



**HAL**  
open science

## Comment les médecins généralistes perçoivent-ils la prévention de la iatrogénie ainsi que l'aide d'un score de risque lors d'une consultation chez la personne âgée ?

Delphine Durand

### ► To cite this version:

Delphine Durand. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils la prévention de la iatrogénie ainsi que l'aide d'un score de risque lors d'une consultation chez la personne âgée ?. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03671405

**HAL Id: dumas-03671405**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03671405>**

Submitted on 18 May 2022

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-  
NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de  
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Delphine DURAND

Le 04/05/2022

---

Comment les médecins généralistes perçoivent-ils la prévention  
de la iatrogénie ainsi que l'aide d'un score de risque lors d'une  
consultation chez la personne âgée ?

---

Directeur de thèse : Dr CLARY Bernard

JURY

Président : Pr JEANDEL Claude

Assesseurs : Dr BADINI Francesco  
Dr CLARY Bernard

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-  
NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de  
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Delphine DURAND

Le 04/05/2022

---

Comment les médecins généralistes perçoivent-ils la prévention  
de la iatrogénie ainsi que l'aide d'un score de risque lors d'une  
consultation chez la personne âgée ?

---

Directeur de thèse : Dr CLARY Bernard

JURY

Président : Pr JEANDEL Claude

Assesseurs : Dr BADINI Francesco

Dr CLARY Bernard

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORiot Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Hélène
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUITER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIER Jean Pierre

### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel
BASTIEN Patrick	LARREY Dominique	
BLANC François	LE QUELLEC Alain	
BONAFE Alain	MARES Pierre	
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry	
BOURREL Gérard	MAURY Michèle	
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick	
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand	
COMBE Bernard	MONNIER Louis	
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges	
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian	
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy	
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean	
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François	
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles	
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques	
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain	
JONQUET Olivier	VOISIN Michel	

### Docteurs Emerites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique

KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique

LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

**PU-PH de 2ème classe**

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie

THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

## PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

## PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### **MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel**

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

### **MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL  
Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion

### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin Anatomie

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie  
médicale

COSSEE Mireille Génétique

GIRARDET-BESSIS  
Anne Biochimie et biologie moléculaire

HERRERO Astrid Chirurgie viscérale et digestive

LAVIGNE Géraldine Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier Médecine et Santé au Travail

MATHIEU Olivier Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine Biologie cellulaire

RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris Physiologie

THEVENIN-RENE Céline Immunologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

**Maitres de Conférences des Universités**

**Maitres de Conférences hors classe**

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

**Maitres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

### **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

#### **MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

#### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

### Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

**PH chargés d'enseignements**

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHEREDONNADIEU-RIGOLE Hélène		LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUROUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI EI Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD JGINIES Patrick		MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGALT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gil	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	



*« Aujourd'hui, tous les gens ont la maladie de se soigner. »*

De Albert Willemetz : Poète et chansonnier français | Né en 1887

## **Remerciements**

### **Au président du Jury,**

Monsieur le Pr JEANDEL

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

### **Aux membres du jury,**

Monsieur le Dr BADINI

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, recevez ici toute ma reconnaissance. Merci d'avoir participé à mon enseignement et de m'avoir soutenue pendant mon SASPAS.

### **A mon directeur de thèse,**

Monsieur le Dr Bernard CLARY

Merci Bernard de l'intérêt que vous avez porté à cette thèse et de m'avoir guidée et soutenue tout du long.

### **Aux médecins interrogés,**

Merci du temps que vous m'avez accordé malgré vos journées chargées et d'avoir accepté de faire partie de cette thèse.

### **A William,**

Merci de partager mon quotidien depuis ces dix dernières années et de me soutenir dans ces études chronophages et parfois difficiles moralement. A présent notre avenir est dégagé et nous pouvons l'envisager ensemble. Nous pouvons enfin construire notre foyer. Je t'aime.

### **A mes parents,**

Papa, maman, merci de m'avoir aidée tout au long de ces dix années de médecine d'abord à Reims puis à Montpellier, même si la distance nous a séparée physiquement. Merci de m'avoir soutenue dès le début et d'avoir cru en moi. Ce jour est aussi un peu le vôtre et ce travail, votre réussite. Merci pour tout.

**A mes grands-parents,**

Mamie et papy, vous avez entendu tellement d'histoires de médecine. Vous les avez plutôt supportées. Je continuerai à vous rendre fière par ma pratique médicale et par l'envie de soigner les patients.

**A mes amis si chers Maud et Tony,**

Merci d'avoir été présents dès que les moments devenaient difficiles à supporter, que les heures de travail n'en finissaient plus. Vous avez su me faire décompresser. Merci pour votre amitié qui a débuté il y a plus de huit ans. Merci d'être entrés dans ma vie.

Je serai également présente pour ta thèse ma Maud !

Aux équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontrées pendant mon externat et mon internat,

Merci pour votre savoir, le partage de vos expériences, votre soutien aussi. Vous avez permis la concrétisation d'un savoir théorique emmagasiné pendant tant d'années et cela n'a pas de prix.

## SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES .....	22
LISTE DES FIGURES .....	24
1. INTRODUCTION .....	25
1.1. Démographie du vieillissement de la population française .....	25
1.2. La personne fragile .....	26
1.2.1 Définition .....	26
1.2.2 Le vieillissement .....	27
1.3. Définition de la iatrogénie .....	28
1.3.1 La iatrogénie inévitable .....	29
1.3.2 La iatrogénie évitable .....	29
1.4. Optimisation de la prescription chez le sujet âgé .....	31
1.4.1 Une vigilance accrue nécessaire .....	33
1.4.2 La mauvaise observance .....	34
1.5. Des outils d'aide à la prescription. ....	35
1.6. Problématique .....	36
2. MATERIEL ET METHODE.....	38
2.1. Recherches bibliographiques .....	38
2.2. Type d'études .....	39
2.3. Recueil des données.....	39
2.3.1. Sélection des participants.....	39
2.3.2. Entretien semi directif.....	40
2.3.3. Contrat de communication.....	40
2.4. Guide d'entretien .....	41
2.5. Analyses des données .....	43
3. RESULTATS.....	44
3.1. La perception de la iatrogénie par les médecins généralistes .....	44
3.1.1. Les médecins s'auto-critiquaient et se culpabilisaient dans leurs prescriptions. ....	44
3.1.2. Les médecins se formaient et sollicitaient l'aide du personnel médical ou paramédical pour favoriser l'observance thérapeutique. ....	46

3.1.3. L’alliance thérapeutique était remise en question du fait de la modification d’une ordonnance chronique ou de la pathologie des patients. ....	49
3.1.4. Les médecins adaptaient l’ordonnance de retour d’hospitalisation. ....	50
3.1.5. Les médecins utilisaient des outils de dépistage de risque iatrogène. ....	51
3.2. Apport du score de risque chez les médecins généralistes. ....	55
3.2.1. Les MG étaient soulagés par le score de risque quand il était satisfaisant mais parfois contemplaient un score de risque élevé. ....	55
3.2.2. Un score de risque pertinent mais non exhaustif ....	58
3.2.3. Un outil qui ne remplaçait pas l’aide d’autres professionnels de santé ou la prise de décision par l’EBM. ....	60
4. DISCUSSION.....	64
4.1. Les principaux résultats .....	64
4.2. Les forces de cette étude.....	65
4.3. La comparaison avec la littérature.....	66
4.4. Les faiblesses de cette étude.....	68
4.4.1. Biais internes.....	68
4.4.2. Biais externes .....	68
4.5. Les perspectives de recherche .....	69
5. CONCLUSION .....	71
6. BIBLIOGRAPHIE.....	72
7. LISTE DES ANNEXES .....	76
8. SERMENT D’HYPOCRATE .....	80
RESUME.....	81

# LISTE DES ACRONYMES

ACOVE : Assessing Care Of Vulnerable Elders

AGS : American Geriatrics Society

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

APNET : Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique

ASALEE : Actions de SANTé Libérale En Equipe

AVC : Accident Ischémique cérébral

AVK : Anti Vitamine K

BIUM : Bibliothèque Inter Universitaire de Montpellier

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DCI : Dénomination Commune Internationale

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EBM : Evidence-Based Medicine

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIM : Evènement Indésirable Médicamenteux

GDS : Geriatric Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmières Diplômée d'Etat

IMEPAG : Iatrogénie Médicamenteuse Evitable chez les Personnes Agées

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPET : Inappropriate Prescribing in the Elderly Tool

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

IRA : Insuffisance rénale aiguë

LiSSA : Littérature Scientifique en Santé

MG : Médecins généralistes

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSA : Prescription médicamenteuse chez la personne âgée

PMI : Prescription Médicale Inappropriée

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescriptions

START : Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment

SUDOC : Système Universitaire de DOCUMENTATION

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Pyramide des âges au 1er janvier 2021.....	25
Figure 2: Pourcentage d'EIM en fonction du nombre de médicaments pris par jour.....	28
Figure 3: Les étapes de la prescription chez le sujet âgé selon la HAS publiées en 2005 .....	31
Figure 4: Guide de Galgary-Cambridge de l'entrevue médicale .....	32
Figure 5: Ressenti de la prévention de la iatrogénie chez le sujet âgé auprès des médecins généralistes.....	54
Figure 6: Score de risque extrait de l'étude de Trivalle C, Ducimetière P. publiée en avril 2013	55
Figure 7: Résultats des calculs du score de risque en fonction des situations cliniques présentées par les médecins généralistes .....	57
Figure 8: L'évaluation du score de risque lors d'une situation clinique .....	63

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Démographie du vieillissement de la population française

La définition de la « personne âgée » varie dans la littérature médicale. Classiquement, la définition du sujet âgé concerne les personnes de 65 ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle. Cependant, il est très difficile de définir à partir de quel âge une personne est « âgée ». L'OMS a défini la personne âgée comme étant une personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance. (1) Au 1er janvier 2021, plus d'une personne sur cinq (20,7 %) en France a 65 ans ou plus (Figure 1).

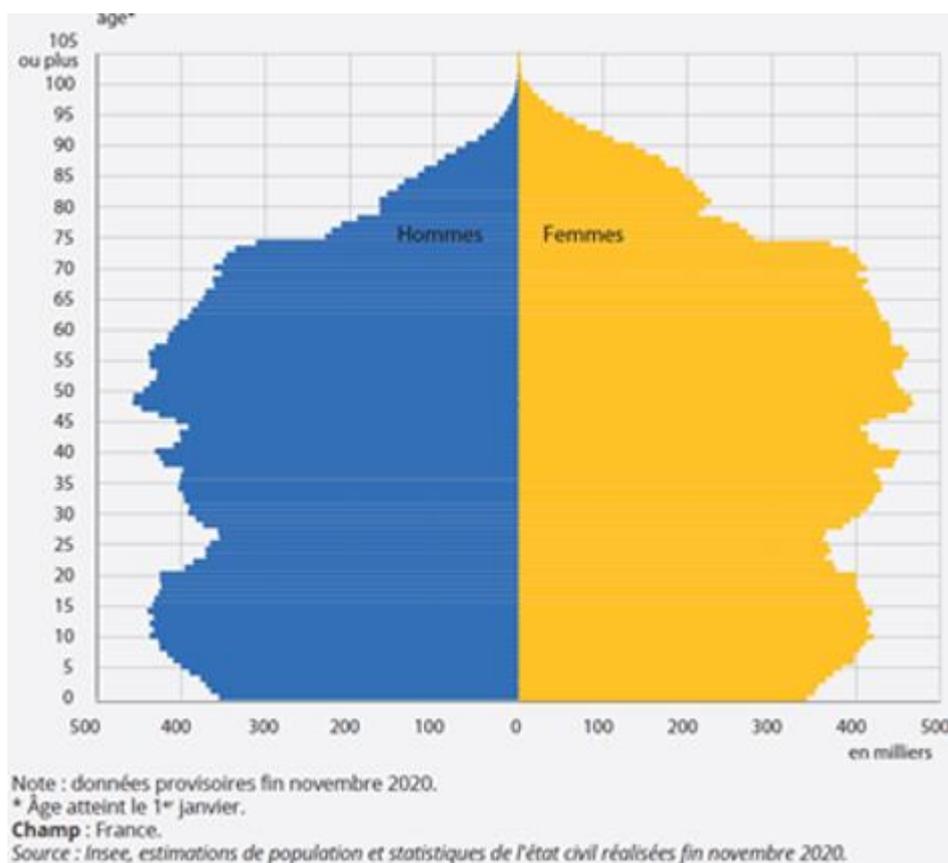


Figure 1: Pyramide des âges au 1er janvier 2021

Cette population augmente depuis plus de 30 ans et le vieillissement de la population s'accroît depuis le milieu des années 2010, avec l'arrivée à ces âges des premières générations nées après-guerre. En 2020, l'espérance de vie à la naissance est de 85,2 ans pour les femmes et de 79,2 ans pour les hommes. Cette dernière estimation de l'espérance de vie a reculé à cause de la pandémie de la COVID 19. (2) La population française vieillit.

Selon l'INSEE, au premier janvier 2020 les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 20,5% de la population. En 2070, cette tranche d'âge pourrait atteindre 28,7 %. Quant aux habitants de moins de 20 ans, leur part diminuerait et atteindrait 21,3 % en 2070. (3)

## 1.2. La personne fragile

---

La limite entre une personne âgée en bonne santé et une personne âgée fragile est très faible. De nombreux facteurs intrinsèques ou extrinsèques peuvent faire basculer à tout moment dans la fragilité.

### 1.2.1 Définition

---

La SFGG a adopté en 2011 la définition suivante concernant la fragilité : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un « processus potentiellement réversible ». (4) Elle correspond à l'incapacité de répondre de façon adaptée à une agression, un stress quel qu'il soit. C'est un syndrome gériatrique facilement mesurable, qui repose sur au moins trois critères de Fried sur cinq : (5)

- Perte de poids involontaire dans la dernière année,
- Impression subjective de fatigue,
- Réduction des activités physiques,
- Diminution de la vitesse de marche,
- Perte de la force musculaire mesurée par la technique *hand grip*

Cette fragilité doit être dépistée précocement car ses conséquences, si elle n'est pas anticipée, sont des hospitalisations à répétition, une surutilisation des médicaments, une augmentation des soins de la vie quotidienne et donc une dépendance et une perte d'autonomie ainsi qu'une potentielle institutionnalisation. (6)

### 1.2.2 Le vieillissement

---

Le métabolisme de la personne âgée se modifie, il vieillit. L'élimination des médicaments se fait principalement par le foie et les reins ce qui peut conduire lors du vieillissement à une accumulation des principes actifs et aboutir à des effets indésirables. Le métabolisme hépatique des médicaments dépend, pour certains d'entre-eux, du flux sanguin hépatique (médicaments ayant un « effet de premier passage »), pour d'autres, de l'activité enzymatique du foie. Le débit hépatique diminue avec l'âge, en moyenne de 40% chez un sujet de 65 ans par rapport à un sujet de 25 ans. Avec l'âge, l'effet de premier passage diminue, augmentant la biodisponibilité des médicaments et le risque de toxicité. (7) Le vieillissement entraîne bien souvent une modification importante du poids avec un amaigrissement et une dénutrition susceptibles d'entraîner des changements de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamie des médicaments et ainsi, les rendre plus toxiques. Il est bien connu que l'albumine représente quantitativement plus de la moitié des protéines totales du plasma et environ 10 % de l'activité de synthèse des protéines du foie. Elle a un rôle de transporteur d'hormones, d'enzymes, de médicaments et de toxines. Lorsqu'elle diminue dans la dénutrition, l'accumulation des principes actifs des médicaments provoquent des effets iatrogènes indésirables.

Les reins sont affectés par le processus de vieillissement, ce qui entraîne de nombreux effets sur le système rénal. Certains patients ont une baisse du DFG expliquée par des maladies qui compliquent le vieillissement comme l'artériosclérose avec l'hypertension, alors que chez la plupart des patients en bonne santé la baisse du DFG est beaucoup plus modeste.(8) Il est donc important de prévenir l'insuffisance rénale aiguë liée à la prise de médicaments car cela pourrait entraîner des séquelles glomérulaires et participer à la dégradation de la fonction rénale et évoluer plus rapidement vers l'insuffisance rénale chronique. Certains médicaments susceptibles d'être néphrotoxiques sont nombreux, mais certains sont de prescription fréquente comme les diurétiques source d'insuffisance rénale fonctionnelle, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 pouvant être à l'origine d'IRA, les AINS entraînant une détérioration de la fonction rénale, les IPP pouvant être à l'origine de néphropathie interstitielle aiguë, etc...

### 1.3. Définition de la iatrogénie

---

Avec le vieillissement de la population, la consommation médicamenteuse augmente. Le sujet âgé devient polypathologique et par conséquent polymédiqué : le risque de iatrogénie est majoré. Les personnes de plus de 65 ans représentent 40 % de la consommation de médicaments en ville. La iatrogénie chez ces patients serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations et de près de 20 % chez les octogénaires. (9) La iatrogénie médicamenteuse selon la CPAM correspond à l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments. (10) Une étude réalisée en 2008 montre la polymédication chez les sujets âgés et le risque iatrogénie. Le nombre moyen de médicaments prescrits par patient est de 7.5 médicaments. 58.4% des patients répondent aux critères de polymédication. Cette étude montre que la fréquence des EIM augmente en fonction du nombre de médicaments reçus. (11)

Nombre de médicaments reçus par jour	Pourcentage d'EIM/an
< 5	4%
6 à 10	6%
11 à 15	28%
> 16	54%

Figure 2: Pourcentage d'EIM en fonction du nombre de médicaments pris par jour

Une prévention active contre ce risque est primordiale notamment pour ceux qui en sont le plus affectés, à savoir nos personnes âgées. Tout médicament quel qu'il soit, pris seul ou en association, peut avoir des effets indésirables plus ou moins graves sur l'état de santé de la personne. Le médecin généraliste est le principal prescripteur. La prise de médicaments est à ce jour banalisée, pour chaque mal il faudrait un traitement. Les risques encourus sont bien trop souvent sous-estimés alors qu'ils sont fréquemment évitables : erreur dans la prise du médicament, interaction avec d'autres traitements.

Une étude anglaise, prospective, sur 18 820 admissions de l'adulte, permet une estimation plus fiable du poids de la iatrogénie. (12) 5,2% des admissions étaient directement liées à un accident iatrogénique ; l'âge moyen des sujets admis pour iatrogénie était de 76 ans (vs 66 ans pour tous les sujets admis) ; des interactions médicamenteuses dangereuses étaient retrouvées dans 16,6% des cas ; les médicaments les plus incriminés étaient les anti-inflammatoires non stéroïdiens (au premier chef l'acide acétyl-salicylique, même à faible dose), les diurétiques et la Coumadine. 70% des accidents étaient potentiellement ou certainement évitables.

### 1.3.1 La iatrogénie inévitable

---

La iatrogénie inévitable est liée à divers aléas, pour l'ensemble imprévisibles et imparables, parmi lesquels la susceptibilité individuelle (modification physiologique lié au vieillissement de l'organisme), les particularités pharmacologiques (effets indésirables liés à la pharmacologie même du médicament), voire la malchance. En effet, tout médicament efficace peut induire des effets indésirables. Le risque « zéro » n'existe pas et toute décision thérapeutique implique un « risque calculé », bien plus important chez les sujets âgés.

### 1.3.2 La iatrogénie évitable

---

Ainsi, les accidents iatrogéniques des sujets âgés seraient évitables dans respectivement 27,6 et 50% des cas en ambulatoire et en EHPAD, et cette évitabilité augmente de 42,2 à 72% si on ne considère que les accidents sévères.

Cette iatrogénie évitable est liée à des imprudences, voire des erreurs de la part des médecins ou des autres soignants (pharmaciens, infirmières...), mais également aux malades par automédication inappropriée ou mauvaise observance des traitements. La majorité des erreurs se situe tout de même au moment de la prescription (erreur de choix de médicament, plus rarement de la dose, manque de connaissance du médicament, de ses interactions, précautions d'emploi, rythme de prescription ou déficit d'éducation du malade).

Les facteurs liés au médecin peuvent être de prescrire un médicament sans évaluation clinique complète, traiter une pathologie sans se fixer d'objectif, donner des instructions ou informations incomplètes au patient, négliger la révision périodique de la liste de médicaments, posséder des connaissances insuffisantes en pharmacologie gériatrique ou encore omettre de simplifier la médication quand c'est possible.

Parallèlement, les facteurs liés aux patients peuvent être de réclamer un ordonnance au moment de la visite, donner une liste incomplète de médicaments utilisés, ne pas rapporter certains symptômes liés à la prise de médicaments, utiliser des ordonnances renouvelables pour une période prolongée, accumuler les médicaments non consommés, avoir recours à différentes pharmacies et différents médecins, emprunter les médicaments à d'autres membres de la famille ou encore avoir recours à l'automédication.

Néanmoins, elle peut aussi être le fait d'un manque de coordination entre les différents prescripteurs. La personne âgée a souvent plusieurs prescripteurs (spécialistes d'organe et médecins généralistes) qui s'ignorent mutuellement ; on peut alors voir apparaître des risques liés

au cumul d'ordonnances. Travailler à définir les moyens de réduire cette iatrogénie évitable a constitué un des objectifs prioritaires de l'APNET. (13) C'est une étude des effets indésirables médicamenteux observés dans des Services d'Accueil et d'Urgences français publié en 2003 qui conclut que les EIM sont responsables d'une morbi-mortalité largement sous-estimée et d'un nombre important d'hospitalisations, causant un double et important préjudice, à savoir humanitaire à l'égard des victimes et économique à l'égard des organismes de prise en charge et de la société. La prévention des EIM évitables illustre l'alliance des enjeux médicaux, humanistes et économiques en matière de santé.

## 1.4. Optimisation de la prescription chez le sujet âgé

Devant tout symptôme chez un sujet âgé, un EIM doit être évoqué systématiquement, en particulier en cas de trouble postural, malaise, trouble du comportement, trouble digestif ou insuffisance rénale aigue. Si des alternatives non thérapeutiques sont possibles, elles doivent être privilégiées afin de réduire la posologie ou le nombre de médicaments prescrits notamment en cas de trouble du sommeil, de l'équilibre, du comportement, anxiodépressif ou douloureux. (14)

L'une des classes thérapeutiques les plus fréquemment à l'origine des EIM sont les psychotropes. L'HAS a mis au point un programme d'aide à l'optimisation : programme PMSA (Figure 3). Ce programme est destiné aux médecins hospitaliers ou ambulatoires et permet de formaliser le raisonnement clinique chez le patient âgé polypathologique.



Figure 3: Les étapes de la prescription chez le sujet âgé selon la HAS publiées en 2005

Le médecin généraliste est le plus souvent le prescripteur, il doit évaluer pour chaque médicament introduit le rapport bénéfice/risque au regard des objectifs de soins personnalisés, incluant l'espérance de vie restante, le temps nécessaire pour obtenir un bénéfice et l'observance

attendue compte-tenu de la situation médicale et sociale du patient. (7) Le traitement symptomatique doit être évité au profit du traitement étiologique.

Certaines règles simples peuvent ainsi éviter l'apparition d'EIM qui est la première cause d'hospitalisation évitable.

Cependant, ces étapes de prescriptions selon la HAS peuvent paraître trop procédurales. L'optimisation d'un traitement passe avant tout par une approche centrée patient.

La formation aux compétences en communication est maintenant acceptée à l'échelle internationale comme une composante essentielle de l'éducation médicale. Pour mettre en œuvre cette approche globale, Calgary-Cambridge ont proposé leurs propres guides pour l'entretien médical en développant trois diagrammes qui améliorent visuellement et conceptuellement la façon dont l'enseignement des compétences en communication est introduit et qui placent les compétences en processus de communication dans une méthode clinique globale. (15)

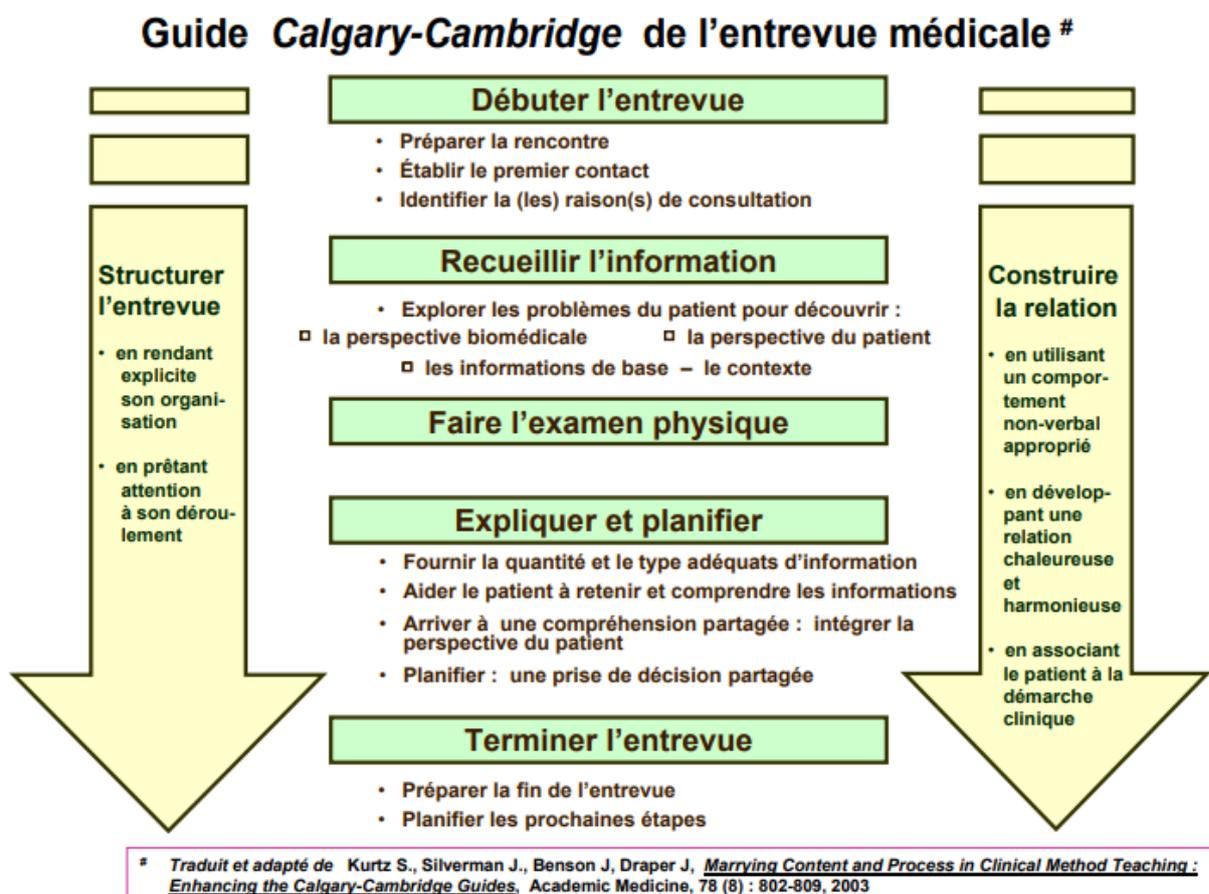


Figure 4: Guide de Galgary-Cambridge de l'entretien médicale

Ce guide améliore la prise en charge des patients ainsi que leur observance, qui est centrée sur la relation médecin-patient et permet l'optimisation de l'observance thérapeutique. Contrairement aux étapes de prescription de la HAS, ce guide prend en compte le vécu et le ressenti des patients et cette perspective permet d'aborder toutes les caractéristiques bio-psycho-sociales de la prise en charge d'un patient.

### 1.4.1 Une vigilance accrue nécessaire

---

La population âgée est très hétérogène en raison du vieillissement physiologique différentiel et de l'existence ou non de pathologie. Certains médicaments offrent une marge de sécurité alors que pour d'autres une vigilance accrue est de mise (digitalique, théophylline, anticoagulants oraux, sulfamides hypoglycémisants, benzodiazépines...). De plus, il est important de vérifier la bonne efficacité et la bonne tolérance de ces médicaments lors de la survenue de pathologie aiguë comme une infection ou une décompensation d'organe.

Avoir une vigilance accrue lorsque l'on prescrit :

- Un médicament à marge thérapeutique étroite.
- Un médicament psychotrope.
- Un médicament cardiovasculaire.
- Un médicament récemment mis sur le marché. En effet, les études effectuées auprès de populations très âgées avant la mise sur le marché d'un médicament sont rares, et les malades polyopathologiques, polymédicamentés, voire dépendants ne sont pas inclus.
- Une association de produits actifs.
- Plusieurs médicaments ayant une même propriété pharmacologique.

Avoir une vigilance accrue chez les sujets :

- Polyopathologiques
- Insuffisants rénaux
- Ayant un équilibre cardiovasculaire précaire
- Déments. Par exemple, les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer semblent exposés à une iatrogénie spécifique du fait de la maladie, mais parfois également du fait des thérapeutiques spécifiques de celle-ci.
- Ayant des troubles locomoteurs
- Ayant un déficit sensoriel

## 1.4.2 La mauvaise observance

---

L'observance est « l'une des expressions du comportement des patients vis-à-vis de leurs traitements, qui reste relativement méconnue, même par les professionnels de santé ». (16)

L'inobservance thérapeutique est multifactorielle : elle concerne essentiellement les maladies chroniques, ayant un traitement préventif plutôt que curatif (sans effets visibles immédiats), et les traitements polymédicamenteux. L'observance fait intervenir les concepts de croyances, de désirs, de connaissances, de compétences et les émotions. Encore faudrait-il les explorer selon les quatre composantes de la méthode clinique centrée sur le patient de Stewart et autre (2013). (17) Il explore la santé, la maladie et l'expérience vécue de la maladie par le patient (illness and disease) puis comprend la personne dans sa globalité bio-psycho-sociale puis s'entend avec son patient sur les problèmes à régler, les solutions et le partage des responsabilités et enfin, il établit et développe la relation médecin-patient. C'est une approche collective d'une collaboration.

Bien entendu, la polymédication ne peut pas, à elle seule, expliquer les problèmes d'observance de traitement mais elle y occupe une place prépondérante.

Déjà en 1990, on s'intéressait aux conséquences de la non observance thérapeutique des personnes âgées lors d'hospitalisation. Une étude a porté sur un groupe de 315 patients âgés admis consécutivement dans un hôpital de soins de courte durée, afin de déterminer le pourcentage d'hospitalisations en raison de la non-observance des régimes médicamenteux ou des effets indésirables des médicaments, leurs causes, conséquences et facteurs prédictifs. 89 de ces admissions (28,2 %) étaient liées aux médicaments, 36 en raison de la non-conformité des prises des traitements écrits sur leurs ordonnances (11,4 %) et 53 en raison d'effets indésirables médicamenteux (16,8 %). 103 patients avaient des antécédents de non-observance (32,7 %). (18) Il est donc primordial d'éduquer les patients à leur prise en charge, de s'assurer de leur bonne observance et d'évaluer régulièrement leur ordonnance afin d'éviter un maximum les risques de iatrogénie évitable.

Comme l'énonce l'article de Gagnayre et d'Ivernois concernant les compétences d'adaptation à la maladie du patient, il est d'un grand intérêt que les soignants acquièrent des méthodes pédagogiques dans le domaine du savoir-être pour ainsi améliorer les prises en charge dans les situations de vie les plus fréquemment rencontrées par le patient. Les systèmes de santé sont davantage conçus pour « réparer » des maladies que pour aider les personnes à vivre avec. Considérer la maladie seule, sans la systémique dans laquelle elle s'inscrit est insuffisant et explique probablement l'accumulation des prestations de soins et l'accroissement correspondant des coûts de santé. Reconnaître que le patient chronique est avant tout une personne à part entière

et vivant avec une maladie, amène à déployer des stratégies thérapeutiques qui lui permettront d'atteindre un « état d'équilibre construit » en lieu et place d'une santé perdue. (19)

## 1.5. Des outils d'aide à la prescription.

---

Depuis le début des années 1990, des outils d'aide à la prescription, reposant sur des critères explicites, ont été spécifiquement développés pour la population âgée. Les critères explicites sont formulés selon des standards définis et le plus souvent développés à partir de méta-analyses, revues, opinions d'experts et consensus. Il existe de nombreux scores et de nombreuses grilles d'évaluation de la iatrogénie comme la grille canadienne de McLeod, L'Assessing Care Of Vulnerable Elders (ACOVE), l'IPET (Inappropriate Prescribing in the Elderly Tool), les critères de Rancourt, la liste de Laroche, etc. Les critères les plus reconnus sont les critères de Beers publiés en 1991 aux États-Unis pour sa première version, c'est le premier outil structuré. Ils sont régulièrement mis à jour dont la dernière en date est celle de 2019. (20) Ils classent les médicaments potentiellement inappropriés en 3 groupes :

- Inapproprié : toujours à éviter
- Potentiellement inapproprié : à éviter dans certaines maladies ou syndromes
- À utiliser avec prudence : les avantages peuvent compenser le risque chez certains patients

Ces critères de Beers sont difficilement applicables en dehors des États Unis d'Amérique car près de 25% de médicaments listés ne sont pas ou plus utilisés en Europe.

En 2008 l'étude européenne STOPP-START est publiée. C'est un outil simple et pratique constitué de deux listes STOPP et START. Des médicaments qui seraient inappropriés car présents en excès, inutiles ou dangereux (*overuse*) peuvent être détectés par l'outil STOPP. A l'inverse, des médicaments utiles à un patient mais qui font défaut (*underuse*), vont quant à eux être détectés grâce l'outil START (21). Les listes STOPP-START sont disponibles dans l'annexe 1, dans une version adaptée à la pratique quotidienne et revue par une étude française. (22) Concernant l'étude initiale anglaise, les essais monocentriques, appliquant les critères STOPP-START ont permis l'amélioration de la prescription des médicaments, la réduction de la polymédication et des effets des EIM, ainsi que les coûts des médicaments et le nombre de chutes des personnes âgées. Deux essais multicentriques à grande échelle (SENATOR et OPERAM) ont examiné l'impact des critères STOPP-START générés par ordinateur sur les effets indésirables (SENATOR) et les hospitalisations liées aux médicaments (OPERAM) chez les personnes âgées multimorbides. Les

avis d'experts concernant l'application des critères STOPP-START convergent sur une amélioration des résultats cliniques chez les personnes âgées multimorbides. (23)

L'adaptation en français est validée par la traduction-inverse montrant le respect du sens clinique de la version originale. Cette étude a également permis la réalisation d'un outil d'aide à la prescription facilement utilisable sur Internet : il suffit d'entrer dans la barre de recherche <http://stopstart.free.fr/>, d'écrire le nom du médicament et de sélectionner la ou les pathologies associées au patient puis de cliquer sur vérifier et ainsi le logiciel nous transmet les informations concernant les potentiels risques liés à l'utilisation de ce médicament.

Une méta-analyse confirme l'impact supérieur de STOPP-START, notamment par rapport aux critères de Beers, sur l'amélioration de la qualité des prescriptions, de la pratique clinique et de la formation, ainsi que sur la réduction des coûts. (23)

## 1.6. Problématique

---

Malgré leur efficacité démontrée, ces outils prennent du temps lors d'une consultation de médecine générale. Une consultation moyenne dure dix-huit minutes selon la DREES en 2019. (24) Les étapes de la consultation sont modélisées dans le guide de l'entrevue médicale de Calgary-Cambridge : débiter l'entrevue, recueillir l'information, faire l'examen physique, expliquer et planifier (dont la rédaction de la prescription), et terminer l'entrevue ; tout ceci en structurant l'entrevue et construisant la relation. (25) Chez les personnes âgées, les motifs de consultations sont nombreux. Dans une perspective d'approche globale, il est important d'analyser régulièrement leurs ordonnances et les possibilités d'automédication dans l'environnement du patient.

Nous avons souhaité, au travers de cette étude, recueillir la perception et le ressenti des médecins généralistes sur leurs prescriptions concernant les personnes âgées ainsi que sur l'apport d'un score de risque pour aider à la prévention de la iatrogénie lors d'une consultation. Cette question de recherche m'a été inspirée par la détresse de certains médecins généralistes devant la prise en charge globale des personnes âgées restant au domicile. De plus, il n'y a que peu d'articles concernant cette difficulté. Il existe de nombreuses aides à la prescription mais elles sont bien souvent trop chronophages et le temps est ce qu'il manque pour un médecin généraliste.

Ce score de risque est issu d'une étude publiée en 2012 (26) offrant une version simplifiée d'un score d'évaluation de risque d'EIM basée sur les résultats d'une étude plus ancienne visant à identifier et à prévenir la Iatrogénie Médicamenteuse Evitable chez les Personnes Agées (IMEPAG) publiée en 2010. (27) L'hypothèse initiale est que ce score devrait pouvoir aider à repérer les patients à risque d'EIM afin de mettre en place des mesures de prévention. L'objectif de cette étude était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge des personnes âgées souvent polymédiquées et d'évaluer la pertinence d'un score de risque pour prévenir la iatrogénie, étudié jusque-là dans des services hospitaliers.

L'hospitalisation est la première cause de déclin fonctionnel chez les personnes âgées : 30 à 60 % des patients âgés perdent une certaine autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne lors d'un séjour à l'hôpital. Cette perte d'autonomie résulte de l'état aigu qui a conduit à l'admission, mais est également liée au mode de prise en charge. (27)

## 2. MATERIEL ET METHODE

### 2.1. Recherches bibliographiques

---

Cette étude a été initiée par des recherches bibliographiques auprès d'autres études concernant la iatrogénie chez la personne âgée. Ces recherches ont été menées d'octobre 2020 à janvier 2021. Les bases de données PubMed et LiSSA ainsi que les moteurs de recherches spécifiques tels que Google Scholar®, le catalogue de la BIUM, et le catalogue SUDOC ont permis pour l'essentiel d'indexer les thèses connexes à cette étude.

Afin de rechercher les articles les plus précis concernant cette étude, le site HeTop a permis d'identifier les mots clés (français et anglais) MeSH les plus adéquats.

Les mots clés désignant les personnes âgées étaient :

- « elderly patient », « geriatrics », « personne âgée », « gériatrie », « age factor ».

Pour décrire la polymédication ainsi que l'intrication avec les maladies chroniques, les mots clés étaient :

- « polypharmacy », « polypharmacie »
- « chronic disease »

Pour décrire la iatrogénie ainsi que les prescriptions médicamenteuses inappropriées, les mots clés utilisés étaient :

- « Iatrogenic disease », « maladie iatrogène ».
- « Drug-Related side effects and adverse reactions », « effets secondaires indésirables des médicaments ».
- « drug interaction », « Inappropriate prescribing », « prescription inappropriée ».
- « Misuse drug », « mésusage du médicament ».
- « Prescription drug overuse », « abus de médicaments sur ordonnance ».

Pour finir, les mots clés désignant la médecine générale et toute prise en charge ambulatoire par le médecin généraliste étaient :

- « general practice »
- « ambulatory care »

La combinaison des mots clés : « polypharmacy » OR « deprescription » AND « drug-related

side effects and adverse reactions » AND « geriatrics » a permis d'inclure les articles rédigés en anglais et en français qui traitent de la iatrogénie chez la personne âgée.

La combinaison des mots clés : « polypharmacy » AND « inappropriate prescribing » AND « potentially inappropriate medications » AND « geriatrics » a permis d'inclure les articles rédigés en anglais ou en français qui concernent les effets médicamenteux indésirables et leurs mésusages chez les personnes âgées.

Ainsi, nombres d'études ont pu être collectées.

Toutes les références sélectionnées ont été colligées dans le logiciel ZOTERO®.

## 2.2. Type d'études

---

L'objectif de cette étude était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge des personnes âgées souvent polymédiquées et d'évaluer la pertinence d'un score de risque pour prévenir la iatrogénie, étudié jusque-là dans des services hospitaliers.

C'est une étude qualitative qui se situe dans un paradigme compréhensif.

## 2.3. Recueil des données

---

La méthode de recueil des données a été faite par enregistrement d'entretiens semi directifs sur un échantillonnage de médecins généralistes en variation maximale.

L'échantillonnage en variation maximale (le plus hétérogène possible) était celui qui était sélectionné pour fournir une gamme diversifiée pour répondre à une problématique. L'objectif de ce type d'échantillonnage était de fournir toutes les informations possibles concernant le ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge de nos anciens et d'évaluer la pertinence du score de risque pour la prévention de la iatrogénie chez ces mêmes personnes.

### 2.3.1. Sélection des participants

---

Les médecins inclus devaient être obligatoirement des médecins généralistes exerçant leur pratique en cabinet de ville. Afin d'obtenir la meilleure parité, j'ai contacté autant de médecins généraliste hommes et femmes et d'âges différents. La liste des médecins a été réalisée par « bouche-à-oreille » ou bien par recherche sur Internet. Je n'avais pas de restriction de localisation tant que les entretiens pouvaient se faire au maximum en visio-conférence. Après envoi de

demande par courriel et/ou après contact téléphonique auprès de vingt-cinq médecins généralistes, dix d'entre-eux ont répondu favorablement à ma demande d'entretien. Cette période d'entretien s'étendait du 10 février 2021 au 12 avril 2021. Trois entretiens ont eu lieu en présentiel car la localisation le permettait, cinq ont été réalisés en visioconférence et deux par appels téléphoniques. La pandémie et par conséquent, l'augmentation du nombre de consultations, a ralenti l'obtention des réponses des médecins généralistes, des relances ont dû être faites régulièrement.

### 2.3.2. Entretien semi directif

Les entretiens débutaient par une explication claire et précise de l'objectif de cette étude. Il leur a été spécifié que ces entretiens étaient tous enregistrés et anonymisés après leur accord.

Les enregistrements ont été retranscrits en verbatims à l'aide du logiciel Microsoft Word au plus tard le mois suivant l'entretien. Ces retranscriptions ont été imprimées sous format papier afin de les analyser et de les annoter confortablement. Une fois la retranscription en verbatim effectuée, l'enregistrement a été détruit.

Pour conserver l'anonymat des réponses, les résultats seront présentés avec la mention « E1 » jusqu'à « E10 » qui correspondent aux dix entretiens des médecins généralistes.

### 2.3.3. Contrat de communication

Durant ces entretiens, il n'existait pas de réponse fautive ou inadaptée. Toutes les réponses ont été utiles pour enrichir mon recueil de données.

Ces entretiens étaient basés sur une écoute attentive de l'interviewé avec des repérages de ce qui fut dit et des épisodes de relances (questions, reformulations ou bien des moments de silence pour que l'interviewé continue ses explications). L'entretien d'explicitation m'a permis de m'informer sur la pratique quotidienne de ces médecins généralistes. Les questions étaient le plus ouvertes possibles afin de ne pas influencer la réponse. Les questions supplémentaires ou les reformulations permettaient de laisser l'interviewé répondre librement afin de le guider et non d'orienter ses réponses.

La technique d'explicitation élaborée par le psychologue Pierre Vermersch est un entretien qui vise une description aussi fine que possible d'une activité passée, réalisée par une personne en situation de pratique professionnelle. Cet ensemble de techniques permet d'accéder à des souvenirs de l'action qui ne sont pas immédiatement présentes à la conscience de la personne. Le but de cet entretien est de s'informer, à la fois de ce qui s'est réellement passé ainsi que des connaissances implicites inscrites au moment des faits. (28)

## 2.4. Guide d'entretien

---

Un guide d'entretien a été rédigé à partir d'éléments d'intérêt identifiés lors de la recherche bibliographique afin de répondre au mieux à la question de recherche.

« Bonjour, merci d'avoir accepté de répondre à cet entretien. Je suis interne en 3<sup>ème</sup> année de DES de Médecine générale.

Je réalise une thèse qui porterait, dans un premier temps, sur le ressenti des médecins généralistes face à la complexité de la prise en charge des personnes âgées et, dans un second temps, sur l'apport d'un score de risque pour prévenir la iatrogénie chez ces patients lors d'une consultation. C'est une étude qualitative avec pour méthode de recueil de données des entretiens semi directifs auprès de plusieurs médecins généralistes avec retranscription en verbatim.

Je tiens à préciser que cet entretien restera anonyme, vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyses.

Nous allons discuter de différents thèmes. Ce qui m'importe c'est de bien comprendre votre point de vue. Dites-moi les choses le plus librement possible.

Renseignements sur le médecin généraliste :

- Sexe :
- Age :
- Lieu de profession :

### Définition des contours de « la iatrogénie ».

- Pouvez-vous me parler d'un cas de iatrogénie dans votre patientèle ?
  - o Que s'est-il passé ?
  - o Quel a été votre ressenti ?
  - o Quelles ont été les conséquences pour le patient ?
  - o Suite à cela, comment avez-vous adapté votre prise en charge ?
  - o Cela a-t-il modifié votre pratique ultérieure ?
- Comment faites-vous pour dépister la iatrogénie d'une façon générale dans vos consultations ou visites ?
- Qu'est-ce que vous pensez de votre façon de faire ?
- Utiliseriez-vous l'avis d'un ou des spécialistes pour vous aider ?

**Tableau 1** Score de risque d'événement indésirable médicamenteux (EIM) en gériatrie.

Facteur de risque	Score
<i>Nombre de médicaments</i>	
0–6	0
7–9	1
10–12	4
≥ 13	5
<i>Neuroleptiques</i>	
Non	0
Oui	3
<i>Anticoagulant &lt; 3 mois</i>	
Non	0
Oui	2
<i>Total</i>	<i>/10</i>

Calcul du risque d'EIM : score 0–1 : risque faible (12%) ; score 2–5 : risque moyen (32%) ; score 6–10 : risque fort (53%).

- Si nous revenions à votre cas, pouvez-vous me remplir ce score afin d'en calculer les risques ?
- Le score de risque serait de ...,
- Sachant cela, auriez-vous modifié la prise en charge du patient précédent ?
- Est-ce que vous seriez prêt(e) à utiliser ce score en consultation et de quelle façon ?
- *S'il utilise déjà un outil* : Quelle est la différence entre cet outil et celui que vous utilisez ?
  - o *(Pertinence, facilité d'utilisation, influence sur la pratique)*
- Avez-vous quelque chose à ajouter que nous n'aurions pas évoqué ?

Je vous remercie pour cet entretien très enrichissant.

Si vous le souhaitez, je pourrais vous faire parvenir ma thèse une fois terminée. »

## 2.5. Analyses des données

---

Une première lecture sans annotation a été faite afin de prendre pleinement connaissance du texte. Une seconde lecture plus minutieuse a permis l'annotation d'unités de sens selon Pierre Paillé. (29) Ces dernières ont été écrites dans un cahier. Elles ont été séparées en deux catégories suivant les deux grands axes du questionnaire mis en évidence ci-dessus. Des unités de sens ont été relevées pour chacun des entretiens, en se positionnant dans une logique herméneutique et en faisant preuve de prudence empirique. Une troisième lecture de l'ensemble des entretiens a été réalisée par la suite pour associer à chaque unité de sens une idée et un thème selon la méthode de thématisation afin de dégager un portrait d'ensemble. (30)

La redondance de plusieurs unités de sens, a permis l'élaboration de deux arbres axes thématiques dont nous avons réalisés une carte euristique avec le logiciel Xmind. Ces axes thématiques ont été étoffés jusqu'au dixième entretien.

La comparaison entre les entretiens a été menée jusqu'à saturation de chacun des thèmes.

Nous avons utilisé la théorisation ancrée pour caractériser la conceptualisation des données empiriques. La méthode est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies dans les entretiens et un processus de théorisation.(31)

Quand le recueil des données porte sur plusieurs sujets très divers bien qu'appartenant à un même groupe et que l'on atteint une certaine récurrence des thèmes dans les entretiens nous sommes alors en présence d'un échantillon représentatif. La saturation est atteinte lorsqu'elle confère une base très solide à la généralisation. Ce qui contribue à rendre scientifique la construction empirique de la théorie, c'est la recherche de saturation des données jusqu'à leur redondance. (32)

## 3. RESULTATS

Les dix entretiens réalisés ont duré entre 11 min et 28 min, avec huit entretiens de plus de 20 min.

L'analyse des entretiens semi dirigés réalisés dans ce travail a permis de faire apparaître deux thèmes sous divisés respectivement par cinq et trois grands axes.

Dans un premier temps, les médecins ont pu se prononcer sur leur perception de la iatrogénie chez les personnes âgées de plus de 65 ans, puis dans un second temps, sur l'intérêt d'utilisation du score de risque pour la prévention de la iatrogénie chez cette même population.

### 3.1. La perception de la iatrogénie par les médecins généralistes

---

#### 3.1.1. Les médecins s'auto-critiquaient et se culpabilisaient dans leurs prescriptions.

---

Une frustration des MG lors des consultations revenait régulièrement dans les entretiens associés aux sentiments d'insécurité et d'incertitude lors des prescriptions. Une peur de prescrire un médicament qui pouvait provoquer des effets indésirables irréversibles, sachant que certains effets secondaires pouvaient provoquer une cascade de complications physiques, biologiques ou psychologiques.

E1 : « *Je me suis senti coincé car il y avait deux objectifs médicaux importants autant l'un que l'autre. Je me rendais bien compte qu'il y avait de la iatrogénie avec ce traitement [...]* ».

E2 : « *C'est toujours anxiogène de rajouter un médicament sur une ordonnance déjà importante [...]* »

Une remise en question des connaissances avec un besoin de réévaluation des compétences était explicitée dans de nombreux entretiens. De plus, l'ambivalence avec la balance bénéfice-risque n'aidait pas lors de la prescription de nouveaux traitements. Dans un entretien, cette balance bénéfice-risque était prédominante entre la prescription d'anticoagulant chez un patient aux antécédents de fibrillations auriculaires et le risque d'hémorragie après une chute lorsque ce patient présentait des instabilités à la marche.

E7 : « *J'ai eu un sentiment de culpabilité de peut-être pas avoir réfléchi sur la balance bénéfice-risque face à ces anticoagulants chez une personne de plus de 90 ans. [...] Je n'étais pas très sereine de ne pas l'anticoaguler. [...].* »

E9 : « *La culpabilité. Est-ce que j'ai pris les bonnes décisions ? Qu'est-ce que j'aurais pu faire d'autre ? [...].* »

E1 : « *Je pense que ma façon de faire est minimaliste. Comme dans beaucoup de choses que je fais, l'intention est bonne mais je sais très bien que cela reste perfectible. [...].* »

C'était un sentiment de solitude dans la prise de décision qui s'avérait être parfois vitale. Il a été retrouvé ce besoin de réévaluation hospitalière ou spécialisée fréquente. Comme il a été dit dans un entretien « l'erreur est humaine ».

E3 : « *En gériatrie, je trouve qu'il n'y a pratiquement pas de médicaments où tu ne serais pas responsable de iatrogénie. Il y a toujours la balance bénéfice-risque pour chaque médicament.* »

E6 : « *il faut vraiment regarder et vérifier la prescription à chaque fois qu'on prescrit sur l'ordinateur et ensuite une fois imprimé. Ce que parfois on ne fait pas. Faire confiance à l'ordinateur et ne pas avoir vérifié la prescription, c'est une erreur.* »

E10 : « *J'essaie de ne prendre aucun risque, dès que j'ai un doute je demande l'avis d'un spécialiste ou j'appelle facilement.* »

La plupart des médecins s'accordaient sur le fait que les renouvellements de traitement des patients de 65 ans ou plus nécessitaient des consultations longues et complexes durant lesquelles ils prenaient du retard sur leur journée. Cela supposait la vérification de plusieurs éléments d'importance pour assurer la qualité des soins. Il aurait été nécessaire selon leur ressenti, d'organiser un planning de relecture des ordonnances complexes entre médecins généralistes ou autres professionnels paramédicaux.

E8 : « *Avec l'infirmière ASALEE, on voulait prendre le temps de trier certains patients et de sortir leur ordonnance et d'en discuter ensemble.* »

Il a été mentionné un manque de reconnaissance financière pour le temps passer à la relecture des ordonnances. Les médecins rappelaient que la polyopathie était un facteur indéniable de polymédication. Il était nécessaire de ne pas tomber dans la routine du renouvellement d'ordonnance sans se poser de questions.

E8 : « *[...] Il faut vraiment se poser et y réfléchir calmement. C'est comme je sais qu'il y a une cotation pour les visites longues à domicile. On l'a cote jamais par oubli mais cela pourrait être une visite iatrogénie pour bien réfléchir sur l'ordonnance et surtout ne pas faire de bêtises.* »

Dans un entretien, il était même expliqué l'acceptation du risque en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire notamment paramédicale et médicale chez un patient qui se grabatait et auquel était prescrit un traitement anticoagulant. Cette balance bénéfice-risque était en défaveur des anticoagulants et malgré les recommandations des spécialistes de garder ce traitement, il a été décidé de l'arrêter pour éviter des hémorragies internes suite à des chutes itératives sachant que

l'arrêt des anticoagulants pouvait provoquer un AVC ou tout autre thrombose. Le passage en soin palliatif pouvait être une réponse à la balance bénéfice risque des traitements

E1 : « *Sur les derniers mois on avait parlé en équipe notamment avec l'infirmière de pratique avancée sur le maintien du Xarelto. Nous l'avions mise en soins palliatifs donc nous avons pu retirer l'anticoagulant [...].* »

E6 : « *Je sais qu'il y a un risque la question c'est l'acceptation de ce risque.* »

Il s'est avéré que certains omnipraticiens se sentaient plus à l'aise dans les modifications des traitements lorsque leurs patients étaient en maison de retraite. Tout d'abord, l'encadrement était plus important et améliorait les détections de toutes modifications des constantes ou bien psychologiques. Ils se permettaient de faire des essais thérapeutiques pour le bien de leur patient mais avec moins d'angoisse que si ces derniers étaient restés chez eux.

E2 : « *Ce qui est le plus facile c'est en EHPAD où on peut changer les médicaments. Et bien souvent je leur allège leur ordonnance de moitié et pourtant ils ne vont pas plus mal sans certains médicaments.* »

E3 : « *Les neuroleptiques je les mets très rarement et le plus souvent reste en EHPAD car ils sont contrôlés par l'équipe soignante.* »

### 3.1.2. Les médecins se formaient et sollicitaient l'aide du personnel médical ou paramédical pour favoriser l'observance thérapeutique.

Après analyse des différents entretiens, il en était ressorti que les MG ne se sentaient pas à l'aise dans la prescription de molécules chez les sujets âgés du fait des polyopathologies, des polymédications ou encore des défaillances d'organes liées au vieillissement du métabolisme.

En effet, la nécessité d'une formation médicale continue a été mentionnée dans cinq entretiens. Cinq médecins avaient ressenti l'obligation d'effectuer une formation médicale sur la iatrogénie soit par la voie universitaire soit par des aides de la sécurité sociale.

E3 : « *Cependant, j'ai fait une formation de gériatrie pendant mes études [...]* »

E4 : « *Globalement, j'avais essayé de travailler avec la CPAM sur le sevrage des benzo. On avait essayé de trouver un score pour la dépendance. C'est un peu tombé à l'eau avec le COVID [...].* »

Il y avait trois MG qui s'étaient créés une liste de médicaments potentiellement à risques d'évènements iatrogènes. Ces listes ont été créées après une formation ou pendant leurs études ou

bien encore lors de lectures d'articles concernant ce sujet notamment des articles canadiens. Plutôt que d'utiliser un score ou une échelle d'évaluation qui ont été publiés et qui étaient très chronophages, certains médecins généralistes utilisaient leur propre création d'outils afin de dépister et d'éviter certains effets iatrogènes.

E1 : *« C'est un formulaire que j'ai créé à partir d'une formation que j'ai faite en gériatrie. Cela rassemble simplement les classes médicamenteuses à risque qui sont connues pour être porteuses de iatrogénie. [...] Les IPP, les statines, Lexomil, Lysanxia, Temesta, Stilnox, les AINS, les agonistes dopaminergiques chez les Alzheimer, neuroleptiques. Je me base beaucoup sur cette fiche après je l'adapte quand même au cas par cas. »*

E8 : *« J'avais fait des auto formations sur la iatrogénie en gériatrie. J'avais regardé surtout les outils du Canada qui sont plus en avance que nous là-dessus. J'avais des catégories de médicaments à ne pas associé entre-eux ou à faire attention. »*

E6 : *« J'ai une formation de gériatre donc j'utilise des outils. [...] »*

Certains cas de iatrogénie ne sont pas imputables au MG mais pouvaient l'être au patient avec la mauvaise compréhension des prises des médicaments quotidiens. Certains praticiens avaient trouvé la solution en mettant en place un passage infirmier tous les jours pour la confection d'un pilulier quotidien ou bien une fois par semaine pour préparer ce pilulier pour toute la semaine. Ainsi, il y avait moins d'erreur dans la prise des traitements pour leur maladie chronique. Certains mésusages de ces traitements pouvaient être graves avec des nécessités d'hospitalisation.

E2 : *« Un jour, je suis en visite à domicile chez lui, je le retrouve en bradycardie en décompensation cardiaque avec des œdèmes majeurs des jambes. Je l'ai donc fait hospitaliser directement, ils l'ont gardé pendant 8 jours en observation à l'hôpital. Ils lui ont donné le même traitement et tout est rentré dans l'ordre. [...] Et au bout de 15 jours trois semaines à nouveau décompensation cardiaque, même tableau clinique. À son domicile je prends son sac de médicaments pour regarder. Et j'ai discuté avec lui : "vous prenez quoi et vous prenez quand ?". Et je me suis rendu compte qu'il prenait deux fois de l'amiodarone et pas du tout de furosémide. [...] Du coup je prescris énormément de mise en place du pilulier par l'infirmière. Les pauvres infirmières doivent en avoir énormément mais cela est plus rassurant concernant les patients. »*

Il a été proposé également l'instauration d'un livret de suivi des traitements et des événements apparus au domicile, rempli par le MG, l'équipe d'infirmières ou bien les auxiliaires de vie. Cela pouvait expliquer certaines anomalies ou pathologies aiguës alors que le quotidien de ces personnes âgées ne changeait pas.

E5 : « *Quelque chose qui est utile dans le dépistage de la iatrogénie, ce sont surtout les intervenants non médicaux. Il y a quelques années nous avons mis en place un livret de suivi à domicile. Sur lequel nous avons intégré tous les professionnels qui intervenaient à domicile que ce soit le médical, le médico-social ou autre. Et quelquefois cela était bien utile car nous avons l'aide-ménagère qui nous avait interpellé en nous disant tiens pour Monsieur Intel j'ai dû repasser à la pharmacie car il lui manquait un médicament alors qu'il était censé en avoir pour une durée suffisante. Ou alors j'ai retrouvé tel comprimé de telle taille et de telle couleur sous l'armoire. »*

E5 : « *Lorsque les patients sont isolés. J'essaie donc de mettre un passage infirmier au moins une fois par semaine pour vérifier le traitement. [...] qui n'ont pas réellement besoin de passage infirmier au sens strict du terme J'essaie quand même de faire en sorte qu'il y a un passage infirmier. »*

E5 : « *Quelque chose qui est utile dans le dépistage de la iatrogénie, ce sont surtout les intervenants non médicaux. Il y a quelques années nous avons mis en place un livret de suivi à domicile. »*

D'autres techniques comme la confection de pilulier directement par le pharmacien a été utilisée moyennant finance mais pouvait éviter certains oublis ou mésusages des comprimés.

E2 : « *[...] les pharmaciens proposent de préparer eux-mêmes les piluliers. Bien sûr il y a quand même un coût à la préparation des piluliers. »*

Cette sensation de ne pas maîtriser la prescription était très ancrée et était source d'angoisse et de stress quotidien. C'est pourquoi, il existait de plus en plus un partage de responsabilités, pour se rassurer mais aussi pour améliorer la prise en charge des patients polymédiqués. Un bilan de médication par le pharmacien était de plus en plus utilisé pour avoir une seconde lecture des ordonnances moyennant finance mais afin d'assurer une bonne prise des traitements.

E6 : « *[...] je révise chaque année toutes les ordonnances et cette année avec l'interne et la pharmacienne nous avons fait des bilans de médication. La pharmacienne va faire un bilan bien plus poussé avec les interactions et les indications pour chaque traitement sur chaque ordonnance. »*

E8 : « *les pharmaciens font également des bilans de médication et ils se le font coter. »*

### 3.1.3. L'alliance thérapeutique était remise en question du fait de la modification d'une ordonnance chronique ou de la pathologie des patients.

---

Le manque de communication entre les MG et les patients était un fait qui se retrouvait dans les entretiens. Cela impliquait une adaptation du langage médical pour aider à la compréhension du traitement chronique. Nous retournions alors dans le concept d'alliance thérapeutique.

E3 : « *Ce que je dis régulièrement aux gens, quand je vous mets tel médicament c'est parce qu'il y a plus de bénéfice à le prendre que de risque. J'essaie au maximum de leur expliquer la balance bénéfice-risque.* »

E6 : « [...] *Et surtout expliquer l'ordonnance au patient.* »

Malgré tout, il était indispensable de vérifier la bonne prise de leur traitement car les patients pouvaient en faire qu'à leur tête.

E7 : « *Des fois on se dit que l'infirmière gère, en fait pas du tout c'est le patient qui gère ses médicaments et l'infirmière jette un coup d'œil de temps en temps.* »

Chez les personnes âgées atteintes de pathologies psychiatriques ou de démence, il pouvait être difficile d'effectuer une relecture des ordonnances afin d'en enlever certains qui aurait pu provoquer une iatrogénie. La problématique se trouvait souvent avec les benzodiazépines et leur arrêt. Il fallait tenir compte de l'effet de sevrage et des troubles du sommeil que cela pouvait engendrer. Par conséquent, modifier une ordonnance afin d'en améliorer le contenu n'était pas chose aisée et s'avérait difficile quand le patient n'adhérait pas à votre volonté de bien faire.

E3 : « *Des patients qui sont bien équilibrés sous Lexomil et que l'on ne peut pas arrêter car ils en sont accros. C'est pour eux très addictif.* »

Une attention particulière était portée sur la galénique des traitements chroniques. Des erreurs de prise étaient retrouvées dans plusieurs entretiens à cause des changements de firmes pharmaceutiques ou bien lors de la délivrance de boîtes de génériques.

E2 : [...] *Par exemple, ils ont eu une boîte de bêta-bloquant de chez Biogaran puis le mois suivant une boîte de bêta-bloquant de chez Merck. Ils ne se rendent pas compte que c'est le même médicament donc ils le prennent deux fois.* »

E7 : « *Le problème est avec les génériques. Ce qui est compliqué car la couleur, la forme changent en fonction des firmes pharmaceutiques. En plus, la plupart des gens ne comprennent pas la forme DCI.* »

### 3.1.4. Les médecins adaptaient l'ordonnance de retour d'hospitalisation.

---

Le manque de communication entre les spécialistes d'organes et les MG était un argument en faveur d'un potentiel risque de iatrogénie. Chaque spécialiste ne s'occupant que de son « organe », la prise en charge globale pouvait s'avérer parfois difficile.

E3 : *« Je trouve que la plupart des spécialistes s'en foutent complètement. Il n'y a pas beaucoup de médecins qui font la synthèse des traitements du patient. Il y a les gériatres, de temps en temps les rhumatologues, les médecins généralistes. Les spécialistes c'est bien souvent j'ai introduit ça et après vous vous débrouillez avec. »*

E6 : *« Oui j'utilise l'avis des spécialistes notamment les cardiologues [...] C'est important pour moi pour l'indication du traitement. Mais il ne va pas m'aider dans les interactions et les effets secondaires. C'est moi qui connais le mieux les patients et ce n'est pas le spécialiste qui va le revoir très régulièrement. »*

E1 : *« Il n'y a pas eu d'échange entre le médecin hospitalier et moi. »*

Les explications pouvaient être contradictoires entre l'hôpital et le médecin traitant ce qui posait problème dans le maintien de l'alliance thérapeutique avec le médecin généraliste. Ce n'était pas le spécialiste qui allait le revoir très régulièrement pour son suivi. De plus, en ne prenant en compte que leur spécialité, ils pouvaient réintroduire un médicament qui pouvait entraîner des effets secondaires notamment concernant les anticoagulants et les risques de chutes chez une personne âgée avec des troubles de l'équilibre.

E1 : *« Non elle a juste été hospitalisée, transfusée et au final est ressortie avec les mêmes traitements qu'à son entrée. »*

E9 : *« [...] le fait qu'il est dû être hospitalisé suite à sa chute en craignant principalement une hémorragie cérébrale. Qu'il n'a heureusement pas eu. L'hématome abdominale a été simplement surveillé. [...] »*

### 3.1.5. Les médecins utilisaient des outils de dépistage de risque iatrogène.

---

Certains MG utilisaient des scores de prévention de risque de iatrogénie lors de la réévaluation des ordonnances ou lors d'introduction de traitements.

E7 : « *Pour les AVK j'utilise les scores de CHADVASC(33) et HAS BLED.(34) Pour faire un peu le ratio entre les risques hémorragiques et l'indication de traiter. [...] Ce n'est pas une méthode mais je regarde le Vidal.* »

Mais il a été rapporté, à de nombreuses reprises qu'il existait de trop nombreux scores ou échelles d'évaluation. Il était difficile de les utiliser durant une consultation car ces consultations complexes étaient déjà très chronophages. Pour s'aider, ils utilisaient leurs propres outils comme les critères de Beers de l'American Geriatrics Society (AGS). C'étaient des critères largement utilisés par les cliniciens, les chercheurs et étaient révisés tous les trois ans. Ces critères formaient une liste de médicaments potentiellement inappropriés pour les sujets âgés. (35) Cependant, bien que ces critères soient très utiles dans la prescription de traitements, leur utilisation lors d'une consultation était très chronophage.

E6 : « *Les critères de Beer regroupent énormément de critères en fonction des pathologies et sont impossibles à utiliser lors d'une consultation en cabinet de ville. En plus ces critères sont remis à jour chaque année mais comment veux-tu les utiliser en consultation d'un quart d'heure ce n'est pas possible. [...]* »

Le Dictionnaire Vidal est un ouvrage médical français rassemblant des résumés des caractéristiques du médicament, et de certains compléments alimentaires aux études cliniques poussées des laboratoires pharmaceutiques. Cet ouvrage également numérisé est rapide d'accès pour aider les praticiens dans leur prescription thérapeutique. Il permet bien souvent d'éviter des erreurs notamment en fonction du débit de filtration rénale, ou en fonction d'autres pathologies comme l'insuffisance hépatique, cardiaque, etc...

Il permet d'éviter certaines interactions médicamenteuses et ainsi éviter des effets indésirables potentiels.

E8 : « *[...] En regardant à posteriori, j'ai revu que les inhibiteurs calciques étaient contre indiqués dans les BAV ou les troubles du rythme. [...]* »

Ils raisonnaient en fonction des adaptations des thérapeutiques suivant le débit de filtration rénale et des effets potentiellement iatrogènes liés aux surdosages en cas d'insuffisance rénale et de la toxicité médicamenteuse qui en résultait. Il a été souligné l'importance de connaître son patient avant de prescrire un quelconque médicament notamment la présence ou non d'allergie ou en fonction de son histoire de vie.

E10 : « *En consultation en cabinet. Je fais confiance à mon examen clinique, à mon interrogatoire. [...]* »

E7 : « *[...] Mais je prescris toujours en fonction de la fonction rénale pour éviter les interactions entre médicaments.* »

Enfin, ce qui interpellait ces prescripteurs était le nombre de lignes de médicaments présents sur l'ordonnance. L'outil informatique et les logiciels médicaux étaient très utiles pour cela. C'est à ce moment qu'ils s'inquiétaient sur l'indication de tous les médicaments. Ils effectuaient un classement des traitements sur les ordonnances en fonction de leurs utilisations mais aussi de leurs degrés d'importance. Une aide importante était apportée par le logiciel médical car il était facile de retrouver le suivi des patients et les antécédents médicaux et chirurgicaux.

E8 : « *Je n'ai pas vraiment d'outil. Je compte énormément le nombre de médicaments. Quand je prescris cela m'affiche le nombre de médicaments. Au-delà de 8 je commence à faire les gros yeux. De manière générale, je classe les médicaments indispensables en haut de l'ordonnance et au fur et à mesure j'essaie d'enlever les derniers.* »

E7 : « *Je regarde souvent les risques de iatrogénie quand le nombre de médicaments devient de plus en plus important.* »

E10 : « *Je trouve que les logiciels partagés sont vraiment essentiels.* »

Ce qui manquait dans les scores de risque ou les échelles d'évaluation et qui a été bien souvent explicité lors des entretiens c'était l'absence ou le défaut d'intérêt pour la prise en charge environnementale du patient. Certaines iatrogénies n'étaient pas toutes dues aux médicaments, elles pouvaient être la conséquence de défaut de matériel ou liées à l'environnement personnel du patient.

E10 : « *[...] Il est effectivement en décompensation cardiaque et on ne trouve pas de place en service. La régulation du Samu et des urgences ne trouve pas de place en unité de soins intensifs ou dans un autre secteur. C'est un cas selon moi de iatrogénie. On lui trouve une place dans un service de dermato en hospitalisation de jour à saint Eloi. C'est une chambre entièrement non équipée.* »

E5 : *« C'est plus une prise en compte globale du contexte et de l'environnement du patient en plus de son traitement. »*

La prescription chez les personnes âgées comportait de nombreux mésusages. Les polythérapies incluaient de fréquentes prescriptions inappropriées ce qui augmentaient le risque d'effets indésirables médicamenteux. Ce faisant, les effets bénéfiques des médicaments justifiés étaient freinés ainsi que la bonne observance de ces derniers. Ces constats conduisaient à souligner la nécessité, qu'il y avait à « déprescrire » les médicaments inappropriés ou devenus comme tels. Compte tenu du fait que les facteurs de risque d'EIM étaient bien connus, il semblait très important de mettre au point des stratégies efficaces afin de diminuer le nombre d'EIM en gériatrie.



## 3.2. Apport du score de risque chez les médecins généralistes.

### 3.2.1. Les MG étaient soulagés par le score de risque quand il était satisfaisant mais parfois contemplaient un score de risque élevé.

Une fois la découverte du score de risque, les MG calculaient le score de risque en fonction de leur cas clinique afin d'obtenir un pourcentage de risques d'événements indésirables liés aux traitements dans l'année. Plusieurs avis découlaient de ce score de risque. (26)

Facteur de risque	Score
<b>Nombre de médicaments</b>	
0–6	0
7–9	1
10–12	4
≥ 13	5
<b>Neuroleptiques</b>	
Non	0
Oui	3
<b>Anticoagulant &lt; 3 mois</b>	
Non	0
Oui	2
<b>Total</b>	<b>/10</b>
Calcul du risque d'EIM : score 0–1 : risque faible (12%) ; score 2–5 : risque moyen (32%) ; score 6–10 : risque fort (53%).	

Figure 6: Score de risque extrait de l'étude de Trivalle C, Ducimetière P. publiée en avril 2013

Lorsque le score de risque était en faveur d'un risque d'EIM faible, les MG ressentait un soulagement dans leur prise en charge. C'est une satisfaction professionnelle qui les rassure dans leur bonne pratique de la médecine générale chez le sujet âgé.

E1 : « *J'aurais le plaisir d'enlever certains médicaments pour faire baisser le taux. [...]* »

C'est un outil qui rentrait dans la catégorie de la prévention, du dépistage car il permettait de définir un taux de risque d'EIM. Certains MG étaient prêts à l'utiliser comme aide au dépistage.

Ce score de risque pouvait également être considéré comme un outil d'alerte lors de l'introduction d'un nouveau traitement.

E1 : « [...] *Cela m'aurait interpellé. Et comme on est juste à 7 médicaments je me serais dit on pourrait passer dans la catégorie du dessous avec 6 médicaments et donc avoir un score de zéro. [...] Je suis totalement pour utiliser ce score de risque dans ma pratique.* »

E5 : « : *Selon moi et selon mon expérience, ce score de risque serait plutôt un outil de dépistage ou d'alerte qui me dirait attention je suis dans la zone orange ou rouge de la iatrogénie chez ce patient. Ce serait plus à titre préventif effectivement.* »

Ce score de risque qualifié d'outil d'aide à la prévention restait, selon les médecins généralistes, facile d'utilisation et rapide à calculer. Cela n'aurait pas amputé de beaucoup de minutes une consultation standard en cabinet et aurait permis de garder du temps pour l'examen clinique et la modification, s'il avait lieu, des traitements inscrits sur l'ordonnance.

E2 : « *C'est toujours anxiogène de rajouter un médicament sur une ordonnance déjà importante mais d'avoir un outil sous les yeux qui justement détermine un risque de iatrogénie lié au nombre de médicaments cela peut réellement m'aider. En plus, le score n'est pas très compliqué.* »

E10 : « [...] *Surtout si c'est simple avec 3 items. C'est un score donc c'est toujours utile de l'avoir en tête ou au coin de la table.* »

E6 : « [...] *Le score de risque est très bien car les médecins généralistes ce qu'ils veulent ce sont des outils simples et pratiques et ce score de risque est un outil simple et pratique.* »

Le score de risque insistait sur le nombre de médicaments, la prise de neuroleptiques et un traitement anticoagulant récent. La polymédication est un facteur bien connu d'EIM.

Il nous a été présenté une majorité de score de risque moyen à savoir 32% de risque de survenu d'évènements indésirables médicamenteux. Bien souvent, sachant cela, les médecins généralistes se retrouvaient dans l'incapacité de modifier l'ordonnance.

E4 : « : *Non car en revoyant le dossier, c'était l'équipe de gérontopsie qui avait préconisé le Risperdale. Je galérais à trouver un équilibre et ce sont eux qui m'avaient préconisé le Risperdale pour m'aider. Sur ce patient, je ne sais pas comment j'aurais pu faire autrement. [...]* »

E9 : « *Même en toute connaissance de cause je pense que je devrais prescrire des neuroleptiques en fonction de comment il évolue. Mais j'espère que non. [...]* »

E7 : « *Malheureusement non car tous ces médicaments ont été réévalués à chaque renouvellement et je ne pouvais pas retirer de traitement. Je n'avais pas de possibilité d'alléger.* »

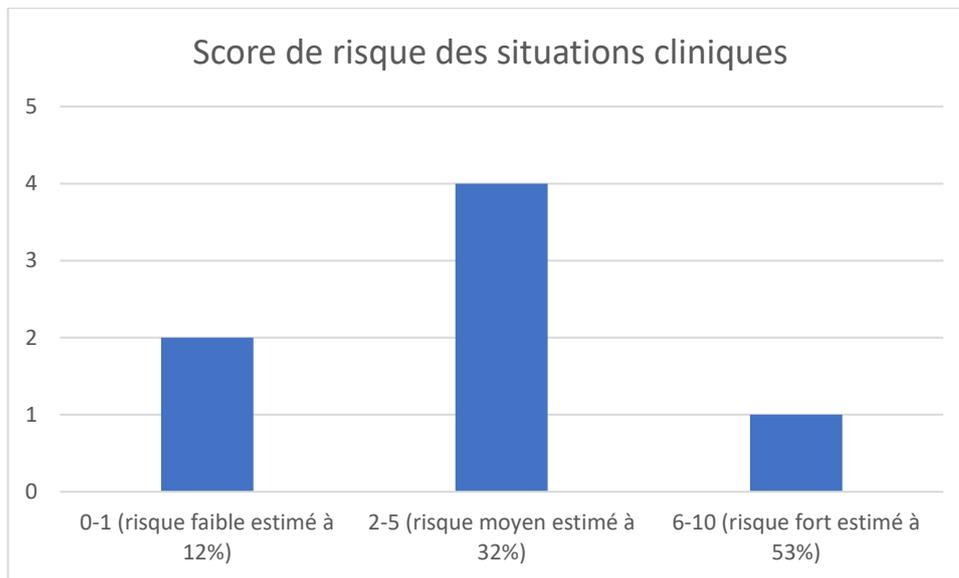


Figure 7: Résultats des calculs du score de risque en fonction des situations cliniques présentées par les médecins généralistes

Chaque MG explicitait un cas clinique de leur patientèle et ayant un rapport un évènement iatrogène chez une personne de plus de 65 ans. Il leur était demandé par la suite de calculer le score de risque en lien avec leur cas clinique. Quatre situations cliniques correspondaient à un risque moyen de iatrogénie dans l'année, deux avaient un risque faible et seulement un avait un risque fort. Cela démontrait malgré tout une prise de conscience du risque de iatrogénie chez le sujet âgé lorsque trop de médicaments prescrits pouvaient provoquer des évènements indésirables.

Deux médecins n'ont pas explicité une situation clinique bien précise afin de pouvoir calculer un risque de prévention. C'étaient deux entretiens avec de nombreuses anecdotes faisant référence à des évènements iatrogènes durant leur carrière de médecin généraliste mais ils ne se souvenaient plus du nombre de médicaments que leurs patients prenaient au moment de l'évènement. Cela ne nous a pas permis de calculer correctement le score de risque de iatrogénie. Le dernier cas non présent dans cette figure 7 est un cas de iatrogénie environnemental qui ne rentrait pas dans le calcul de ce score.

### 3.2.2. Un score de risque pertinent mais non exhaustif

C'était un score de risque très intéressant à connaître mais qui ne suffisait pas, à lui seul. En effet, il ne prenait pas en compte assez de critères que les MG auraient aimé voir apparaître comme certains résultats de bilan sanguin (fonction rénale par exemple) ou encore l'évaluation du risque de chute potentielle de la personne âgée.

E7 : « *Je ne pense pas que cela soit assez, fin pour moi. Je fais déjà attention au nombre de médicaments sur l'ordonnance. [...] Je pense qu'il faudrait peut-être une pondération pour d'autres médicaments ainsi que l'insertion de la fonction rénale.* »

E8 : « *C'est même étonnant que comme la catégorie neuroleptique il n'y a pas la catégorie anti douleurs, surtout pour les palliers 2 ou 3. Les neuroleptiques je n'en introduis pratiquement jamais. Mais pour les antidouleurs, il y a souvent des chutes avec vertiges notamment avec les pallier 2.* »

De nombreux MG réclamaient des outils techniques ou des logiciels qui auraient permis l'aide au sevrage de certains médicament pouvant être particulièrement iatrogènes et aussi très dépendants. Les benzodiazépines ou les antidépresseurs étaient des traitements qui provoquaient beaucoup de désagréments lors des essais de retrait.

E7 : « *Il y a des médicaments confusioènes, autre que les neuroleptiques comme les antidépresseurs. Mais ce qu'il faudrait ce serait un logiciel où quand on coche pour avoir un anxiolytique par exemple, il me dise que ce médicament est mieux plutôt que celui-ci car moins confusioène. Mais aussi avoir des aides pour le sevrage des hypnotiques.* »

E2 : « *C'est essentiellement les benzodiazépines et les somnifères. J'ai eu le plus de problèmes avec ces familles. J'ai quelques personnes âgées qui prennent du Témesta depuis plus de 30 ans et je n'arrive pas à leur enlever ou même leur faire diminuer la posologie.* »

Les items présents sur ce score de risque étaient trop évidents pour certains médecins généralistes car ils étaient déjà très sensibilisés à la prévention de la iatrogénie chez le sujet âgée.

E3 : « *Je sais au contraire que tout médicament est à risque de iatrogénie. Je le sais. [...] Après est-ce qu'un score comme celui-ci est intéressant ? Oui. Est-ce que je l'utiliserai ? Non. Mais parce que selon moi tous les médicaments ont un risque iatrogène.* »

E6 : « *Honnêtement je n'utiliserai pas un score de risque car j'ai déjà une formation de gériatre et donc je connais les effets secondaires et les interactions des médicaments.* »

Dans un entretien, il n'a pas été possible de calculer le risque d'EIM car la iatrogénie concernait une prise en charge environnementale et non médicamenteuse. En effet, une mauvaise adaptation de la situation qui paraissait urgente n'a pas été convenablement prise et ce qui a induit le décès du patient. C'était une succession d'évènements indésirables non imputables aux MG qui avait provoqué cette finalité tragique.

E10 : « *Il est pris en charge avec des signes cliniques de décompensation cardiaque globale, il est toujours conscient. On m'appelle, j'arrive aux urgences de Montpellier. Il est effectivement en décompensation cardiaque et on ne trouve pas de place en service. La régulation du Samu et des urgences ne trouve pas de place en unité de soins intensifs ou dans un autre secteur. C'est un cas selon moi de iatrogénie. On lui trouve une place dans un service de dermato en hospitalisation de jour. C'est une chambre entièrement non équipée. Il se met à s'altérer et à dire qu'il s'étouffe. J'étais présent. Je demande à la cadre infirmière d'appeler un médecin du service mais il n'y a personne la nuit. [...] Je demande de quoi l'aspirer pour le prendre en charge. Il n'y a pas d'aspiration ni de prise pour oxygène. Donc je fais ce que je peux. [...]* ».

Pour rappel, selon le Ministère des Solidarités et de la Santé la iatrogénie est « un ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé. »

Le score de risque n'était pas du tout adapté à cette situation, cela pouvait donc être une limite à l'évaluation de cette méthode de prévention de la iatrogénie.

La prise simultanée de plusieurs médicaments pour un patient poly-pathologique augmentait considérablement le risque d'interactions indésirables médicament-médicament ou médicament-maladie. Le risque de telles interactions était particulièrement élevé chez les patients qui souffraient de malnutrition ou d'insuffisance rénale. Il existait peu d'études sur les effets des médicaments chez les patients de plus de 80 ans. L'incompréhension dans les effets des molécules sur le métabolisme vieillissant provoquait des prescriptions hasardeuses.

E4 : « *Dans la gériatrie tout dépend également de l'âge car j'ai un patient de 101 ans et d'autre au-delà de 90 ans, très clairement tu ne sais plus ce que tu fais avec les médicaments et leur efficacité réelle. La plupart des médicaments ont été testés sur les 50 ans, 60 ans mais au-delà de 90 ans on n'a aucune donnée claire sur les efficacités des traitements. Sur les âges extrêmes tu bricoles un peu.* »

### 3.2.3. Un outil qui ne remplaçait pas l'aide d'autres professionnels de santé ou la prise de décision par l'EBM.

---

Les médecins de famille dans les cabinets de ville ou de campagne se sentaient seuls dans la décision de la bonne prise en charge des personnes âgées. Bien souvent, leurs ordonnances étaient longues et incluait de nombreux médicaments avec des spectres d'efficacité étroits. Certains d'entre eux avaient décidé de s'entraider en effectuant des réunions régulières ainsi qu'avec des infirmières ASALEE pour décider de la conduite à tenir concernant les ordonnances complexes. Cela permettait de réfléchir à plusieurs sur des situations parfois très compliquées et ainsi d'avoir plusieurs avis et d'échafauder des solutions autant bénéfiques pour le patient que pour le MG.

E8 : « *Je pense que c'est bien d'avoir un avis extérieur surtout quand on renouvèle. Je pense qu'avoir un avis d'un autre médecin, ou des pharmaciens serait très intéressant. Une fois par an, se poser avec des collègues et regarder certaines ordonnances complexes et voir ce qu'on pourrait arrêter ou diminuer progressivement. [...] Comme un ménage de printemps. Avec l'infirmière ASALEE, on voulait prendre le temps de trier certains patients et de sortir leur ordonnance et d'en discuter ensemble.* »

E4 : « *Avec la CPTS et les 2 MSP, on fait souvent des RCP pour qu'on puisse discuter de certains dossiers. Pas forcément sur les traitements médicamenteux mais aussi sur du sociale, pour pouvoir mettre des aides en place.* »

Certains MG remarquaient que d'avoir un œil nouveau sur les ordonnances de leur patientèle pouvait mettre à jour certaines anomalies ou certains médicaments en trop. Des remplaçants ou bien des internes, ne connaissant pas les patients, pouvaient après relecture de chaque ordonnance, limiter le nombre de médicaments et diminuer le risque de iatrogénie.

E9 : « *[...] Et c'est tout l'intérêt quand on est accompagné de se pencher un peu plus sur les dossiers. Notamment quand tu as le regard d'un collègue ou d'un interne quand il pose la question pourquoi tu as prescrit cela.* »

E8 : « *En étant remplaçante, j'avais ce regard extérieur sur certaines prescriptions. On se repose les questions et on se dit tel médicament n'est pas indispensable. Quand on connaît le patient, on prend le problème du jour, du moment et on ne se pose pas assez la question de l'utilité de chaque médicament et on renouvèle l'ordonnance par manque de temps.* »

D'autres aides pour la bonne prescription étaient demandées quand le médecin de famille se retrouvait dans l'embarras, soit pour avoir un appui dans la prise en charge soit pour la modifier car il n'y arrivait plus avec sa seule réflexion. Les spécialistes d'organes permettaient de trancher

dans certaines décisions et ainsi l'omnipraticien ne supportait plus à lui seul le potentiel iatrogène des médicaments.

E9 : « *Le courrier de sortie disait que je n'avais pas d'autre choix comme traitement et de plus j'ai eu la possibilité d'avoir une téléconsultation gériatrique et le gériatre a dit que certes ce monsieur est dément, qu'il a des risques de récives de chutes qu'il n'est pas censé le maintenir sous anticoagulant mais comme il a la maladie de Leyden, nous n'avons pas d'autre choix. [...]* C'est réconfortant car on partage la responsabilité du maintien d'un traitement potentiellement dangereux. »

E4 : « *Plus pour certaines ordonnances que d'autres. Par exemple en psychiatrie quand cela atteint des doses hors AMM je les envoie chez le psychiatre pour adapter le traitement. Les doses de cheval en neuroleptique c'est quelque chose que je préfère que les psychiatres mettent en place et que ce soit suivi.* »

E6 : « *[...] En plus il y a des pathologies sous-traitées en gériatrie notamment la dépression tu peux être amené à prescrire davantage de médicaments et donc davantage de risques de iatrogénie. L'avis d'un spécialiste est ici très intéressant.* »

Ce qui importait le plus dans ces situations était le partage des responsabilités. De nos jours, il existe beaucoup de procédures judiciaires et dans la carrière d'un médecin généraliste des plaintes sont de plus en plus fréquentes à leur encontre. Le lien entre le droit et la médecine tend à se renforcer par, ce que la littérature médicale a appelé : « la judiciarisation de la médecine ». L'imbrication des deux disciplines trouve une justification par la promotion grandissante des droits des malades dont la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002<sup>61</sup> est une illustration symptomatique. Les exigences du patient envers son médecin généraliste se multiplient, lesquelles conduisent à penser que la pratique de la médecine est de plus en plus influencée par le risque judiciaire qui pèse sur le MG. (36)

L'acceptation du risque était une notion qui a été retrouvée dans un entretien bien particulier. Le sentiment d'impuissance faisait face à certaines décisions juridiques et politiques qui n'étaient pas centrées sur le patient mais pour limiter un maximum les risques de iatrogénie. Le médecin généraliste se trouvait entre le bien être du patient et les recommandations actuelles.

E3 : « *Je sais qu'il y a un risque la question c'est l'acceptation de ce risque. Il y a 2 mouvements en ce moment : la prévention de la iatrogénie sur les ordonnances et faire en sorte que le patient se sente bien. Il y a souvent entre les 2. Mais le courant juridique serait plutôt d'éviter tout risque.* »

E5 : « *[...] Et puis elle a également envoyé un courrier au conseil de l'ordre des pharmaciens pour relater l'erreur qui avait été faite.* »

Pour éviter toutes procédures judiciaires, il était important d'éduquer le patient en amont sur la prise de ses traitements et surtout quels effets secondaires potentiels pouvaient en résulter. Ce qui encourageait les médecins généralistes c'était que leur patient ressentait le besoin de connaître l'utilité de leur traitement et ainsi une baisse des EIM a été remarquée.

E3 : « *J'essaye énormément de leur expliquer les bienfaits et les effets négatifs des médicaments. [...]* »

Ce qui restait important dans la bonne prise en charge d'un patient était l'alliance thérapeutique aussi bien avec le MG qui était bien souvent le médecin de famille mais également avec les infirmières qui passaient quotidiennement au domicile. Des effets secondaires indésirables survenaient trop souvent quand cette alliance était rompue. La confiance du patient en son médecin est primordiale pour l'optimisation de sa prise en charge.

E5 : « *Mais il s'est avéré que c'est la pharmacie qui a fait une erreur de délivrance du furosémide. [...] Les seules conséquences qu'il y a eu c'est qu'elle a changé de pharmacie.* »

De plus, il était intéressant de prendre en compte ce qu'avait pris un patient en automédication. Il était primordial d'impliquer le patient par le médecin généraliste dans une démarche dynamique pour le responsabiliser vis-à-vis de sa santé.

E5 : « *En iatrogénie ce qui me pose le plus de problèmes ce sont les médicaments qui sont en délivrance libre en pharmacie. Ils peuvent poser des problèmes soit sur certains terrains soit avoir des interactions médicamenteuses. Notamment avec les anti-inflammatoires.* »

De nombreux médecins n'utilisaient pas de score de dépistage pour s'aider dans la prescription des traitements. Le raisonnement personnel ainsi que l'expérience étaient bien souvent les seuls outils qu'ils utilisaient.

La notion la plus importante était l'alliance thérapeutique, cela permettait de responsabiliser le patient sur ses pathologies et les traitements qu'il prenait.

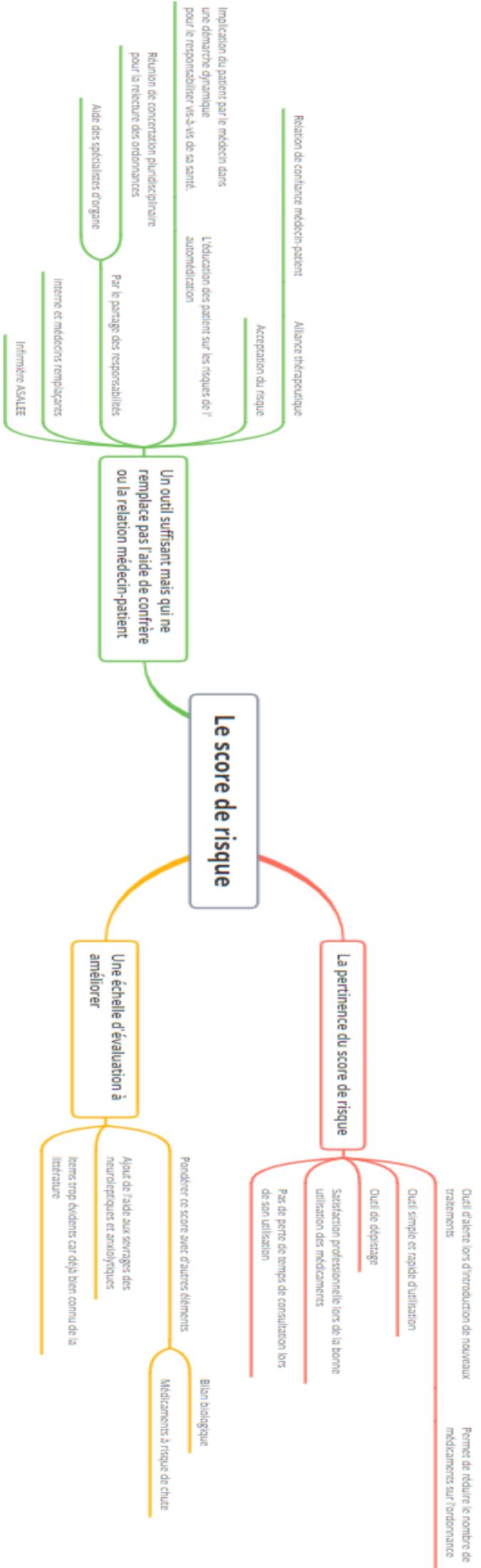


Figure 8: L'évaluation du score de risque lors d'une situation clinique

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Les principaux résultats

---

Ce travail a mis en évidence que les MG rencontraient de nombreuses difficultés dans la prise en charge optimale d'une personne âgée. Une critique de leur travail était très fréquente, ce pourquoi ils ressentaient le besoin de se former dans le domaine de la gériatrie. Ces formations étaient le plus souvent des recherches personnelles dans des études médicales publiées. La crainte de la iatrogénie était ressentie dans tous les entretiens. Par conséquent, les MG avaient adopté certains outils d'aide à la prescription ou avaient créés eux-mêmes leurs propres techniques pour éviter la iatrogénie. Des avis de spécialistes permettaient de ne pas prendre de décision seule et ainsi de se sécuriser dans la prescription de thérapeutiques à fort potentiel d'EIM. L'aide paramédicale comme les IDE ou les auxiliaires de vie réduisait le risque de iatrogénie par mauvaise observance volontaire ou involontaire. Pour améliorer cette observance, l'alliance thérapeutique était le maître mot de la relation médecin-patient. Une bonne alliance permettait une bonne compréhension de la pathologie par le patient et ainsi permettre une prise en charge adéquate. Cependant, elle pouvait être mis à mal lors d'hospitalisation sur décompensation de pathologie chronique. En effet, les hospitaliers pouvaient modifier les ordonnances et ainsi les patients se retrouvaient dans l'incompréhension de leurs nouveaux traitements. De plus, les spécialistes ne rencontraient ces personnes âgées que lors d'évènements aigus ou lors de contrôle, ils ne prenaient pas en charge la globalité du patient. Bien souvent, il n'y a que le médecin généraliste qui connaît son patient dans sa totalité.

La majorité des médecins généralistes interrogés n'étaient pas enclins à utiliser le score de risque dans leur pratique. Ce résultat est expliqué par le fait que beaucoup d'entre eux avaient déjà leurs techniques personnelles. Ils s'accordaient dans le fait que ce score de risque était un score de prévention et non d'aide à la prescription. Cela pouvait les aider dans la démarche d'ajouter ou de retirer un médicament sur une ordonnance afin de ne pas avoir un score trop élevé et augmenter ainsi le risque d'EIM dans l'année. Parfois, les MG se retrouvaient dans l'incapacité de modifier une ordonnance même-ci celle-ci avait un score de risque iatrogène élevé. Tous les médecins interrogés pensaient que ce score de risque était facile et rapide d'utilisation grâce à ces trois items. Certains d'entre eux trouvaient qu'il était trop exhaustif et pouvait être intéressant s'il avait plus d'items sur d'autres médicaments potentiellement iatrogènes ou sur des critères environnementaux ou bien, encore, selon les résultats d'analyse de sang.

Nguyen et al. (37) ont montré une corrélation positive entre le risque d'EIM et la prescription de plus de neuf médicaments. La polymédication est donc fortement corrélée au risque d'EIM, or

c'est chez les malades âgés que sont prescrits le plus de médicaments. Et les médicaments le plus souvent responsables d'EIM sont ceux qui sont le plus fréquemment prescrits en gériatrie.

Le score de risque ne remplaçait pas l'aide d'autres professionnels de santé comme des confrères médecins généralistes, des internes ou des infirmières ASALEE. Une décision collégiale permettait de prendre des mesures adaptées au patient. Ces décisions prenaient en compte l'avis et les préférences du patient tout en s'appuyant sur les données de recherches cliniques ainsi que sur l'expertise du médecin généraliste.

## 4.2. Les forces de cette étude

---

L'approche qualitative était adaptée à notre question de recherche que nous rappelons ici : « Comment les médecins généralistes perçoivent-ils la prévention de la iatrogénie ainsi que l'aide d'un score de risque lors d'une consultation chez la personne âgée ? ».

Les entretiens n'ont pas été réalisés de manière systématisée, mais dans le cadre d'une relation et d'un dialogue avec l'interviewé, le cheminement des questions s'adaptait au fil de la discussion. Dans notre guide d'entretien, nous avons prévu une liste d'éléments d'intérêt au sujet desquels nous voulions que tous les médecins interrogés s'expriment. Si cela n'était pas spontanément le cas, les relances prévues en amont lors de la préparation des entretiens ont permis de n'éluder aucun de ces éléments d'intérêt.

Les données recueillies et analysées au cours de notre travail recourent certains éléments d'intérêts soulignés dans la littérature et repérés lors de notre analyse bibliographique.

Cette étude comprend deux grands axes décelés selon le principe de la théorisation ancrée par comparaison constante. Les données des entretiens ont été recueillies pour établir une théorie jusqu'à saturation de celle-ci. Elle permet de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens.

L'originalité de cette étude est que le sujet concernant les risques d'EIM est très peu exploré chez les médecins généralistes. De nombreuses études les concernant ont été faites en milieu hospitalier. Il en est de même pour ce score de risque qui n'a été étudié que dans un service de gériatrie. Son évaluation en médecine générale est apparue opportune car ces médecins sont les premiers prescripteurs des personnes âgées.

### 4.3. La comparaison avec la littérature

---

Notre étude présente une cohérence avec la littérature récente. En effet, l'étude Polychrome (38) fait référence à la polyopathie et la polymédication ainsi que l'analyse des déterminants de la polyprescription et de la iatrogénie auprès des médecins généralistes. Les patients pris en charge sont le plus souvent polymédicamentés. Il s'agit de patients présentant de multiples facteurs de risque (par exemple : hypertension artérielle, diabète et hyperlipidémie) et/ou plusieurs pathologies chroniques. La polyprescription semble difficile à éviter mais représente un enjeu de santé publique, car elle a cinq conséquences majeures :

- L'augmentation du nombre de traitements inappropriés ;
- L'augmentation du risque d'interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses ;
- L'augmentation du risque de contre-indications liées à plusieurs pathologies concomitantes ;
- La diminution de l'observance des traitements par les patients ;
- L'augmentation du coût de la prise en charge.

Tout comme l'analyse faite dans notre étude, les méthodes de dépistage, de prévention et d'optimisation des ordonnances sont diverses. Elles font appel soit à une analyse de la liste des médicaments présents sur l'ordonnance après revue de la littérature ou avec l'aide de critères, soit à des études d'intervention auprès des patients par leur éducation, ou auprès des pharmaciens par des bilans de médication ou par la confection de pilulier.

De même, l'outil de détection apparaissant le plus complet pour les PMI est l'outil STOPP-START. Depuis sa validation en 2008, de nombreux articles originaux ont évalué l'utilisation de ses critères dans différentes situations médicales et dans plus de 24 pays. Les critères sont mis à jour régulièrement afin d'être au plus près de l'aide à la prescription pour les MG. (39) Ces critères ont démontré, pour différentes populations (patients à domicile, en milieu hospitalier, en institutions pour personnes âgées), qu'ils permettaient de diminuer le risque de survenue d'effets indésirables et d'hospitalisations non-programmées. L'utilisation systématique de l'outil améliore significativement la qualité des prescriptions. Utilisés en milieu hospitalier dans les 72 heures qui suivent une admission les critères STOPP/START permettent de réduire le risque d'effets indésirables et la durée d'hospitalisation.

Plusieurs travaux ont montré, qu'étant donné sa densité, un certain temps d'adaptation était nécessaire pour s'approprier l'outil et pour l'intégrer à sa démarche de révision régulière des traitements. Cependant, aucun des médecins généralistes interviewés ne nous en a spontanément parlé.

Chez nos sujets les plus âgés l'hospitalisation est souvent associée à une nouvelle invalidité ou à une augmentation de perte d'autonomie. Cette incapacité associée à l'hospitalisation s'explique en partie par l'accumulation du vieillissement, de la fragilité et des comorbidités. Il peut aussi être le résultat d'un défaut de coordination des soins de santé. (40) Les problèmes de gestion de la santé les plus courants identifiés chez les patients présentant une incapacité iatrogène induite sont la faible mobilisation et le manque d'intervention psychologique ou psychiatrique. Il est important de ne pas oublier le versant psychologique des personnes âgées car leurs symptomatologies diffèrent de l'adulte plus jeune mais sont bien plus redoutables car les passages à l'acte sont plus fréquents ainsi que les décompensations de pathologies chroniques. L'optimisation de la prise en charge des personnes âgées passe également par l'évaluation des détresses psychologiques. (41) Une échelle de dépression gériatrique GDS (Annexe 2) évalue la dépression et la détresse psychologique les personnes âgées. Chez ces dernières, la dépression affecte principalement les personnes atteintes de maladies chroniques et de troubles cognitifs, provoque des souffrances, des perturbations familiales et des incapacités, aggrave les résultats de nombreuses maladies et augmente la mortalité. (42)

L'EBM est définie comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient ». (43) Le médecin s'engage à prendre en compte l'avis, les préférences et les envies du patient ainsi qu'à adapter sa prise en charge en fonction de son expertise clinique et des dernières recherches publiées. Il doit d'abord formuler clairement les problèmes cliniques à résoudre puis rechercher la meilleure information qui permettra de répondre à la question puis d'évaluer de façon critique cette solution et d'en apprécier son degré de validité et enfin d'aboutir à un jugement clinique. La complexité d'une situation clinique est la difficulté de la prise de décision dans l'EBM. Il peut y avoir contradiction entre les données de recherche et les préférences du patient et c'est au MG de prendre la décision en fonction de ces deux critères et de son expérience médicale. C'est dans l'EBM que l'on retrouve toute la complexité de la prise en charge de la personne âgée.

## 4.4. Les faiblesses de cette étude

---

### 4.4.1. Biais internes

---

Ils résultent de la confrontation de caractères personnels du chercheur et des participants, ils peuvent entraîner des incompréhensions entre les deux parties et parfois provoquer une réticence à se confier dans le cadre de l'entretien. Ces caractères peuvent être par exemple le genre, l'âge, le statut social, l'expérience, la culture, le niveau d'éducation, les valeurs, les attitudes, etc. (44)

Ces biais sont difficilement contrôlables. Néanmoins nous avons tenté au maximum de les limiter, notamment en reformulant, lorsque cela était nécessaire, le discours des médecins interrogés pour en vérifier la bonne compréhension.

Il existe également un biais interne dans la saturation des théories car il n'y a eu aucun médecin qui a refusé de répondre aux questions ou bien de décrire un cas clinique de iatrogénie dans sa patientèle.

### 4.4.2. Biais externes

---

Ils sont liés à l'environnement dans lequel se déroule l'étude.

Malgré toutes les précautions prises en laissant aux médecins le libre choix du lieu, de la date et de l'heure et en leur indiquant la durée moyenne à prévoir (environ 30 minutes), les entretiens ne se sont pas toujours déroulés dans les conditions que nous espérions :

- Un entretien réalisé au téléphone avec un médecin généraliste qui allait donner un cours universitaire 30 min plus tard et était par conséquent pressé par le temps.
- Deux entretiens effectués au cabinet ont été interrompus par des sollicitations extérieures (autres professionnels de santé).
- Un entretien effectué en visio-conférence a dû être interrompu par arrêt de la caméra et du son pour répondre au téléphone.

À cause de ces paramètres, les médecins n'ont peut-être pas pu exprimer librement leur point de vue ou ont pu perdre le cours de leur pensée lors du développement d'une réponse.

#### 4.4.2.1. Biais d'interprétation

Le codage des unités de sens a été réalisé par un seul chercheur. Il n'y pas eu de triangulation des données en comparant les résultats obtenus avec ceux d'autres études utilisant une méthodologie différente. (44)

Par ailleurs, ce travail de recherche était le premier réalisé par l'étudiant chercheur.

#### 4.4.2.2. Biais d'intervention

Nous avons été amenés à poser quelques questions fermées pour guider les médecins vers un sujet important. Cela a pu influencer le cours de leur pensée et leur faire oublier un thème d'intérêt qu'ils auraient souhaité développer. Certaines de ces questions fermées ont pu ne pas amener l'interviewé à sa mémoire concrète. Ce serait, alors, un discours convenu qui fait appel à une théorisation déjà ancrée chez le médecin et non pas aux faits réels.

#### 4.4.2.3. Biais de recrutement

La pandémie du COVID 19 n'a peut-être pas permis à d'autres MG de répondre favorablement à nos demandes d'entretiens. Les médecins interviewés sont des médecins généralistes qui appartenaient de près ou de loin au milieu universitaire de la médecine générale. Il est probable que cela ait influencé les réponses aux entretiens car ces médecins sont habitués à ce genre d'étude. Ils sont par ailleurs sensibilisés aux problématiques de polymédication et sont donc déjà très vigilants sur leurs prescriptions. Pour ces médecins, le bénéfice de l'utilisation de l'outil peut paraître plus limité du fait d'ordonnances déjà optimisées.

### 4.5. Les perspectives de recherche

Il existe de nombreux scores et outils d'aide à la prescription. Il serait intéressant, étant donné que de plus en plus de médecins généralistes sont informatisés, de développer un outil numérisé rapide d'utilisation et qui comprend un plus grand nombre de critères que le score étudié dans cette thèse afin de répondre au besoin des médecins de ville.

Il serait de plus intéressant que cet outil numérisé ne soit pas chronophage.

Ce point-là a été soulevé par les auteurs de l'outil STOPP-START. Anticipant une probable augmentation du nombre de critères pour les futures mises-à-jour de l'outil, ils travaillent actuellement sur son développement numérique sous la forme d'une application pour smartphones et tablettes. Elle pourrait permettre de mieux cibler les critères liés aux pathologies du patient ou ses traitements.

Des projets multicentriques européens d'optimisation thérapeutique chez le sujet âgé, SENATOR et OPERAM, devraient aboutir à la conception de logiciels d'identification de prescriptions sous-optimales en incluant notamment STOPP- START v.2. (45)

Enfin, dans ce contexte de polypathologie et de polymédication, le concept de *dé-prescription* ne doit pas être ignoré. Bien prescrire, c'est savoir proscrire un traitement contre-indiqué mais également savoir *dé-prescrire* un médicament inutile et a fortiori dangereux en termes de bénéfices-risques individuels. (46) Bien qu'il ne figure, à ce jour, ni dans le dictionnaire de l'Académie française, ni dans les dictionnaires d'usage courant, ce vocable *dé-prescrire*, nous paraît le plus approprié pour traduire l'acte visant à arrêter de façon volontaire une prescription. La *dé-prescription* s'impose comme une décision d'importance, d'une part, parce qu'il existe un lien entre le nombre total de médicaments prescrits et la survenue d'effets indésirables médicamenteux et d'autre part, parce que la polymédication favorise la mauvaise observance des traitements. C'est un choix délicat qui n'est pas dénué de conséquences (effet rebond, rupture du lien de confiance, risque déontologique vis-à-vis des prescripteurs de médicaments *dé-prescrits*) mais parfois nécessaire pour le patient. Dans une démarche d'amélioration des pratiques médicales, il semble souhaitable d'insister sur cette notion, de former les médecins à cet « art de la *dé-prescription* » et d'associer le patient à la prise de décision, en consacrant une consultation spécifiquement dédiée à la modification de son traitement et à son éducation.

## 5. CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'évaluer, dans un premier temps, le ressenti des médecins généralistes face à l'importance du risque d'EIM chez les sujets âgés notamment lorsqu'ils sont polymédiqués et de connaître leur méthode de prévention. Puis dans un second temps, les MG se sont prononcés sur leur perception concernant l'aide d'un score de risque en cabinet de ville tiré de la littérature et utilisé jusqu'à présent en service hospitalier. Dans la majorité, les omnipraticiens n'ont pas jugé utile le score de risque dans leur pratique quotidienne mais ont estimé qu'un outil principalement numérique pourrait les aider dans leur lutte pour la prévention de la iatrogénie chez nos séniors. Il en ressort que ce risque iatrogène est anxiogène et que sa prévention est chronophage.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. 9789240694842\_fre.pdf [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842\\_fre.pdf;jsessionid=2CAD95482DC57A14B9D01AA3F9A8E689?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=2CAD95482DC57A14B9D01AA3F9A8E689?sequence=1)
2. État de Santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797612?sommaire=4928952>
3. Bilan démographique 2020 - Insee Première - 1834 [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>
4. fiche\_parcours\_fragilite\_vf.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parcours\\_fragilite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf)
5. Drey M, Pfeifer K, Sieber CC, Bauer JM. The Fried frailty criteria as inclusion criteria for a randomized controlled trial: personal experience and literature review. *Gerontology*. 2011;57(1):11-8.
6. Frailty in Older People. *Lancet*. 2 mars 2013;381(9868):752-62.
7. Legrain S, Lacaille S. Prescription médicamenteuse du sujet âgé. *EMC - Médecine*. 1 avr 2005;2(2):127-36.
8. Daroux M, Gaxatte C, Puisieux F, Corman B, Boulanger É. Vieillesse rénale : facteurs de risque et néphroprotection. *Presse Médicale*. 1 nov 2009;38(11):1667-79.
9. traceur\_has\_fichesynt\_h\_sujetage.pdf [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/traceur\\_has\\_fichesynt\\_h\\_sujetage.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/traceur_has_fichesynt_h_sujetage.pdf)
10. Médicaments après 65 ans [Internet]. [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse>
11. Schuler J, Dückelmann C, Beindl W, Prinz E, Michalski T, Pichler M. Polypharmacy and inappropriate prescribing in elderly internal-medicine patients in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 1 déc 2008;120(23):733.
12. Pirmohamed et al. - 2004 - Adverse drug reactions as cause of admission to ho.pdf [Internet]. [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC443443/pdf/bmj32900015.pdf>
13. Effets indésirables médicamenteux observés dans des Services d'Accueil et d'Urgences français (Étude prospective de l'APNET et propositions pour des mesures préventives) – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/effets-indesirables-medicamenteux-observees-dans-des-services-daccueil-et-durgences-francais-etude-prospective-de-lapnet-et-propositions-pour-des-mesures-preventives/>
14. Blain H. Bon usage des médicaments chez le sujet âgé. *Rev Médecine Interne*. 2015;13.

15. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. *Acad Med.* août 2003;78(8):802-9.
16. Fischer G-N, Tarquinio C. Chapitre 7. L’observance thérapeutique. In: *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* [Internet]. Paris: Dunod; 2014. p. 163-87. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-concepts-fondamentaux-de-la-psychologie--9782100705306-p-163.htm>
17. Wang YY. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Second edition. *Int J Integr Care* [Internet]. 21 janv 2005 [cité 11 févr 2022];5(1). Disponible sur: <http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.116/>
18. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The Role of Medication Noncompliance and Adverse Drug Reactions in Hospitalizations of the Elderly. *Arch Intern Med.* 1 avr 1990;150(4):841-5.
19. LEPS - D’Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique (nouvelle édition) [Internet]. [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://leps.univ-paris13.fr/index.php/fr/publications/ouvrages/14-d-ivernois-jf-gagnayre-r-apprendre-a-eduquer-le-patient-approche-pedagogique-nouvelle-edition>
20. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: 2019 AGS BEERS CRITERIA® UPDATE EXPERT PANEL. *J Am Geriatr Soc.* avr 2019;67(4):674-94.
21. 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.* févr 2008;46(2):72-83.
22. Lang P-O, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens J-P, Vogt-Ferrier N, et al. STOPP-START: Adaptation en langue française d’un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. *Can J Public Health.* nov 2009;100(6):426-31.
23. Hill-Taylor B, Walsh KA, Stewart S, Hayden J, Byrne S, Sketris IS. Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons’ potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria: systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *J Clin Pharm Ther.* avr 2016;41(2):158-69.
24. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
25. Guide d’analyse critériée de l’entrevue médicale selon Calgary-Cambridge [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://123dok.net/document/ky6epdoz-guide-analyse-criteriee-entrevue-medicale-selon-calgary-cambridge.html>
26. Trivalle C, Ducimetière P. Effets indésirables des médicaments : score de risque en gériatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* avr 2013;13(74):101-6.

27. Lafont C, Gérard S, Voisin T, Pahor M, Vellas B, Members of I.A.G.G./A.M.P.A Task Force. Reducing « iatrogenic disability » in the hospitalized frail elderly. *J Nutr Health Aging*. août 2011;15(8):645-60.
28. Vermersch P. Entretien d'explicitation [Internet]. Érès; 2019 [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/vocabulaire-des-histoires-de-vie-et-de-la-recherch--9782749265018-page-340.htm>
29. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016. 432 p. (U; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706.htm>
30. Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, Michel D, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: Une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 1 janv 2013;105:4-11.
31. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147-81.
32. Dorais M. Diversité et créativité en recherche qualitative. *Serv Soc*. 1993;42(2):7-27.
33. Coppens M, Eikelboom JW, Hart RG, Yusuf S, Lip GYH, Dorian P, et al. The CHA2DS2-VASc score identifies those patients with atrial fibrillation and a CHADS2 score of 1 who are unlikely to benefit from oral anticoagulant therapy. *Eur Heart J*. janv 2013;34(3):170-6.
34. Zhu W, He W, Guo L, Wang X, Hong K. The HAS-BLED Score for Predicting Major Bleeding Risk in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Cardiol*. sept 2015;38(9):555-61.
35. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. avr 2019;67(4):674-94.
36. Mabilais A. Le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinaires : étude circonscrite aux médecins généralistes haut-normands. 8 juin 2017;126.
37. Nguyen JK, Fouts MM, Kotabe SE, Lo E. Polypharmacy as a risk factor for adverse drug reactions in geriatric nursing home residents. *Am J Geriatr Pharmacother*. mars 2006;4(1):36-41.
38. Breton JL, Mousques J, Hebbrecht G, Pouvourville G de. Polychrome study: an expert assessment method to optimize polypharmacy regimens in general practice. *Prat Organ Soins*. 2009;40(3):167-75.
39. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. mars 2015;44(2):213-8.
40. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc*. août 2015;16(8):674-81.

41. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin North Am.* juin 2011;34(2):469-x.
42. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet Lond Engl.* 4 juin 2005;365(9475):1961-70.
43. Bizouarn P. Evidence-Based Medicine et expertise clinique. *Multitudes.* 8 juill 2019;75(2):103-13.
44. Initiation à la recherche 2e édition - Paul Frappé [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/initiation-a-la-recherche-9782919616275.html>
45. Optimiser les soins gériatriques | Projet SENATOR | Résultats en bref | PC7 | CORDIS | Commission européenne [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://cordis.europa.eu/article/id/159659-optimising-geriatric-care/fr>
46. Quand “ déprescrire ” les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/quand-deprescrire-les-medicaments-chez-les-personnes-agees-pour-ameliorer-leur-sante/>

## 7. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Critères STOPP/START version 2, adaptation en langue française.

Annexe 2 : Echelle de dépression gériatrique GDS

## Annexe 1

Tableau 1 :

Liste des critères STOPP, organisée par molécule ou famille et fréquence observée (%) chez 302 patients âgés fragiles admis aux Cliniques Saint-Luc

Médicaments STOPP	considérés comme inappropriés dans les situations suivantes (>65ans)	Fréquence observée, % <sup>±</sup>
Digoxine	→ > 125µg/j & insuffisance rénale (Cl créatinine < 50 ml/min)	<1%
Diurétique de l'anse	→ 1 <sup>ère</sup> ligne contre HTA → Insuffisance veineuse	<1%
Thiazide	→ Goutte (crise dans les antécédents)	<1%
B-bloquant	→ Diabète avec hypoglycémies → Non cardio-sélectif & BPCD → Association au Verapamil.	6%
Diltiazem/ Verapamil	→ Insuffisance cardiaque sévère (NYHA classe III ou IV)	<1%
Antagoniste du calcium	→ Constipation chronique sévère	1%
Vasodilatateur	→ Chute & hypotension orthostatique démontrée (-20 mmHg de systolique en position debout)	<1%
Aspirine	→ Dose élevée (≥ 150 mg/j). → En prévention cardiovasculaire 1 <sup>ère</sup> → Associée à un anticoagulant sans protection digestive [anti-H2/IPP] → Ulcus gastro-duodénal sans protection digestive [anti-H2/IPP] → Haut risque hémorragique → Contre les vertiges périphériques	12%
Dipyridamole	→ En prévention cardiovasculaire 2 <sup>ème</sup> en monothérapie → Haut risque hémorragique	<1%
Clopidogrel	→ Haut risque hémorragique	<1%
AVK	→ Haut risque hémorragique → Durée excessive (>6 mois si TVP; >12 mois si embolie pulmonaire)	<1%
Tricyclique	→ Démence → Constipation → Glaucome → Bloc cardiaque → Association avec opiacés ou anticalciques → Prostatisme	5%
Benzodiazépine	→ Chute → Molécule à longue durée d'action > 1 mois	24%
Neuroleptique	→ Chute → Contre l'insomnie > 1 mois → Parkinson → Phénothiazine & épilepsie	4%
Antiparkinsonien anticholinergique	→ Contre un syndrome extra-pyramidal induit par un neuroleptique	<1%
ISRS	→ Hyponatrémie persistante (>2 mois; < 130 mEq/L)	<1%
Anti-Histaminique de 1 <sup>ère</sup> génération	→ Durée excessive (> 1 semaine) → Chute	2%
Loperamide, Codéine	→ Diarrhée d'origine inconnue → Gastroentérite infectieuse sévère	<1%
Metoclopramide	→ Syndrome extra-pyramidal	<1%
IPP	→ Durée excessive (> 8 sem) à dose thérapeutique pour ulcère peptique	<1%
Antispasmodique anticholinergique	→ Constipation chronique	<1%
Théophylline	→ Monothérapie dans la BPCD	<1%
Ipratropium	→ Glaucome	<1%
Corticoïde systémique	→ BPCD modérée à sévère, au lieu de corticoïdes inhalés. → Durée excessive (> 3 mois) en monothérapie contre l'arthrose ou la polyarthrite rhumatoïde	3%

Tableau 1 suite :

<b>Médicaments STOPP</b>	<b>considérés comme inappropriés dans les situations suivantes (&gt;65ans)</b>	<b>Fréquence observée, %*</b>
<b>AINS</b>	→ Arthrose faible à modérée & durée excessive (> 3 mois) → HTA ( $\geq 160$ mmHg) → Insuffisance cardiaque → Insuffisance rénale (Cl créatinine < 50 ml/min) → Association à un anticoagulant → Ulcus peptique dans les antécédents, sans protection digestive → Goutte en traitement chronique, hors Cl allopurinol	<b>3%</b>
Colchicine	→ Goutte en traitement chronique, hors Cl allopurinol	<1%
<b>Oplacé</b>	→ Chute → Douleurs modérées → Constipation chronique (> 2 sem) sans laxatif → Démence sans indication palliative	<b>8%</b>
Anti-diabétique oral	→ Longue durée (glibenclamide, chlorpropamide)	<1%
Oestrogènes	→ Cancer du sein. → Antécédent de TVP-embolie pulmonaire → Sans progestatif chez femme non-hystérectomisée	<1%
$\alpha$ -bloquant	→ Sonde urinaire au long cours (>2mois) → Homme incontinent	<1%
Anti-muscarinique	→ Démence → Glaucome → Prostatisme → Constipation chronique	<b>1%</b>
Ipratropium	→ Glaucome	<1%
<b>Corticoïde systémique</b>	→ BPCO modérée à sévère, au lieu de corticoïdes inhalés. → Durée excessive (> 3 mois) en monothérapie contre l'arthrose ou la polyarthrite rhumatoïde	<b>3%</b>
<b>Duplications</b>		

Tableau 2 :

<b>Médicaments START</b>	<b>considérés comme inappropriés dans les situations suivantes (&gt;65ans)</b>	<b>Fréquence observée, %*</b>
<b>Fibrillation Auriculaire</b>	→ Anticoagulant (AVK) → Aspirine (si AVK contre-indiqué)	<b>11%</b> <b>1%</b>
<b>Prévention cardiovasculaire 2<sup>ème</sup></b>	→ Aspirine (ou clopidogrel) → Statine**	<b>14%</b> <b>8%</b>
<b>Hypertension artérielle (<math>\geq 160</math> mmHg à plusieurs reprises)</b>	→ Anti-hypertenseur	<b>7%</b>
<b>Diabète type 2 &amp; autre facteur de risque cardiovasculaire</b>	→ Antiagrégant plaquettaire (risque cardiovasculaire) → Statine (risque cardiovasculaire) → IEC (néphropathie) → Metformine (sauf si Cl créatinine < 50 ml/min)	<b>11%</b> <b>13%</b> <b>5%</b> <b>8%</b>
Insuffisance Cardiaque	→ IEC	2%
Infarctus du myocarde	→ IEC	2%
Angor stable	→ $\beta$ -bloquant	2%
<b>BPCO légère à modérée</b>	→ $\beta 2$ mimétique ou anticholinergique inhalé	<b>7%</b>
BPCO modérée ( si VEMS < 50%)	→ Corticoïde inhalé	1%
Insuffisance respiratoire (pO <sub>2</sub> <60mmHg)	→ O <sub>2</sub>	<1%
Parkinson idiopathique invalidant	→ L-dopa	<1%
<b>Affects dépressifs &gt; 3 mois</b>	→ Antidépresseur	<b>5%</b>
<b>Reflux gastro-oesophagien sévère</b>	→ IPP	<b>24%</b>
<b>Diverticulose colique avec constipation</b>	→ fibres	<b>4%</b>
Polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère > 12 mois	→ Anti-rhumatismaux biologiques	<1%
Corticoïde par voie orale en entretien	→ Bisphosphonate	<1%
Ostéoporose connue	→ Calcium et vitamine D	2%

Prescriptions inappropriées les plus fréquemment observées\* -

\*Dalleur D, et al. Drugs Aging, 2012, 29: 829-37 ; \*\*Si indépendance fonctionnelle et si espérance de vie > 5ans.

Abréviations : AINS : anti-inflammatoire non-stéroïdien ; AVK : anti-vitamine K ; BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive ; Cl : contre-indication ; Cl : clairance ; IEC : antagoniste de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; HTA : hypertension ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons ; ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine ; TVP : thrombose veineuse profonde.

## Annexe 2

### ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)

NOM :

Prénom :

Date :

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	oui	non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	oui*	non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	oui	non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	oui*	non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	oui	non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide,	oui*	non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	oui*	non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	oui*	non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	oui*	non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	oui*	non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui*	non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	oui*	non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	oui*	non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	oui	non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	oui*	non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	oui	non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	oui*	non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	oui*	non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	oui*	non
25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	oui*	non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	oui*	non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	oui	non*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	oui*	non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	oui	non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	oui	non*

Chaque réponse marquée \* vaut un point.

**Score 0 à 5 : normal**  
**Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression**  
**Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression**

## 8. SERMENT D'HYPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
  
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## RESUME

### **Introduction :**

En médecine générale, l'optimisation de la prise en charge de la population vieillissante passe par celles des ordonnances pour éviter des événements indésirables médicamenteux (EIM). Le « score de risque » est un outil de dépistage de la iatrogénie qui se veut accessible aux médecins généralistes (MG). L'objectif de notre travail a été de recueillir la perception des MG concernant le risque iatrogène chez la personne âgée ainsi que dans l'aide d'un « score de risque » dans sa prévention lors d'une consultation.

### **Matériel et méthode :**

C'est une étude qualitative par théorisation ancrée à partir d'entretiens semi dirigés auprès de MG.

### **Résultats :**

Les MG percevaient le risque iatrogène comme un défi, ils s'auto-critiquaient et se culpabilisaient. Pour améliorer l'observance médicale, ils se formaient ou bien sollicitaient l'aide du personnel médical et paramédical. L'observance passait par une alliance thérapeutique, acceptée lors de modification d'ordonnance ou de la pathologie chronique. Les MG devaient adapter l'ordonnance lors des retours d'hospitalisation pour en améliorer le suivi.

Ils utilisaient des outils d'aide à la prescription. Le « score de risque » procurait aux MG un soulagement lorsqu'il était satisfaisant, mais parfois restaient impuissants devant un score de risque élevé. C'était un outil pertinent mais non exhaustif qui ne remplaçait pas l'avis éclairé d'autres professionnels de santé ou la prise de décision par l'Evidence-Based-Medecine.

### **Discussion :**

Pour optimiser la prescription des traitements chez les personnes âgées, nous avons établi que le manque de certitude des MG entraînait une prise de risque d'EIM. Le « score de risque » est pertinent mais il manque de précisions, les MG souhaitent l'optimiser notamment avec des outils informatiques plus adaptés et performant.

### **Conclusion :**

La révision des ordonnances complexes et des outils informatisés d'aide à la bonne prescription sont deux domaines demandés par les MG.

### **Mots clés :**

Gériatrie, polypharmacie, polymédication, prescription inappropriée, outil d'aide à la prescription, iatrogénie, méthode qualitative.