



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Ressenti des médecins généralistes du nord par rapport à la réalisation
d'une consultation dédiée de gestion de l'ordonnance gériatrique.**

Présentée et soutenue publiquement le 28/09/2023 à 18h
au Pôle Formation
par **Guillaume CAUDRELIER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Thibaut DESCAMPS

1. Table des matières

1. Table des matières.....	2
2. Introduction.....	10
3. Matériel et méthode:.....	13
3.1. Choix de la méthode:.....	13
3.2. Entretiens semi-dirigés:.....	13
3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion:.....	13
3.4. Recrutement des médecins:.....	14
3.5. Taille de l'échantillon:.....	15
3.6. Retranscription:.....	16
3.7. Analyse des données:.....	16
4. Résultats de l'analyse qualitative:.....	17
4.1. L'intérêt général d'une consultation dédiée:.....	19
4.2. L'environnement médical:.....	20
4.2.A. Les paramédicaux:.....	20
Demande des équipes paramédicales:.....	20
Remarques et demandes du pharmacien du patient:.....	20
La réalisation de réunion pluri-professionnelles:.....	21
La crainte d'un jugement par les équipes paramédicales:.....	21
Un manque de confiance ressenti envers les paramédicaux:.....	21
4.2.B. Les confrères d'autres spécialités:.....	22
Manque d'accès rapide aux consultations spécialisées:.....	22
L'intervention d'un spécialiste d'organe:.....	23
4.2.C. Les confrères généralistes:.....	24
L'intervention d'un remplaçant:.....	24
Les remarques d'un étudiant:.....	25
4.2.D. Le passage d'un délégué commercial au cabinet:.....	25
4.2.E. Une transmission trop complexe:.....	25
4.2.F. L'hospitalisation:.....	26
Une hospitalisation trop complexe:.....	26
La gestion de l'ordonnance gériatrique considérée comme plus simple en hospitalier:.....	27
Un manque de communication hôpital ville:.....	27
La sortie d'hôpital vu comme un déclencheur:.....	27
4.2.G. Les outils spécialisés proposés par les gériatres pour faciliter la réévaluation des ordonnances:.....	28
Une absence de connaissance des outils proposés:.....	28

Pas d'intérêt à utiliser des outils spécialisés:.....	28
Des outils et recommandations trop théoriques et pas assez intuitifs:.....	28
4.2.H. Les aides informatiques:.....	29
Une amélioration et une meilleure spécialisation des logiciels métiers:.....	29
Une amélioration des logiciels métiers avec une meilleure mise en évidence des interactions pourrait constituer un levier.....	29
Un souhait d'amélioration de fonctionnement du DMP:.....	30
Le développement de téléconsultations dédiées:.....	30
4.2.I. La famille du patient:.....	31
L'opposition de la famille du patient:.....	31
Une demande motivée de la famille du patient:.....	31
4.2.J. Une tarification inadaptée:.....	32
Un tarif de consultation insuffisant:.....	32
Un tarif réévalué ne serait pas un levier:.....	32
4.2.K. Un remboursement de certaines spécialités inadapté:.....	32
4.2.L. Un contexte environnemental non favorable:.....	33
La crise COVID 19:.....	33
Les conditions de vie du patient:.....	33
4.3. Le patient:.....	34
4.3.A. Éléments pouvant faire réaliser une consultation spécifiquement dédiée au nettoyage de l'ordonnance:.....	34
Une demande motivée du patient:.....	34
Le manque d'observance du patient:.....	34
Modification clinico-biologique de l'état du patient:.....	35
Un patient parfaitement stable sur le plan clinico biologique:.....	35
Apparition de difficultés de prise associées à la galénique:.....	35
4.3.B. Les freins:.....	36
Refus de changer ses habitudes médicamenteuses:.....	36
Le patient risque de ne pas comprendre l'intérêt des modifications effectuées:.....	36
Le patient ne ressentait pas d'intérêt de modifier son ordonnance uniquement en raison de son âge:.....	36
Le patient est à la recherche d'une stabilité:.....	37
Le fait de modifier un traitement chronique sans point d'appel clinique va provoquer l'anxiété des patients:.....	37
Patient souvent insistant pour reprendre un traitement qui a été arrêté dans un service hospitalier:.....	37
Le patient serait trop attaché à ses traitements de confort:.....	38
Le patient aurait plus confiance envers les autres spécialistes:.....	38
Une consultation dédiée spécifiquement à la gestion de l'ordonnance ne serait pas réalisable et présenterait peu d'intérêt pour le patient:.....	38
Patient difficile à convaincre de l'intérêt de modifier son ordonnance:.....	39

Une influence médiatique négative sur le patient:.....	39
4.4. Le médecin:.....	40
4.4.A. Un acte qui présente de l'intérêt:.....	40
4.4.B. Une impression de déjà réaliser ce type d'acte:.....	41
4.4.C. Aucun intérêt à se pencher sur l'ordonnance de façon vraiment approfondie:.....	41
4.4.D. Leviers à la réalisation de consultations dédiées:.....	42
Un premier contact avec le patient:.....	42
La lecture d'un article de revue:.....	42
La mise en place de campagnes de sensibilisation:.....	42
Le ressenti d'une ordonnance trop "lourde":.....	43
4.4.E. Des freins récurrents:.....	43
Présence d'une inertie de re-prescription:.....	43
Ressenti d'être trop isolé pour réaliser seul ce type de consultations:.....	44
Il est décrit un sentiment d'isolement qui les empêche de réaliser de façon sereine ce type de consultation.....	44
Un manque de temps:.....	44
Une gestion trop complexe de l'emploi du temps:.....	45
Le retard pris dans les consultations et la pression de la salle d'attente:.....	45
Un acte ressenti comme trop long à pratiquer:.....	45
Un manque de temps pour prendre un avis spécialisé.....	46
Prendre l'avis du spécialiste d'organe ou même contacter un réseau de gériatrie est également jugé comme trop chronophage.....	46
Un manque de temps pour se former:.....	46
Il est signalé un ressenti de manque de temps pour pouvoir se former à la réévaluation spécialisée et à la gériatrie.....	46
Un manque de temps lors des consultations à domicile:.....	46
Un acte trop lourd pour être réalisé en médecine générale:.....	47
Trop d'administratif pour pouvoir effectuer des consultations considérées de prévention:.....	47
Trop de consultations urgentes:.....	47
Le type de spécialité médicamenteuse:.....	48
Manque d'intérêt dans la modification de l'ordonnance d'un patient qui va "bien":.....	48
Une consultation centrée uniquement sur l'ordonnance mise en évidence comme peu réalisable:.....	49
La réévaluation de ses propres prescriptions même anciennes est complexe:.....	49
Difficultés à gérer l'incertitude associée au changement d'ordonnance.....	50
Crainte que le patient en veuille au médecin:.....	50
Crainte de ne pas savoir gérer les réactions du patient:.....	51
Crainte de déséquilibrer le patient:.....	51
Crainte de conséquences judiciaires en cas d'échec:.....	51

Crainte d'entraîner des erreurs d'observance thérapeutique:.....	52
Crainte de ne pas savoir expliquer l'intérêt des modifications de l'ordonnance:.....	52
Des recommandations gériatriques inadaptées:.....	52
Recommandations non connues:.....	52
Recommandations trop sévères:.....	52
Recommandations trop théoriques:.....	53
Recommandations non suivies:.....	53
Un manque de motivation:.....	53
Trop peu de patients "gériatriques" pour y voir un intérêt:.....	54
Une crainte des scandales médiatiques:.....	54
Une consultation qui est ressentie comme trop brutale pour être réalisée d'un coup:.....	54
Un manque de formation:.....	55
Manque de formation en gériatrie:.....	55
Formation en gériatrie trop ancienne:.....	56
Formation en gériatrie non utile au quotidien:.....	56
Manque de formation aux outils de gestion de l'ordonnance:.....	56
Formation trop hétérogène:.....	57
Manque d'intérêt à se former:.....	57
Plusieurs participants évoquent simplement le fait de ne pas favoriser les formations de gériatrie par manque d'intérêt.....	57
Manque de formation sur le plan "pharmacologique":.....	57
Une meilleure formation pourrait être un levier:.....	58
L'organisation de formation en continue:.....	58
4.5. Discussion:.....	59
4.5.A. Force de l'étude:.....	59
4.5.A.1. Validité interne:.....	59
4.5.B. Faiblesse de l'étude:.....	60
4.5.B.1. Biais de sélection:.....	60
4.5.B.2. Biais d'intervention:.....	60
4.5.B.3. Biais d'investigation:.....	60
4.5.B.4. Biais de déclaration:.....	61
4.5.C. Intérêt de l'optimisation thérapeutique gériatrique:.....	61
4.5.D. Facteurs leviers d'une réévaluation thérapeutique adaptée:.....	62
4.5.E. L'optimisation thérapeutique un acte ressenti comme systématique:.....	62
4.5.F. Le médecin:.....	63
4.5.F.1. Le manque de temps « ressenti »:.....	63
4.5.F.2. Un manque de formation:.....	64
4.5.F.3. La crainte de déséquilibrer le patient ou de faire pire en modifiant l'ordonnance:.....	65
4.5.F.4. Une rémunération inadaptée:.....	66

4.5.G. Le patient:.....	66
4.5.H. L'environnement:.....	68
4.5.H.1. L'influence des proches du patient:.....	68
4.5.H.2. La réalisation de réunions pluri-professionnelles:.....	69
4.5.H.3. Une relation spécialiste-généraliste complexe:.....	69
4.5.H.4. influence de l'informatique sur la conciliation médicamenteuse:.....	70
4.5.H.5. Un manque de communication de la part des autorités de santé:.....	71
5. Conclusion:.....	72
5.1. BIBLIOGRAPHIE:.....	74
6. Annexes:.....	78
Guide d'entretien:.....	79

Le Serment D'Hippocrate:

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

Liste des abréviations utilisées

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

INSEE: Institut national de la statistique et des études économiques

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

EIG: Effet indésirable grave

EIM: Effet indésirable médicamenteux

EMIR 2007: Effets indésirables médicamenteux: incidence et risque 2007

PMI: Prescription médicamenteuse inappropriée

EU-PIM: European potentially inappropriate medication

PAPPA: Prescription médicamenteuse adaptées aux personnes âgées

DMP: Dossier médical partagé

COVID 19: 2019-nCoV acute respiratory disease

LDL: Lipoprotéine de basse densité

ROSP: Rémunération sur objectif de santé publique

DU: Diplôme universitaire

HAS: Haute autorité de santé

RCP: Réunion de concertation pluridisciplinaire

PAERPA: personnes âgées en risque de perte d'autonomie

MSU: Maître de stage universitaire

OMAGE: Optimisation des médicaments chez les sujets âgés

PMSA: Prescription médicamenteuse chez les sujets âgés

DREES: La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ALD: affection longue durée

2. Introduction

Le vieillissement de la population française est inévitable. Selon l'OMS, la personne âgée se définit comme un individu présentant un âge supérieur ou égal à 65 ans. Aujourd'hui, on recense le nombre de Français de 65 ans et plus à 19,6% de la population. Ce chiffre ne va cesser d'augmenter, avec une proportion estimée par l'INSEE à 25% en 2070. (1) Cette évolution s'explique simplement par un vieillissement progressif de la population issue du baby-boom.

Le développement de la médecine gériatrique va donc devenir indispensable, avec des médecins qui vont observer un vieillissement progressif de leur patientèle.

L'OMS définit la polymédication comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou excessive ». Il n'existe pas de consensus actuel sur le nombre de médicaments que doit contenir l'ordonnance pour parler de polymédication. L'IRDES a fixé ce seuil à 5 spécialités. (2) En prenant en compte cette limite, cela devient extrêmement fréquent à partir de 75 ans. Par exemple, dans le Nord-Pas-de-Calais, elle concerne environ 35% des 75 ans et plus. (3) Elle est de plus, fortement associée à la notion de iatrogénie médicamenteuse. (4,5)

La iatrogénie médicamenteuse se définit comme l'ensemble des effets indésirables, provoqués à des fins diagnostiques, ou thérapeutiques. Elle est très fréquente chez le sujet âgé, et n'est pourtant que peu étudiée (difficulté de réalisation des études, exclusion arbitraire, peu de déclarations effectives des effets indésirables en pratique). (3)

En France, une enquête de 2009 révèle que 4,5% des admissions à l'hôpital sont liées à un effet indésirable grave (bien que certaines études évoquent des proportions allant jusqu'à 21,7%) (6), dont 40% sont provoqués par les thérapeutiques médicamenteuses (7). On retrouve une fréquence 2 fois plus importante d'EIG chez les

plus de 65 ans (EMIR 2007) (8). De plus, 21% des consultations aux urgences sont associées aux EIG (9)

En médecine ambulatoire, on estime également que 0,5 à 2% des consultations sont associées à un effet indésirable du médicament, que seul 10% de ces EIM seraient déclarés (10,11), et que 30 à 50% des situations seraient évitables. (12)

Enfin le coût économique associé au EIG est très important avec une estimation à près de 35 millions d'euros par an. (13)

Il paraît donc évident que la gestion de la prescription médicamenteuse inappropriée va présenter un intérêt majeur aussi bien sur le plan de la santé publique qu'en termes purement pécuniaires.

De nombreux référentiels ont été développés à travers le monde de façon à faciliter la gestion d'ordonnances et à limiter au maximum la fréquence de la PMI.

Les plus notables sont:

- **La liste de Laroche (14)**: un référentiel français contenant 34 critères avec leur alternative thérapeutique.
- **Les critères START/STOPP (15)**: Développés par un ensemble d'experts européens et destinés à l'amélioration de la prise en charge en ville comme en hospitalier.
- **Les critères de BEERS (16)**
- **La liste EU-PIM (17)**

À ce jour, l'optimisation thérapeutique reste cependant peu étudiée en ambulatoire et dans la population gériatrique. La majorité des études réalisées met en évidence une

bonne amélioration de la qualité de vie (12), une diminution du nombre de spécialités prescrites et une diminution des effets indésirables mineurs qui altèrent l'état de santé global du patient.

Cependant, très peu de travaux ont réellement pu montrer une efficacité pour retarder la ré-hospitalisation du patient (études présentant des résultats enthousiastes mais de faible puissance). (18–21)

Au vu de ces données, il est clair que la réalisation régulière d'une consultation dédiée à la gestion d'ordonnance présente un énorme potentiel.

C'est ce postulat de départ qui m'a poussé à me questionner sur la pratique de la révision d'ordonnance en médecine de ville et sur les facteurs qui vont pouvoir influencer le médecin généraliste dans la pratique récurrente de cet acte.

L'objectif principal de ce travail de recherche est de déterminer quels sont les facteurs personnels, sociologiques, et comportementaux, qui pourraient pousser les médecins généralistes, à la pratique de la réévaluation d'ordonnance systématique et adaptée, chez le patient gériatrique dans le département du Nord.

Dans l'intérêt de proposer des hypothèses de solutions afin de favoriser cette pratique plus régulièrement.

3. Matériel et méthode:

3.1. Choix de la méthode:

J'ai choisi d'aborder le sujet de manière qualitative en analyse inductive générale. L'objectif est d'analyser le ressenti et les perceptions des médecins généralistes par rapport à la réalisation de consultations dédiées, de gestion de l'ordonnance gériatrique.

3.2. Entretiens semi-dirigés:

Il a été décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels. Cette méthode semble plus adaptée que les focus groups. Le but étant de favoriser un climat de confiance, de façon à ce que les médecins puissent se confier sur leur ressenti sans se sentir jugés par leurs pairs.

3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion:

J'ai décidé d'inclure des médecins généralistes des Hauts-de-France, aux caractéristiques variées, en excluant les médecins généralistes remplaçants. En effet, ceux-ci connaissent en général moins bien les patients et ne peuvent que difficilement effectuer un suivi à long terme.

3.4. Recrutement des médecins:

Les médecins généralistes ont été sélectionnés au fur et à mesure des entretiens. Leurs caractéristiques socio-démographiques ont été recueillies (âge, sexe, lieu de pratique, mode d'exercice). Il a été fait 13 demandes d'entretiens. J'ai obtenu une réponse favorable de 10 médecins. Les médecins ont été contactés par téléphone ou directement au cabinet. Les médecins sont des connaissances directes ou indirectes et le recrutement s'est fait par effet boule de neige. Les connaissances directes ont été contactées en personne dans leurs cabinets. Les connaissances indirectes ont été contactées par téléphone. Deux médecins n'ont pas répondu à la demande d'entretien. Un médecin a refusé l'entretien pour raisons personnelles. Lors de la demande d'entretien, je leur précisais le thème général de l'entretien, sans pour autant leur expliquer les objectifs précis de la thèse de façon à ne pas influencer leurs réponses. L'inclusion a eu lieu entre mai 2021 et octobre 2022.

Population						
N° Anonymat	Date d'entretien	Sexe	Âge	Mode exercice	Lieu d'installation	Maître de stage
M01	30/01/2021	F	<40 ans	En groupe	Urbain	Non
M02	09/02/2021	F	<40 ans	En groupe	Urbain	Oui
M03	03/03/2021	H	40-55 ans	En groupe	Semi urbain	Non
M04	15/03/2021	H	<40 ans	En groupe	Urbain	Non
M05	30/03/2021	H	40-55 ans	En groupe	Semi urbain	Non
M06	06/04/2021	H	>55 ans	En groupe	Semi urbain	Oui
M07	05/05/2021	F	>55 ans	En groupe	Urbain	Non
M08	24/05/2022	F	40-55 ans	Seul	Rural	Non
M09	11/08/2022	F	40-55 ans	En groupe	Urbain	Oui
M10	26/09/2022	F	<40	En groupe	Rural	Non

Tableau 1: caractéristique de la population.

3.5. Taille de l'échantillon:

Les données tendant vers la saturation au huitième entretien, il a été réalisé encore deux entretiens qui n'ont pas mis en évidence de nouvelles étiquettes.

2.6. Élaboration du guide d'entretien:

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été réalisé sur la base de dix questions ouvertes, de façon à laisser libre cours à la pensée du médecin. Celui-ci a été construit en fonction des recherches bibliographiques et adapté progressivement en fonction des données recueillies.

Les entretiens commençaient par une rapide présentation, le consentement des médecins était à nouveau récupéré, et l'explication sur l'anonymisation des entretiens était répétée. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de deux dictaphones (ordinateur portable et téléphone). L'ordre des questions était adapté au cheminement de la pensée du médecin.

3.6. Retranscription:

Les entretiens étaient retranscrits mot à mot avec un logiciel de traitement de texte (logiciel PAGE). Ils étaient entièrement anonymisés en attribuant un numéro au médecin interrogé dans l'ordre d'inclusion. Les erreurs de langage n'ont pas été corrigées. Le langage non verbal était retranscrit en italique dans les entretiens. La durée moyenne des entretiens était de 35 minutes.

3.7. Analyse des données:

Les données ont été analysées avec la méthode de l'analyse inductive générale au fur et à mesure de la récolte des données. Les entretiens ont été lus plusieurs fois afin de s'imprégner des données. Les VERBATIM ont alors été codés de manière ouverte à l'aide du logiciel NVIVO. Les codes ont été regroupés en thèmes et sous thèmes. Les thèmes et sous thèmes ont été contextualisés afin de pouvoir rendre compte de la complexité du réel. Puis les données ont été triangulées par deux chercheurs tous deux thésards.

4. Résultats de l'analyse qualitative:

4.1. L'intérêt général d'une consultation

dédiée:

Plus de la moitié des médecins interrogés reconnaît l'intérêt de réaliser une consultation dédiée à la réévaluation du traitement chez le patient âgé.

-M03: Bah clairement oui je pense... Enfin quand le patient se fait hospitaliser en gériatrie, on voit bien que pas mal de choses sont modifiées...

Seulement un médecin reconnaît avoir entrepris des démarches pour réellement organiser la réalisation de cet acte.

Quatre médecins disent le faire régulièrement à chaque consultation, mais la moitié reconnaît qu'une consultation spécifique serait quand même avantageuse.

Trois médecins ne voient aucun intérêt à gérer spécifiquement l'ordonnance des patients gériatriques.

-M06: Il n'y a pas pour moi l'intérêt d'intercaler une consultation.

4.2. L'environnement médical:

4.2.A. Les paramédicaux:

Demande des équipes paramédicales:

Les médecins déclarent être influencés dans la pratique de la révision d'ordonnance lors d'un appel des équipes paramédicales. Par exemple, les équipes infirmières qui signalent des difficultés.

-M02: L'avis des parameds est important et peut être un levier.

Remarques et demandes du pharmacien du patient:

Il est évoqué une influence positive des pharmaciens, et de leurs analyses des interactions médicamenteuses.

-M03: C'était très intéressant finalement on s'est rappelé avec le pharmacien et ça nous a permis de modifier le traitement en profondeur...

Un appel du pharmacien par rapport à un problème d'ordonnance ou la non disponibilité d'une spécialité constitue un levier non négligeable.

-M05: Après y a certains moments où je discute avec des confrères, que ce soit un autre médecin, un remplaçant, ou un pharmacien ce qui m'amène à mettre en évidence des problématiques et à chercher un petit peu plus ce qui ne va pas dans l'ordonnance.

La réalisation de réunion pluri-professionnelles:

Le fait que faire des réunions interprofessionnelles avec un pharmacien peut favoriser la pratique de la réévaluation de l'ordonnance.

Cependant un seul médecin réalise ce type de réunion et en reconnaît les avantages.

-M09: Bah encore pour pas se retrouver seul, en discuter en réunion avec le pharmacien, et ptet un autre collègue... Mais bon ça aurait un intérêt, mais on a plus le temps là. (Rire)

La crainte d'un jugement par les équipes paramédicales:

La crainte d'un jugement par les équipes paramédicales en cas d'échec est un frein pour la majorité des participants.

-M09: parfois les autres soignants ou le pharmacien, on a toujours peur qu'ils ne comprennent pas pourquoi on a baissé ou changé une posologie. Et le fait que y en a un qui ne comprenne pas bah c'est pareil ça stresse les patients...

Un manque de confiance ressenti envers les paramédicaux:

Il existe un manque de confiance envers les équipes paramédicales, qui va freiner la modification des ordonnances en profondeur.

M06 avoue même limiter au maximum les modifications de traitements lorsqu'il n'a pas confiance envers l'infirmière qui s'occupe du patient.

-M06: Après il y a des libérales, mais bon il faut être sûr que le patient soit bien suivi par la bonne IDE.

M06 affirme aussi que le fait de bien connaître l'équipe paramédicale va le pousser à plus souvent et mieux réévaluer l'ordonnance.

-M06: Mais je pense que parfois je me permets plus facilement des choses un peu risquées quand je sais qui est l'infirmière derrière et que j'ai confiance.

4.2.B. Les confrères d'autres spécialités:

Manque d'accès rapide aux consultations spécialisées:

Un accès plus simple aux rendez-vous de consultation spécialisée permettrait une amélioration des pratiques.

Le fait de ne pas récupérer rapidement l'avis du spécialiste constitue un frein à la réévaluation de l'ordonnance en profondeur. Il existe une crainte de modifier certains traitements mis en place par un spécialiste sans son accord.

-M10: après il faut que le spécialiste réponde... Tu vois modifier ses traitements sans son avis...

L'avis du spécialiste est important dans la gestion de l'ordonnance. Le spécialiste peut jouer l'effet d'argument d'autorité pour convaincre le patient. La difficulté pour obtenir une consultation rapide freine le médecin généraliste dans une meilleure gestion des ordonnances.

-M09: Et puis d'autorité aussi pour les patients, un argument d'autorité tu vois, un spécialiste qui lui dit « oh bah ça on peut peut être essayer de réduire un peu ou essayer sans.»

L'intervention d'un spécialiste d'organe:

Le fait de recevoir un courrier ou une recommandation d'un spécialiste d'organe, qu'il soit gériatre ou non, va constituer un levier.

-M04: C'est vrai que si on pouvait travailler en accord avec des réseaux comme ça, évidemment que si ils me mettent en évidence des trucs qui ne vont pas dans l'ordonnance, bah je me pencherais dessus et j'essayerais de vraiment faire quelque chose de propre.

Les généralistes sont rassurés quand leur prise en charge est approuvée par un confrère spécialiste. M09 préfère attendre l'approbation du spécialiste d'organe pour modifier une ordonnance.

-M08: Enfin tu sais parfois on est un peu tout seul et voir qu'un autre médecin approuve une prise en charge, le retrait de tel ou tel médicament.... Bah ça rassure quand même.

-M09: Si le spécialiste est pas content, je m'en fiche un peu... Enfin il s'en cale. Mais j'ai peur de faire une bêtise même si je vois que les trucs sont pas typiquement dans les recos... Je préfère attendre l'avis.

Manque d'accès aux réseaux de gériatrie:

Les médecins interrogés estiment qu'un meilleur accès aux réseaux de gériatrie leur faciliterait la pratique de consultations de réévaluation thérapeutique chez les patients âgés.

-M04: C'est vrai que si on pouvait travailler en accord avec des réseaux comme ça, évidemment que si ils me mettent en évidence des trucs qui vont pas dans l'ordonnance, bah je me pencherais dessus et j'essayerais de vraiment faire quelque chose de propre.

Certains médecins vont même jusqu'à évoquer le fait qu'ils pourraient se tenir disponibles afin d'effectuer les modifications en discutant avec les gériatres. Que ce soit lors de consultations spécifiques, ou de consultations vidéos. Ils insistent sur le fait de vouloir ne pas être complètement tenus en dehors du processus de dé-prescription.

-M07: Sinon bah le lien plus rapide avec les gériatres pourquoi pas développer les consultations de gériatrie en ville. Que ce soit avec des gériatres libéraux ou même des gériatres de l'hôpital.

-M08: Enfin ou travailler en association avec un gériatre une fois de temps en temps. Une espèce d'avis à prendre sur les ordos dès que je vois qu'il y a un petit peu trop de choses sur l'ordonnance.

4.2.C. Les confrères généralistes:

L'intervention d'un remplaçant:

Une remarque d'un remplaçant ou d'un autre médecin constitue un levier à la réalisation d'une consultation dédiée.

-M04: Alors évidemment ils ne vont pas forcément le faire par eux même, mais ça m'est déjà arrivé de voir dans un dossier un petit mot de mon remplaçant qui se posait des questions sur une association.... Et c'était très pertinent.

Les remarques d'un étudiant:

Pour les MSU, une remarque d'un étudiant constitue un levier non négligeable à la réalisation d'une consultation dédiée. Pour eux, la formation des étudiants paraît plus complète aujourd'hui que pendant leurs études.

-M02: Dans les leviers, moi j'ai aussi la chance de recevoir des internes. Il y avait un patient qui prenait du DUOPLAVIN depuis plus d'un an. L'interne il est neutre bah, il a repris l'historique et il s'est dit, mais je ne comprends pas pourquoi il a son traitement depuis plus d'un an... Ça marche aussi avec les remplaçants.

4.2.D. Le passage d'un délégué commercial au cabinet:

Le passage d'un délégué commercial pour présenter de nouvelles spécialités est évoqué comme un facteur déclenchant d'une réévaluation.

-M04: Bah moi c'est pas forcément bien, mais ça m'est déjà arrivé de changer un traitement parce que j'avais vu le délégué médical juste avant...

4.2.E. Une transmission trop complexe:

Il existe une difficulté de transmission aux équipes paramédicales, ce qui constitue un frein à une révision profonde des ordonnances.

-M01: le frein de la transmission à l'infirmière... Le pilulier est déjà fait, ah ben mince.

On évoque également un problème de transmission entre médecins.

-M05: Il y aurait une meilleure communication inter-spécialiste, ça améliorerait pas mal de choses et finalement l'ordonnance se réévaluerait d'elle-même, je pense.

Pour la quasi totalité des médecins interrogés une meilleure communication interprofessionnelle constituerait un levier dans la meilleure gestion de l'ordonnance et la réalisation de consultations dédiées.

-M02: Ça serait sympa de travailler plus souvent en équipe avec eux pour se poser sur les ordonnances et ne pas faire d'erreur.

4.2.F. L'hospitalisation:

Une hospitalisation trop complexe:

Le recours à l'hospitalisation en cas de décompensation du patient est décrit comme trop complexe. Il est décrit une crainte d'effectuer un sevrage médicamenteux à domicile et une impossibilité de "repli".

-M07: Après pour certains médicaments plus complexes peut être la mise en place d'hospitalisation de semaine, parce que certains médicaments comme les neuroleptiques...

La gestion de l'ordonnance gériatrique considérée comme plus simple en hospitalier:

Pour la plupart des participants, l'adaptation médicamenteuse et le sevrage de certaines spécialités sont ressentis comme trop risqués en ville et plus faciles en hospitalier.

-M06: C'est beaucoup plus simple de modifier un traitement quand le patient est à l'hôpital en hospitalisation .

Les médecins gériatres à l'hôpital sont reconnus comme ayant une vision plus globale du patient, ce qui permet une meilleure gestion des ordonnances. Ils seront plus vigilants, et le nettoyage est donc vu comme plus efficace qu'en ambulatoire.

-M06: C'est exactement ce que font les gériatres finalement sauf qu'ils ont ptet tendance à être plus systématiques là-dessus ahah et vu qu'ils ne revoient pas le patient tous les mois bah souvent, il a tendance à ne rien dire au moment où c'est fait...

Un manque de communication hôpital ville:

Il existe un manque de communication hôpital ville qui l'empêche de gérer convenablement les ordonnances des patients.

-M02: Fin il y a parfois un manque de transmission, un mauvais courrier, une ancienne ordo. Ça peut arriver à tout le monde.

La sortie d'hôpital vu comme un déclencheur:

La sortie d'hôpital constitue un levier pour la moitié des participants.

-M08: je dirai une sortie d'hospitalisation si ça a pas déjà été fait on va essayer de vérifier si il y a pas un truc qui a pu provoquer l'hospitalisation...

L'hospitalisation dans un service de médecine polyvalente ou de gériatrie est rassurante.

4.2.G. Les outils spécialisés proposés par les gériatres pour faciliter la réévaluation des ordonnances:

Une absence de connaissance des outils proposés:

On retrouve parfois une absence de connaissance des outils.

-M09: Je ne les connais pas. Les recommandations gériatriques j'en entends pas vraiment parler.

Pas d'intérêt à utiliser des outils spécialisés:

Les médecins connaissent les outils mais ne les utilisent pas forcément.

-M02: On m'a parlé du PAPPA je crois, c'est une pharmacienne qui m'en a parlé, c'est un guide d'interaction médicamenteuse. Mais j'avoue que je ne m'en sers pas. Faudrait que je regarde.... (Semble intéressé et embêté à la fois).

Des outils et recommandations trop théoriques et pas assez intuitifs:

Les outils développés pour faciliter la prescription chez le sujet âgé sont vus comme trop complexes, pas assez intuitifs, trop exhaustifs voir non utilisables en pratique journalière.

-M05: Ces référentiels, mais je ne les utilise pas, ça n'est pas assez facile, pas assez intuitif.

Certains médecins ne retrouvent tout simplement pas d'intérêt dans l'utilisation de recommandations spécialisées en gériatrie.

-M06: Enfin les recommandations verticales pour chaque « problème » ou chaque traitement me paraissent clairement plus faciles à utiliser que des référentiels plus « transversaux » comme la gériatrie.

Il est évoqué le fait que les spécialistes ont des recommandations inapplicables en pratique, ils manquent de vision "globale".

-M08: C'est bien beau, mais ça me paraît un peu inutilisable en pratique journalière au cabinet...

4.2.H. Les aides informatiques:

Une amélioration et une meilleure spécialisation des logiciels métiers:

Une amélioration des logiciels métiers avec une meilleure mise en évidence des interactions pourrait constituer un levier.

-M06: Mais pour mes quelques patients âgés, si j'avais vraiment un truc informatisé simple à utiliser, bah pourquoi pas.

Les médecins vont même jusqu'à proposer l'idée du développement d'outils « en ligne » à la manière de « antibioclic ». Ce qui pour eux favoriserait une bonne pratique et une meilleure gestion de l'ordonnance chez le patient gériatrique.

Il est mis en évidence que les logiciels métier actuels ne sont pas adaptés du tout et sont trop généralistes pour réellement faciliter la réalisation d'une réévaluation de l'ordonnance du patient gériatrique.

Un souhait d'amélioration de fonctionnement du DMP:

Une amélioration du DMP permettrait également de favoriser une meilleure prise en charge de l'ordonnance des patients âgés.

-M05: il pourrait y avoir l'intérêt du DMP avec une ordonnance commune que l'on pourrait modifier. Ça amènerait peut-être aussi un peu plus à réfléchir sur les prescriptions en général ahah.

Le développement de téléconsultations dédiées:

La démocratisation des téléconsultations constitue un point positif et faciliterait la réalisation de consultations dédiées.

-M07: Surtout en ce moment avec les téléconsultations bah je vois un patient ça fait 1 an et demi qu'il ne fait que des téléconsultations. Soit avec moi, soit avec mes remplaçants. Bah la dernière fois j'ai décidé de me pencher sur son ordo vu que tout allait bien et que justement on était en téléconsultation.

4.2.I. La famille du patient:

L'opposition de la famille du patient:

La famille du patient est vue comme un frein au respect des bonnes pratiques en gériatrie et à la bonne gestion de l'ordonnance.

-M10: Ah si, si carrément, ça arrive surtout sur les psychotropes... « ha bah non vous pouvez pas lui arrêter son Xanax.. ah mais sinon ça va pas il dort pas de la nuit... » (rire) bah il est dépendant, il est accro...

L'avis de la famille n'est pas mis en priorité par rapport aux intérêts du patient, mais souligne l'influence que celle-ci peut avoir, même sur les demandes du patient. Et ainsi sur les dé-prescriptions notamment des médicaments de "confort" (somnifères ou antalgiques).

Une demande motivée de la famille du patient:

De façon ambivalente, les médecins interrogés reconnaissent également qu'une demande de la famille d'un patient âgé les a déjà fait se pencher de façon approfondie sur une ordonnance.

-M06: sa famille qui vont nous dire qu'ils prennent un peu trop de médicaments ça peut m'obliger à vraiment réfléchir à ce qui est indispensable ou ne l'est pas et ça peut nous faire faire une consultation qui ne sera pas dédiée, mais si le patient va bien, qu'il se plaint d'avoir trop de médicaments bah oui on va chercher à modifier les choses.

4.2.J. Une tarification inadaptée:

Un tarif de consultation insuffisant:

Les médecins participant à l'étude évoquent le fait que le tarif d'une consultation simple est insuffisant pour pouvoir se pencher sérieusement sur l'ordonnance.

-M02: Bon ptet faire quand même quelque chose pour ceux qui y passent vraiment du temps. Une espèce de récompense. Fin faire une consultation mieux payée, mais qui dure 45 min. Un peu comme au Canada au final, où on se pose très longtemps et on fait un bilan complet.

Un tarif réévalué ne serait pas un levier:

Dans la majorité des cas, une réévaluation à la hausse de ce type de consultation ne constituerait pas un levier au fait de pratiquer "systématiquement" une séance de réévaluation de l'ordonnance.

-M09: Après est-ce que ça pourrait être un levier? Je te dis moi j'ai déjà l'impression d'essayer de faire le tafte hein... Je pense que ça devrait être mieux rémunéré, mais ça sera pas forcément ça qui me fera le faire.

4.2.K. Un remboursement de certaines spécialités inadapté:

Le remboursement de certaines spécialités par la sécurité sociale est estimé comme inadapté. Cela peut constituer un frein à l'arrêt de certaines spécialités, notamment les anxiolytiques. Ce mauvais remboursement va constituer un frein pour le patient, et donc ne va pas favoriser le médecin à effectuer des modifications ou une consultation de gestion en respectant les recommandations.

-M08: bah le patient parfois il est demandeur d'un traitement sauf que les trucs pas graves... La passiflore... bah c'est pas remboursé.

4.2.L. Un contexte environnemental non favorable:

La crise COVID 19:

La crise COVID 19 est mise en évidence comme un frein important.

-M07: j'en viens quasiment à ne plus prendre de pause le midi afin de pouvoir recevoir toutes les « urgences » surtout en ce moment avec la crise COVID...

Les conditions de vie du patient:

Les conditions de vie au domicile du patient peuvent constituer un frein au fait d'effectuer une modification profonde de l'ordonnance.

-M02: Le contexte social c'est important... et parfois une modification de traitement quand le patient on sait qu'il ne laisse pas rentrer les infirmiers, qu'il vit dans des conditions d'hygiène moyenne, bah c'est difficile. (silence)

De façon paradoxale, des conditions de vie ou environnementale défavorable au domicile du patient peuvent amener le médecin à réévaluer les traitements.

-M10: Après parfois tu vas simplement chez les gens et oulahaha bah tu te rends compte de plein de choses (dit un ouuhlala ironique). (...) Sur les traitements évidemment, mais sur toute la gériatrie aussi. Faire vraiment une revue systématique.

4.3. Le patient:

4.3.A. Éléments pouvant faire réaliser une consultation spécifiquement dédiée au nettoyage de l'ordonnance:

Une demande motivée du patient:

Les médecins interrogés reconnaissent avoir réalisé un nettoyage de l'ordonnance suite à une demande spécifique du patient lui-même. La demande est souvent motivée par l'impression d'un nombre trop important de médicaments, ou par l'apparition d'effets indésirables.

-M03: Sinon y a les plaintes du patient aussi. Quand il vient et qu'il nous dit qu'il en a marre de faire son dîner avec des médicaments, bah j'essaye d'adapter de me pencher un peu plus sur l'ordonnance et de voir si je ne peux pas retirer quelques spécialités...

Le manque d'observance du patient:

Un manque d'observance volontaire ou non signalé par le patient est également évoqué comme un levier.

-M08: si je vois que le traitement est pris aléatoirement. Donc je t'avoue que je ferais plus facilement des révisions systématiques chez des patients comme ça.

Modification clinico-biologique de l'état du patient:

Une modification clinico biologique est un levier à la réalisation d'une consultation dédiée.

-M03: C'est plus des choses réellement « cliniques » qui vont me faire me pencher sur l'ordonnance d'un patient âgé... Et après les trucs évidents qui ne vont pas être adaptés quoi...Bah oui la bio

Un patient parfaitement stable sur le plan clinico biologique:

Un patient parfaitement stable depuis un moment peut amener à réduire ou modifier certaines thérapeutiques.

-M07: Après parfois on s'aperçoit que le patient prend un traitement depuis des années qui n'a pas forcément de gros intérêt parce que finalement, il a eu son antihypertenseur sur une tension importante il y a quelques années et que depuis tout va bien... Bah avec lui on va essayer de réduire tout doucement, progressivement.

Apparition de difficultés de prise associées à la galénique:

L'apparition de difficulté décrite par le patient par rapport à la galénique des traitements constitue un levier majeur dans la réalisation d'une consultation dédiée.

-M02: Alors parfois on ne change pas de traitement et parfois au contraire c'est un levier.

Le patient qui n'arrive pas à prendre tel traitement à cause de la galénique par exemple...

4.3.B. Les freins:

Refus de changer ses habitudes médicamenteuses:

Un patient réfractaire à la modification de ses habitudes représente un frein à la réalisation d'une réévaluation de l'ordonnances.

-M07: Peut-être par habitude, peut-être par crainte du patient lui-même d'être déséquilibré et il va être un peu réticent à diminuer son médicament...

Les modifications et les suppressions les plus complexes étant surtout associées aux médicaments vus comme de « confort » par les médecins généralistes.

-M10: si c'est les médicaments de confort. Les petits somnifères pour dormir, les petits laxatifs que l'on a en systématique toute l'année euuuhhh. Bah tu vas leur dire que c'est pas très bien. Bah ça c'est compliqué...

Le patient risque de ne pas comprendre l'intérêt des modifications effectuées:

Le patient risque de ne pas comprendre l'intérêt des modifications de traitements.

-M10: Ah oui oui évidemment. Le seul souci c'est quand ils sont vieux et qu'ils comprennent rien.

Le patient ne ressentait pas d'intérêt de modifier son ordonnance uniquement en raison de son âge:

Les patients risquent de ne pas comprendre l'intérêt de modifier leurs traitements uniquement en fonction de leur avancée en âge.

-M10: Bah déjà faut les faire venir comme je l'ai dit.

Le patient est à la recherche d'une stabilité:

Le patient serait à la recherche de stabilité dans son traitement.

-M01: D'autres, quand ça fait des années qu'ils n'ont pas été évalués, ils ont besoin de leurs traitements. Il va falloir trouver les arguments, les rassurer : « y a pas de danger à réduire la posologie, au contraire on va protéger votre rein ou votre foie ».

Le fait de modifier un traitement chronique sans point d'appel clinique va provoquer l'anxiété des patients:

Une modification trop importante de l'ordonnance provoque l'anxiété du patient.

-M02: Quand ils ont trop peur après parfois j'y vais progressivement...

Patient souvent insistant pour reprendre un traitement qui a été arrêté dans un service hospitalier:

Il existe un manque de motivation à nettoyer l'ordonnance des patients devant l'échec de ce nettoyage lorsqu'il est fait en hospitalier.

-M09: Puis en hospitalier sur les benzo c'est hyper trash tu les revois deux jours plus tard ils ont pas dormi, ils sont pas bien... Après de temps en temps ça marche... Mais c'est rare je trouve.

Le patient serait trop attaché à ses traitements de confort:

Les patients sont souvent réticents au retrait de traitement de « confort ». Dans ce contexte, l'optimisation de l'ordonnance paraît difficile pour respecter sérieusement les recommandations des gériatres.

-M10: Et après ça dépend si c'est les médicaments de confort. Les petits somnifères pour dormir, les petits laxatifs que l'on a en systématique toute l'année euuhhh. Bah tu vas leur dire que c'est pas très bien. Bah ça s'est compliqué...

Le patient aurait plus confiance envers les autres spécialistes:

Il est décrit le fait que le patient a plus confiance en les spécialistes d'organes afin de modifier en profondeur son ordonnance.

-M06: C'est pareil, j'ai une patiente elle prend une statine ça a été mis par le cardiologue, bah elle veut pas qu'on y touche. Ça lui provoque des symptômes quand on l'arrête. En plus quand elle voit le cardiologue il dit "bah tout va bien donc on reste pareil".

Une consultation dédiée spécifiquement à la gestion de l'ordonnance ne serait pas réalisable et présenterait peu d'intérêt pour le patient:

Les médecins mettent en évidence qu'une consultation centrée uniquement sur la gestion de l'ordonnance de façon préventive est irréalisable. Le patient ne verrait pas d'intérêt à venir pour une consultation dédiée sans autres motifs.

-M05: les gens viennent en général avec plusieurs motifs... Enfin je veux dire c'est quand même extrêmement rare que le patient vienne uniquement pour son renouvellement de traitement.

-M07: Une consultation dédiée ça n'existe pas.

Patient difficile à convaincre de l'intérêt de modifier son ordonnance:

Le patient est parfois difficile à convaincre de l'intérêt de modifier son ordonnance. Notamment en se référant à d'autres avis ou même à des sources peu valides.

-M02: Mais la patiente... ou sa famille va voir sur internet, et elle a plus confiance en sa cardio et puis la famille a trouvé des recommandations particulières... donc j'ai cédé...

Une influence médiatique négative sur le patient:

Les participants signalent une influence médiatique négative qui pourrait freiner le patient dans le fait d'accepter les modifications thérapeutiques proposées.

-M05: Après il y a un peu quelque chose qui va en sens inverse sur des noms de médicaments très précis parce que le patient a vu tel truc sur internet ou dans les médias et il veut qu'on lui prescrive.

-M01: Les échecs aussi, plus sur l'introduction d'un nouveau médicament, quand le patient va s'amuser à aller lire la notice, ou est allé voir sur Internet.

4.4. Le médecin:

4.4.A. Un acte qui présente de l'intérêt:

Les participants ont reconnu l'intérêt de faire régulièrement une consultation préventive de réévaluation de l'ordonnance. Cependant aucun n'a reconnu pratiquer cet acte de façon préventive pour le moment.

-M03: Bah clairement oui je pense... Enfin quand le patient se fait hospitaliser en gériatrie, on voit bien que pas mal de choses sont modifiées... Ça veut dire que pas mal de choses qu'on represcrit un peu systématiquement... ».

Certains médecins reconnaissent également repérer régulièrement des spécialités qui présentent peu d'intérêt pour le patient dans leurs prescriptions.

Un médecin a déjà rencontré une situation où un patient a été hospitalisé à cause de la iatrogénie médicamenteuse. Il reconnaît qu'il aurait pu empêcher cette hospitalisation en modifiant de façon préventive l'ordonnance du patient.

La réévaluation de l'ordonnance du patient gériatrique devrait se faire de façon régulière, ponctuelle et réellement "adaptée". Pour M01 il faudrait mettre en place une consultation annuelle ce qu'il pense pourrait lui faire gagner du temps par la suite. Il y retrouve surtout un intérêt chez les patients qu'il considère les plus complexes ou les patients en ALD.

Pour certains, la réévaluation de l'ordonnance devrait se faire à chaque consultation de façon approfondie en prenant en compte toutes les recommandations.

-M01: après pourquoi pas une consultation dédiée notamment pour les patients à 100%

-M06: Du coup moi, j'ai l'impression que j'essaye de le faire à chaque fois... bon sauf quand j'ai pas vraiment le temps que je suis pressée et speed,

4.4.B. Une impression de déjà réaliser ce type d'acte:

Il est souvent signalé l'impression de déjà effectuer de façon régulière ce type d'acte. Par exemple lors des consultations de renouvellement de l'ordonnance.

Paradoxalement, les médecins reconnaissent un intérêt à réaliser une consultation spécifique centrée « gériatrie » pour mieux évaluer leur ordonnance.

La plupart trouvent certaines de leurs ordonnances inadaptées chez leurs patients âgés. (Trop lourdes, présence de spécialités inadaptées, ou d'un manque de formation en gériatrie qui leur permettrait d'être plus objectifs).

-M03: Bah le renouvellement de traitement... Enfin j'essaye de le faire un petit peu à chaque fois... (silence)"

-M09: Écoute, moi j'ai l'impression que j'essaie de le faire.... Le fait que je fasse mon ordonnance à la main, j'essaie de la réévaluer constamment...

4.4.C. Aucun intérêt à se pencher sur l'ordonnance de façon vraiment approfondie:

Il est parfois reconnu un manque d'intérêt dans la meilleure gestion de leur ordonnance. Il est évoqué que l'âge ne constitue pas forcément un critère à part entière pour effectuer une révision de l'ordonnance.

-M02: L'âge en lui-même ce n'est pas forcément un critère qui me fait modifier quelque chose.

4.4.D. Leviers à la réalisation de consultations dédiées:

Un premier contact avec le patient:

Les participants reconnaissent effectuer une réévaluation complète de l'ordonnance lors de l'accueil d'un nouveau patient.

-M09: J'ai repris la patiente d'un ancien médecin, ça, ça permet aussi de se poser rapidement sur l'ordonnance et vu qu'on ne connaît pas le patient de se demander si les choses sont vraiment utiles ou pas

La lecture d'un article de revue:

Certains médecins déclarent que la lecture d'une revue scientifique, ou d'un magazine d'actualité médicale est un levier à la réévaluation de l'ordonnance de leurs patients âgés.

-M04:Après y a aussi les revues. Perso je suis abonné à « exercer » parfois en lisant un article ça me permet de me remettre un peu à jour...

La mise en place de campagnes de sensibilisation:

Le fait de bénéficier de campagnes de sensibilisation de la part des autorités de santé, les a déjà amenés à se pencher sérieusement sur les ordonnances de leurs patients âgés.

-M05: Après dans ce qui nous pousse à gérer mieux l'ordonnance il y a les autorités bien entendu par exemple la sécu a fait une grosse campagne anti hypnotique c'est clair que ça nous pousse à rester plus vigilant. »

Le ressenti d'une ordonnance trop "lourde":

Le ressenti d'une ordonnance trop lourde, trop complexe, peut amener à la réalisation d'une meilleure gestion de l'ordonnance.

-M09: Après parfois je me dis que j'ai des ordonnances à rallonge et que y a peut être des trucs à modifier.

4.4.E. Des freins récurrents:

Présence d'une inertie de re-prescription:

La plupart des médecins interrogés ont tendance à décrire une certaine inertie de re-prescription.

-M04: en général c'est plutôt les habitudes qui parlent, enfin il y a des médicaments qu'on a l'habitude de gérer, les anti-diabétiques ou les anti-HTA par exemple.

Plusieurs participants décrivent de grosses difficultés à changer leurs habitudes de pratique ce qui rend toute réévaluation complexe.

-M04: C'est évident, on prescrit... parfois on renouvelle peut être par manque de temps, peut être par habitude...

Il est décrit une difficulté à entrer dans une logique de dé-prescription. Il est plus simple d'ajouter des traitements que d'en retirer ce qui est un frein dans l'idée d'effectuer un nettoyage de l'ordonnance.

-M09: Nous quand on prescrit, même si j'essaye de faire le contraire on additionne on additionne, et on a jamais vraiment une logique de retirer ou diminuer les posologies...

Ressenti d'être trop isolé pour réaliser seul ce type de consultations:

Il est décrit un sentiment d'isolement qui les empêche de réaliser de façon sereine ce type de consultation.

-M08: Enfin tu sais parfois on est un peu tout seul et voir qu'un autre médecin approuve une prise en charge, le retrait de tel ou tel médicament...

Un manque de temps:

L'ensemble des médecins décrivent un manque de temps qui ne leur permet pas de réaliser des consultations spécifiques et dédiées.

-M04: C'est vrai que si on pouvait se poser pour chaque patient comme ça, ça serait formidable, mais bon clairement je pense que malheureusement, je n'arriverais pas à voir la moitié des patients que je vois actuellement dans la journée ahahah.

Une gestion trop complexe de l'emploi du temps:

La consultation de gestion de l'ordonnance du patient âgé, de même que les autres consultations vues comme « préventives » sont considérées comme trop difficiles à mettre en place. Ce type de consultation est ressenti comme difficilement intercalable dans un emploi du temps standard.

-M02: il va déléguer beaucoup plus d'actes aux parameds, aux infirmiers et on pourra vraiment faire de la vraie médecine et plus de l'administratif... ou d'autres trucs qui nous prennent trois plombes.

Le retard pris dans les consultations et la pression de la salle d'attente:

Le fait d'avoir un nombre important de patients en salle d'attente et la pression temporelle qui y est associée sont également évoqués comme un obstacle important.

-M01: honnêtement, des fois par manque de temps, on sait que le patient, voir les patients suivants qui sont déjà en salle d'attente, on se dit « bon bah pas de souci du coup, pour cette fois on fait le renouvellement au plus vite

Un acte ressenti comme trop long à pratiquer:

De même, il est trop long de convaincre un patient stable d'effectuer une modification de son traitement.

-M01: D'autres, quand ça fait des années qu'ils n'ont pas été évalués, ils ont besoin de leurs traitements. Il va falloir trouver les arguments, les rassurer : « y a pas de danger à réduire la posologie, au contraire on va protéger votre rein ou votre foie ».

Un manque de temps pour prendre un avis spécialisé

Prendre l'avis du spécialiste d'organe ou même contacter un réseau de gériatrie est également jugé comme trop chronophage.

-M04: Parfois tu peux en parler, essayer de les joindre directement, mais encore une fois ça peut vite te prendre du temps...

Un manque de temps pour se former:

Il est signalé un ressenti de manque de temps pour pouvoir se former à la réévaluation spécialisée et à la gériatrie.

-M01: une formation ça prend du temps et si j'étais tout le temps en formation bah malheureusement je verrais moins les patients.

Certains ne souhaitent pas utiliser les outils d'aide. Ils jugent ne pas avoir assez de temps pour apprendre à s'en servir ou même simplement les utiliser.

-M09: Parce que j'en ai pas vraiment connaissance, ni le temps d'ailleurs.

Un manque de temps lors des consultations à domicile:

Les médecins évoquent un manque de temps lors des consultations effectuées à domicile qui semblent inconfortables pour pouvoir effectuer sereinement la gestion de l'ordonnance.

-M04 quand tu vas voir le patient le midi à son domicile, que tu n'as pas forcément tout le dossier sous le nez, que t'as 5mn pour manger avant de reprendre les consultations de l'après midi, bah souvent tu essayes d'aller au plus vite.

Un acte trop lourd pour être réalisé en médecine générale:

La réévaluation de l'ordonnance chez le patient gériatrique sont vus comme un acte trop lourd pour être réalisé en médecine générale.

-M06: Sinon on ne s'en sort plus et la consultation deviendrait interminable. C'est trop lourd.

Trop d'administratif pour pouvoir effectuer des consultations considérées de prévention:

L'administratif du cabinet constitue un frein. Les médecins reconnaissent en effet l'intérêt de consultations dédiées, mais estiment que la réalisation des actes administratifs est trop chronophage. Ce qui les empêche de réaliser ce type d'acte en plus des consultations classiques.

-M09: Sinon y a aussi trop d'administratif ça me prend un temps monstre tu vois...

La possibilité de déléguer l'administratif, ou les actes médicaux les plus simples (prise de tension...) est évoquée comme un levier dans la réalisation des consultations spécialisées.

Trop de consultations urgentes:

La réalisation de trop de consultations d'urgence est décrite comme un frein.

-M08: Et puis clairement, vu le nombre d'urgences que j'ai en ce moment, bah malheureusement je me vois mal prévoir des consultations plus longues .

Le type de spécialité médicamenteuse:

Le type de spécialité prescrite peut constituer un frein pour rentrer dans les bonnes recommandations. Il est à noter que la présence de ces spécialités sur l'ordonnance peut constituer un frein à une réévaluation globale de l'ordonnance.

-M10: Bah oui les médicaments hors recos pour les petits vieux c'est parfois les plus compliqués à enlever et du coup c'est un peu frénateur...

-M06: Les médicaments types benzo, veinotoniques, et j'en passe c'est parfois une galère à arrêter

La présence de médicaments dits de « confort » est souvent problématique dans une bonne gestion de l'ordonnance.

De même les médicaments sans effets "visibles" à court terme paraissent plus simples à arrêter.

-M06: C'est même parfois plus facile pour eux de baisser des médicaments comme les anti hypertenseur parce qu'ils ne « voient » pas l'efficacité directement.

Manque d'intérêt dans la modification de l'ordonnance d'un patient qui va "bien":

Les médecins interrogés vont reconnaître ne pas avoir d'intérêt à modifier l'ordonnance d'un patient qui va bien cliniquement.

-M06: Alors oui clairement c'est vrai qu'un patient qui va bien, qui est parfaitement stable, qui va bien. On sait qu'il prend un peu trop de ci ou de ça et que bah vu que le patient il est stable, il a une bonne tension, il n'a jamais chuté... bah on se dit si je modifie ça ptet qu'il va aller moins bien ahah.

Une consultation centrée uniquement sur l'ordonnance mise en évidence comme peu réalisable:

Une consultation centrée sur la prévention et sur la gestion de l'ordonnance est ressentie par les médecins comme quelque chose de difficilement réalisable. Il existe une appréhension de la consultation multi-demandes. Et un ressenti que convaincre le patient de venir sans motif précis est difficilement réalisable.

-M07: Après pour moi c'est quelque chose de complètement infaisable avec le patient. Une consultation dédiée ça n'existe pas.

La réévaluation de ses propres prescriptions même anciennes est complexe:

La réévaluation est vue comme plus simple lorsqu'elle est effectuée par un autre médecin. Réévaluer ses propres prescriptions est vu comme complexe, ce qui ralentit l'idée d'une réévaluation profonde de l'ordonnance.

-M09: C'est vrai que je pense qu'un gériatre qui a fait ça toute sa vie aura plus de facilité à ne pas faire d'erreur.

Il peut exister une difficulté à remettre en cause ses habitudes pratiques.

-M05: Après c'est aussi par habitude, je pense, en y réfléchissant bien, le temps je pourrais le trouver, mais par habitude par routine je ne le fais pas. C'est peut être par facilité aussi...

Difficultés à gérer l'incertitude associée au changement d'ordonnance.

On retrouve des difficultés dans la gestion de l'incertitude des modifications thérapeutiques. Ils décrivent ne pas faire entièrement confiance aux recommandations gériatriques et présentent des difficultés à supporter l'incertitude associée à de telles modifications de traitements.

-M02: On a toujours peur en fait que le patient fasse un effet secondaire grave alors qu'il était bien équilibré. Même si on respecte les recommandations. Le patient m'en veut pas, mais je me suis dit « mince » est ce que j'aurais pas dû le laisser comme il était.

Crainte que le patient en veuille au médecin:

Plusieurs médecins évoquent une crainte de déplaire au patient. Ils décrivent une crainte que celui-ci soit déçu, voire en veuille à son médecin, ce qui pourrait dégrader la relation de confiance.

-M05: Je me dis qu'il pourrait m'en vouloir.

La plupart vont évoquer la crainte d'une mauvaise réaction du patient. Une peur que celui-ci se sente "abandonné" par l'arrêt ou même la diminution des posologies.

-M04: Donc au final je ne pense pas que le patient soit vraiment un frein en soit, mais plutôt l'impression qu'on s'en fait et le fait qu'on ait nous même peur de leur réaction

Crainte de ne pas savoir gérer les réactions du patient:

Il existe une crainte de ne pas savoir gérer les questions et incertitudes du patient.

-M02: Quand ils ont trop peur après parfois j'y vais progressivement.

Crainte de déséquilibrer le patient:

Il est cité une crainte de déséquilibrer un patient qui l'était jusque-là.

-M07: bah je ne vois tout simplement pas l'intérêt de changer un traitement qui fonctionne bien, avec le risque de voir apparaître des soucis...

Certains médecins décrivent une expérience négative dans la modification de traitement malgré un respect des recommandations.

-M02: Du coup après cet événement bah je t'avoue que j'y ai été un peu plus mollo sur les adaptations thérapeutiques des traitements chroniques.

Crainte de conséquences judiciaires en cas d'échec:

Il est évoqué une crainte de conséquences judiciaires en cas de problèmes associés à la modification de l'ordonnance.

-M01: Oui la peur de mal faire est quand même pas mal présente... surtout en ce moment où tout est un peu « judiciarisé ».

Crainte d'entraîner des erreurs d'observance thérapeutique:

Crainte qu'une modification de l'ordonnance entraîne des erreurs de prise des traitements chez un patient habitué à son traitement.

-M04: Franchement je me dis que si je me mets à tout changer, déjà le patient il ne va rien y comprendre, il va se mettre à faire des erreurs.

Crainte de ne pas savoir expliquer l'intérêt des modifications de l'ordonnance:

Il existe une crainte d'avoir des difficultés à expliquer au patient l'intérêt d'une modification profonde de son ordonnance.

-M04: C'est un peu bizarre parce que autant j'ai toujours peur de proposer au patient autant lui expliquer l'intérêt des modifications, bah ca peut être complexe...

Des recommandations gériatriques inadaptées:

Recommandations non connues:

Les référentiels sont parfois non connus.

-M09: Je ne les connais pas. Les recommandations gériatriques j'en entends pas vraiment parler.

Recommandations trop sévères:

Les recommandations gériatriques sont vues comme non totalement justifiées comme trop sévères par une partie des participants voire même comme inutiles.

-M01: Ils sont bien gentils avec leurs recommandations du LDL inférieures à 0,7, mais quand on sait que le patient a déjà des douleurs musculaires, probablement en rapport avec des statines... C'est compliqué de lui faire augmenter sa posologie bon...

Recommandations trop théoriques:

Les recommandations gériatriques sont vues par les médecins généralistes comme trop théoriques.

-M05: Bah les recommandations c'est un peu de la théorie quoi. Si c'est une association complètement contre indiquée de base, je ne pense pas l'avoir prescrite.

Recommandations non suivies:

Certains médecins signalent modifier les ordonnances sans respecter les recommandations spécifiques, mais en se basant uniquement sur leur expérience.

-M07: Ça paraît toujours un peu complexe à utiliser, je me dis toujours que c'est souvent des choses théoriques un peu abstraites (rire). Je me base plus sur mon expérience.

Un manque de motivation:

Il existe un manque de motivation à réaliser une révision profonde de l'ordonnance

-M02: après parfois je sens qu'il se passe quelque chose mais je laisse un peu couler... Peut-être par manque de temps....(semble hésiter à continuer), ou par manque de motivation (rire)

De même, il serait contre productif d'inciter ou d'obliger la réalisation de telles consultations.

-M07: Après ça c'est un peu se tirer une balle dans le pied en nous obligeant plus ou moins à le faire, mais créer une ROSP ahahaha.

Trop peu de patients "gériatriques" pour y voir un intérêt:

Le fait d'avoir trop peu de patients gériatriques dans sa patientèle est un frein.

*-M10: Et j'ai pas trop trop de patients gériatriques finalement... Tu vois **** (me cite l'autre médecin qui travaille dans le même cabinet) bah elle a énormément de petits vieux, moi finalement je fais plus de « moyen »...*

Une crainte des scandales médiatiques:

Il existe une crainte quant aux scandales médiatiques, ce qui limite les médecins dans leurs prescriptions médicamenteuses.

-M05: Après il y a un peu quelque chose qui va en sens inverse sur des noms de médicaments très précis parce que le patient a vu un tel truc sur internet ou dans les médias et il veut qu'on lui prescrive.

Une consultation qui est ressentie comme trop brutale pour être réalisée d'un coup:

Une révision effectuée en une seule consultation est vue comme trop brutale pour le patient. En effet pour eux la modification de l'ordonnance d'un patient doit rester progressive ce qui aurait tendance à favoriser l'adhésion du patient.

-M02: réviser une ordonnance c'est pas forcément tout changer d'un coup. C'est progressif sinon le patient est complètement déstabilisé...

L'importance de savoir temporiser une telle consultation pour ne pas perdre l'adhésion du patient est décrite à plusieurs reprises.

-M01: c'est vrai que je tempore, c'est vrai que je le note dans un coin de ma tête.

Les réévaluations d'ordonnance effectuées en hospitalisation sont également vues comme trop brutales par les médecins généralistes ce qui est évoqué comme un frein au fait de réaliser une consultation dédiée unique en ville.

-M09: Puis en hospitalier sur les benzo c'est hyper trash tu les revois deux jours plus tard ils ont pas dormi, ils sont pas bien...

Un manque de formation:

Manque de formation en gériatrie:

Les médecins ressentent un manque de formation en gériatrie, ce qui va freiner la réalisation de consultations spécifiques.

-M04: Clairement pas vraiment suffisante, bon je n'ai jamais eu de gros accident ou de grosse galère avec un patient... Mais je pense qu'aujourd'hui la formation des jeunes est un peu plus efficace sur le patient gériatrique.

Il est parfois même décrit une absence de formation à la gériatrie.

-M09: J'ai jamais fait de gériatrie du coup j'ai pas eu de formation particulière... Je sais pas si c'est vraiment utile. Après peut-être que ça me faciliterait les choses et me ferait faire plus de consultations spécialisées.

Formation en gériatrie trop ancienne:

Un médecin a bénéficié d'une formation spécialisée de gériatrie (Diplôme Universitaire), mais avoue n'en avoir que peu de souvenirs.

-M10: Enfin j'ai fait un DU de gériatrie il y a longtemps, mais après dans le fil des consultations bah tu perds un peu et tu fais plus forcément parfaitement ce qui devrait être fait.

Formation en gériatrie non utile au quotidien:

Une formation à la gestion des médicaments existe parfois, mais est décrite comme peu utilisable en pratique.

-M01: J'ai fait aussi une formation dédiée, mais il faudrait en refaire toujours et réactualiser. C'est vrai qu'on fait la formation de 3h, on sort de là, on est content et on n'utilise rien au quotidien. On oublie...

Manque de formation aux outils de gestion de l'ordonnance:

Le manque de formation concerne surtout les outils spécialisés proposés par les gériatres.

-M06: J'imagine que ces outils sont efficaces, mais pour moi je n'en ressens pas assez le besoin et l'intérêt cognitivement parlant. Ils ne sont pas assez intuitifs pour moi et du coup vu que tout se passe bien dans ma pratique je ne vois pas vraiment l'intérêt de les utiliser. Alors peut être qu'une formation pourrait me faire changer d'avis et me montrer que c'est plus simple que ça en a l'air.

Formation trop hétérogène:

La formation des médecins généralistes en gériatrie est trop hétérogène lors de l'internat, mais elle a tendance à s'améliorer au cours du temps.

-M03: C'est sur la formation initiale euh, oui pendant l'internat, fallait tomber dans le bon service de gériatrie et on se rend compte que chacun a un peu ses habitudes.

Manque d'intérêt à se former:

Plusieurs participants évoquent simplement le fait de ne pas favoriser les formations de gériatrie par manque d'intérêt.

-M09: Bref j'essaierai vraiment de faire encore plus attention et peut-être de me lancer dans une formation là-dessus. Clairement c'est intéressant.

Manque de formation sur le plan "pharmacologique":

Il est signalé un manque de formation et un manque de connaissances sur le point strictement "pharmacologique".

-M02: Clairement le gros pavé de pharmaco qu'on apprend en temps qu'interne on le connaît pas bien. Même pour quelques patients une fois de temps en temps avoir un pharmacien qui nous dirait ce qu'il pense...

Une meilleure formation pourrait être un levier:

Le fait d'avoir effectué une formation a une influence positive sur la pratique de la réévaluation de l'ordonnance chez les patients gériatriques. M08 reconnaît que s'il avait eu une meilleure formation il pratiquerait plus souvent des réévaluations centrées en gériatrie.

-M08: C'est pareil je pense que j'aurais peut être moins d'appréhension à le faire en sachant que je fais bien les choses. Donc clairement vu que je ne le fais pas en ce moment je pense que je ne suis tout simplement pas assez formé.

L'organisation de formation en continue:

L'organisation de formations continues que ce soit sous forme de mail ou de brochure ce qui pourrait favoriser leur pratique.

-M01: Ça serait intéressant d'avoir des rappels réguliers par brochure ou autre. A un moment, je recevais de manière régulière par mail. C'était « flash info » tous les mois, une nouvelle reco' sur du tout-venant cardio, gastro... c'était bien et intéressant.

4.5. Discussion:

4.5.A. Force de l'étude:

Le thème de la réévaluation thérapeutique gériatrique a finalement été assez peu étudié en médecine générale. La plupart des travaux retrouvés dans la littérature se concentrent surtout sur le maintien des modifications thérapeutiques effectuées dans des services de gériatrie.(22,23). L'évaluation des déterminants de la gestion thérapeutique en médecine générale à déjà été étudiée en 2010, sans pour autant être axée sur une consultation dédiée, ni même sur un contexte gériatrique. (24) On ne retrouve pas de données récentes sur le fait d'effectuer une revue systématique et régulière, avec optimisation de l'ensemble des prescriptions et des posologies en médecine générale.

L'originalité de ce travail en méthode qualitative va permettre de poser une base de travail pour la possible réalisation de travaux quantitatifs. Il pourra également mettre en évidence de possibles mesures incitatives à la pratique de cet acte par les médecins généralistes.

4.5.A.1. Validité interne:

La saturation des données a été obtenue après 8 entretiens réalisés. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés. Les données ont été triangulées avec l'aide d'un second chercheur également étudiant en médecine.

4.5.B. Faiblesse de l'étude:

4.5.B.1. Biais de sélection:

La sélection des médecins généralistes participant à l'étude n'a pas été faite de façon randomisée. Les médecins répondants étaient au courant du sujet de l'étude qui leur était expliqué lors du premier contact. (Intérêt possible par rapport au sujet). Enfin, seuls deux médecins participants exerçaient en milieu rural et la grande majorité des médecins interrogés exerçaient en cabinet de groupe.

4.5.B.2. Biais d'intervention:

Le script de l'entretien a été suivi de la façon la plus précise possible, cependant par manque d'expérience à la pratique de l'entretien semi-dirigé, il est possible de retrouver

un éloignement de la trame initiale sur certains entretiens ainsi que l'utilisation de questions fermées lors de ces disjonctions.

4.5.B.3. Biais d'investigation:

Étant ma première analyse qualitative il est possible que les résultats soient influencés par mes propres opinions. La réalisation d'une triangulation avec un autre chercheur (étudiant en médecine) a cependant permis de limiter ce biais.

4.5.B.4. Biais de déclaration:

Les médecins interrogés ont possiblement modifié leurs déclarations par gêne, prudence, ou volonté de respecter les recommandations et d'améliorer leur self-image. Ce biais a également pu être augmenté par mon manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Cependant la réalisation d'entretiens individuels a permis de limiter ce biais.

4.5.C. Intérêt de l'optimisation thérapeutique gériatrique:

L'optimisation thérapeutique mais surtout la diminution de la polymédication (5,25) chez le patient âgé, sont aujourd'hui un objectif majeur de santé publique au niveau mondial.

Paradoxalement, la recherche quant à l'efficacité des interventions sur l'ordonnance du patient semble assez réduite. La plupart des études réalisées retrouvent une amélioration de la pertinence des prescriptions médicamenteuses, sans pour autant

prouver d'efficacité clinique notable. (18,26–28) Le plus souvent ces études présentent un manque de puissance et une faible applicabilité pratique.

On repère souvent une faible participation de la part des médecins généralistes, et surtout, un faible taux d'application des recommandations post-intervention par ces mêmes médecins généralistes en ambulatoire, avec une re-modification rapide des ordonnances. (29,30) Les résultats semblent de plus, peu applicables au système de soin français, et nécessiteraient des adaptations afin de correspondre à notre système.

En France, l'étude OMAGE (31) réalisée en service hospitalier a montré une bonne diminution des ré-hospitalisations suite à la réalisation d'interventions menées dans des services de gériatrie. On retrouve une diminution de 30% à 3 mois et de 20% à 6 mois. En dépit de ces résultats encourageants, on note très peu d'études réalisées en médecine ambulatoire, malgré des objectifs très clairs de la part de la HAS (avec le programme PMSA par exemple). (32)

4.5.D. Facteurs leviers d'une réévaluation thérapeutique adaptée:

Les entretiens mettent en évidence plusieurs facteurs levier dans la réalisation d'un examen approfondi de l'ordonnance des patients gériatriques.

La plupart des médecins vont évoquer le premier contact comme un facteur levier. De même, la quasi-totalité des maîtres de stage interrogés évoquent la discussion avec un étudiant (quand ils sont MSU) ou la remarque d'un remplaçant.

L'ensemble des médecins signalent enfin que l'évolution clinico-biologique défavorable est un levier majeur pour leur faire pratiquer une réévaluation profonde de leurs prescriptions.

4.5.E. L'optimisation thérapeutique un acte ressenti comme systématique:

Les médecins interrogés décrivent une impression de réaliser une réévaluation complète de l'ordonnance à chaque rendez-vous avec le patient. Dans la suite de l'entretien, la plupart reconnaissent que leurs prescriptions ne leur semblent pas optimisées du point de vue "gériatrique". Souvent vues comme trop « lourdes » ou « difficilement modifiables ».

Tous, vont mettre en évidence des points d'améliorations, mais aussi des spécialités ou associations qu'ils reconnaissent inadaptées, voire contre-indiquées. Dans ce contexte, les médecins montrent un intérêt dans la réalisation de consultations vraiment dédiées de manière ponctuelle ou même récurrente.

Les participants reconnaissent les différences physiologiques du patient âgé (33), et les risques associés à la polymédication. Cependant, aucun ne pratique de consultation spécifique centrée sur l'optimisation thérapeutique d'un point de vue gériatrique. Les freins évoqués sont un enchevêtrement de difficultés en lien avec le médecin lui-même, le patient, mais aussi le contexte environnemental associé à celui-ci.

4.5.F. Le médecin:

4.5.F.1. Le manque de temps « ressenti »:

Le manque de temps disponible pour la bonne prise en charge du patient gériatrique est évoqué par la totalité des participants. La plupart du temps, les médecins reconnaissent plutôt un ressenti de manque de temps plutôt que quelque chose de vraiment tangible. Cette sensation est soulignée dans une étude sur le burn-out chez les

soignants français. (34) Un médecin sur deux avait alors le ressenti de ne pas « pouvoir » donner le temps nécessaire à ses patients, ce qui constitue une source importante de frustration. (35)

De plus, bien que la plupart des médecins généralistes évoquent le fait de réaliser une révision globale de l'ordonnance à chaque consultation. Il est cependant signalé une inertie de re-prescription, voire un simple renouvellement.

Le temps de la consultation, même adapté de façon préventive en convoquant le patient, est vu comme trop court pour effectuer une revue globale de l'ordonnance.

La réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée complète nécessite entre 20 et 86 minutes pour un examinateur expérimenté. (36) Celle d'une revue de pertinence strictement médicamenteuse estimée à 30 minutes par ordonnance. (37) En France, selon la DREES, la durée moyenne de consultation en médecine générale est de 16,4 mn. (38) L'analyse des examens biologiques, paracliniques, ou même des problèmes aigus du patient, paraît donc difficilement réalisable, et est vue comme un frein à une bonne gestion des ordonnances. Ce sentiment de complexité est retrouvé régulièrement dans la littérature, et a tendance à altérer la bonne prise en charge du patient. (39)

Les visites à domicile, fréquentes chez les patients gériatriques et polypathologiques, sont également présentées comme un frein majeur à la réalisation d'une bonne gestion de l'ordonnance. Celles-ci sont considérées comme plus longues, mais aussi moins confortables pour effectuer des changements profonds sur les ordonnances. (40)

Le fait de réaliser une consultation de prévention est également jugé comme trop complexe. On retrouve dans la littérature une impression des médecins généralistes d'être surchargés par l'administratif du cabinet. Cela va constituer un frein majeur à la réalisation des consultations de prévention. Celles-ci étant souvent vues comme secondaires par rapport aux consultations de soins plus "classiques". (41)

4.5.F.2. Un manque de formation:

L'ensemble des médecins interrogés va décrire un manque de formation à la gestion de l'ordonnance du patient gériatrique. On note aussi une tendance à plus facilement « déléguer » la gestion de l'ordonnance au spécialiste d'organe. Dans la littérature ce ressenti de manque de formation est retrouvé surtout post diplôme avec un manque de suivi de la formation gériatrique des praticiens suite à leur internat. (42)

La plupart des participants évoque un manque de formation à l'utilisation des outils de gestion des ordonnances proposés par les gériatres. Ces aides sont vues comme trop complexes, voire inadaptées à l'utilisation en médecine générale. (43) Bien que la plupart des études réalisées en hospitalier retrouvent une bonne efficacité de ces outils (44,45), très peu d'études sont réalisées en ambulatoire. Il pourrait être intéressant de réaliser plus d'études en cabinet de médecine générale pour mieux standardiser leur utilisation.

Dans notre enquête, les médecins interrogés signalent régulièrement qu'une meilleure formation pourrait leur faire modifier leur pratique. Cependant une méta-analyse publiée dans la revue Cochrane en 1997 ne mettait pas en évidence de réelles modifications de la pratique suite à des formations effectuées en médecine générale. (46)

4.5.F.3. La crainte de déséquilibrer le patient ou de faire pire en modifiant l'ordonnance:

La plupart des praticiens interrogés, reconnaissent une crainte de « déséquilibrer » le patient en effectuant par exemple des modifications trop profondes de l'ordonnance. Cela a été mis en relation avec un ressenti de mauvaise balance « bénéfique/risque » dans la

modification. (47) Les praticiens évoquent alors un trop grand nombre de recommandations « spécialisées », ne prenant pas en compte l'aspect poly-pathologique du patient. Ils évoquent une sensation de se perdre dans les guidelines, ce qui les amène à une certaine inertie de prescriptions. (48)

On retrouve également dans la littérature le fait que les médecins généralistes pensent que le nombre d'études évaluant la balance bénéfice-risque des dé-prescriptions médicamenteuses est trop peu fréquente. (35)

La crainte de déséquilibrer les patients est d'ailleurs plus importante pour les traitements mis en place de façon préventive. (47) Les traitements symptomatiques étant plus facilement modifiés par les médecins généralistes.

Enfin, il est mis en évidence qu'en cas de stabilité clinique d'un patient la plupart des médecins généralistes vont préférer conserver un certain status-quo, par crainte de déséquilibrer les patients et d'entraîner une hospitalisation. (49)

4.5.F.4. Une rémunération inadaptée:

La rémunération semble être un point important qui est évoqué dans la quasi totalité des entretiens.

On repère une volonté de réévaluer les actes longs, et pourquoi pas de mettre en place une tarification plus adaptée aux actes complexes. On retrouve cette demande dans les revendications récentes des associations de médecins généralistes

La littérature retrouve également un souhait de tarification plus "qualitatif", avec une rémunération à l'image des actes spécifiques qui pourrait récompenser les consultations de prévention. (50)

4.5.G. Le patient:

Le patient présente évidemment une influence majeure dans la gestion de son ordonnance. (51) Les médecins vont décrire une crainte de « déplaire » au patient. (52) L'impression de devoir respecter un « souhait » de prescription, pour ne pas endommager la relation médecin malade. (53) Le fait de refuser la demande du patient, que ce soit par rapport à une dé-prescription, au rajout d'un traitement ou à une modification de posologie est une situation difficile à vivre pour les médecins généralistes. (54) Les praticiens évoquent dans ce cas le risque de faire ressentir au patient une sensation d'abandon associée à la déprescription, même si l'objectif avoué par les médecins est surtout l'amélioration de la qualité de vie. (47)

Bien que la majorité des médecins interrogés va avoir tendance à décrire des situations où le patient refuse la modification d'un traitement, la bibliographie révèle que 90% des patients semblent être d'accord avec l'idée d'une réduction de leurs thérapeutiques. (55)

Malgré ces données, en pratique, elle semble beaucoup plus complexe. D'abord du point de vue des patients qui présentent une crainte des effets néfastes de l'arrêt des médicaments (ressenti qui a tendance à se majorer avec le vieillissement). (56)

De plus, on retrouve dans la littérature plusieurs travaux mettant en évidence que les patients les plus opposants étaient le plus souvent des patients âgés, isolés, et dépendants de leurs traitements. Ce qui peut bien correspondre au contexte gériatrique de notre étude. (47,57)

Des solutions sont alors évoquées dans notre étude comme la négociation, l'explication (58), le déremboursement (que l'on retrouve par exemple pour les veino-toniques (59)) ou les alternatives non médicamenteuses (60). Paradoxalement, le

patient peut être décrit comme une gâchette dans la réalisation d'une réévaluation de son ordonnance. L'étude Santéclair sur les patients de plus de 65 ans polymédiqués va surtout montrer un besoin de confort de la part des patients (difficulté à avaler, nombre de prises trop important) . Le risque médicamenteux n'étant en fait pas la priorité de ces patients (faible conscience et découverte avec stupeur du risque médicamenteux). (61)

Le frein du refus des patients n'a pas forcément été étudié en prise en charge ambulatoire. Cependant il existe des études sur le maintien des modifications d'ordonnance effectuées lors d'une hospitalisation en gériatrie. Les modifications ou diminutions de posologie sont souvent conservées (souvent justifiées par des modifications clinico-biologiques chez le patient). A J15 on retrouve jusqu'à 82% de modifications des ordonnances de sortie d'hospitalisation. On retrouve souvent des modifications de posologies, des arrêts de traitements, voire même pour plus d'un tiers des ordonnances, des rajouts de prescriptions (14,62). Une thèse publiée en 2014 retrouve d'ailleurs une différence de 62% entre le traitement prescrit par le médecin hospitalier et le traitement réellement pris par le patient. Les patients pouvaient reprendre un traitement habituel, s'automédiquer ou tout simplement ne pas respecter l'ordonnance hospitalière. (63)

4.5.H. L'environnement:

4.5.H.1. L'influence des proches du patient:

La réalisation de consultations dédiées à la modification de l'ordonnance présente un intérêt relatif pour les médecins traitants. Il est évoqué un gros risque d'échec, associé à l'intervention de la famille des patients, mais aussi de l'équipe paramédicale. La souffrance psychologique des aidants, qu'ils soient professionnels ou non, peut conduire

des conflits d'intérêts dans la modification profonde de l'ordonnance, et amener à continuer des prescriptions jugées comme inappropriées (benzodiazépine par exemple). Un travail de thèse de 2020 va en faveur des données trouvées ici. On retrouve une influence évidente des proches du patient aussi bien positive que négative nécessitant une négociation triangulaire parfois complexe. (64)

4.5.H.2. La réalisation de réunions pluri-professionnelles:

Pour la plupart des interrogés, la réalisation d'une intervention pluri-professionnelle en association avec des pharmaciens ou des gériatres semble également être une piste à explorer pour permettre une amélioration de leurs pratiques gériatriques, ce qui est cohérent avec la littérature. (20,65)

4.5.H.3. Une relation spécialiste-généraliste complexe:

Les médecins répondants à la thèse évoquent d'importantes difficultés de communication avec l'hôpital. Non seulement dans la prise des avis auprès des gériatres (ce qui est bien souvent critiqué et relativisé par les médecins interrogés eux même). Mais aussi dans la difficulté ressentie pour hospitaliser les patients en entrée directe. Le manque de possibilité d'une hospitalisation directe en cas de sevrage médicamenteux et la crainte de possibles problèmes suite aux modifications de l'ordonnance vont énormément influencer les médecins. (66,67)

La plupart des participants évoquent aussi une crainte récurrente à la modification des traitements prescrits par un autre médecin. Cette crainte est retrouvée dans

différentes études, et paraît être influencée par le fait que le traitement ait été mis en place par un médecin plus expérimenté ou par un spécialiste d'organe (46) . L'impression d'être moins qualifié que le spécialiste d'organe, de ne pas faire partie de la même équipe, et d'être jugé en cas d'erreur, est également un point majeur entraînant des difficultés à la modification efficace de l'ordonnance. Les difficultés de communication, et les relations complexes entre les généralistes et les spécialistes d'organes sont un point clé dans une prise en charge adaptée du patient. (47).

L'hôpital est souvent vu comme quelque chose de difficilement accessible, et la communication avec le spécialiste d'organe est parfois complexe. On retrouve encore aujourd'hui un ressenti de relation hiérarchique "infondé" entre le médecin généraliste et son confrère hospitalier ou spécialiste d'organe. (48)

Les médecins interrogés évoquent de façon régulière la difficulté d'obtenir un avis auprès des autres spécialistes ce qui va avoir tendance à les freiner dans leur rôle centralisateur, mais aussi dans leur capacité à ré-évaluer les ordonnances. Ce problème a été caractérisé par une enquête de la DREES. Ainsi 3 médecins généralistes sur 4 déclarent avoir des difficultés à adresser leurs patients aux spécialistes. Ces difficultés concernent surtout les psychiatres, les ophtalmologues, et les dermatologues. Elles sont le plus souvent associées à l'absence de délais raisonnables pour obtenir une consultation. Ces difficultés sont également retrouvées pour les paramédicaux notamment les kinésithérapeutes. (49)

4.5.H.4. influence de l'informatique sur la conciliation médicamenteuse:

Les médecins interrogés vont décrire un manque de spécialisation des aides informatiques qui sont proposées aujourd'hui. Les aides informatiques sont décrites

comme insuffisamment intégrées aux logiciels métiers, et pas suffisamment spécialisées dans la gestion de l'ordonnance du patient gériatrique. Dans la littérature, de multiples applications sont pourtant retrouvées afin d'aider à la conciliation médicamenteuse. La plupart étant surtout utilisée afin de rechercher des informations sur la pharmacopée. (68).

Enfin, on évoque régulièrement dans notre étude la création d'outils informatiques en ligne. Il est à noter que plusieurs logiciels de ce type sont déjà disponibles et adaptés au patient gériatrique. (69,70)

4.5.H.5. Un manque de communication de la part des autorités de santé:

La plupart des médecins interrogés ressentent un manque de communication de la part des instances dirigeantes. Les patients ne seraient pas assez informés de l'intérêt des consultations de prévention et des risques de la polymédication. En ce qui concerne la communication sur les actions de prévention, on retrouvait dans le baromètre de santé de 2009 que 85% des médecins généralistes estimaient que de meilleures campagnes "grand public" pourraient amener plus facilement les patients à accepter les actions de prévention. (71) De même on retrouve dans un travail de thèse de 2019 que les 3/4 des patients interrogés jugent que la communication par rapport aux actions de prévention est insuffisante. (72)

5. Conclusion:

La prise en charge des patients gériatriques occupe aujourd'hui une bonne partie de l'activité des médecins généralistes. Cette activité ne va cesser d'augmenter au vu de l'évolution et de l'avancée en âge de la population française.

La réévaluation de l'ordonnance des patients âgés continue cependant de poser un problème pour une grande majorité de praticiens. Les généralistes interrogés dans notre étude, reconnaissent porter un intérêt aux recommandations des gériatres concernant leurs prescriptions. Ils reconnaissent également qu'une remise à plat complète de l'ordonnance de leurs patients est nécessaire et pourrait, à terme, réduire le nombre d'hospitalisations, améliorer la qualité de vie de leurs patients, et faciliter leur prise en charge par la suite.

La réalisation d'une consultation vraiment spécifique semble encore être quelque chose de peu réalisable aujourd'hui. La plupart des généralistes vont décrire des freins récurrents qu'ils soient environnementaux, associés aux patients ou même à leurs propres perceptions et croyances.

Malgré le développement de plus en plus d'outils spécialisés censés aider les praticiens, et faciliter leurs pratiques, leur utilisation en pratique journalière semble cependant rester très marginale. Que ce soit par manque de formation, de temps, ou de confiance en soi. Les participants à notre étude semblent rester peu enclin à l'utilisation de ces outils.

De nombreuses idées ont été évoquées afin de favoriser une meilleure prise en charge. Par exemple, le développement d'outils informatiques spécialisés, une meilleure rémunération pour une consultation plus longue, la participation d'assistants spécialisés permettant de consacrer plus de temps aux consultations de prévention, ou tout simplement la simplification de la communication inter-spécialiste.

Finalement, la modification en profondeur des pratiques semble inévitable dans les années à venir. La plupart des praticiens reconnaissent l'intérêt de se pencher sur l'ordonnance de leurs patients âgés de façon réellement spécialisée, tout en conservant de nombreuses réticences. Pourtant, la mise en place de mesures simples, qu'elles soient organisationnelles, incitatives, ou même simplement la réalisation de campagnes de sensibilisation auprès du grand public pourraient certainement débloquer la situation, et favoriser l'amélioration des pratiques.

5.1. BIBLIOGRAPHIE:

1. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
2. Cossec CL, Sermet C, Perronnin CM. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques. 2015;
3. Bugeja G, Kumar A, Banerjee AK. Exclusion of elderly people from clinical research: a descriptive study of published reports. *BMJ*. 25 oct 1997;315(7115):1059.
4. Goldberg RM, Mabee J, Chan L, Wong S. Drug-drug and drug-disease interactions in the ED: analysis of a high-risk population. *Am J Emerg Med*. sept 1996;14(5):447-50.
5. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol*. févr 2007;63(2):187-95.
6. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie Société*. 2002;25 / 103(4):93-106.
7. Michel P, Minodier C, Moty-Monnereau C, Chaleix M, Izotte M, Quenon JL, et al. Résultats de l'enquête ENEIS 2. :19.
8. Bénard-Larivière A, Miremont-Salamé G, Péroul-Pochat MC, Noize P, Haramburu F, EMIR Study Group on behalf of the French network of pharmacovigilance centres. Incidence of hospital admissions due to adverse drug reactions in France: the EMIR study. *Fundam Clin Pharmacol*. févr 2015;29(1):106-11.
9. Effets indésirables médicamenteux observés dans des Services d'Accueil et d'Urgences français (Etude prospective de l'APNET et propositions pour des mesures préventives) – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: <http://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/>
10. iatrogénèse médicamenteuse. :12.
11. PROPOSITIONS pour une PREVENTION de la IATROGENIE EVITABLE. Plaidoyer pour une VIGILANCE P. QUENEAU, P. GRANDMOTTET - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/76782937-Propositions-pour-une-prevention-de-la-iatrogenie-evitable-plaidoyer-pour-une-vigilance-p-queneau-p-grandmottet.html>
12. Phillips AL, Nigro O, Macolino KA, Scarborough KC, Doecke CJ, Angley MT, et al. Hospital admissions caused by adverse drug events: an Australian prospective study. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. févr 2014;38(1):51-7.
13. Detournay B, Fagnani F, Pouyanne P, Haramburu F, Begaud B, Welsch M, et al. [Cost of hospitalizations for adverse drug effects]. *Thérapie*. 2000;55(1):137-9.
14. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
15. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. déc 2015;15(90):323-36.
16. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227-46.
17. Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially

- inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol.* juill 2015;71(7):861-75.
18. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on Defined Outcomes: Overview of the Evidence. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(S1):8S-16S.
 19. Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, Ruby CM, Twersky J, et al. Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. *Am J Med.* 15 mars 2004;116(6):394-401.
 20. Figueiras A, Sastre I, Gestal-Otero JJ. Effectiveness of educational interventions on the improvement of drug prescription in primary care: a critical literature review. *J Eval Clin Pract.* mai 2001;7(2):223-41.
 21. Van der Linden L, Decoutere L, Walgraeve K, Milisen K, Flamaing J, Spriet I, et al. Combined Use of the Rationalization of Home Medication by an Adjusted STOPP in Older Patients (RASP) List and a Pharmacist-Led Medication Review in Very Old Inpatients: Impact on Quality of Prescribing and Clinical Outcome. *Drugs Aging.* févr 2017;34(2):123-33.
 22. Farbos F. Optimisation thérapeutique dans un service de post-urgence gériatrique: suivi des recommandations hospitalières par le médecin généraliste. 2014;70.
 23. Masson E. EM-Consulte. [cité 10 juill 2023]. Perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnances par les gériatres hospitaliers : une étude qualitative. Disponible sur:
<https://www.em-consulte.com/article/1568527/complements/perception-des-medecins-generalistes-des-modificat>
 24. Celine G. Analyse des d'éterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale. :73.
 25. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;
 26. Phatak A, Prusi R, Ward B, Hansen LO, Williams MV, Vetter E, et al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). *J Hosp Med.* janv 2016;11(1):39-44.
 27. Conroy T, Heuzenroeder L, Feo R. In-hospital interventions for reducing readmissions to acute care for adults aged 65 and over: An umbrella review. *Int J Qual Health Care.* 1 août 2020;32(7):414-30.
 28. Lowthian JA, McGinnes RA, Brand CA, Barker AL, Cameron PA. Discharging older patients from the emergency department effectively: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* sept 2015;44(5):761-70.
 29. Mansur N, Weiss A, Hoffman A, Gruenewald T, Beloosesky Y. Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. *Drugs Aging.* 2008;25(10):861-70.
 30. Himmel W, Tabache M, Kochen MM. What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital? *Eur J Clin Pharmacol.* 1996;50(4):253-7.
 31. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino JP, Paillaud E, et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* nov 2011;59(11):2017-28.
 32. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee
 33. de Jaeger C. Physiologie du vieillissement.

34. Masson E. EM-Consulte. [cité 6 févr 2023]. *Burnout*, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/281903/burnout-compliance-du-patient-et-retrait-psycholog>
35. Clerc P, Le Breton J. Polyprescription médicamenteuse et polyopathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes. *Sci Soc Santé*. 2013;31(3):71-101.
36. [evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf) [Internet]. [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf
37. [hopipharm_2016_comment_mener_des_revues_de_pertinence_en_geriatrie_0.pdf](https://www.synprefh.org/sites/www.synprefh.org/files/file/formation/dpc/hopipharm_2016_comment_mener_des_revues_de_pertinence_en_geriatrie_0.pdf) [Internet]. [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: https://www.synprefh.org/sites/www.synprefh.org/files/file/formation/dpc/hopipharm_2016_comment_mener_des_revues_de_pertinence_en_geriatrie_0.pdf
38. Enquête DREES durée moyenne MG.pdf [Internet]. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
39. Smith SM, O'Kelly S, O'Dowd T. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's box'. *Br J Gen Pract*. 1 juill 2010;60(576):e285-94.
40. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 22 avr 2011;12:24.
41. Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes.
42. Cullinan S, Fleming A, O'Mahony D, Ryan C, O'Sullivan D, Gallagher P, et al. Doctors' perspectives on the barriers to appropriate prescribing in older hospitalized patients: a qualitative study. *Br J Clin Pharmacol*. mai 2015;79(5):860-9.
43. Marquès V. Evaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes pour la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance, en Meurthe-et-Moselle.
44. 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.
45. Dalleur O, Boland B, Losseau C, Henrard S, Wouters D, Speybroeck N, et al. Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study. *Drugs Aging*. avr 2014;31(4):291-8.
46. Patrizio PD, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2013;11(1):21-31.
47. Schuling J, Gebben H, Veehof LJJ, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 9 juill 2012;13:56.
48. Scott IA, Anderson K, Freeman CR, Stowasser DA. First do no harm: a real need to deprescribe in older patients. *Med J Aust*. 6 oct 2014;201(7):390-2.
49. Sinnott C, Hugh SM, Boyce MB, Bradley CP. What to give the patient who has everything? A qualitative study of prescribing for multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mars 2015;65(632):e184-191.
50. Moraux FX. Que pensent les médecins généralistes de leurs modes de rémunération? Une étude qualitative en entretiens de groupes focalisés.
51. Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. avr 1994;44(381):165-9.

52. mg_732-733_RMG ESMANokflo.
53. Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M, Nayak A, Bradley CP. GPs' perceptions of patient influence on prescribing. *Fam Pract.* 1 juin 1999;16(3):255-61.
54. Matin S. 1069_MG788_GALAM_C7: Mise en page 1.
55. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol.* oct 2014;78(4):738-47.
56. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe. *J Am Geriatr Soc.* sept 2013;61(9):1508-14.
57. Crest MG. La déprescription: les patients sont-ils prêts? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. :147.
58. Arzur J. Le refus de prescription: impact sur la relation médecin-patient. 2015 sept.
59. dss13.pdf [Internet]. [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss13.pdf>
60. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 11 juill 2023]. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
61. DP_PolymedicationSenior-LimiterRisques.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://www.inc-conso.fr/sites/default/files/pdf/DP_PolymedicationSenior-LimiterRisques.pdf
62. Cochrane RA, Mandal AR, Ledger-Scott M, Walker R. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. *BMJ.* 19 sept 1992;305(6855):694-6.
63. Widolf J. Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée lors des transitions hôpital-ville: devenir du traitement médicamenteux lors du retour à domicile [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2014.
64. caractérisation et influence du proche et de l'environnement social dans le quotidien des patients souffrant de maladie chronique.pdf [Internet]. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02556482/document>
65. Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP, Schmadler KE, Uttech KM, Lewis IK, et al. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *Am J Med.* avr 1996;100(4):428-37.
66. Object object. Admission directe en court séjour gériatrique: difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. [cité 28 févr 2023]; Disponible sur: <https://core.ac.uk/reader/52775590>
67. Somme D. Thèse soutenue à Rennes le 9 octobre 2017.
68. Bassi J, Lau F, Bardal S. Use of information technology in medication reconciliation: a scoping review. *Ann Pharmacother.* mai 2010;44(5):885-97.
69. STOPP/START version 2 informatisée [Internet]. [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <http://stopstart.free.fr/>
70. MedStopper [Internet]. [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <https://medstopper.com/>
71. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd; 2011. (Baromètres santé).
72. Provost É. Avis et ressentis des patients sur la proposition d'une consultation dédiée à la prévention pratiquée par le médecin généraliste: une étude qualitative.

6. Annexes:

Guide d'entretien:

A. Présentation et explication de l'objectif de la thèse.

L'objectif principal de la thèse va être d'essayer de voir le point de vue que peuvent avoir différents médecins généralistes dans le nord quant à la révision d'ordonnance. Savoir votre point de vue initial sur la réalisation de cet acte, ce qui vous freine ou au contraire vous pousse à entreprendre une consultation de gestion d'ordonnance et enfin ce qui pourrait selon vous favoriser une telle pratique.

B. Questionnaire pour l'entretien :

- 1. Pour vous, qu'est-ce que la réévaluation d'ordonnance ?**
- 2. Quelles occasions ou évènements de la vie du patient pourraient vous pousser à vous lancer dans une réévaluation complète et systématisée de l'ordonnance d'un patient?**
- 3. Pour vous dans l'idéal comment devrait se dérouler la révision d'une ordonnance chez le patient gériatrique? Quel serait votre point de vue quant à la réalisation d'une consultation dédiée uniquement à la réévaluation complète de l'ordonnance?**
- 4. Quels outils ou méthodes utilisez-vous pour réévaluer les prescriptions chez le patient de plus de 65 ans?**
- 5. Quels sont les facteurs/outils qui ont facilité la modification de votre propre pratique?**
- 6. Quels sont les freins/ les choses qui vous viennent à l'esprit quand on évoque la modification de l'ordonnance d'un patient ou la réalisation d'une consultation particulière de réévaluation des traitements?**
- 7. Comment estimez-vous le ressenti des patients lors de la modification d'une ordonnance « habituelle » ? Cet a priori sur le ressenti du patient vous a-t-il déjà fait modifier votre comportement de prescripteur?**
- 8. Comment estimez-vous votre niveau de formation quant à la gestion des ordonnances gériatriques? Quel serait l'intérêt de proposer une formation spécifique dans la gestion d'ordonnance du patient gériatrique?**
- 9. Comment devrait être rémunérée une telle consultation?**

AUTEUR: Nom : CAUDRELIER

Prénom : Guillaume

Date de soutenance : 28/09/2023

Titre de la thèse : Ressenti des médecins généralistes du nord par rapport à la réalisation d'une consultation dédiée de gestion de l'ordonnance gériatrique.

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Gériatrie, Médecin généraliste, médecine générale, gestion d'ordonnance, consultation dédiée, traitements, médicaments.

Résumé :

Objectif : Repérer les facteurs déterminants dans la réalisation d'une consultation dédiée à la gestion de l'ordonnance chez le patient gériatrique.

Méthode : Enquête qualitative avec réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes dans le Nord. Le recueil de données a été effectué auprès de 10 médecins recrutés par effet boule de neige. Les données ont ensuite été analysées par deux chercheurs à l'aide du logiciel NVIVO.

Résultats : L'analyse des données a mis en évidence des déterminants liés au médecin, au patient et à l'environnement médical. L'ensemble des données a été traduit sous la forme d'une carte heuristique.

Conclusion : Les résultats, comparés aux données retrouvées dans la littérature, ont mis en évidence de multiples facteurs favorisant ou freinant la réalisation d'une consultation dédiée à la gestion de l'ordonnance. Ces données pourront permettre par la suite la réalisation de travaux quantitatifs, mais aussi le développement de pistes qui pourront permettre l'amélioration de la prise en charge des patients gériatriques en médecine générale.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thibaut DESCAMPS

