec les pharmaciens d'officine sont rapportées.

- ✓ Les relations avec les médecins hospitaliers.

Les délais importants (1 à 3 semaines) entre la sortie d'hospitalisation du patient et la réception du courrier médical ont été critiqués. Les risques de doublons de prescriptions liés à ce décalage et au défaut d'information du patient (absence d'explications sur d'éventuels changements thérapeutiques effectués) sont soulignés par plusieurs médecins. Certains font également remarquer l'instauration de fréquente de PPI en cours d'hospitalisation (IPP, BZD).

- ✓ Recommandations :

La difficulté de s'appuyer sur des recommandations adaptées à la personne âgée et à la personne polypathologique est évoquée par de nombreux médecins.

- ✓ Développement personnel continu.

Certains médecins regrettent la réduction récente du nombre d'heures de DPC indemnisées qui a entraîné une diminution du temps de formation continue.

IV. DISCUSSION

Cette étude a permis d'évaluer l'impact de la présentation et de la diffusion de l'outil « Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste » auprès de 56 de médecins généralistes exerçant en Aquitaine. Cet outil n'avait pas été évalué auparavant.

Son évaluation a montré une amélioration de la détection des prescriptions potentiellement inappropriées par les médecins, après sa présentation et sa diffusion. Il a été considéré comme pertinent et pratique d'utilisation par la plupart des médecins ayant participé à l'étude.

IV.1 Réflexion sur les résultats

Les médecins recrutés pour l'étude étaient de sexe et d'âge variés. Ils exerçaient en milieu semi-rural et urbain. Un seul médecin exerçait en milieu rural. La grande majorité d'entre eux (86%) faisaient partie d'un cabinet de groupe.

En acceptant de participer, les médecins recrutés témoignaient d'une attention portée à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles. Plus de la moitié d'entre eux appartenait à un groupe de pairs (57%) ou étaient agrées Maîtres de Stage des Universités en médecine générale. Ce biais de sélection peut limiter l'extrapolation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes français.

La plupart des médecins informatisés avaient intégré à leur logiciel médical le logiciel Vidal Expert ou le logiciel de la Base Claude Bernard (65%). Ces logiciels permettent un accès à la monographie de la plupart des médicaments commercialisés. Ils peuvent être mis en lien avec le dossier du patient (âge, sexe, poids, antécédents, allergies, fonction rénale, grossesse, allaitement) afin de sécuriser la prescription. Ils génèrent des alertes lorsqu'ils détectent une contre-indication ou une interaction médicamenteuse à risque. Certains logiciels graduent le niveau d'alerte. Les médecins interrogés n'utilisaient pas tous les paramètres de ces logiciels, notamment la mise en lien avec les éléments du dossier du patient. Ils leurs reprochaient d'émettre un très grand nombre d'alertes, qui n'étaient pas toujours

considérées comme pertinentes. La conséquence était que nombre d'entre eux ne prêtaient plus attention aux alertes émises.

Sur les 56 médecins, 2 d'entre eux seulement citaient un outil non informatique, le guide P.A.P.A. Aucun médecin n'a cité les outils du programme PMSA de la HAS, STOPP and START, la liste de Laroche, ou la liste de Beers. Dans un travail de thèse de 2012, 8% seulement des médecins généralistes interrogés connaissaient l'existence du programme PMSA de la HAS (41). Ces données témoignent d'un probable défaut de communication autour des outils disponibles.

Concernant les stratégies de révision de leurs ordonnances, on retient que la majorité des médecins prêtait attention à la réévaluation régulière des traitements de leurs patients âgés polyopathologiques, et que certains avaient développé des stratégies personnelles (réévaluation d'une ligne par consultation, temps consacré à la réévaluation en dehors des consultations). Cependant, cette question était peut-être mal formulée. Les réponses ont varié selon la perception du médecin de ce qu'était une « stratégie de réévaluation » et selon le temps consacré à formuler la réponse. Une question plus précise, ou plusieurs questions fermées auraient sans doute été plus adaptées.

La majorité des médecins (82%) étaient abonnés à une revue médicale. La plus lue était la revue Prescrire (64% des médecins), dont la vocation première est de fournir des « informations rigoureuses et fiables sur les traitements et les stratégies de soins » (42). Ceci témoigne d'une vigilance des médecins sur leurs choix thérapeutiques et d'une volonté d'entretenir et de mettre à jour leurs savoirs.

L'évaluation de l'outil a montré un impact positif de sa diffusion auprès de médecins généralistes. On a observé une amélioration de la fréquence de détection des prescriptions potentiellement inappropriées entre le cas clinique réalisé avant et le cas clinique réalisé après la présentation et la diffusion de l'outil. La progression entre les deux cas a été de 3,3 points sur les 23 que comportait chaque cas clinique. Cette amélioration a porté sur la majorité des prescriptions excessives et inappropriées et la totalité des prescriptions manquantes.

Avant la diffusion de l'outil, les PPI les mieux détectées étaient le « médicament prescrit sans indication / SMR insuffisant », la « benzodiazépine à demi-vie longue prescrite au long cours » et « l'antiagrégant plaquettaire prescrit en traitement de la

FA permanente». La réévaluation depuis 1999 par la Commission de Transparence du service médical rendu d'un grand nombre de médicaments a pu inciter les médecins à moins prescrire de médicaments à SMR insuffisant ou modéré (43). La vigilance des médecins face à la sur-prescription des benzodiazépines et médicaments apparentés peut être interprétée comme un effet des différents travaux de sensibilisation et des approches réglementaires développés par la HAS depuis 2007 (44-46). La diffusion des nouvelles recommandations de l'HAS sur le traitement de la FA chez la personne âgée en 2014 a également semblé toucher les médecins généralistes.

Après la distribution de l'outil, les PPI citées par le plus grand nombre de médecins sont le « médicament à adapter à la fonction rénale », la « benzodiazépine à demi-vie longue prescrite au long cours » et « l'IPP prescrit sans indication ». Les PPI pour lesquelles on observe la plus grande variation de la fréquence de détection entre les 2 cas cliniques sont « l'IPP prescrit sans indication », « le médicament à adapter à la fonction rénale », ainsi que le « traitement insuffisant de l'ostéoporose ». On peut donc supposer que le rappel par l'item 2 de l'outil de la nécessité de surveiller et d'adapter les thérapeutiques à la fonction rénale a été efficace. Il semble également que l'exemple de l'item 4 sur la sur-prescription, ciblant l'association entre IPP et AAP, ait eu un impact sur les médecins. Les effets indésirables des IPP sont peu connus des prescripteurs. Leur prescription est souvent banalisée et non conforme aux recommandations (47). Rappeler aux médecins les indications et les effets secondaires des IPP semble important. L'item sur les benzodiazépines a également permis une meilleure détection de cette PPI, déjà fréquemment détectée au 1^{er} cas. Le traitement de l'ostéoporose était également cité en exemple dans l'item 6 de l'outil.

On observe une augmentation du nombre de médecins identifiant le « traitement insuffisant de l'ACFA » et de « traitement insuffisant de l'insuffisance cardiaque ». Ces deux prescriptions manquantes apparaissent en exemple de l'item 6 dans l'outil. La détection de la prescription inappropriée d'un « antihypertenseur central » est elle aussi plus fréquente au 2nd cas clinique. Elle n'apparaît pas directement dans l'outil.

La fréquence de détection de la PPI « médicament prescrit sans indication / médicament à SMR insuffisant » diminue entre les 2 cas. Cela peut s'expliquer par le fait que la PIASCLEDINE, médicament phytothérapeutique, était considérée par

certaines médecins comme à faible risque d'effets secondaires. Lorsqu'une efficacité était ressentie par les patients, les médecins ne s'opposaient pas à sa prescription.

La fréquence de détection de la PPI « antiagrégant plaquettaire en traitement de la FA » est restée stable entre les deux interventions. A noter ici que plusieurs médecins confiaient le choix de la prise en charge thérapeutique de la FA et de l'HTA au cardiologue référent du patient, et ne remettaient pas toujours en question les choix thérapeutiques qui avaient pu être faits.

Les PPI les moins bien détectées étaient les mêmes aux deux cas cliniques : « risque d'HTO lié à l'association de deux antihypertenseurs » et « traitement insuffisant du TAG ou du syndrome dépressif ». Dans les cas cliniques, le patient se présentait pour un renouvellement simple et ne présentait à priori pas de symptôme iatrogène. Les médecins auraient peut-être évoqué plus fréquemment une HTO si le patient fictif avait présenté une chute ou des vertiges posturaux. On note cependant que la recherche de l'HTO est rarement évoquée à titre de surveillance systématique chez un patient âgé traité par antihypertenseurs, en dépit des recommandations à ce sujet (48). Concernant les troubles anxieux et dépressifs, nos résultats rejoignent les données de la littérature estimant que 60 à 70 % des états dépressifs des personnes âgées sont négligés, méconnus ou mal traités, malgré l'efficacité reconnue des thérapeutiques (49).

Le seul facteur associé aux scores obtenus aux cas cliniques était le fait d'être un médecin installé plutôt que remplaçant, avant la diffusion de l'outil. Ce résultat semble montrer une moins bonne sensibilisation des médecins remplaçants à la prescription chez les patients âgés, par rapport aux médecins installés. Le fait d'appartenir à un groupe de pairs, le fait d'être abonné à une revue médicale, ou le fait d'avoir participé à une formation type DPC sur la prescription chez la personne âgée n'étaient pas associés aux scores obtenus. Cependant, l'effectif des médecins était probablement insuffisant pour une analyse fiable des variations des scores entre les sous-groupes. On pouvait observer une discrète supériorité des scores des hommes aux deux cas cliniques. Les médecins utilisant un outil ou abonnés à une revue médicale semblaient avoir de meilleurs scores au 1^{er} cas clinique. Les médecins exerçant en milieu rural et semi rural, en cabinet individuel, et appartenant à un groupe de pairs paraissaient avoir de meilleurs scores au 2nd cas clinique. Ces

tendances sont délicates à interpréter et nécessiteraient d'être confirmées sur un échantillon de médecins plus important.

Une forte proportion des médecins a remis en question la prescription d'une statine en prévention primaire chez les personnes de plus de 75 ou 80 ans. Les éléments de questionnaire cités en commentaire étaient : l'indication par rapport à l'âge, l'intérêt en prévention primaire chez le sujet âgé de plus de 75 ou 80 ans, la nécessité de réévaluer le traitement en fonction des résultats du bilan lipidique, la nécessité de réévaluer le traitement en fonction de sa tolérance. Les données de la littérature sur la pertinence des statines en prévention primaire après 75 ans sont manquantes. L'étude Statines Au Grand Age, en cours actuellement, a pour objectif d'évaluer l'efficacité de l'arrêt des statines chez les personnes âgées de plus de 75 ans traitées en prévention primaire (50). Les résultats de cette étude pourraient apporter des éléments de réponse.

Les médecins ont également proposé des thérapeutiques non médicamenteuses complémentaires dans le traitement de la douleur et des troubles anxio-dépressifs.

L'étude qualitative a montré que l'outil était perçu comme utile et pratique d'utilisation par la majorité des médecins généralistes recrutés. Il leur permettait de questionner leurs pratiques et leur apportait une méthode de révision des ordonnances de leurs patients âgés polypathologiques. Certains médecins ont appuyé le fait que l'outil n'apportait pas de recommandations précises dans des situations de soins, et qu'il ne se substituait donc pas à la formation continue et à la mise à jour des connaissances scientifiques. Les commentaires des médecins concernant le contenu et le format de l'outil ont permis de proposer une version A4 modifiée et adaptée à leurs remarques (annexe 10). Plusieurs formats pourraient être envisagés afin de s'ajuster à la convenance de chaque médecin.

L'étude a également mis en évidence un certain nombre de freins à l'optimisation des ordonnances (contraintes organisationnelles, résistance des patients, communication avec les spécialistes et avec les médecins hospitaliers), qui rejoignent ceux mis en évidence dans l'étude Polychrome (51) (annexe 11).

La multiplicité des paramètres déterminants la poly-prescription nous rappelle la multiplicité des niveaux d'action et la multidisciplinarité nécessaires à son optimisation.

IV.2 Discussion sur la méthodologie

L'impact de la diffusion de l'outil a pu être surestimé par l'existence de tendances existantes préalables à l'intervention ou par l'existence de variations liées à une cause extérieure. La population de médecins ayant bénéficié de l'intervention n'a pas été comparée à un groupe témoin. Rappelons que l'essai contrôlé randomisé constitue aujourd'hui la référence pour évaluer toute intervention sur la santé (52). Les effets de l'outil sur l'incidence de survenue d'évènements indésirables ou sur la mortalité ne sont pas étudiés dans ce travail.

Les cas cliniques présentés ne mentionnaient qu'un nombre limité de PPI, parmi toutes celles susceptibles d'être rencontrées en pratique chez la personne âgée. Les résultats auraient pu être différents avec d'autres PPI.

Il existait un biais de mémorisation entre le 1^{er} et le 2nd cas clinique, qui contenaient les mêmes objectifs pédagogiques. Pour certains objectifs pédagogiques, les molécules étaient identiques (IPP, AAP, BZD) entre le 1^{er} et le 2nd cas, pour d'autres, les molécules étaient différentes (ADO/AINS, médicament prescrit sans indication/médicament à SMR insuffisant), rendant certains items moins comparables entre avant et après la diffusion de l'outil. Par ailleurs, certains des objectifs pédagogiques apparaissaient en exemple dans l'outil, constituant un biais d'apprentissage. Ces éléments ont pu causer une surestimation des résultats.

Il existait un biais de performance lors du recueil des données, puisqu'il a été réalisé par la personne ayant procédé à l'intervention et n'a pas été obtenu à l'insu de l'intervention réalisée.

L'analyse qualitative n'a pas été mise en œuvre de manière rigoureuse. Tous les entretiens n'ont pas été enregistrés. Les données n'ont pas été retranscrites ni codées. L'analyse du contenu des données a été effectuée par le doctorant uniquement, et sans utiliser de logiciel.

IV.3 Ouvertures

L'impact de l'utilisation de l'outil STOPP par des médecins généralistes a récemment été évalué en soins primaires, et a montré qu'il permettait d'améliorer la qualité des ordonnances de patients âgés polypathologiques (53). Les outils listant les PPI à éviter chez les personnes âgées (STOPP and START, liste de Laroche) sont néanmoins souvent considérés comme peu pratiques d'utilisation par les médecins généralistes du fait de leur volume. Il est important pour les médecins que les outils qu'on leur propose soient ergonomiques et qu'ils s'intègrent facilement dans l'espace du cabinet.

L'outil « Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste » est simple d'utilisation. Son format condensé est conçu pour favoriser son acceptation par les médecins généralistes. Il pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité des prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées polypathologiques, en sensibilisant les médecins généralistes qui sont leurs principaux prescripteurs.

Cet outil ne peut cependant pas lever à lui seul l'ensemble des freins à l'optimisation thérapeutique des ordonnances des sujets âgés polypathologiques rencontrés en pratique. Sa mise en œuvre est complémentaire d'autres actions de sensibilisation et d'amélioration des pratiques.

Les instances de santé soulignent l'importance de proposer des prises en charge centrées sur la personne. L'implication du patient dans son parcours de soin nécessite d'identifier avec lui ses priorités en matière de qualité de vie, afin de pouvoir ajuster les propositions thérapeutiques à sa volonté (25,54). Une communication de qualité entre le patient et son médecin, ainsi que son intégration à la prise des décisions le concernant favoriseraient par ailleurs l'observance thérapeutique (55).

La recherche systématique de l'automédication, très fréquente chez les personnes âgées et pourvoyeuse d'évènements iatrogènes, doit aussi s'intégrer au suivi de cette population. En effet, 56% des personnes de plus de 75 ans prennent par elles-mêmes des médicaments en dehors de ceux prescrits par leur médecin ; 22% leur

en parlent avant de le faire, 42% leur en parlent après l'avoir fait, et 36% ne leur en parlent pas (56).

Ce travail a également permis d'évoquer la nécessité de sensibiliser les patients par des campagnes de santé publique sur certains thèmes (usage des benzodiazépines, automédication, observance) et de renforcer les programmes d'éducation thérapeutique. Le programme expérimental Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), propose des actions d'éducation thérapeutique autour de la polymédication et de la polypathologie (57).

La surveillance clinique et biologique des effets et de la tolérance des traitements instaurés n'est pas rappelée par l'outil mais elle demeure indispensable pour prévenir les événements iatrogènes évitables (21). Elle nécessite l'attention du praticien, ainsi que la sensibilisation du patient. Le « réflexe iatrogénique » doit être un automatisme devant tout nouveau symptôme présenté par un patient polymédiqué, afin de prévenir les conséquences de la iatrogénie et d'éviter une réponse médicamenteuse à un symptôme iatrogène.

Cette étude nous interroge sur la possibilité d'améliorer l'accès et la diffusion aux médecins généralistes des outils d'optimisation des prescriptions chez les personnes âgées polypathologiques actuellement disponibles (outils du programme PMSA de la HAS, guide P.A.P.A.). Ces outils sont souvent inconnus des prescripteurs.

Elle a également permis de supposer que la formation initiale des médecins généralistes à la gériatrie et à la pharmacologie gériatrique était peut-être insuffisante. Les médecins généralistes rencontrés étaient demandeurs de formations sur le thème de la PMSA. Une étude danoise récente a montré l'efficacité sur la qualité des prescriptions d'une intervention auprès de médecins généralistes combinant une réunion de formation interactive et la diffusion de recommandations par une équipe de pharmacologues et de pharmaciens cliniciens (58).

La mise en œuvre d'essais thérapeutiques incluant des patients âgés polypathologiques pourrait aussi permettre d'établir des recommandations de bonne pratique sur lesquelles s'appuyer chez les patients âgés.

Une meilleure formation des médecins généralistes sur l'utilisation optimale de leurs logiciels médicaux par les fournisseurs pourrait améliorer la lisibilité du dossier médical du patient (affichage de la clairance de la créatinine et du poids lors de la

prescription) et faciliter le quotidien des médecins. L'émission par les logiciels d'aide à la prescription d'alertes moins nombreuses et plus utiles cliniquement pourrait éviter aux médecins de négliger des alertes pertinentes (59).

Les médecins généralistes rapportent que le manque de temps disponible et les contraintes organisationnelles du cabinet sont des facteurs limitant la qualité de leurs prises en charge, notamment chez les patients âgés polypathologiques. Certaines cotations (consultation chez un patient insuffisant cardiaque polypathologique et polymédiqué après une hospitalisation pour décompensation ; consultation chez un patient polypathologique avec altération de l'autonomie suite à une hospitalisation ; visite longue réalisée au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative) et « forfaits patientèle » (pour les personnes en ALD, les personnes âgées de plus de 80 ans, les personnes âgées de plus de 80 ans et en ALD) mis en place par l'Assurance Maladie revalorisent les prises en charge complexes et pourraient permettre aux médecins d'allouer plus de temps à la prise en charge de leurs patients âgés polypathologiques.

Cette étude a également permis de souligner les défauts de communication existants entre les médecins généralistes et les différents acteurs de santé prenant en charge le patient (pharmacien, IDE libérales). La participation des pharmaciens à la coopération entre professionnels de santé est rappelée par la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (60). Les pharmaciens d'officine ont un rôle primordial dans la prévention du risque iatrogène médicamenteux. Ils analysent les ordonnances qui leur sont présentées, contrôlent leur validité et analysent leur contenu (posologies et associations médicamenteuses). Ils ont un rôle éducatif, par l'information et la sensibilisation les patients au bon usage des médicaments et aux risques iatrogènes. Ils recherchent et promeuvent l'adhésion du patient au traitement et encadrent l'automédication afin qu'elle reste raisonnable et raisonnée (61).

Les défauts de communication concernent aussi les relations entre les médecins généralistes et spécialistes. Pour éviter les doublons, certains spécialistes émettent des recommandations de prescription et laissent le soin aux médecins généralistes de modifier l'ordonnance du patient, mais ce n'est pas le cas pour tous. La communication avec les spécialistes pourrait être facilitée par leur sensibilisation à la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et par le développement du dossier médical partagé.

Les difficultés de communication rapportées par certains médecins entre la ville et l'hôpital soulignent l'importance de la poursuite des travaux de conciliation médicamenteuse et les efforts déjà engagés par de nombreux services. La HAS recommande de transmettre le bilan médicamenteux réalisé, ainsi que le traitement à poursuivre à la sortie d'hospitalisation et les raisons d'éventuels changements au professionnel de santé assurant le relai de la prise en charge en ambulatoire. Ces informations doivent être transmises le jour de la sortie. Le patient doit également être informé des changements concernant son traitement. Des supports (fiche de conciliation de transfert, fiche de conciliation de sortie, fiche d'information au patient) sont disponibles sur le site de la HAS (62).

Dans le cadre du projet PAERPA Bordeaux, une unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité du CHU de Bordeaux a été créée en 2015. Elle intervient à la demande du médecin traitant pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée au domicile de personnes âgées de plus de 75 ans. A cette occasion, une conciliation thérapeutique médicamenteuse est réalisée par le pharmacien et le gériatre de l'équipe. Une réévaluation médico-pharmaceutique est effectuée à partir de l'histoire médicale du patient, de l'examen clinique et des résultats biologiques. Elle donne lieu à des propositions d'optimisation thérapeutique, rédigées et transmises au médecin généraliste, aux médecins spécialistes et au pharmacien d'officine. Cette unité d'évaluation est une aide précieuse pour les médecins traitants.

L'étude Polychrome a également montré qu'un programme d'optimisation d'ordonnances de patients polyopathologiques par une équipe médicale multidisciplinaire (médecin généraliste, pharmacien, gériatre, spécialiste) permettait d'améliorer la qualité des ordonnances (63).

V. CONCLUSION

La prescription médicamenteuse est une composante fondamentale de la prise en charge des patients âgés. Les spécificités de cette population font du choix des thérapeutiques adaptées un processus complexe.

Afin d'optimiser la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées polypathologiques, il est nécessaire d'agir à différents niveaux (médecin, pharmacien, soignant, patient, société...) et de différentes manières (information et éducation des patients, formation des professionnels de santé, promotion de la communication entre les soignants intervenants auprès d'un patient...).

Les médecins généralistes, principaux prescripteurs des plus de 75 ans, doivent être sensibilisés à l'optimisation des ordonnances de leurs patients âgés polypathologiques et à la prévention du risque iatrogène médicamenteux. Dans cette étude, les médecins recrutés étaient demandeurs de formations et d'outils leur permettant d'améliorer leur pratique.

L'outil « Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste » permet l'optimisation des prescriptions de personnes âgées polypathologiques en soins primaires. Il incite les médecins à mettre à jour régulièrement les éléments du dossier médical, à réévaluer la balance bénéfice-risque des thérapeutiques prescrites, à mieux communiquer avec le patient et avec les autres intervenants impliqués dans sa prise en charge.

L'outil devra être régulièrement mis à jour, complété et adapté aux recommandations de bonne pratique.

Sa diffusion pourrait être étendue (médecins généralistes, médecins coordonnateurs d'EHPAD) et s'intégrer à des programmes de DPC sur le thème de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée. Une version adaptée de l'outil pourrait également être proposée aux autres médecins spécialistes prenant régulièrement en charge des personnes âgées (cardiologues, rhumatologues...).

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2016. INSEE Première. 2017;(1630).
2. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans. INSEE Première. 2010;(1320).
3. Robine J-M, Cambois E. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. Popul Soc. 2013;(499).
4. Le Pape A, Sermet A. La polypathologie des personnes âgées quelle prise en charge à domicile. CREDES. Congrès "Soigner à domicile": 11 et 12/10/1996; Paris : SCRIPTA Diffusion; Août 1997.
5. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. Arch Intern Med. 2001;161(13):1629-34.
6. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, De Bellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. J Am Geriatr Soc. 2004;52(8):1349-54.
7. Petermans J, Samalea Suarez A, Van Hees T. Observance thérapeutique en gériatrie. Rev Medicale Liège. 2010;65:5-6.
8. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. [Internet]. HAS;2005. [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/345227/>
9. AFSSAPS. Mise au point Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. [Internet]. AFSSAPS;2005 [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf
10. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. [Internet]. HAS;2015 [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-

11. Organisation mondiale de la santé. A glossary of terms for community health care and services for older persons. [Internet]. WHO Center for Health Development;2004 [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>
12. Monégat M, Sermet C, Perronnin M, Rococo E. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. IRDES Questions d'économie de la santé. 2014;(204).
13. Le Cossec C. La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés. [Internet]. IRDES;2015. Rapport n°562. [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/2015/rapport-562-la-polymedication-au-regard-de-differents-indicateurs-de-sa-mesure.html>
14. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées Un état des lieux. Gerontol Soc. 2002;25(103):13-27.
15. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. Gerontol Soc. 2002;25(103):93-106.
16. Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. J Clin Pharm Ther. 2007;32(2):113-21.
17. Ferchichi S, Antoine V. Appropriate drug prescribing in the elderly. Rev Med Interne. 2004;25(8):582-90.
18. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. J Clin Epidemiol. 2012;65(9):989-95.
19. Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci. 2002;24(2):46-54. 46.
20. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective

- analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 2004;329(7456):15-9.
21. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rotschild J, Debellis K. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003;289(9):1107-16.
 22. O'Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. *Age Ageing*. 2008;37(2):138-41.
 23. Bourgeois FT, Shannon MW, Valim C, Mandl KD. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19(9):901-10.
 24. Haute Autorité de Santé - Indicateurs de Pratique Clinique [Internet]. HAS;2011 [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1250626/fr/indicateurs-de-pratique-clinique-ipc-pmsa
 25. Haute Autorité de Santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. HAS;2015 [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
 26. AFSSAPS. Questions/Réponses Informations sur la prise de médicaments par les personnes âgées. [Internet]. AFSSAPS;2005 [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b95f8cccbd18d654edfd325defa09907.pdf
 27. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med*. 1991;151(9):1825-32.
 28. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med*. 1997;157(14):1531-6.
 29. American Geriatrics Society 2015. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially

- Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11):2227-46.
30. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol.* 2007;63(8):725-31.
 31. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46(2):72-83.
 32. Lang PO, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens JP, Vogt Ferrier N, et al. STOPP-START: adaptation of a French language screening tool for detecting inappropriate prescriptions in older people. *Can J Public Health.* 2009;100(6):426-31.
 33. Lang PO, Boland B, Dalleur O. Prescription médicamenteuses inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START. *Rev Med Suisse.* 2015;494(11):2115-23.
 34. SFGG-CNP de Gériatrie. Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées Le guide P.A.P.A. Frison-Roche; 2015.
 35. Bonneau L, Bernard N, Desblache J, Brotons C, Pedeboscq S, Lepine J, et al. Optimisation des prescriptions de la personne âgée dans un service de médecine interne [Internet]. 2013 [consulté le 20/10/2016]. Disponible sur: http://www.synprefh.org/data/Archives/hopi2013_poster%20016.pdf
 36. Lechevallier Michel N, Gautier Bertrand M, Alpérovitch A, Berr C, Belmin J, Legrain S, et al. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005;60(11):813-9.
 37. Bonnet-Zamponi D, d'Arailh L, Konrat C, Delpierre S, Lieberherr D, Lemaire A, et al. Drug-related readmissions to medical units of older adults discharged from acute geriatric units: results of the Optimization of Medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(1):113-21.

38. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)--an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing*. 2007;36(6):632-8.
39. Bongue B, Laroche ML, Gutton S, Colvez A, Gueguen R, Moulin JJ, Merle L. Potentially inappropriate drug prescribing in the elderly in France : a population-based study from the French National Onsurance Healthcare system. *Eur J Pharmacol*. 2011;67:1291-1299.
40. Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, Byrne S, O'Sullivan D, Christie R. Application of the STOPP/START criteria : a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther*. 2013;38:360-372.
41. Bachelet S. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé par les médecins généralistes : évaluation de la qualité selon les recommandations de la HAS et réflexion sur son optimisation. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot;2012.
42. Association Mieux Prescrire. Prescrire.org. [Internet]. Association Mieux Prescrire. [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur : <http://www.prescrire.org/fr/Summary.aspx>
43. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des médicaments soumis à réévaluation. [Internet]. HAS [consulté le 16/01/2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456052/fr/prise-en-charge-des-medicaments-soumis-a-reevaluation
44. Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée. [Internet]. HAS;2007 [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601523/fr/ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-la-personne-agee
45. Haute Autorité de Santé. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. [Internet]. HAS;2015 [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur : <https://www.has->

sante.fr/portail/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire

46. ANSM. Prescription obligatoire du zolpidem sur ordonnance sécurisée Point d'Information [Internet] ANSM [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>
47. Sauvaget L, Rolland L, Dabadiea S, Desblaches J, Bernard N, Vandenhende MA et al. Rapport sur l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons : les recommandations françaises sont-elles respectées? Rev Med Interne. 2015;36(10):651-7.
48. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. [Internet]. HAS;2016. [consulté le 15/01/2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte
49. Thomas P, Hazif Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Gerontol Soc 2008;31(126):141-155.
50. Mortality and Economic Impact of Stopping Statins in People Aged of 75 and Over: a Pragmatic Clinical Trial. [Internet]. Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux. [consulté le 09/03/2018]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02547883>
51. Clerc P, Le Breton J. Polyprescription médicamenteuse et polypathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes. Sci Soc Santé. 2013;31(3):71.
52. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. [Internet]. HAS;2007 [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_597750/fr/methodes-quantitatives-pour-evaluer-les-interventions-visant-a-ameliorer-les-pratiques

53. Gibert P, Cabaret M, Moulis M, Bosson JL, Boivin JE, Chanoine S, et al. Optimizing medication use in elderly people in primary care: Impact of STOPP criteria on inappropriate prescriptions. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;75:16-19.
54. Spinewine A, Schmader KE, Berber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C et al. Appropriate prescribing in elderly people : how well can it be measured and optimised? *Lancet.* 2007;370(9582):173-184.
55. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment : a meta-analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826–834.
56. Institut français des Séniors. Les Séniors et les médicaments Sondage de l'Institut Français des Séniors pour le compte du LEEM « Perception de la consommation des médicaments par les séniors ». [Internet] Institut Français des Séniors;2015 [Consulté le 18/01/2018] Disponible sur: <http://institutfrancaisdesseniors.com/index.php/qui-sommes-nous/en-quoi-l-institut-francais-des-seniors-est-il-different-des-cabinets-de-marketing-senior>
57. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. [Internet]. HAS;2014. [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa
58. Bregnhøj L, Thirstrup S, Kristensen MB, Bjerrum L, Sonne J. Combined intervention programme reduces inappropriate prescribing in elderly patients exposed to polypharmacy in primary care. *Eur J Clin Pharmacol* (2009) 65:199-207.
59. Weingart SN, Toth M, Sands DZ, Aronson MD, Davis RB, Phillips RS. Physicians' decisions to override computerized drug alerts in primary care. *Arch Intern Med.* 2003;163(21):2625-31.
60. Ordre national des pharmaciens. Code de déontologie des pharmaciens [Internet] Conseil national de l'Ordre des pharmaciens [Consulté le 18/01/2018] Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Code-de-deontologie>

61. Legifrance. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Article 38. [Internet] Secrétariat général du gouvernement [Consulté le 18/01/2018] Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=F7E8A5EFC1AFCFEAA340C1CBEFCB50F2.tplgfr22s_1?idArticle=JORFARTI000020879490&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id
62. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé. [Internet]. HAS;2016. [consulté le 19/12/2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante
63. Clerc P, Le Breton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pouvourville G. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. *Prat Organ Soins* 2009;40(3):167-175.

VII. ANNEXES

Annexe 1. Outil « les 10 commandements » du CHU de Bordeaux



Analyse du traitement d'entrée :

I

« TU N'OUBLIERAS PAS DE FAIRE LA SYNTHÈSE DE **TOUS** LES TRAITEMENTS (TT) HABITUELS PRIS PAR LE PATIENT ET RELÈVERAS LES ÉVENTUELLES MODIFICATIONS RÉCENTES. »

Appel Médecin Traitant (MT) ± dialogue avec le patient

II

« TU CALCULERAS ET NOTERAS DANS LE DOSSIER PATIENT LA CL. CRÉAT. ET ADAPTERAS LE DOSAGE DES MÉDICAMENTS EN FONCTION. »

III

« TU CONTRÔLERAS LES ÉVENTUELLES REDONDANCES ET/OU INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES À RISQUE. »

→ ex : > 2 psychotropes ou ≥ 2 AINS ou ≥ 4 anti-HTA

→ ex : AINS + diurétique + IEC

IV

« TU RELÈVERAS LES MÉDICAMENTS ÉVENTUELLEMENT EN SUR-PRESCRIPTION = **OVERUSE**. »

Ont-ils tous une indication EN COURS ? **Si non, arrêt du TT.**

→ ex : IPP : « Il n'y a pas actuellement d'argument suffisant pour recommander l'association systématique d'un gastroprotecteur lors de l'utilisation d'aspirine à faible dose » (Afsaps 2007)

→ ex : Clopidogrel : en post SCA, durée traitement limitée à un an (HAS 2010)

Certains ont-ils un Service Médical Rendu (SMR**) insuffisant ? **Si oui, arrêt du TT.**

→ ex : Anti-ischémiques : naftidrofuryl, pentoxifylline, extraits du gingko b...

→ ex : Veinotoniques : flavonoïdes, etamsylate, diosmine, Endotelon®...

→ ex : Divers : ropinirole, chondroïtine sulfate sodique, Euphytose®...

**Le SMR d'un médicament est précisé sur le Vidal et le Thériaque.

V

« TU RELÈVERAS LES MÉDICAMENTS ÉVENTUELLEMENT INADAPTÉS POUR LA PERSONNE ÂGÉE = **MISUSE**. »

Ont-ils TOUS un rapport bénéfice/risque favorable ?

Si, pour un médicament : risque > bénéfice => **le remplacer par une thérapeutique + adaptée***.**

- ex : BDZ à T1/2 longue (clobazam, diazépam, prazépam, clorazépate d.) => remplacer par une BDZ à T1/2 courte (oxazépam, lorazépam, alprazolam)
- ex : Hypnotiques apparentés aux BDZ = zopiclone et zolpidem => donner la ½ dose de celle recommandée chez l'adulte jeune.
- ex : Anti-HTA alpha bloquant ou vérapamil/diltiazem chez un patient qui souffre d'hypotension orthostatique => autre anti-HTA.

***Laroche ML, Charms JF, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly.

VI

« TU TRAITERAS LES PATHOLOGIES CHRONIQUES NON OU INSUFFISAMMENT TRAITÉES = **UNDERUSE**. »

FA anticoagulée ?	Si non, instauration traitement par AVK (voir nouvelles reco. du score CHADS)
Ostéoporose confirmée ? ATCD fracture(s) ?	Si oui, instauration traitement par Ca ²⁺ + Vit D ± bisphosphonates
Insuffisance cardiaque ?	Instaurer un traitement par IEC
Etat dépressif caractérisé ?	Initier un traitement par un antidépresseur

Analyse du traitement de sortie :

VII

« TU RECONDUIS LES TRAITEMENTS SUSPENDUS AU COURS DE L'HOSPITALISATION (SAUF CEUX EN OVERUSE ET EN MISUSE). »

VIII

« TU CLASSERAS SUR L'ORDONNANCE LES TRAITEMENTS PAR PATHOLOGIE. »

IX

« TU PRÉCISERAS ET JUSTIFIERAS DANS LE COURRIER DE SORTIE ADRESSÉ AU MT TOUTES LES MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES EFFECTUÉES. »

- ex : Arrêt de l'IPP car pas d'indication en cours.
- ex : Remplacement du clobazam par oxazépam car elle a une T1/2 plus courte.
- ex : Diminution de la posologie du zopiclone de moitié pour une meilleure tolérance à efficacité égale.

X

« TU EXPLIQUERAS AU PATIENT LES MODIFICATIONS DE SON TRAITEMENT ET LES NOTIFIERAS SUR L'ORDONNANCE. »

* Si ce document concerne en priorité la personne âgée (polyathologique et fragile), ces principes restent applicables à tous les patients
Sources des informations : Groupe hospitalier Saint-André – Pôle médecine urgences - Laetitia BONNEAU, Dr BERNARD, Pr MONLAT.

Annexe 2. Outil « Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste ». Version diffusée.

LES « 10 BONNES PRATIQUES » du médecin généraliste

- 1 « LORS DE CHAQUE RENOUVELLEMENT D'ORDONNANCE, PENSER À FAIRE LA SYNTHÈSE DE TOUS LES TRAITEMENTS (TTT) HABITUELS PRIS PAR LE PATIENT, Y COMPRIS CEUX PRIS EN AUTOMÉDICATION ET RELEVER LES ÉVENTUELLES MODIFICATIONS RÉCENTES DES SPÉCIALISTES »
- 2 « NOTER DANS LE DOSSIER PATIENT LA CLAIRANCE DE LA CREATININE SELON COCKCROFT ET ADAPTER LE DOSAGE DES MÉDICAMENTS EN FONCTION »
- 3 « CONTRÔLER LES ÉVENTUELLES REDONDANCES ET INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES À RISQUE »
ex : > 2 psychotropes ou ≥ 2 AINS ou ≥ 4 anti-HTA
ex : AINS + diurétique + IEC
- 4 « RELEVER LES MÉDICAMENTS ÉVENTUELLEMENT EN SUR-PRESCRIPTION = OVERUSE »
Ont-ils tous une indication EN COURS ? Si non, discuter l'arrêt du TTT.
ex : IPP : « Il n'y a pas actuellement d'argument suffisant pour recommander l'association systématique d'un gastroprotecteur lors de l'utilisation d'aspirine à faible dose » (Afsaps 2007)
ex : double anti-agrégation plaquettaire en post SCA : durée de traitement limitée à un an (HAS 2010)
Certains ont-ils un Service Médical Rendu (SMR) insuffisant ? Si oui, arrêt du TTT.
ex : Anti-ischémiques, Veinotoniques.
- 5 « RELEVER LES MÉDICAMENTS ÉVENTUELLEMENT INADAPTÉS POUR LA PERSONNE ÂGÉE = MISUSE »
Ont-ils TOUS un rapport bénéfice/risque favorable ?
Si, pour un médicament : risque > bénéfice => le remplacer par une thérapeutique + adaptée.
ex : BZD et hypnotiques
ex : >3 anti-HTA et risque d'hypotension orthostatique.

* Laroché ML, Chames JP, Merlé L. Potentially inappropriate medications in the elderly.

6

« EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET EN CAS DE BALANCE BÉNÉFICE/RISQUE FAVORABLE, TRAITER LES PATHOLOGIES CHRONIQUES NON OU INSUFFISAMMENT TRAITÉES = UNDERUSE »

ex : FA anticoagulée ? Si non, revoir la balance bénéfices/risque

ex : Ostéoporose confirmée ? ATCD fracture ? Si oui, corriger la carence en vitamine D, sevrage tabagique, exercice physique ; prévention des chutes +/- instaurer un TTT par biphosphonates

ex : Insuffisance cardiaque ? Instaurer un traitement par IEC

7

« ESSAYER DE REMPLACER LES BENZODIAZEPINES (BZD) À ½ VIE LONGUE PAR DES BZD À ½ VIE COURTE, VÉRIFIER POUR LES HYPNOTIQUES APPARENTÉS QUE LA DOSE PRESCRITE EST INFÉRIEURE OU ÉGALE À LA MOITIÉ DE LA DOSE PROPOSÉE CHEZ LE JEUNE ADULTE »

ex : BZD à T ½ longue (bromazépam = Lexomil, diazépam = Valium, prazépam = Lysenxia, clonazépate dipotassique = Tranxène) => remplacer par une BZD à T ½ courte (oxazépam = Seresta, lorazépam = Temesta, alprazolam = Xanax)

ex : Hypnotiques apparentés aux BZD (zopiclone = Imovene et zolpidem = Stilnox)
=> donner la ½ dose de celle recommandée chez l'adulte jeune.

8

« CLASSER SUR L'ORDONNANCE LES TRAITEMENTS PAR PATHOLOGIE ET SPÉCIFIER LEUR RÔLE »

9

« VÉRIFIER TOUTES LES MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES EFFECTUÉES EN SORTIE D'HOSPITALISATION, Y COMPRIS LES ARRÊTS DE TTT »

10

« EXPLIQUER AU PATIENT OU À SON ENTOURAGE LES MODIFICATIONS DE SON TRAITEMENT ET LES NOTIFIER SUR L'ORDONNANCE »

Cet outil est une adaptation de l'outil « les 10 commandements » du CHU de Bordeaux.

Annexe 3. Courriel de présentation du sujet de la thèse pour le recrutement des médecins

Chère consœur, cher confrère,

Je suis Camille Chassang, médecin généraliste remplaçant.

Je réalise un travail de thèse dont l'objectif est **d'évaluer un outil pratique d'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, simple d'utilisation pour le médecin généraliste.**

Contexte :

Le médecin généraliste est le principal prescripteur chez le sujet âgé de 75 ans et plus. La polypathologie est fréquente dans cette population et justifie souvent une polymédication, avec son risque iatrogénique.

Le travail de thèse réalisé préalablement au mien par Lisa Bourdin a permis la création d'un **outil synthétique de révision des prescriptions médicamenteuses, adapté à la pratique du médecin généraliste**. Cet outil a été généré par méthode Delphi. Les « experts » étaient des médecins généralistes d'âge, de sexe et de mode d'exercice variables. Ils devaient sélectionner au sein d'outils préexistants validés (liste de Laroche, STOPP ans START, « 10 commandements » du CHU de Bordeaux), les items leur paraissant les plus pertinents dans leur pratique quotidienne. Un travail de synthèse a permis de générer un outil papier contenant les items sélectionnés par le groupe.

Nous vous proposons de participer à cette seconde partie afin d'évaluer la pertinence de cet outil en pratique quotidienne pour le médecin généraliste.

Il s'agit d'une étude évaluative avant/après qui a pour but de mettre à votre disposition un outil pratique.

Question de recherche :

L'utilisation par les médecins généralistes de l'outil créé permet-il de diminuer le taux

de prescriptions médicamenteuses inadaptées chez leurs patients âgés polypathologiques?

Population concernée :

Médecins généralistes d'âge différent, de sexe différent, de mode d'exercice différent, exerçant en Aquitaine, appartenant ou non à un groupe de pairs, et suivant régulièrement des patients âgés de plus de 75 ans.

Déroulement de l'intervention :

Je vous propose d'intervenir à votre cabinet ou lors d'une réunion de votre groupe de pairs (dans ce cas, chaque médecin participe de manière individuelle et anonyme), en **2 séances de 30 minutes chacune, à 1 mois d'intervalle.**

1^{ère} séance : (30 minutes)

- Je vous présente l'objectif de ma thèse.
- Je vous remets un questionnaire individuel concernant vos pratiques habituelles de prescription chez la personne âgée.
- Un cas clinique fictif vous est présenté (papier et/ou power point) avec une ordonnance à critiquer : prescriptions vous semblant inappropriées, modifications thérapeutiques jugées nécessaires.
- L'outil d'aide à la prescription vous est présenté oralement et remis dans son format papier, afin que vous puissiez le tester pendant 1 mois.

2^{ème} séance : (30 minutes)

- Un cas clinique fictif vous est de nouveau présenté avec une ordonnance à critiquer : prescriptions vous semblant inappropriées, modifications thérapeutiques jugées nécessaires.

Les résultats sont recueillis, individuellement et par écrit.

- Nous recueillons vos commentaires et critiques sur l'outil que vous avez testé pendant 1 mois.

Résultats attendus :

Amélioration de la qualité des prescriptions de par l'utilisation de l'outil (diminution des PMI).

L'étude se déroulerait à compter du mois de juin 2017.

En espérant que participer à ce travail de thèse puisse vous intéresser.

N'hésitez pas à me contacter pour toute information complémentaire.

Je serai, bien sûr, ravie dans un second temps de vous présenter le fruit de ce travail.

Cordialement,

Camille Chassang
Médecin généraliste remplaçant
XXXX
XXXX

Dr Noëlle Bernard
Praticien Hospitalier
Service Pr Bonnet, Hôpital Saint-André
Directrice de la thèse
noelle.bernard@chu-bordeaux.fr

Annexe 4. Questionnaire de détermination des caractéristiques socioprofessionnelles des médecins

Intervention 1 - Date :
Participant n°

EVALUATION DES PRATIQUES

1. Vous êtes :

Un homme

Une femme

2. Vous êtes âgé(e) de ans

3. Vous êtes :

Médecin remplaçant

Médecin installé

4. Votre mode d'exercice est :

Rural

Semi-rural

Urbain

5. Travaillez-vous dans un cabinet de groupe ?

Oui

Non

6. Appartenez-vous à un groupe de pair ?

Oui

Non

7. Chez votre patientèle âgée, utilisez-vous un outil d'aide à la prescription ?

Oui

Non

Si oui, lequel (informatique, papier...) ?

Si non, pourquoi ?

8. Avez vous des habitudes ou des stratégies de réévaluation des ordonnances de vos patients âgés polypathologiques ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

9. Etes-vous abonné(e) à une revue médicale ?

Oui

Non

Si oui, laquelle :

10. Participez-vous à des formations type DPC ?

Oui

Non

Si oui, avez vous déjà suivi des formations sur la prescription chez le sujet âgé ?

Oui

Non

Annexe 5. Cas clinique n°1 pour l'évaluation « avant » la diffusion de l'outil

CAS CLINIQUE n°1

Mme V., 83 ans a pour antécédents :

- HTA
- FA permanente
- Insuffisance cardiaque rythmique et hypertensive, à FEVG altérée
- Insuffisance rénale (avec dernière clairance estimée à 40mL/min selon Cockcroft)
- DNID
- Tassement vertébral ostéoporotique de L4 et fracture du poignet gauche
- Trouble anxieux généralisé
- Insuffisance veineuse

Elle vous consulte pour le renouvellement trimestriel de son traitement de fond.

Son traitement actuel comporte :

INEXIUM 20mg le soir

HYPERIUM 1mg en 2 prises matin et soir

AMLOR 10mg le matin

KARDEGIC 160mg le midi

TAHOR 10mg le soir

LYSANXIA 10mg le soir +/- nouvelle prise au coucher

TANGANIL 500mg matin et soir

METFORMINE 850 mg matin, midi et soir

- Repérez les prescriptions qui vous semblent potentiellement inappropriées.
Commentez vos réponses.

Médicament	Commentaire

Annexe 6. Cas clinique n°2 pour l'évaluation « après» la diffusion de l'outil

CAS CLINIQUE n°2

Mme D., 86 ans a pour antécédents :

- Insuffisance cardiaque (dernière FEVG 50%)
- Hypertension artérielle
- FA permanente
- Insuffisance rénale (dernière clairance estimée à 38mL/min selon Cockcroft)
- Fracture per trochantérienne gauche ostéosynthésée
- Dorso-lombalgies arthrosiques chroniques
- Ostéoporose
- Syndrome dépressif

Elle vous consulte pour le renouvellement trimestriel de son traitement de fond.

Son traitement actuel comporte :

PHYSIOTENS 0,2 mg le matin
ISOPTINE LP 240 mg le matin
KARDEGIC 75mg le midi
SIMVASTATINE 10mg le soir
ESOMEPRAZOLE 40mg le soir
LEXOMIL 6mg, 1/2cp au coucher
PIASCLEDINE 300 mg le soir
NUREFLEX LP 300 mg matin et soir

→ Pensez-vous qu'il manque des traitements. Si oui, lesquels ?

Commentez vos réponses.

Médicament	Commentaire

Annexe 7. Barème du 1er cas clinique

MEDICAMENT	COMMENTAIRE
INEXIUM 20mg (1pt)	IPP sans indication. Arrêt du traitement. (1pt)
HYPERIUM 1mg (1pt)	Anti HTA central chez le sujet âgé. Remplacement par un IEC/ ARA2/DiuTh/BB-. (1pt)
AMLOR 10mg et HYPERIUM 1mg (1pt)	Majoration du risque d'hypotension orthostatique. Autre association (ex. IEC et ICa, ou ARA2 et ICa). (1pt)
KARDEGIC 160mg (1pt)	N'est pas le tt préventif du risque embolique lié à la FA. Arrêt du traitement. (1pt)
LYSANXIA 10mg (1pt)	Effet sédatif. Majoration du risque de chute. Arrêt du traitement. (1pt)
	BZD à demi vie longue. Durée de traitement limitée à 12 semaines. Remplacer par une BZD ½ vie courte, avant arrêt. (1pt)
TANGANIL 500mg (1pt)	Traitement symptomatique sans indication. Arrêt du traitement. (1pt)
METFORMINE 850mg (1pt)	Contre indiqué par l'insuffisance rénale. Dose max. 1500/j. Surveillance régulière de la fonction rénale. Réduction de la dose à 1500mg/j maximum. (1pt) Objectif HbA1c = 7 à 7,5%
Traitement anticoagulant (AVK ou NACO selon la fonction rénale) (1pt)	FA permanente non anticoagulée (1pt)
Supplémentation Ca++ VitD +/- Bisphosphonates	Ostéoporose non traitée (1pt)
Traitement par ISRS ou IRSNa (1pt)	Trouble anxieux généralisé non traité (1pt)
IEC +/- bétabloquant (1pt)	Insuffisance cardiaque à FEVG altérée non traitée (1pt)

Annexe 8. Barème du 2nd cas clinique

MEDICAMENT	COMMENTAIRE
ESOMEPRAZOLE 40mg (1pt)	IPP à pleine dose, sans indication. Arrêt du traitement. (1pt)
PHYSIOTENS 0,2mg (1pt)	Anti HTA central à risque chez le sujet âgé. Contre indication en cas d'insuffisance cardiaque. Remplacement par un IEC/ ARA2/DiuTh/BB-. (1pt)
ISOPTINE LP 240mg et PHYSIOTENS 0,2mg (1pt)	Majoration du risque d'hypotension orthostatique. Autre association (ex. IEC et ICa, ou ARA2 et ICa). (1pt)
KARDEGIC 75mg (1pt)	N'est pas le tt préventif du risque embolique lié à la FA. Arrêt du traitement. (1pt)
LEXOMIL 6mg (1pt)	Effet sédatif. Majoration du risque de chute. Arrêt du traitement. (1pt)
	BZD à demi vie longue. Durée de traitement limitée à 12 semaines. Remplacer par une BZD ½ vie courte, avant arrêt. (1pt)
PIASCLEDINE 300mg (1pt)	Traitement à SMR insuffisant. Arrêt du traitement. (1pt)
NUREFLEX LP 300mg (1pt)	Contre indications relatives à l'insuffisance rénale, à l'HTA et à l'insuffisance cardiaque. Risque hémorragique lié à la co-prescription de KARDEGIC. Traitement à ne pas utiliser au long cours. Arrêt. Autre antalgique. (1pt)
Traitement anticoagulant (AVK ou NACO selon la fonction rénale) (1pt)	FA permanente non anticoagulée (1pt)
Supplémentation Ca++ VitD +/- Bisphosphonates	Ostéoporose non traitée (1pt)
Traitement par ISRS ou IRSNa (1pt)	Syndrome dépressif non traité (1)
IEC +/- bétabloquant (1pt)	Insuffisance cardiaque à FEVG altérée non traitée (1pt)

Annexe 9. Analyse descriptive des citations et non-citations par molécule et par justification

	CC1		CC2	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
	IPP		IPP	
Citation	36	64,29	52	92,86
Non citation	20	35,71	4	7,14
	HYPERIUM		PHYSIOTENS	
Citation	39	69,64	46	82,14
Non citation	17	30,36	10	17,86
	HYPERIUM/AMLOR		PHYSIOTENS/ISOPTINE	
Citation	16	28,57	20	35,71
Non citation	40	71,43	36	64,29
	KARDEGIC		KARDEGIC	
Citation	43	76,79	43	76,79
Non citation	13	23,21	13	23,21
	LYSANXIA		LEXOMIL	
Citation	49	87,5	54	96,43
Non citation	7	12,5	2	3,57
	METFORMINE		NUREFLEX	
Citation	42	75	56	100
Non citation	14	25	0	0
	TANGANIL		PIASCLEDINE	
Citation	55	98,21	50	89,29
Non citation	1	1,79	6	10,71
	ACFA			
Citation	40	71,43	48	85,71
Non citation	16	28,57	8	14,29
	INSUFFISANCE CARDIAQUE			
Citation	34	60,71	45	80,36
Non citation	22	39,28	11	19,64
	DEPRESSION			
Citation	26	46,43	35	62,5
Non citation	30	53,57	21	37,5
	OSTEOPOROSE			
Citation	30	53,57	46	82,14
Non citation	26	46,43	10	17,86

LES « 10 BONNES PRATIQUES »

du médecin généraliste

I. Je fais le point

- « Lors de chaque renouvellement d'ordonnance, penser à faire **LA SYNTHÈSE DE TOUS LES TRAITEMENTS (TTT)** habituels pris par le patient, y compris ceux pris en automédication et relever les éventuelles modifications récentes des spécialistes »
- « Noter dans le dossier patient **LA CLAIRANCE DE LA CRÉATININE** selon Cockcroft et adapter le dosage des médicaments en fonction »
- « Contrôler les éventuelles **REDONDANCES** et **INTERACTIONS** médicamenteuses à risque »
ex : > 2 psychotropes ou ≥ 2 AINS ou ≥ 4 anti-HTA
ex : AINS + diurétique + EC

II. J'optimise

- « Relever les médicaments éventuellement en **SUR-PRESCRIPTION** = **Overuse** »
Ont-ils tous une indication **EN COURS** ? Si non, discuter l'arrêt du TTT.
ex : PP : « Il n'y a pas actuellement d'argument suffisant pour recommander l'association systématique d'un gastroprotecteur lors de l'utilisation d'aspirine à faible dose » (Assaps 2007)
ex : double anti-agrégation plaquettaire en post-SCA : durée de traitement limitée à un an (HAS 2010)
Certains ont-ils un **Service Médical Rendu (SMR)** insuffisant ? Si oui, arrêt du TTT.
ex : Anti-ischémiques, Vancosoniques.
- « Relever les médicaments éventuellement **INADAPTÉS** pour la personne âgée = **Misuse** »
Ont-ils **TOUS** un rapport bénéfice/risque favorable ?
Si, pour un médicament : risque > bénéfice => le remplacer par une thérapie eutique + adaptée.
ex : BZD et hypnotiques
ex : >3 anti-HTA et risque d'hypotension orthostatique.

Larocque M., Chermes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly.

Annexe 10. Outil « Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste ». Version modifiée.

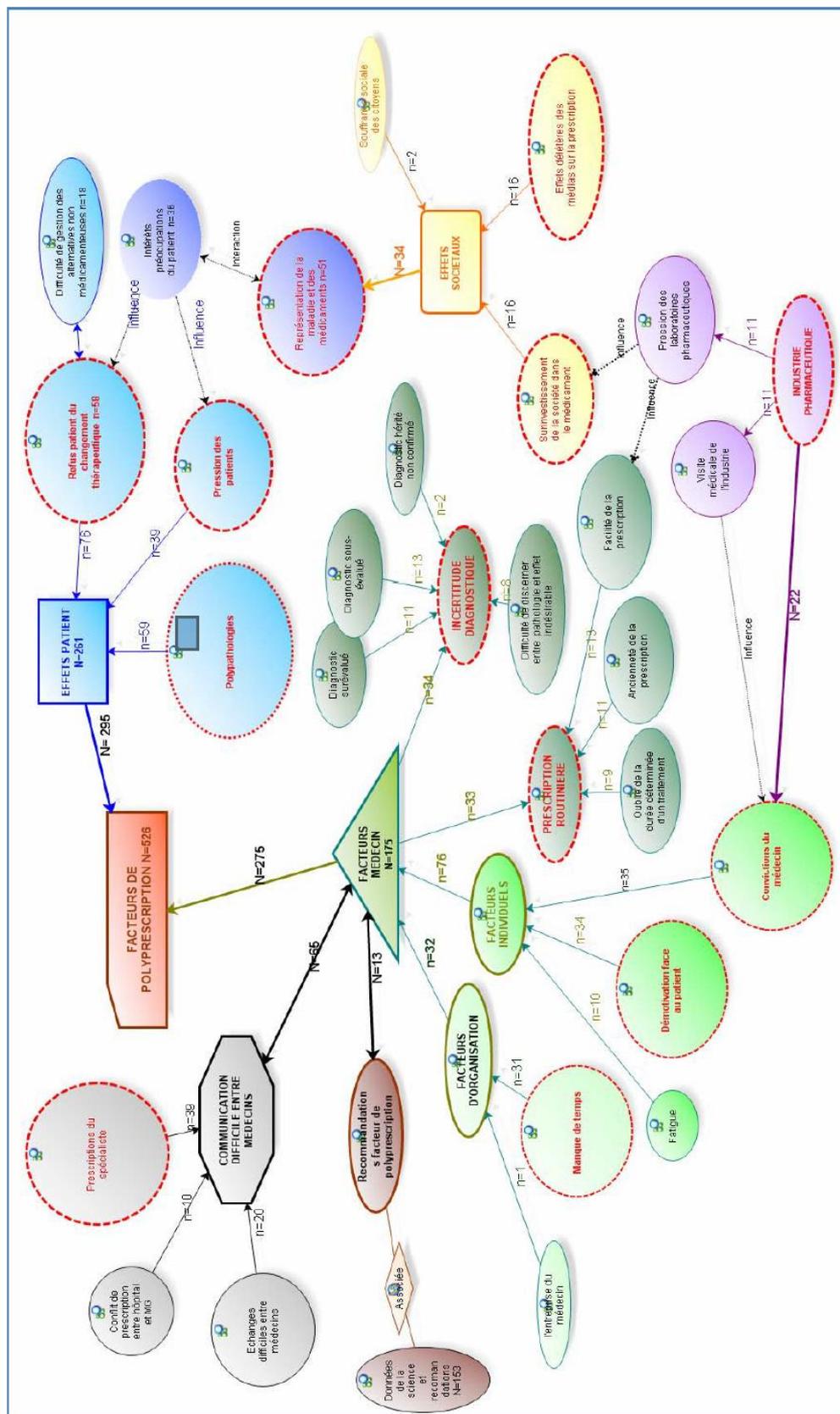
- « En l'absence de contre-indication et en cas de balance bénéfice/risque favorable, traiter les pathologies chroniques **NON OU INSUFFISAMMENT TRAITÉES** = Underuse »
ex : FA anticoagulée ? Si non, revoir la balance bénéfice/risque
ex : Ostéoporose confirmée ? ATCD fracture ? Si oui, corriger la carence en vitamine D, sévère tabagique, excès de physique, prévention des chutes +/- instaurer un TTT par biophosphonates
ex : insuffisance cardiaque ? Instaurer un traitement par EC
- « Essayer de remplacer les **BENZODIAZEPINES (BZD)** à ½ vie longue par des BZD à ½ vie courte, vérifier pour les **HYPNOTIQUES** apparentés que la dose prescrite est inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez le jeune adulte »
ex : BZD à T ½ longue (bromazepam = Lexomil, diazepam = Valium, prazepam = Lysanvia, dorazépate dipotassique = Tranène) => remplacer par une BZD à T ½ courte (oxazolepam = Seresta, lorazepam = Temesta, alprazolam = Xanax)
ex : Hypnotiques apparentés aux BZD (zopiclone = Imovane et zolpidem = Stilnox) => donner la ½ dose de celle recommandée chez l'adulte jeune.

III. Je finalise

- « **CLASSER SUR L'ORDONNANCE** les traitements par pathologie et spécifier leur rôle »
- « **VÉRIFIER TOUTES LES MODIFICATIONS** thérapeutiques effectuées en sortie d'hospitalisation, y compris les arrêts de TTT »
- « **EXPLIQUER** au patient ou à son entourage les modifications de son traitement et les notifier sur l'ordonnance »

Cet outil est une adaptation de l'outil « les 10 commandements » du CHU de Bordeaux.

Annexe 11. Etude Polychrome. Les déterminants de la polyprescription.



Evaluation d'un outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée polypathologique en médecine générale.

RESUMÉ

Introduction : L'outil « Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste » est un outil d'aide à la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées polypathologiques. Il a été créé en 2017 dans le but d'être présenté et diffusé à des médecins généralistes. L'objectif de cette étude est d'évaluer si une amélioration de l'identification des prescriptions potentiellement inappropriées est observée après sa mise en œuvre.

Méthode : Une étude évaluative avant/après a été réalisée auprès de 56 médecins généralistes en Aquitaine. Il leur était demandé de citer en les commentant les prescriptions leur semblant inappropriées dans deux cas cliniques fictifs réalisés respectivement avant et après la présentation et la diffusion de l'outil. La fréquence de détection des PPI présentes dans les cas était comparée avant et après l'intervention, au moyen de points attribués pour chaque PPI citée et pour chaque justification adaptée.

Résultats : La diffusion de l'outil a permis une augmentation significative ($p < 0,05$) de la fréquence de détection des PPI présentées entre le 1^{er} cas clinique (score de 14 sur 23) et le 2nd cas clinique (score de 17 sur 23). Cette amélioration portait sur la majorité des prescriptions en excès et inappropriées, et sur l'ensemble des prescriptions manquantes.

Conclusion : Cette étude est la première à évaluer l'outil « Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 bonnes pratiques du médecin généraliste ». Elle montre une amélioration de la détection des prescriptions potentiellement inappropriées par les médecins généralistes l'utilisant. La diffusion de l'outil pourrait être étendue et intégrée à des formations type DPC sur la prescription chez la personne âgée.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS CLES : sujets âgés, prescriptions potentiellement inappropriées, médecins généralistes, outil.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES - UNIVERSITE DE BORDEAUX
