

DUPRAT LAURA DEL ROCÍO

SOIGNER LES PERSONNES ÂGÉES

***Pour une sociologie de la prescription
médicale***

Thèse dirigée par: Jean-Paul Gaudillière et Boris Hauray

Date de soutenance : le 10 février 2021

Rapporteurs 1 Michel Castra, Professeur de sociologie, Université de Lille
2 Patrick Castel, Chargé de recherche FNRS, Centre de sociologie des
organisations (CSO)

Jury 1 Catherine Le Galès, Directrice de recherche, Inserm (Président du jury)
2 Anne Vega, Chercheur contractuel, Université Paris Nanterre (Examinatrice)

ÉPIGRAPHE

« The sociological imagination, I remind you, in considerable part consists of the capacity to shift from one perspective to another, and in the process to build up an adequate view of a total society and of its components »

(C. Wright Mills, *The Sociological Imagination*, Oxford University Press, 1959)

Résumé et Mots clés :

Résumé : *Comment prescrivent les médecins quand ils ont à s'occuper de personnes âgées polypathologiques et comment se confrontent-ils au problème de la polyprescription ? Cette thèse entreprend de répondre à ces questions en prenant pour cible les pratiques de prescription des médecins à partir de l'articulation de trois enquêtes de terrain, menées en cabinet de ville de médecine générale, dans des services de gériatrie à l'hôpital et au sein d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette recherche s'appuie sur plusieurs types de sources : des observations pendant plusieurs semaines de consultations médicales et de pratiques paramédicales autour du médicament et de la prescription, une trentaine d'entretiens auprès de médecins et professionnels paramédicaux, et des sources écrites (revues spécialisées, revue de presse, documents et rapports publics sur la thématique « vieillesse et médicaments »).*

Cette thèse a deux ambitions : il s'agit d'une part de développer une analyse de sciences sociales du problème de la polyprescription, jusqu'à présent regardée essentiellement à travers un prisme médical et sanitaire ; il s'agit d'autre part, et plus largement, de développer une sociologie des pratiques médicales à destination des personnes âgées.

Le suivi du travail de problématisation d'acteurs clés sur cette question nous permet tout d'abord d'éclairer les modalités d'émergence et de transformation du problème de la polyprescription. Notre thèse rend compte du passage du problème d'une sphère spécialisée vers la sphère étatique et de ses conséquences, notamment la constitution d'un discours centré sur le nombre de médicaments qui prend peu en compte les pratiques des médecins. Elle s'efforce surtout d'analyser les décisions des médecins de prescrire et déprescrire des médicaments, en mettant en lumière l'articulation de trois dimensions : la profession médicale et ses régulations, la production et la circulation des savoirs, et les institutions et l'organisation du soin. En cabinet de ville, si les médecins généralistes mettent en œuvre des logiques intuitives d'appréhension globale des patients âgés pour faire face à la complexité de leurs cas, des manières différentes de prescrire et de gérer les ordonnances se structurent en fonction à la fois des situations d'interaction individuelle et du rapport qu'ils ont à leur métier, aux autres professionnels et aux médicaments. La prégnance des incertitudes sur les savoirs médicaux et pharmacologiques dans la pratique des gériatres œuvrant en milieu hospitalier a pour conséquence un éclatement des positionnements concernant l'utilité et l'usage des médicaments. Dans ce secteur, l'intervention sur l'ordonnance reste souvent à la marge de priorités, et d'un impératif de coordination professionnelle pour répondre aux enjeux posés par le problème de polyprescription. En Ehpad enfin, la pratique de prescription du médecin est structurée par une organisation des soins où les infirmières possèdent les savoirs sur l'état global des patients et leur rapport aux médicaments. Ces savoirs sont

ainsi à la source de logiques de coopération entre ces acteurs qui rendent possible le travail du médecin mais concourent à entretenir un problème de pharmaceuticalisation. La thèse permet ainsi souligner que les difficultés de prescrire et déprescrire ainsi que de répondre au problème de la polyprescription des personnes âgées tiennent avant tout à la complexité des cas cliniques et à la spécificité de situations auxquelles chaque secteur de soin étudié fait face.

Mots clés : *sociologie, prescription, médicaments, polyprescription, personnes âgées, soins, médecine générale, EHPAD, gériatrie, médicalisation, pharmaceuticalisation.*

Abstract and Keywords :

Abstract : *How do doctors prescribe in older adults with multiple pathologies, and how do they deal with the problem of polypharmacy? This thesis sets out to answer this question by targeting the prescribing practices of physicians based on the articulation of three field surveys: in general practice, in geriatric consultations on hospital structures, and in a nursing home. The research is based on several types of sources : observations over several weeks of medical consultations and paramedical practices around drugs and prescriptions, around thirty interviews with doctors and paramedical professionals, and written sources (specialized journals, press reviews, documents and public reports on the topic, “old age and drugs”).*

This thesis has two ambitions : on the one hand, it is to develop a social science analysis of the problem of polyprescription, until now seen mainly through a medical and health prism; On the other hand, and more broadly, it is a question of developing a sociology of medical practices for the elderly.

The monitoring of the problematization work of key players on this issue allows us first of all to shed light on the methods of emergence and transformation of the problem of polyprescription. The thesis shows, through the passage of the problem from a specialized sphere to the state sphere, the constitution of a discourse centered on the number of drugs which takes little account of the practices of doctors. She mainly tries to analyze the decisions of physicians to prescribe and deprescribe drugs, by highlighting the articulation of three dimensions : the medical profession and its regulations, the production and circulation of knowledge, and the institutions and of the organization of care. In town offices, if general practitioners use intuitive logic of global understanding of elderly patients to cope with the complexity of their cases, different ways of prescribing and managing prescriptions are structured according to both situations of individual interaction and the relationship they have to their profession, to other professionals and to medicines. The prevalence of uncertainties about medical and pharmacological knowledge in the practice of geriatricians working in hospitals has resulted in an explosion of positions concerning the usefulness and use of drugs. In this sector, prescription intervention often remains on the fringes of priorities, and a need for professional coordination to meet the challenges posed by the problem of polyprescribing. In nursing homes, the doctor’s prescribing practice is structured by an organization of care where nurses have knowledge of the overall condition of patients and their relationship to medication. This knowledge is thus the source of logic of cooperation between these actors who do the work of the doctor possible but contribute to maintaining a pharmaceuticalization problem. The thesis thus makes it possible to realize that the difficulties of prescribing and deprescribing as well as responding to the problem of polyprescription in older adults

derive above all from the complexity of clinical cases and the specific nature of the situations to which each sector of care studied faces.

Keywords : *sociology, prescription, drugs, polypharmacy, older adults, care, general medicine, nursing home, geriatrics, medicalization, pharmaceuticalization.*

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier infiniment Boris Hauray et Jean-Paul Gaudillière pour avoir accepté la codirection de cette thèse, pour m'avoir régulièrement aidé à dépasser les difficultés théoriques et pratiques, pour leur patience dans la relecture de mes manuscrits, pour leur lecture critique et pointue grâce à laquelle j'ai pu faire évoluer mes analyses et mes hypothèses. Leur accompagnement tout au long de mon travail, leur confiance, leurs conseils et leur franchise m'ont énormément apporté.

Je remercie énormément Catherine Le Galès, Géraldine Bloy et Patrick Castel qui m'ont apporté de nombreuses pistes d'amélioration et d'approfondissement dans ma recherche et qui ont profondément enrichi ce travail.

Je remercie également tout particulièrement Michel Castra, Anne Vega, Catherine Le Galès et Patrick Castel qui ont accepté de faire partie de mon jury. Peut-être noteront-ils à la lecture de ce travail que le français n'est pas ma langue maternelle, si c'est le cas je les prie par avance de bien vouloir m'en excuser.

L'EHESS, à travers le contrat doctoral (2015-2018) a rendu possible la réalisation de cette thèse. Le laboratoire Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3) associé à sa réalisation a constitué un soutien important, en tant que lieu de travail, lieu de formation, lieu d'échange avec des chercheurs de plusieurs disciplines et lieu de socialisation des doctorants. Je remercie particulièrement les doctorants et chercheurs qui m'ont accompagnée et soutenue moralement tout au long de mon parcours, en particulier Vincent Schlegel, Joséphine Eberhart et Lucile Ruault, qui ont été des relecteurs attentifs de mes tout premiers manuscrits.

Je remercie vivement les enquêtés et les établissements d'accueils (anonymisés dans ce texte) qui ont participé à cette recherche et l'ont rendue possible en m'ouvrant leurs portes. Cette thèse doit tout aux différents médecins en exercice ou retraités, aux infirmières et aux aides-soignants qui ont accepté de répondre à mes questions et qui m'ont permis d'observer leur travail, ainsi qu'aux personnes vivant en Ehpad qui m'ont permis de les interroger et d'observer leur vie pendant plusieurs semaines ; aux patients et membres de leur famille qui m'ont permis d'observer leurs consultations dans les services de gériatrie. Je remercie spécialement les médecins qui ont rendu possible mon entrée sur le terrain, qui ont manifesté leur intérêt pour mon travail en me faisant partager leurs avis et leurs contacts, qui m'ont ouvert leur lieu de travail et parfois leur intimité en m'accueillant chez eux avec une grande confiance : Alain Siary, Jérôme Lurcel, Sandrine Delpierre, Simon Menendez, et Bruno Toussaint, je leur suis profondément reconnaissante.

J'exprime finalement un grand merci à Adrien, qui compte tellement pour moi, qui a soutenu mon engagement en thèse pendant les cinq ans de travail. C'est grâce à ses relectures, ses corrections et nos échanges intellectuels quotidiens que ce texte arrive à son but.

Acronymes :

Afssaps : Agence Française de Sécurité Sanitaire

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ASMR : Amélioration de Service Médical Rendu

AVK : Anti Vitamines K

BZD : Benzodiazépine

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés

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

EBM : Evidence-Based Medicine

Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIM : Effets Indésirables de médicaments

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HTA : Hypertension Artérielle

IACHe : Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

MCo : Médecin coordonnateur d'Ehpad

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

SMR : Service Médical Rendu

Table des matières

Résumé et Mots clés :	5
Abstract and Keywords :	7
Remerciements :	9
Acronymes :	11
Table des matières	13
Liste des graphiques et tableaux	17
Liste des encadrés	19
INTRODUCTION	21
I. Dépasser la vision normative et sanitaire du problème de la polyprescription	24
II. Aborder la polyprescription à partir des sciences sociales	27
III. Problématique : Comment prescrivent les médecins auprès des personnes âgées ayant de multiples pathologies et comment se confrontent-ils au problème de la polyprescription dans différents contextes de leur pratique ?	48
IV. Les études sociologiques nous permettant de réfléchir aux pratiques de prescription médicamenteuse pour les personnes âgées	51
V. Logiques d'exposition de la thèse et enquête :	64
1ÈRE PARTIE. – L'EXISTENCE D'UN DISCOURS PUBLIC SUR LA POLYPRESCRIPTION 74	
CHAPITRE I. La création du problème de la polymédication	79
1. La constitution du problème dans la sphère professionnelle : une conjonction de savoirs médicaux, épidémiologiques, pharmacologiques et de santé publique	81
1.1. La vieillesse comme objet de traitement et de recherches : la légitimation d'un domaine d'intervention gériatrique	82
1.2. L'apport de l'épidémiologie dans la construction de chiffres et dans la création du terme « polymédication » pour nommer le problème	91
1.3. L'ordonnance des personnes âgées au centre des recherches en santé publique	102
2. Reconnaissance et changement de composants du problème dans la sphère administrative et institutionnelle : « limiter la polymédication »	108
2.1. Les manières « étatiques » de réfléchir à la montée de la prescription pharmaceutique en France	109
2.2. L'identification d'un problème de surprescription médicamenteuse pour les personnes âgées et les premières tentatives pour y répondre dans les années 1990	113
2.3. La Polymédication dans l'agenda public des années 2000 : une reconnaissance institutionnelle plus marquée et des actions qui ne résolvent pas le problème	122
2.4. Polymédication et organisation du soin à partir de 2010 : une réflexion sur des leviers d'action plus ambitieux qui ne se traduit pas dans les faits	144
3. Le problème dans la sphère médiatique : une visibilité sporadique	154

3.1.	La presse <i>Sud-Ouest</i> comme acteur et comme outil d'interprétation du problème.....	154
3.2.	Une montée du problème des prescriptions médicamenteuses dans la presse : une attention donnée aux acteurs scientifiques et professionnels	158
3.3.	Un recentrage des publications sur les réponses apportées au problème : un appel à la responsabilisation des patients	165
3.4.	Un infléchissement dans la visibilité du problème : l'information en direction des patients au sein du « parcours de soins ».....	170
	Conclusion :	174
2^{ÈME} PARTIE. – LA MÉDECINE GÉNÉRALE ET LA « POLYPRESCRIPTION »		177
CHAPITRE II. L'exercice de la médecine générale avec les patients âgés et ses spécificités		181
1.	Les difficultés générales dans l'exercice de la médecine générale	182
1.1.	Des difficultés que les médecins généralistes affrontent dans la pratique : complexité des cas et incertitudes.....	182
1.2.	Des « patients à problème » aux « situations à problème »	183
1.3.	Des patients difficiles à « manipuler avec soin »	192
2.	L'intuition du « bon état » et de la « fragilité » : des logiques de prise en charge des patients âgés.....	198
2.1.	Des catégories globales et intuitives pour soigner les patients âgés	199
2.2.	La « fragilité » : <i>évaluer la capacité du patient âgé à supporter les effets des médicaments</i>	201
2.3.	Le « bon état » : <i>une évaluation de l'équilibre global qui permet encore d'agir malgré les incertitudes</i>	204
3.	Des manières de prescrire adaptées à la spécificité des cas cliniques.....	207
3.1.	De l'effort de catégorisation à la prise en charge de cas concrets.....	207
3.2.	Les logiques de prescription dans le cadre de « situations non problématiques »	207
3.3.	Les logiques de prescription dans le cadre de « situations problématiques »	211
	Conclusion :	216
CHAPITRE III. Céder ou prendre en main les ordonnances multiples des personnes âgées ...		219
1.	Le « rapport à soi » : médecine techniciste <i>versus</i> médecine humaniste	225
1.1.	<i>Le pôle délégatif : une médecine techniciste orientée vers la résolution des incertitudes</i>	225
1.2.	<i>Le pôle non-délégatif : une médecine qui assume l'incertitude et centrée sur l'humain</i>	229
2.	Le « rapport aux autres » : coopérer avec les spécialistes <i>versus</i> coopérer entre pairs	234
2.1.	<i>Le pôle délégatif : une coopération au service de différents intervenants</i>	234
2.2.	<i>Le pôle non-délégatif : une coopération au service d'un renforcement du métier généraliste</i>	240
3.	Le « rapport au médicament » : sous-estimer les effets indésirables <i>versus</i> agir en raison des effets indésirables	247
3.1.	<i>Le pôle délégatif : un soutien de l'innovation pharmaceutique</i>	247
3.2.	<i>Le pôle non-délégatif : une critique de l'innovation pharmaceutique</i>	252
4.	Territoire d'exercice : les conditions favorables à une gestion non-délégative de l'ordonnance	262
-	<i>Des territoires aux trajectoires</i>	266

Conclusion :	267
3^{ÈME} PARTIE. – LE SAVOIR-FAIRE GÉRIATRIQUE ET LA « POLYPRESCRIPTION ».....	269
CHAPITRE IV. La pharmaceuticalisation d'Alzheimer : une victoire à la Pyrrhus pour la gériatrie	273
1. Travail et rôle des gériatres assurant des consultations ambulatoires encadrées par l'hôpital.....	274
1.1. Terrain d'enquête : gériatres assurant des consultations de suivi et responsable de l'HDJ	274
1.2. Les idéaux de la prise en charge gériatrique : la définition d'un « éthos » commun	280
2. La gériatrie et le médicament.....	284
2.1. Alzheimer comme élément de fragilité du projet de « médicalisation hybride » de la gériatrie	285
2.2. La gériatrie face aux controverses sur les médicaments anti-Alzheimer	291
Conclusion :	298
CHAPITRE V. La gériatrie face aux savoirs sur la vieillesse et les médicaments - Un éclatement des visions et des pratiques	301
1. Une différenciation de positionnements sur les médicaments anti-Alzheimer	302
1.1. « Cela vaut la peine d'essayer » : une croyance forte dans les médicaments anti-Alzheimer.....	303
1.2. « Cela ne sert à rien », mais « c'est difficile de déprescrire » : des gériatres pris en étau entre les prescripteurs et la famille.....	308
1.3. « Ne jamais prescrire, mais ne jamais déprescrire » : une vision par défaut.....	312
2. La pratique de prescription dans le cadre de la prise en charge gériatrique : une intervention indirecte sur l'ordonnance	313
2.1. L'expertise gériatrique : les conceptions de la « révision d'ordonnance ».....	314
2.2. Logiques de mise en œuvre de l'expertise pharmacologique par les gériatres	315
2.3. Une tendance à agir sur les « coups sûrs » : contourner la difficulté à être reconnu.....	324
3. L'organisation des soins autour de l'ordonnance : une réponse aux problèmes de la prise en charge	331
3.1. Savoirs sur la vieillesse, position à l'hôpital et exercice salarié : des points forts pour agir en contrepoint à des spécialités concurrentes	331
3.2. Identification, sélection et orientation de la pratique des professionnels centraux pour le suivi du patient	334
Conclusion	339
4^{ÈME} PARTIE. – L'ORGANISATION DE LA PRESCRIPTION EN EHPAD.....	341
CHAPITRE VI. La production organisationnelle de la pharmaceuticalisation en Ehpad.....	345
1. Conditions de prescription et production de la surprescription dans le contexte de l'Ehpad	346
1.1. L'organisation du travail du personnel soignant autour du médicament	346
1.2. Le contexte de la prescription médicamenteuse en Ehpad.....	356
1.3. Le rôle des infirmières dans le processus de prescription	365
1.4. Les effets de l'organisation sur le modèle de prescription :.....	376
2. Contrôler la pharmaceuticalisation	379

2.1. La faiblesse des acteurs qui pourraient remettre en cause la surprescription.....	379
2.2. Un dispositif « d'encadrement des ordonnances » mis en place par le MCo	382
Conclusion :	397
Conclusion générale.....	399
Sources primaires scientifiques, professionnelles, administratives et institutionnelles	409
- Littérature scientifique et spécialisée sur les pathologies, la consommation et/ou la prescription médicamenteuse des personnes âgées.....	409
- Documents, rapports publics, lois, circulaires	413
- Sélection d'articles du quotidien <i>Sud-Ouest</i>	421
Bibliographie Générale.....	423
Annexes :	453
Annexe n° I. – Matériaux et instruments	453
Annexe n° II. – Questions d'éthique de la recherche.....	457
Annexe n° III. – Revue de presse.....	458
Annexe n° IV. – Thèmes relatifs à la santé des personnes âgées dans la Loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004.....	461
Annexe n° V. – Recommandations et références sur la « polyprescription »	462
Annexe n° VI. – Extrait de consultation de suivi gériatrique	463
Annexe n° VII. – Présentation de l'Ehpad étudié : caractéristiques propres et comparaisons avec d'autres Ehpad	466

Liste des graphiques et tableaux

Graphique 1 : Progression de la consommation de médicaments en volume [DREES, 2019]	42
Graphique 2 : Travail de problématisation dans une sphère professionnelle [Consultation de la littérature médicale et scientifique].....	82
Graphique 3 : Capture de carte interactive de structures de recherche Inserm à Bordeaux [Site web Inserm, Nouvelle Aquitaine]	93
Graphique 4 : Séance de FMC sur la "polymédication du sujet âgé" [DREES, 2014].....	153
Graphique 5 : Travail de problématisation dans des sphères spécialisées et publiques [Consultation de la bibliographie médical, scientifique et du quotidien Sud-Ouest]	173
Graphique 6 : Consultations dans la filière gériatrique [Terrain d'observation]	279
Graphique 7 : Profil individualisé - Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]	349
<i>Graphique 8 : Répartition des prescriptions dans un Ehpad de Val-de-Marne [Document de terrain]</i>	<i>392</i>
Graphique 9 : Caractéristiques de la population résidant dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]	471
Graphique 10 : Données d'activité de l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]	472
Graphique 11 : Les 10 classes thérapeutiques les plus remboursées pour les résidents de l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016].....	473
Graphique 12 : Part de résidents ayant plus de 10 lignes de prescription dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]	474
Graphique 13 : Part de résidents ayant plus de 2 psychotropes différents dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie 2016]	475
Graphique 14 : Part de résidents sous traitement de BDZ hypnotiques dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]	476
Graphique 15 : Part de résidents sous BDZ anxiolytiques dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]	477
Graphique 16 : Part de patients "Alzheimer" ou maladies apparentées traités par neuroleptiques dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]	478
 Tableau 1: Dimensions de la pratique de prescription [hypothèses de travail]	 224
Tableau 2: Révision d'une ordonnance au sein d'un Ehpad du Val-de-Marne [observation de terrain]	389
Tableau 3 : Nombre de prescriptions par classe dans un Ehpad du Val-de-Marne [Document de terrain]	392
Tableau 4: Liste de professionnels interrogés [Annexe I. Matériaux et instruments].....	454
Tableau 5 : Objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 concernant la prescription pour les personnes âgées [HCSP, 2010]	461

Liste des encadrés

Encadré 1 : Équipes de recherche épidémiologique au sein de l'Université de Bordeaux [Consultation du site web : histoire.inserm.fr]	94
Encadré 2 : Exemple de cas clinique [CNAMTS, 2006a].....	138
Encadré 3 : Revue de presse [Méthode et résultats]	156
Encadré 4 : Coupure d'un journal [Sud-Ouest, 1992]	161
Encadré 5 : Grille d'entretiens [Annexe I. Matériaux et instruments].....	455
Encadré 6 : Carnet d'observation [Annexe I. Matériaux et instruments].....	456
Encadré 7 : "Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans" [ANDEM, 1995].	462

INTRODUCTION

« Moi j'ai un patient qui vient me voir depuis le fin fond de l'Essonne, il a 23 médicaments. Après il faut multiplier par le nombre de prises. Je ne sais pas combien de grammes de médicaments il mange par jour... Ça fait 4 ans que je le connais. Il est venu la première fois avec une ordonnance un peu plus lourde que j'ai fait diminuer. Enfin, je l'ai fait hospitaliser la première fois qu'il est venu me voir, c'était à Gennevilliers. Je l'ai fait hospitaliser parce qu'il avait des douleurs liées à son diabète de manière très importante donc je l'ai fait hospitaliser en diabétologie chez lui. Avec le diabétologue on avait vu ensemble son ordonnance au moment de la sortie et depuis... c'était le minimum qu'on pouvait faire pour lui. Il a du diabète, de l'asthme de l'arthrose très importante et des troubles du rythme au niveau cardiaque et à chaque fois c'est des maladies fortes chez lui. Donc pour le diabète il a de l'insuline et des antidiabétiques, pour l'asthme il a 3 ou 4 sprays à se faire pour contrôler l'asthme, pour la douleur il a de la morphine en poudre, etc. et un médicament pour les douleurs neuropathiques, etc., et il a un traitement avec deux médicaments contre les troubles du rythme plus tout ce qui est médicaments pour la tension, insuffisance cardiaque, etc. qui vient avec. Donc, il n'y a rien à lui arrêter, si on lui arrête un truc il décompense tout le reste. Je me dis il mourra d'avoir trop pris de médicaments, mais en effet il est trop malade pour s'en préoccuper (sourires). Il faudrait qu'on arrête de dire qu'il faut arrêter quoi ! Enfin, je trouve que ce n'est pas très utile comme message de dire qu'il faut arrêter de trop prescrire quand on ne peut pas arrêter de trop prescrire. Je ne veux pas critiquer mes collègues gériatres, mais quand je compare les ordonnances des patients qui se font hospitaliser en gériatrie notamment, avant et après hospitalisation ils ont plus de médicaments à la sortie d'hospitalisation qu'avant, donc je les trouve assez mal placés pour dire qu'il faut arrêter de trop prescrire, parce qu'eux-mêmes n'y arrivent pas. Ce n'est pas une question qu'ils ne savent pas... c'est juste qu'ils n'arrivent pas parce que voilà, on a des patients qui sont polypathologiques et les polypathologies correspondent à une polyprescription, on peut le dire comme ça. Mon patient il a 5 pathologies en même temps et 4 pages d'ordonnances, et j'ai déjà fait le tour de son ordonnance avec lui et il n'y a rien à lui arrêter, le seul truc qu'on pourrait lui arrêter ce sont ses injections à intracaverneuse, c'est tout... Peut-être qu'au final, il n'a jamais dit à aucun médecin, mais il prend un comprimé sur deux, et que peut-être il va bien parce qu'il prend un comprimé sur deux, et que s'il en prenait tous il irait mal ! » [Dr Louis MG, H-32].

Dans son cabinet à Saint Denis, le Dr Louis se rappelle la première fois où il a vu son patient et la complexité de son cas. Son ordonnance était alors une longue liste de « marchandises pas comme les autres »¹, construite par plusieurs médecins. Il a dû s'organiser avec eux pour revoir cette ordonnance, mais il a privilégié la relation avec certain d'entre eux prêts à coopérer. Généraliste, il a également pris en compte l'avis de son patient. Il dit avoir fait un travail de diminution du nombre de médicaments sur son ordonnance. Ce n'est pas chose facile que de maintenir ou de déprescrire des médicaments instaurés par d'autres intervenants lorsqu'il s'agit d'améliorer ou de maintenir la situation du patient. Avant même que nous n'entrions dans son cabinet, le Dr Louis est déjà conscient de l'existence d'un problème de polyprescription et, d'une certaine manière, il veut aussi nous faire savoir qu'il conteste, au moins en partie, ce « problème ». Il refuse de suivre la consigne des autorités sanitaires d'arrêter de

¹ Nous reprenons la formulation « une marchandise pas comme les autres » de Jean-Paul Gaudillière pour définir ce qu'est le médicament et qui donne titre à un chapitre publié dans Bonah C. et Rasmussen A. (dir.), *Histoire et médicament au XIX^e et XX^e siècles*, Éditions Glyphe, Paris, pp. 115-158.

trop prescrire parce que le nombre de médicaments ce n'est pas son problème. Il sait à quoi ces médicaments correspondent, il croit que la situation du patient l'exige, même s'il avoue ignorer leurs effets réels, ce que font les molécules entre-elles, même s'il ignore finalement si le patient les prend réellement.

Cette anecdote donne à voir tous les enjeux liés à la polyprescription, ce qu'elle implique pour les professionnels, la richesse et les contradictions de la notion même de polyprescription ainsi que les difficultés à rendre ce problème légitime. Elle illustre tout particulièrement l'imbrication de trois enjeux qui sont toujours présents dans la pratique de prescription à l'attention des personnes âgées ayant de multiples pathologies, à savoir des enjeux professionnels liés à la spécificité de la médecine générale ; des enjeux liés aux incertitudes sur les savoirs médicaux et pharmacologiques ; et des enjeux liés à l'organisation du travail du médecin généraliste vis-à-vis d'autres intervenants. Ces trois enjeux — « segment professionnel », « savoirs » et « organisation » — co-constitutifs de la pratique de prescription correspondent à trois dimensions révélatrices de la prise en charge des personnes âgées.

La prise en charge des personnes âgées est caractérisée par la multiplicité de prescriptions médicamenteuses. Les données de l'Assurance maladie montrent que 30 % à 40 % des personnes âgées de 75 ans ou plus prennent au moins 10 médicaments différents par jour (Le Cossec, 2015). La pratique de prescription, symbole de l'autonomie de la profession médicale (Britten, 2001 ; Greene et Siegel Watkins, 2012 ; Le Bodic et Hardy, 2012) est remise en question par différents acteurs de la sphère publique. Pour les autorités sanitaires « Mieux prescrire chez les personnes âgées » est un enjeu de santé publique (Legrain 2005 ; 2007 ; HAS, 2011). En 2013, la polyprescription comme forme de « soins » qui s'impose dans la prise en charge des personnes âgées a été qualifiée de « gavage » dans la presse grand public². Au vu de ce problème, en 2015 l'association de consommateurs *UFC-Que Choisir* a demandé aux pouvoirs publics que la « déprescription » soit incluse dans les critères de la rémunération à la performance des médecins³. La consigne lancée par les autorités sanitaires dans les années 2000 est revendiquée aujourd'hui par des représentants de patients et d'usagers du système de santé (France Assos Santé, 2019).

Depuis une vingtaine d'années, le discours sur la polyprescription des personnes âgées a eu une présence diffuse, mais continue dans la sphère publique. Épidémiologistes, pharmacologistes, médecins, chercheurs de santé publique et autorités publiques attestent de l'existence du problème en mobilisant des chiffres sur le volume global des prescriptions qui mettent en question le comportement

² *Libération*, « Médicaments, la vieillesse en pleine overdose ». Par Eric Favereau, publié le 16 septembre 2013 ; www.liberation.fr

³ *UFC-Que Choisir*, « Médicaments. Halte à l'overdose chez les personnes âgées », 28 janvier 2015 ; www.quechoisir.org

de « polyprescription » des médecins. Les chercheurs de santé publique ayant analysé les enquêtes nationales sur la consommation de médicaments à prescription obligatoire pour les personnes âgées de 65 ans et plus⁴ constatent que cette consommation se caractérise par une « *polymédication* », c'est-à-dire par un cumul de médicaments prescrits. La « *polypathologie* » qui caractérise la morbidité de cette sous-population a été avancée comme l'un des facteurs explicatifs du phénomène. Le problème que pose cette polymédication est celui des effets indésirables des médicaments. Les réseaux des Centres régionaux de pharmacovigilance estiment que ces effets sont à l'origine de 10 % des hospitalisations des personnes âgées de 65 ans et plus, et de 20 % pour les octogénaires⁵. La prescription des médecins libéraux a été identifiée par ces acteurs comme l'un des facteurs déterminants. 91 % des consultations de médecins généralistes réalisées auprès des personnes âgées de 65 ans et plus sont suivies d'une ordonnance qui comporte en moyenne plus de 3 lignes de prescription et 8 boîtes de médicaments (Auvray et Sermet, 2002). Sans mettre en question son lien avec les « polypathologies », des chercheurs en santé publique ont décrit les facteurs non médicaux déterminant la polyprescription. Ces déterminants sont principalement l'organisation du système de santé et des remboursements, l'organisation du travail du médecin généraliste, la demande des patients, le prolongement de la prescription initiée par les spécialistes, le manque de formation en pharmacologie, l'existence de recommandations souvent contradictoires et inadaptées à la pratique, et l'industrie pharmaceutique (Clerc, 2009 ; Clerc et *al.*, 2010 ; Duffaud et Liébart, 2014 ; Darmon et *al.*, 2015). De leur côté, les autorités publiques constatent que l'organisation de la prise en charge des personnes âgées dans des structures médicalisées est l'une des dimensions du problème. Un rapport public souligne que si la consommation augmente avec l'âge, et diminue vers la fin de la vie, au-delà de 75 ans les personnes vivant en Ehpad consomment plus de molécules différentes que les personnes vivant chez elles (Verger, 2013). La prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées est ainsi devenue l'enjeu central du problème public de la polyprescription même si cette construction ne s'est pas traduite par des politiques publiques fortes. C'est l'existence de ce discours public sur la polyprescription des personnes âgées qui a motivé notre recherche de thèse et nous amène aujourd'hui à interroger les pratiques de prescription des médecins.

Si la question de la polyprescription a acquis une certaine visibilité publique, c'est que la pratique médicale auprès des personnes âgées révèle des enjeux qui pèsent fortement sur les professionnels de

⁴ Cette tranche d'âge est retenue dans les années 2000 aussi bien que dans des études récentes sur le sujet. Voir par exemple un article de l'IRDES montrant que la polymédication et l'usage de certains « médicaments potentiellement inappropriés » sont associés à la « fragilité » chez les personnes âgées de 75 ans et plus (Herr, Sirven et *al.*, 2018).

⁵ Cette estimation pour les personnes âgées a été réalisée à partir d'une étude menée par les centres régionaux de pharmacovigilance en 1997 chez des malades hospitalisés un jour donné (Doucet et *al.*, 1999). Il s'agit des données existantes les plus récentes. Aucune donnée de ce type n'existe encore en ville. Le rapport Verger (2013) indique qu'il s'agit essentiellement des médicaments cardiovasculaires « souvent jugés indispensables » et des psychotropes « dont la prescription n'est pas toujours appropriée ».

santé et sur l'organisation du système des soins. Selon la littérature en santé publique, la plus abondante sur ce problème, le vieillissement de la population, confronte les médecins de ville aux problèmes de gestion de patients ayant des « polypathologies » dont certaines évoluent au long cours. Cette prise en charge est en décalage avec leur formation médicale initiale (basée sur une médecine d'organes et la prise en charge de pathologies aiguës considérées séparément), et avec les modalités de leur exercice (consultations courtes et payées à l'acte) (Gouyon et Labarthe, 2006 ; Clerc et Le Breton, 2013). Les représentants des autorités sanitaires soulignent qu'en raison de ces polypathologies, de la polymédication et de l'implication de l'avancée en âge sur le fonctionnement des organes, les personnes âgées présentent plus souvent des effets indésirables de médicaments et sont donc sous-représentées dans les essais cliniques (Montastruc et Tillement, 2012). Peu formés en pharmacologie, les médecins font face aux incertitudes des connaissances sur les médicaments et à la difficulté de prescrire aux personnes âgées des médicaments qui n'ont pas fait la preuve de leur utilité dans cette sous-population (Queneau et Grandmottet, 1998). L'information que les médecins reçoivent et le financement des formations continues sont dominés par l'industrie pharmaceutique, qui vise principalement un objectif commercial d'expansion des prescriptions en décalage avec les objectifs des administrations sanitaires (IGAS, 2006a ; 2007). La littérature médicale souligne que la polymédication est le fait de prescripteurs multiples et peu coordonnés (Queneau, Doucet, Paille, 2007). Faire travailler les acteurs du système de soin ensemble est un problème récurrent pour les administrations qui organisent les soins, comme le souligne le rapport sur *La politique du médicament en EHPAD* (Verger, 2013). Le rapport *Système de santé et personnes âgées* du HCAAM (2018) met lui aussi en évidence que sur l'ensemble de services médico-sociaux (d'aides et de soins) à disposition des personnes âgées sur le territoire on observe une pluralité d'acteurs peu coordonnés (médecins traitants, spécialistes, pharmaciens, infirmières, aides-soignants...). En somme, le paysage actuel de la médecine des personnes âgées donne l'image d'une zone d'incertitude maximale de la biomédecine et le sentiment d'une accumulation de problèmes. Ces sont ces enjeux de la pratique médicale spécifique aux personnes âgées, de la relation problématique entre pathologie et polyprescription, que notre travail se propose d'explorer.

I. Dépasser la vision normative et sanitaire du problème de la polyprescription

Ce sont principalement les chercheurs de santé publique, les médecins et les pharmaciens qui se sont saisis du problème de la polyprescription des personnes âgées, en cherchant à comprendre ses déterminants et caractéristiques. Cette littérature soutient que la polyprescription des personnes âgées

est inévitable, mais qu'elle peut être améliorée, évitant notamment les risques iatrogéniques⁶ liés aux médicaments sans utilité thérapeutique ou à bénéfice-risque défavorable. Dans cette perspective normative, la plupart des études cherchent à démontrer à quel point la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées peut être optimisée ou maîtrisée et les effets indésirables réduits ou évités. Pour ce faire ces études partent des données de prescription, issues d'enquêtes originales ou de la base SNIIRAM⁷ de l'Assurance maladie, et les comparent avec les données de la littérature scientifique, notamment des listes de médicaments inappropriés ou inadaptés pour les personnes âgées établies par des consensus d'experts ou avec les signalements des effets dangereux des médicaments émanant des autorités sanitaires⁸. Plusieurs articles et thèses en médecine ou pharmacie ont ainsi cherché à déterminer le pourcentage ou la fréquence de prescription inappropriée dans les ordonnances des personnes âgées de 65 ans et plus en ville, en hôpital ou en Ehpad en utilisant ces critères de comparaison (Soissons, 2016 ; Coffinet, 2015 ; Hisbergues, 2008). La base SNIIRAM a été utilisée pour estimer la prescription sous-optimale dans la région Nord-Pas de Calais (Debfevre et Beuscart, 2014). La principale limite de ces travaux est de rapporter la pratique des médecins à une norme ou à un idéal de ce qui devrait être plutôt que d'essayer d'en comprendre les logiques. Comme le soulignent Philippe Urfalino, Emmanuelle Bonetti, Sébastien Dalgalarondo, Boris Hauray *et al.*, (2002) la comparaison à la norme limite la compréhension du problème, car elle amène à « *faire de l'idéal normatif, ce qui devrait être, un guide de la description et de la compréhension d'une activité* ». Pour comprendre les logiques de raisonnement des médecins, ces auteurs proposent de saisir l'action du médecin comme une pratique et non comme l'application d'un savoir.

Plus récemment, et sans dépasser cette limite, des médecins se sont également saisis du problème à partir d'études qualitatives, partant de la perspective du médecin ou du patient, afin de comprendre la difficulté de déprescription de médicaments « inutiles » du point de vue des autorités sanitaires ou « à bénéfice — risque défavorable » du point de vue de la littérature médicale. Deux thèses de médecine générale que nous avons repérées partent du constat que l'une des dimensions du problème est la difficulté à déprescrire les médicaments. Ils explorent les facteurs qui influencent la relation thérapeutique entre le médecin et le patient pour apporter des éléments de réponse. L'une des

⁶ Iatrogénie est un mot d'origine grec signifiant littéralement « provoqué par le médecin ». La iatrogénie médicamenteuse fait référence aux effets graves ou maladies provoquées par le médicament.

⁷ Le système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), vaste base de données médico-administrative créée en 1999, permet de tirer des informations sur la consommation des soins ainsi que de chiffres globaux de prescription parmi d'autres.

⁸ Nous reviendrons sur ces acteurs et ses productions dans le premier chapitre de cette thèse autour de la construction du problème public de la polyprescription. On se limitera ici à noter que les listes considérées comme des outils de dépistage ou d'alerte de prescriptions inappropriées ou sous-optimales pour les personnes âgées sont la liste Beers, la liste Laroche, la MAI et la liste de critères Stopp-Start.

explications avancées est le manque de compréhension de l'inutilité du médicament de la part des patients et un manque d'explication et d'éducation thérapeutique de la part du médecin (Guilluy, 2012). Dans le prolongement de ce travail, une autre thèse de médecine valide cette hypothèse, mais souligne que la difficulté principale rencontrée par les généralistes lorsqu'ils souhaitent revoir les ordonnances et arrêter des médicaments est le rapport avec leurs confrères spécialistes (Sivarasalingam, 2015)⁹. Ces études montrent à quel point les médecins réfléchissent aux difficultés de leurs pratiques et aux limites de leurs actions.

L'entrée par la polyprescription est un moyen pour nous d'approcher les pratiques des médecins. Le fait que cette question ait été jusqu'à présent regardée essentiellement à travers un prisme médical et sanitaire rend d'autant plus nécessaire et importante la mise en œuvre d'une approche de sciences sociales. Avant de présenter notre problématique et de montrer la façon dont nous allons saisir ce phénomène de polyprescription, il est donc nécessaire de nous interroger sur ses racines. L'idée est donc de construire et mieux délimiter notre objet en abordant la « polyprescription » comme un phénomène qui est produit socialement¹⁰. Nous soutenons que pour comprendre le monde dans lequel le phénomène que nous étudions a pris place il faut prendre en compte le monde de la vieillesse et le monde du médicament, sur lesquels nous avons déjà des connaissances. Premièrement, nous pouvons donc mobiliser les études de sciences politiques et de sociologie de la vieillesse qui ont cherché à comprendre les enjeux professionnels, les politiques publiques, ainsi que les conceptions de la vieillesse (Guillemard, 1980 ; Benoît-Lapierre, 1983 ; Frinault, 2005 ; Martin, 2015), afin de montrer d'une part l'émergence de professions qui vont s'occuper des personnes âgées (et notamment l'émergence des savoirs de la gériatrie), d'autre part la réorganisation des institutions de prise en charge pour personnes âgées, leurs spécificités et les conséquences de leur existence. Deuxièmement, nous pouvons mobiliser des outils de compréhension du rôle et du poids de l'industrie pharmaceutique dans l'environnement de la pratique médicale et sur la politique du médicament, apportés par des sociologues et historiens (Gaudillière et Thoms, 2015 ; Nouguez, 2017 ; Greene, 2007), afin de rendre compte des caractéristiques et origines des savoirs sur les médicaments que les médecins acquièrent et évaluer l'impact des instruments mobilisés par la pharmacie pour orienter leurs pratiques.

⁹ Cette thèse annexe dans son texte des lettres de cardiologues adressées aux médecins généralistes pour exprimer leur désaccord avec les médicaments à déprescrire une fois que les premiers leur envoient des extraits d'études de la revue *Prescrire* sur le « bénéfice — risque défavorable » des médicaments qu'ils prescrivent à leurs patients.

¹⁰ L'idée de « construction sociale » est implicite dans notre vision des sciences sociales. Elle suppose que si la « polyprescription » est plus facile à définir aujourd'hui, cela n'a pas toujours été le cas, puisque le comportement de « polyprescription » chez les personnes âgées n'est pas un fait inévitable ou naturel. Il s'agit donc de relever les fondements sociohistoriques de ce processus de construction. Cette réflexion s'inspire du travail de Ian Hacking (2001), *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, trad. franç., La Découverte.

D'autres outils de la sociologie de la santé, tels les termes de « médicalisation » et de « pharmaceuticalisation » peuvent aussi nous aider à interpréter le phénomène de polyprescription des personnes âgées. Dans quelle mesure peut-on appréhender la polyprescription comme la manifestation d'une médicalisation de la vieillesse entendue dans le sens d'une emprise du médical sur l'humain ou le social (Conrad, 2005 ; Collin et David, 2016) ? Comment comprendre ce processus sans le relier à une pharmaceuticalisation — qui amène à placer le médicament au centre de la stratégie thérapeutique (Abraham, 2010 ; 2011 ; Williams et *al.*, 2011) — ?

II. Aborder la polyprescription à partir des sciences sociales

Nous proposons ici d'analyser l'émergence des préoccupations concernant la polyprescription comme la conséquence de deux transformations sociales : d'un côté, l'insertion progressive des personnes âgées dans des dispositifs de prise en charge médicalisés, et de l'autre la montée progressive de la prescription pharmaceutique dans le cadre de leur prise en charge.

Nous verrons tout d'abord les changements survenus dans le monde de la vieillesse pendant les trente ans qui ont suivi les premières réflexions sociales, politiques et institutionnelles sur la vieillesse. Nous montrerons ensuite que les solutions apportées au problème des « vieillards » sortis des hôpitaux-hospices ont créé les conditions de production de nouvelles connaissances, de nouvelles politiques et ainsi d'une prise en charge médicale des personnes âgées. Nous verrons ensuite les changements survenus dans le monde du médicament, impulsés par le développement de l'offre de soin et la généralisation de nouveaux dispositifs de promotion des produits mis sur le marché par l'industrie pharmaceutique auprès des médecins. Nous montrerons ainsi que le développement de la protection sociale et de l'offre de soin est entré en résonance avec la stabilisation de nouveaux modèles de production, de commercialisation et de promotion de produits pharmaceutiques, pour créer les conditions favorables à la croissance de la prescription et de la consommation pharmaceutique au profit des personnes âgées.

II.I. Le monde de la vieillesse : une insertion progressive dans des dispositifs de prise en charge médicalisés

Le premier grand fondement du phénomène de polyprescription des personnes âgées est le processus social qui amène à l'entrée progressive des personnes âgées dans des dispositifs de prise en charge médicalisés. La période 1970-1990 est marquée par des changements dans la manière de penser, de nommer et de traiter la vieillesse. Avec la montée d'une réflexion sociale, politique et

institutionnelle de la vieillesse depuis les années 1960 s'instaure un type de médicalisation particulier. Son trait distinctif est qu'il mélange soins médicaux et soins au sens du *care* et du travail social. L'approche « médico-sociale » qui s'impose avec l'adoption d'une politique spécifique pour la vieillesse rend cette évolution irréductible à une simple emprise du médical sur un aspect essentiel de la condition humaine (Conrad, 2005 ; 2007) c'est en effet un type de médicalisation qui ne fait pas disparaître les dimensions sociales de la vie des personnes âgées et donc des interventions destinées à les aider. Puisque la fin des hospices signifie l'accélération du repérage des pathologies et des besoins en soins des personnes âgées, la réorganisation institutionnelle va être de nature hybride. L'un des éléments qui participent du processus de médicalisation, tel que nous l'entendons, est l'émergence d'une discipline gériatrique, c'est-à-dire l'apparition de groupes de médecins qui fondent leur intervention sur l'établissement de frontières entre le vieillissement normal et pathologique afin d'identifier les maladies des personnes âgées et leur cours spécifique. Mais cette discipline participe aussi du mouvement de soutien à plus d'investissements dans l'aide sociale et aux politiques de maintien à domicile : *« l'ambivalence entre une “sociologisation/politisation” de la médecine des personnes âgées et une médicalisation des problèmes sociaux de cette population existait dès le départ, inscrite dans l'histoire même de la sectorisation gérontologique, de son élaboration et de ses premières mises en œuvre »* (Benoît-Lapierre, 1983 : 162). Ce processus s'affirme dans les années 1980 lorsqu'apparaît la notion de « dépendance ». En théorie, l'idée forte est que le social prime sur le médical, mais en pratique, et ceci pour partie du fait des pathologies qui s'accumulent au cours du vieillissement, la notion de soin est principalement appréhendée à partir du prisme médical et les réponses proposées par les dispositifs de prise en charge disponibles sont centrées sur le médicament. Si les dimensions sociales de la vieillesse sont ainsi rendues peu visibles au sein des institutions du système de soins ou pour les économistes qui travaillent sur la protection sociale, il n'en est pas de même à domicile.

Il y a quatre éléments que nous allons déployer pour rendre compte de cette dynamique : 1 — la montée en puissance d'une problématisation de la vieillesse qui conduit à la réorganisation des structures d'accueil au profit d'une dominante médico-social ; 2— le recours au concept de dépendance pour révéler des besoins en soins accrus ; 3— les réponses élaborées au sein du système de soins et proposées par ses acteurs ; 4— la centralité nouvelle donnée, dans ce cadre, aux médicaments.

- *Une transformation sociale, politique et institutionnelle de la vieillesse et de sa prise en charge*

À partir de 1962, une politique sociale spécifique à la vieillesse est adoptée à l'issue des travaux de la *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse* présidée par Pierre Laroque. Souhaitant aborder le vieillissement comme un enjeu global, l'objectif de cette politique est l'intégration des personnes âgées dans leur milieu de vie, au lieu de les reléguer dans la filière traditionnelle de

l'assistance à la pauvreté. Cette politique est née dans un contexte économique, politique et social nouveau qui s'ouvre après la Seconde Guerre mondiale en France, communément appelé les *Trente Glorieuses*. Les personnes âgées deviennent une catégorie sociale spécifique de plus en plus identifiable grâce à l'extension du système de retraites¹¹ et aux études démographiques élaborées au sein de l'INED (Institut national d'études démographiques, créé en 1945). Par ailleurs, les réflexions sur la vieillesse en France puisent dans les débats internationaux sur l'allongement de la durée de vie et font appel aux recherches qui constatent un accroissement de maladies chroniques dans tous les pays développés (Gonthier, 2013).

Pour atteindre les objectifs du plan d'intégration, une succession de rapports¹² réaffirme la nécessité d'une action collective en faveur du maintien, le plus longtemps possible, des personnes âgées à leur domicile. L'idée était alors de leur éviter l'hôpital ou l'hébergement dans les maisons de retraite, les hospices ou les structures analogues. Le « troisième âge » avec l'entrée dans un « troisième temps » de la vie caractérisé par la possibilité de faire valoir ses droits à une retraite justement acquise, était la cible. Le modèle visait le développement de services et d'équipes à destination de cette population : services d'aide-ménagère pour favoriser le maintien à domicile, construction de résidences adaptées types logement-foyers, clubs, résidences de vacances, université du troisième âge, etc. L'idée du « troisième âge » s'appuyait sur une nouvelle représentation de la vieillesse en rupture avec la période précédente, qui en avait fait un synonyme de pauvreté et d'incapacité à travailler. Ce modèle se basait sur de nouveaux savoirs économiques, démographiques et médicaux. En effet, la Commission de 1962 réunissait autour de Pierre Larroque des spécialistes de la vieillesse parmi les plus renommés dans ces disciplines : François Bourlière du côté de la médecine (physiologiste, titulaire de la première chaire de gériatrie à la Faculté de médecine de Paris et directeur du Centre de gérontologie Claude Bernard), et Alfred Sauvy du côté de la démographie et de l'économie (Professeur au Collège de France et à la tête de l'INED). Selon Nicole Benoît-Lapierre (1983), ces hauts fonctionnaires « modernistes » entendaient rationaliser la société française, aménager le territoire comme les modes de vie, prendre en compte et gérer les catégories sociales marginales. Ils légitimaient le modèle tout en contribuant de manière spécifique à l'élaboration de la politique de la vieillesse¹³.

¹¹ Selon Anne-Marie Guillemard (1980), les changements qualitatifs introduits avec l'extension du système de retraites ont été la condition préalable à la construction d'une définition « unifiée » de la vieillesse.

¹² Le Rapport Laroque issu de la *Commission d'Étude des problèmes de la vieillesse* (1962) a constitué la première tentative publique pour définir une action sociale cohérente et spécifique en faveur de la population âgée. Les autres documents sont le Rapport Dupont-Fauville 1973, le Rapport Arreckx en 1979 et le Rapport Bianco-Lamy en 1981.

¹³ « les démographes appelaient l'attention sur le vieillissement de la France, les médecins hospitaliers insistaient sur les possibilités d'une médecine des vieillards et d'une prévention du vieillissement et dénonçaient l'hospice sous-médicalisé, les médico-politiques bannissaient également les hospices et les asiles pour préconiser des mesures médico-sociales de maintien à domicile et diffuser simultanément une nouvelle image d'une population âgée active et participante, libérée du carcan de la vieillesse grâce aux nouvelles règles activistes du bien vieillir qu'elle adopte, et que l'on désigne désormais sous le vocable de troisième âge » (Guillemard, 1986 : 165).

Or, le découpage du « troisième âge » à partir de l'accès à la retraite laissait dans l'ombre une masse de personnes âgées sans ressources, ayant des maladies graves et de lourds handicaps, accueillie dans les hospices et recevant exclusivement des soins infirmiers. L'existence de ce qui aurait pu devenir la base d'un « quatrième âge » et qui a rapidement été identifié à la « dépendance » a paradoxalement servi à mettre en valeur l'autonomie et la vitalité de l'âge qui le précédait (Caradec, 2008 ; Frinault, 2005 ; Guillemard, 1980). Ces qualificatifs traduisent la mise en place progressive d'une différenciation entre « vieillissement normal » et « vieillissement pathologique » à l'intérieur même de la vieillesse, effectuée par les disciplines sociales et tout particulièrement par la gériatrie naissante (Benoît-Lapierre, 1983)¹⁴. En s'appuyant sur cette différenciation, les médecins entendaient repérer les « affections de la vieillesse » inaugurant la possibilité d'une intervention pensée à partir d'une approche globale et humaniste.

Cette délimitation des « âges de la vieillesse » montre les limites de la « politique d'intégration ». Dans les années 1970, les hospices devaient disparaître et être substitués d'une part, par des équipements à dominante socioculturelle (clubs, foyers-restaurants, foyers-logements) assignés au « troisième âge » (établi à partir de 60 ans) et, d'autre part, par des maisons de santé et de cure médicale, territoire du « quatrième âge » (identifié autour de 80 ans) et d'une intervention presque exclusivement médicale (Guillemard, 1980). La loi du 30 juin 1975¹⁵ relative aux institutions sociales et médico-sociales annonçait la transformation des hospices en unités de soins ou en établissements publics destinés à l'hébergement des personnes âgées (Bigot et Rivard, 2015). Cette loi sociale institutionnalisait la dichotomie entre les équipes relevant soit du secteur sanitaire soit du secteur social actant la scission entre ces deux mondes (Henrard et *al.*, 1991). Ce sont les débuts du « cloisonnement des soins » entre ville, maison de retraite et hôpital.

L'évolution institutionnelle s'est traduite par une médicalisation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées. Dans le secteur sanitaire, la législation a dans un premier temps cherché à promouvoir des structures de long séjour¹⁶. On observe l'ouverture d'unités « légères » d'hospitalisation (ou unités de gériatrie), venant remplacer les structures « lourdes » (les hospices). Il s'agit d'unités d'hospitalisation (de soins chroniques, palliatifs ou de convalescence) conçues dans le but d'assurer « l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite

¹⁴ Nous reviendrons sur la gériatrie tout au long de ce travail. Sur la contribution de la gérontologie à la différenciation de la vieillesse entre normal et pathologique voir notamment Gucher (2012).

¹⁵ La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 pose le principe de la suppression des hospices dans un délai de dix ans et de leur transformation soit en établissements ou unités d'hospitalisation de long séjour relevant de la loi hospitalière du 31 décembre 1970, soit en établissements sociaux (maisons de retraite) ou en centres de cure relevant de la loi du 30 juin 1975. Cependant, la préférence est donnée à la transformation en maisons de retraite, médicalisée ou pas, en raison de son adaptation à la politique d'hébergement et au contexte économique.

¹⁶ La loi de janvier 1978 complétant la loi hospitalière du 30 décembre 1970 crée les services et unités de long séjour.

une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien »¹⁷. Antoinette Chauvenet avait à l'époque qualifié les services de moyen et long séjour comme une « filière d'abandon médical » différenciée d'une filière plus « noble » et plus spécialisée recevant des financements conséquents au sein du nouveau modèle d'hôpital technico-scientifique (Chauvenet, 1976 : 412). Cette filière du long séjour accueillait un grand nombre de personnes âgées et donc une partie de la masse des « vieillards » dont la « gestion » était autrefois assurée par l'hospice et qui était désormais rejetée par un hôpital assurant sa priorité au soin de pointe, et non plus à l'hébergement. La restructuration de ce secteur a permis aux médecins qui y travaillaient de se spécialiser dans les maladies des personnes âgées et de proposer une nouvelle conception de la vieillesse : « *La mise en place de services spécialisés en "gériatrie" tend à constituer la vieillesse comme un état quasi pathologique, ce qui permet du même coup de la replacer dans la sphère du traitement médical* » (Lenoir, 1979 : 63). En effet, le point de départ du discours promotionnel de la gériatrie impulsé par les médecins chargés de ces unités était la contestation de la relégation des « vieillards »¹⁸ dans un appareil hospitalier ne prenant en charge que les pathologies aiguës (Benoît-Lapierre, 1983). La critique par ces médecins de l'hôpital comme « fabrique de grabataires » aggravant la « dépendance » des personnes âgées, et comme responsable d'un certain nombre de morts dans les transferts d'un service à l'autre, visait plus généralement la situation d'abandon médical à l'égard des personnes âgées. Le projet de la gériatrie prônait la reconnaissance et le traitement des « pathologies spécifiques de la vieillesse » (Benoît-Lapierre, 1983 ; Ngatcha-Ribert, 2012). Nous entrons ici au cœur de l'un des éléments sur lesquels s'appuie la médicalisation hybride (entendue comme imbrication entre le médical et l'intervention sociale), c'est-à-dire, le mécanisme de déplacement des frontières entre le normal et le pathologique. Ce qui pour les médecins commence à être repéré en tant que « pathologique » était jusque-là entendu comme faisant partie du vieillissement « normal ». Plusieurs auteurs affirment que pour qualifier les personnes âgées accueillies, les médecins chargés de ces unités de long séjour gériatrique ont commencé à utiliser la dénomination « dépendant » en la substituant peu à peu aux dénominations « invalide », ou « handicapé », utilisées jusque-là (Frinault, 2005 ; Caradec, 2008 ; Ennuyer, 2004 ; 2015). En utilisant cette dénomination au sein des structures hospitalières, la gériatrie repérait ainsi pour cette population appelée « quatrième âge » à la fois des besoins d'une intervention sociale et des besoins médicaux.

¹⁷ Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 art 7Id et 7Iid modifiant respectivement les arts. 4 1 °C et 4 3° de la loi du 31 décembre 1970. Cette loi définit également leur mode de financement par une double tarification : forfait soins et forfait hébergement.

¹⁸ L'utilisation du terme « vieillard » renvoie à la représentation traditionnelle de la vieillesse. Ce qualificatif avait une connotation négative et été utilisé pour désigner les personnes âgées pauvres, qui n'étaient plus capables de travailler et vivant dans les hospices.

À la fin des années 1970, l'état de pénurie, accentué par la pression de la demande et l'insuffisance de financement, a effectivement transformé les unités de long séjour en mouvoirs. Les Circulaires ministérielles ont alors cherché à stopper la création de ces structures et à promouvoir les maisons de retraite (médicalisées ou non)¹⁹. Le secteur social offrait désormais des maisons de retraite et des logements-foyers non médicalisés, destinés à une population plus « valide » que celle des établissements de long séjour et disposant de revenus plus confortables. De plus, ces établissements bénéficiaient de sections de cure médicale destinées à accueillir des résidents ayant besoin à la fois d'aide pour les actes de la vie quotidienne, d'une surveillance médicale et de soins paramédicaux (Lancelle, 2016). Ces sections de cure médicale dans les maisons de retraite étaient une manière de penser la prise en charge des personnes « dépendantes » tout en décroissant le long séjour. Il s'agit de l'émergence de ce qu'on connaît, depuis les années 1990, comme Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)²⁰.

Finalement, les alternatives à l'hébergement définitif ont été insuffisantes ou ont échoué. Les services de soutien à domicile se sont rarement développés. Les études sociologiques réalisées sur ces aménagements ont mis en lumière l'impasse dans laquelle s'est retrouvée l'action publique en faveur de la vieillesse. Le maintien à domicile pour les personnes âgées, affirmé depuis longtemps, ne s'est que peu concrétisé en raison des manques de financement, mais aussi en raison de l'absence de modes de gestion appropriés à un maintien à domicile (Gauillier, 1982). Les difficultés du développement d'alternatives à l'hébergement tiennent au poids des habitudes ou à l'incapacité à imaginer des solutions nouvelles, sans « murs », en plus de l'ignorance des situations réelles (Attias-Donfut, 1982 ; Ennuyer, 1982). En ce qui concerne le soutien à domicile (aide-ménagère, club, centre de jour, aide-soignant, infirmier...), les études ont mis en lumière trois problèmes principaux. En premier lieu, l'importance des contraintes financières, car quand on peut y mettre le prix, il est possible d'organiser tous les services nécessaires chez soi. En deuxième lieu, l'accumulation et la juxtaposition de services et de professionnels avec un mode de gestion bureaucratique à l'efficacité très limitée. Enfin, la faible part de personnes âgées vivant en hébergement collectif et la faible intervention de services de soutien à domicile montraient que les besoins de prise en charge reposaient largement sur l'entourage familial

¹⁹ Circulaire du 16 juin 1980 relative à la transformation des hospices en établissements sociaux.

²⁰ Dans les années 1990, c'est autour de la question de la « dépendance » qu'une prestation sociale spécifique est déterminée et que les différents types d'hébergements pour personnes âgées s'unifient, créant les Ehpad. Sur ce sujet, voir le décret du 4 mai 2001 sur la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les Ehpad. Il faut noter en plus que, résultat de la séparation du sanitaire et du médico-social introduite par les lois des années 1970, ces structures dans le secteur médico-social subsistent toujours aujourd'hui à côté des USLD (unités de soins de longue durée) dans le secteur sanitaire.

et plus précisément sur l'implication des femmes (Bungener et Horellou-Lafarge, 1987 ; Joel et Martin, 1998)²¹.

- *La dépendance du « quatrième âge » comme problème social*

Le ralentissement économique, l'augmentation des dépenses de protection sociale et l'allongement de la durée de vie au tournant des années 1980 ont favorisé le recentrage de la politique de la vieillesse autour de la prise en charge de la « dépendance ». C'est avec cette notion que sont identifiés les problèmes liés au « quatrième âge », moment de la vie situé à partir de 75/80 ans et caractérisé par l'apparition et le renforcement des incapacités, des maladies chroniques et la perte de fonctions essentielles qui permettent l'autonomie de l'individu. Si pendant les *Trente Glorieuses* les politiques publiques ont appréhendé la vieillesse via la figure du « troisième âge », et si la réflexion était marquée par une préoccupation pour « la vieillesse dans son ensemble », dans les années 1980 et 1990, le débat se déplace vers la seule question de la « dépendance »²². Cette notion s'impose et devient l'objet de nouvelles politiques. La réflexion passe de la prise en compte de la vieillesse de façon globale, comme problème politique, économique et social, à la volonté de préserver « l'autonomie au grand âge » avec des réponses qui s'inspirent d'une logique d'assistance et d'aide sociale ciblée vers les plus démunis (Martin, 2015).

Cette politique valide un outil de mesure de la dépendance, la grille AGGIR²³, élaborée sur la base d'une expertise médicale²⁴. Cette grille mesure les incapacités fonctionnelles des individus à accomplir sans aide les actes de la vie quotidienne. Elle détermine ainsi l'attribution d'une prestation sociale dans le domaine de l'aide à domicile et devient la condition d'éligibilité dans le secteur de l'hébergement²⁵. D'une certaine manière, l'intérêt de la gériatrie pour évaluer et mesurer la dépendance rejoint l'intérêt politique pour identifier les personnes âgées dépendantes et cibles potentielles de

²¹ Ce constat mettait également en question le constat d'isolement de personnes âgées, un des points de départ de l'action publique en faveur de la vieillesse.

²² Le terme « dépendance » s'est transposé du domaine médical à celui des politiques publiques à travers le rapport Arreckx de 1979, premier rapport officiel utilisant le mot dépendance : « *Il convient de rappeler tout d'abord que l'on entend ici par "personne âgée dépendante", tout vieillard qui, victime d'atteintes à l'intégralité de ses données physiques et psychiques, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement, et par là même, doit avoir recours à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie* » (Arreckx, 1979 : 17)

²³ L'outil AGGIR (Autonomie gérontologique ; groupes iso ressources) est propriété du Syndicat National de Gérontologie Clinique.

²⁴ Plusieurs auteurs affirment que certains médecins qui se revendiquaient comme gériatres, discipline ayant une reconnaissance faible au sein du champ médical, sont restés très proches des pouvoirs politiques depuis les premières réflexions sur la politique de la vieillesse, ce qui leur a permis d'imposer d'autant mieux leur approche « incapacitaire » du vieillissement (Benoît-Lapierre 1983 ; Ennuyer 2001 ; Frinault 2005 ; Ngatcha-Ribert, 2007).

²⁵ Cette mesure de la dépendance devient une condition pour l'attribution depuis 1997 d'une Prestation spécifique dépendance (PSD) et à partir de 2001, de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). En effet, la loi du 20 juillet 2001 instaurant l'APA déplace le vocable dépendance par celui de « perte d'autonomie », faisant référence à la « perte d'autonomie fonctionnelle », vocable utilisé dans le domaine de la gériatrie.

l'action sociale. Pour leur part, les personnes âgées « dépendantes » se trouvent face à la difficulté d'opter entre l'utilisation de cette prestation en espèce pour se loger dans une maison de retraite ou pour le paiement d'une aide à domicile (Palier, 2004). La politique se concentre sur une approche de la dépendance qui réduit la personne à ce qu'elle n'est pas capable de faire et traduit cette perte en un besoin d'aide²⁶ laissant ainsi de côté les interrogations sur le processus social et économique qui produit les inégalités face à la santé et à la maladie (Garrau et Le Golf, 2010). Cette approche de la « dépendance » s'impose contre une approche pouvant l'envisager comme un « fait social relationnel » (Munnichs et Van den Heuvel, 1976 ; Memmi, 1993).

La préservation de l'autonomie des personnes âgées est une question sociale à laquelle font face tous les pays de l'Europe. Les réponses à apporter en France, même s'il y a eu élargissement des conditions d'accès à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), sont toujours en débat (sur l'inclusion dans le système de protection sociale d'un cinquième risque ou d'une assurance spécifique) puisque la question n'est toujours pas résolue (Martin, 2015). Pour certains auteurs, cette politique de la dépendance s'est appuyée sur des théories qui orientent les politiques de développement vers des choix qui vont à l'encontre du respect de valeurs humaines largement partagées, telles que le respect de l'égalité et de la dignité des personnes (Nussbaum, 2012). D'autres théories existent et structurent une autre manière de penser le problème révélant une image différente des priorités humaines. Les nouvelles théories philosophiques sociales et économiques sur le « care »²⁷ (Garrau et Le Golf, 2010 ; Paperman et Laugier, 2011) et l'approche par les « capacités » (Sen, 2010) jettent une lumière différente sur la perpétuation d'inégalités injustifiables dans le champ de la dépendance concernant le travail domestique, le travail des femmes, le travail d'accompagnement et de maintien à domicile réalisé par les familles, dont l'importance économique est largement sous-estimée. L'approche par les « capacités » se propose ainsi de sortir de la priorité donnée à ce que les personnes dépendantes et malades sont ou pas capables de faire et à quoi l'économie peut donner une valeur monétaire, pour voir aussi ce à quoi elles ou leurs familles accordent de la valeur (Le Galès, Bungener & Capabilités, 2015).

Il faut noter, dans ces manières de reproblématiser le monde de la vieillesse que l'importance du médico-social et notamment du travail humain est toujours au centre du débat sur la dépendance. Il s'agit là d'un point commun avec les réflexions des médecins des années 1970 issus des hôpitaux-hospices pour qui l'intervention sociale et les facteurs humains n'étaient pas séparés du mouvement de médicalisation de la vieillesse qu'ils entendaient impulser. La question de la dépendance a, depuis, encouragé l'entrée des personnes âgées dans les structures d'hébergement collectif médicalisées et

²⁶ Au début des années 1990, cette notion est en opposition à l'image du « seniors » qui repose sur des critères économiques et sociaux qui manifestent toujours une volonté d'intégration (Puijalon, 2006).

²⁷ Cette approche du *care* amène une réflexion pour faire valoir la dépendance, c'est-à-dire pour faire reconnaître que nous sommes humainement essentiellement dépendants les uns des autres.

favorisé le recours aux dispositifs médicaux de manière générale. Cette priorisation n'est pas inévitable, mais elle est confortée par le manque de personnel qualifié pour accompagner les malades et pour assurer le travail de care.

- *La réponse du système de soins : une prise en charge médicale*

Si avant les années 1970 les personnes âgées étaient « sous-médicalisées » au sein des hôpitaux-hospices, dans les décennies suivantes la situation s'est transformée dans les « institutions pour personnes âgées » : *« On est passé d'une sous médicalisation très forte à des orientations de médicalisation diverses, que ce soit du type de médecine pasteurienne à haute technicité que ce soit à une nouvelle orientation plus médico-sociale et globale »* (Gaullier, 1982 : 249). En effet, la survenue des maladies chroniques avec l'avancée en âge²⁸ et l'importance des pathologies qui se juxtaposent à la dépendance²⁹ imposent une réponse en termes de soins. Or, dans le système de prise en charge disponible, ces besoins sont renvoyés sur la pratique médicale, que ce soit à l'hôpital (qui se concentre sur ses fonctions de soins techniques), à l'hôpital de jour (qui apporte les mêmes soins que l'hôpital, mais sans l'hospitalisation), ou dans le cadre des soins ambulatoires ou des soins à domicile (censés prodiguer des soins similaires aux deux antérieurs)³⁰. Il faut constater que la fonctionnalité première du système médical en France est curative. À l'inverse, les soins au sens du « care » privilégient *« la disposition — une attention à l'autre qui se développe dans la conscience d'une responsabilité à son égard, d'un souci de son bien-être — et l'activité — l'ensemble de tâches individuelles et collectives visant à favoriser ce bien-être »* (Garrau et Le Golf, 2010). Mais le système de soins n'est guère pensé ni organisé autour de cette notion.

Cette prise en charge médicale est considérablement renforcée par l'importance des maladies chroniques et par l'accumulation de pathologies survenues au cours du vieillissement. Cette situation accélère la médicalisation entendue comme l'entrée des personnes âgées dans les dispositifs de prise en charge biomédicale. Une série de constats illustrent la réponse médicale apportée aux besoins des personnes âgées par le système de soins. Dans les années 1990, la population âgée constitue la clientèle la plus importante pour les médecins de ville et pour les différents établissements hospitaliers sans qu'elle ne constitue une population particulière pour eux. Henrard et ses collègues (1991) écrivent que « les hôpitaux et les services de long séjour sont les seuls établissements hospitaliers spécifiquement

²⁸ Pour des études statistiques montrant le caractère massif de la prévalence de maladies chroniques liées à l'âge, voir notamment Nicolas (1998) et Vinquant et Mayo-Simbsler (2010).

²⁹ Les études de la DREES montrent que le nombre de pathologies augmente avec la perte d'autonomie. Sur ce sujet, voir notamment Dutheil et Scheidegger (2006), et Makdessi et Pradines (2016).

³⁰ Cette typologie de trois types de soins a été inspirée par le travail de Martine Bungener sur les différentes formes d'alternatives à la prise en charge au domicile qui ont été cherchées au début des années 1980 afin de décroquer l'hôpital, pour qu'il soit plus efficace, plus productif et plus rentable (Bungener, 1991).

destinés aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie ». On a depuis constaté que les trajectoires de santé des personnes âgées se caractérisent par un recours accru à l'hôpital et aux urgences hospitalières sans explication épidémiologique évidente (HCAAM, 2010). Les personnes âgées consomment plus de soins que les personnes plus jeunes³¹, sans que leurs dépenses ne soient liées à leur morbidité et renvoient plutôt au progrès technique et au recours à des soins plus coûteux (Dormont, 2009). De plus, la nature des pathologies reste un facteur prépondérant de délimitation du domaine de compétences des médecins au détriment des caractéristiques sociales de l'avancée en âge. Dans une étude récente sur les réponses apportées par les médecins généralistes aux besoins des personnes âgées, Guillaume Fernandez et Gwenola Levasseur montrent que *« c'est bien le travail sur la pathologie qui reste le moyen dominant de gestion des situations globales des patients et si les médecins perçoivent clairement leurs conséquences sociales, ils n'entrent que de manière restrictive dans cette zone d'intervention »* (Fernandez et Levasseur, 2010 : 225).

Selon Benoît-Lapierre (1983), dans les années 1980 la gériatrie s'est affirmée au sein de l'hôpital et a fini par adopter le modèle de la médecine technique et curative qu'elle critiquait au départ, laissant de côté la prise en charge sociale de la dépendance. Mais, si le modèle de la médecine moderne technique et curative s'est imposé, c'est qu'il n'existait pas de médecine spécifique des personnes âgées capables de répondre aux questions posées par la prise en charge : comment soigner les personnes âgées, quel type de soins apporter, sur quelles catégories professionnelles doit reposer cette prise en charge, avec quels moyens et dans quelle structure ? En effet, dans le débat sur la vieillesse, gériatres et gérontologues s'opposent — sans que les lignes démarcatives ne soient bien définies — avec différentes approches de la vieillesse et de sa prise en charge. Selon Jean-Claude Henrard et Joël Ankri (2003), la gériatrie (en tant que branche de la médecine) se caractérise par un modèle biomédical, où la vieillesse est définie par la pathologie, tandis que la gérontologie (en tant qu'étude de la vieillesse par plusieurs disciplines médicales, mais aussi des sciences sociales) se caractérise par un modèle socio-médical, où la référence à la santé dépasse la pathologie des personnes âgées. Le débat qui oppose l'approche de la vieillesse par ces deux disciplines date de plusieurs décennies et il persiste dans les termes suivants : « Est-ce que la recherche sur le vieillissement relève essentiellement du domaine des sciences biomédicales ou est-ce que les aspects sociaux et comportementaux sont tout aussi importants ? » (Charpentier et *al.*, 2010).

³¹ Le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, « Vieillesse, longévité et assurance maladie » (HCAAM, 2010), rappelle que les plus de 60 ans représentent un cinquième de la population, mais ils sont à l'origine de plus de 45 % des dépenses de soin, un pourcentage lui-même en augmentation continue. Un octogénaire, plus souvent touché par une ALD, c'est-à-dire, une maladie de la vieillesse dépense en soins 3 fois plus qu'un quinquagénaire dans une même année.

En somme, cette médicalisation paradoxale de la vieillesse, associant prise en charge biomédicale et médico-social, résulte de l'articulation de trois éléments. Le premier concerne la progression des connaissances sur la vieillesse assurée par plusieurs disciplines. Le deuxième est la spécialisation d'un secteur de la médecine dans les maladies des personnes âgées et qui est successive au brouillage des frontières entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique. Le troisième concerne les évolutions institutionnelles, avec la médicalisation des structures d'hébergement spécialisées et la concentration de la politique de la vieillesse sur les personnes âgées « dépendantes », avec l'allocation d'une aide sociale ciblée de plus en plus sur les plus âgés, les plus pauvres et les plus malades (Thomas, 2005 ; Martin, 2015). Ces éléments interviennent dans le contexte particulier du système de santé en France qui accorde une place centrale à l'hôpital, un secteur qui concentre les moyens, qui privilégie la recherche clinique, les soins techniques et curatifs et qui inscrit ce modèle dans la formation des médecins. Finalement, ces éléments du processus de médicalisation, présents depuis les années 1970 et dont les effets s'accroissent dans la décennie suivante, contraignent fortement le développement de nouvelles formes d'organisation sociale essayant de promouvoir le « care » afin de répondre aux processus sociaux qui font obstacle à l'autonomie des personnes âgées (Garrau, 2018).

- *Le médicament : une persistance au sein de la réponse médicale*

Depuis les années 1970, les personnes âgées sont devenues la clientèle d'une large offre de soins. Des études du CREDOC de la fin des années 1970 sur la consommation médicale montrent l'importance de la présence de personnes âgées de 60 ans et plus à l'hôpital et dans les consultations de médecins en ville dès cette période, ainsi que l'importance de la consommation de médicaments à prescription obligatoire dans les âges extrêmes de la vie (Mizrahi, 1978). De plus, une enquête sur la consommation pharmaceutique, sur un jour donné, réalisée auprès de 2700 personnes âgées de 60 ans et plus dans 58 institutions réalisée par le CREDOC montre une consommation multiple (de trois produits par jour en moyenne) qui augmente avec l'âge. La consommation est plus élevée parmi les personnes âgées entre 75 et 84 ans et se concentre sur certaines classes thérapeutiques, notamment les hypnotiques/psychotropes et les vasodilatateurs (Lecomte, 1981). Ces recherches effectuées sur la base de l'enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution (1976-1977) montraient de plus que les personnes âgées vivant en institution consommaient beaucoup plus de pharmacie que les personnes du même âge vivant de façon indépendante.

Les soins, tels que les médecins qui s'occupent des personnes âgées au sein des dispositifs de prise en charge disponibles l'entendent, sont centrés sur la prescription de médicaments. Le médicament est « l'élément central de la stratégie thérapeutique déployée par les médecins » (HCAAM, 2006) et « l'élément le plus familier de la consommation de soins » en France (Lemorton, 2008). Au tournant des années 2000 la France se distingue d'autres pays d'Europe par sa consommation élevée

de produits prescrits. Selon l'étude comparative publiée par la CNAMTS (2005), sur « le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments », 90 % des consultations réalisées par des médecins généralistes se concluent par une ordonnance (en moyenne plus longue que dans d'autres pays). Selon l'enquête publiée par la DREES (2005) sur « les consultations et visites des médecins libéraux », cette tendance généralisée à prescrire est accentuée lorsque la clientèle est plus âgée et le nombre de médicaments prescrits augmente dans le cas des maladies chroniques.

L'adhésion aux médicaments détermine une partie importante de la façon dont on s'occupe des personnes âgées. En 2001, lorsque les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16 % de la population française, elles représentaient 39 % de la consommation de médicaments en ville (Auvray et Sermet, 2002). En 2008, le Rapport sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments mettait en exergue cette forte concentration de la consommation de médicaments de la façon suivante : *« parmi les 10 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, environ 1,5 million consomme quotidiennement 7 médicaments, ou plus, de classes thérapeutiques différentes »* (Lemorton, 2008).

Placées dans les dispositifs de prise en charge médicale les personnes âgées se voient prescrire une multiplicité de produits. Ce processus de pharmaceuticalisation vient en complément de la médicalisation hybride. À l'entrée des personnes âgées dans le dispositif de prise en charge biomédicale il y a recentrage du travail médical sur le médicament. Ces deux processus complexes méritent d'être regardés ensemble pour comprendre le phénomène de polyprescription qui en résulte. Il est donc nécessaire de réfléchir au croisement entre cette médicalisation, dans le sens de l'arrivée de la prise en charge biomédicale pour les personnes âgées, et un processus de pharmaceuticalisation qui va recentrer le travail médical sur les innovations pharmaceutiques et donc sur les médicaments. La section suivante est consacrée à ce processus de montée de la prescription médicamenteuse en France.

II.II. Le monde du médicament : une montée progressive de la prescription

Le deuxième grand fondement du phénomène de polyprescription des personnes âgées est le mécanisme social qui a produit une croissance remarquable de la prescription de médicaments en France entre 1970 et 1990. Ce processus est peu visible dans le discours public. En effet, il faut attendre les années 1990 pour qu'une série d'études constatent que la France a une consommation très élevée de médicaments par rapport à ses voisins européens et pour que cela soit perçu comme un problème de surprescription (DREES, 2000). L'incorporation continue d'innovations thérapeutiques telles que les antibiotiques et les hormones stéroïdiennes depuis les années 1950 entretient l'idée que *« la victoire sur une maladie laisse espérer d'autres succès à venir »* (Chauveau, 2008a : 204). Si la montée de la prescription n'est pas perçue comme un problème jusqu'au tournant des années 1990, tous les

composants qui ont contribué à la montée de la prescription et de la consommation sont en place dans les années 1970.

Ces conditions favorables à la montée de la prescription peuvent être ramenées à quatre éléments principaux qui seront décrits par la suite : 1 — la croissance de la protection sociale et la généralisation de la couverture maladie assurant la solvabilité du marché de médicament ; 2— l’existence d’un nouveau modèle industriel de production et de commercialisation de grands volumes de médicaments ; 3— l’intérêt de ce modèle dans l’incorporation des thérapies ciblant les maladies chroniques et à prise permanente ; 4— l’ancrage d’un dispositif de « marketing scientifique » comme modèle de commercialisation et promotion de médicaments ciblant principalement les médecins prescripteurs.

- *Un système de santé qui assure la solvabilité du marché du médicament*

La première condition favorable à la montée de la prescription est l’extension de la sécurité sociale en France. En effet, la consommation pharmaceutique correspond pour une part importante à des prescriptions médicales qui sont prises en charge par le système de protection contre les aléas financiers liés à la maladie (Lecomte et Paris, 1994). Ce système s’est déployé pendant la période des « Trente Glorieuses ». Son extension au plus grand nombre, avec la généralisation progressive des prestations fournies par l’assurance maladie a rendu solvable la demande de soins stimulant en retour le développement de l’offre. La part des dépenses de santé socialisées, prises en charge par l’assurance maladie, s’est fortement accrue au cours du temps, favorisant l’accès à la thérapeutique prescrite³². Entre 1970 et 1985, la part de la sécurité sociale dans le financement des médicaments³³ reste stable à 66 %, encourageant ainsi leur consommation (Lancry, 2007).

De concert, le déploiement de la protection sociale a favorisé l’accroissement de la densité de l’offre de soins, facteur d’expansion des prescriptions (Lecomte et Paris, 1994). Entre 1972 et 1982, l’offre de soins se développe à travers l’augmentation de la densité des personnels médicaux et paramédicaux, malgré leur répartition inégale sur le territoire³⁴. Ainsi, les médecins en activité ont connu une hausse très importante (leur nombre a plus que doublé), le nombre de pharmaciens et

³² La part de la sécurité sociale dans le financement des médicaments passe de 50,9 % en 1950 à 78,6 % en 1985. Les assurances complémentaires participent également au financement de cette demande : leur taux de couverture passe de 31,0 % en 1960 à 69,0 % en 1980 (DREES, 2018).

³³ La part de la sécurité sociale dans le remboursement des médicaments chute sensiblement dans les années 1990 à la suite des mesures sur les conditions de remboursement qui ont été mises en place à partir de 1975. Les mesures pour freiner la consommation pharmaceutique sont diverses : baisse du taux de remboursement des médicaments et augmentation de la participation financière de l’assuré, déremboursement de certains médicaments, baisse des prix... (Lancry, 2007).

³⁴ « D’importantes disparités régionales subsistent cependant, en particulier entre le Nord, l’Est et le Centre, où les densités sont inférieures à la moyenne, et le Sud et l’agglomération parisienne, où elles lui sont très largement supérieures » (Charraud, 1984).

kinésithérapeutes augmente également tandis que de nouvelles professions d'auxiliaires se créent. De plus, on retrouve une tendance à la spécialisation chez les médecins, où le nombre des spécialistes croît plus vite que celui des généralistes (+75 % pour les premiers, +51 % pour les seconds) (Charraud, 1984).

Les caractéristiques de l'organisation de l'offre de soins en France sont importantes à rappeler puisque les modalités de la distribution et de l'accès aux soins et aux médicaments influent sur leur niveau de consommation (Lecomte et Paris, 1994). Plutôt que de dresser une description exhaustive de l'offre de soins, qui a par ailleurs fait l'objet de nombreux travaux et notes de synthèse³⁵, il convient de synthétiser ses principales caractéristiques. Le système de soins français se caractérise par la division entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire ou médecine de ville, et par le caractère libéral de l'exercice de la médecine. Dans le secteur ambulatoire, les prescripteurs sont principalement des médecins libéraux, à la fois généralistes et spécialistes. Des principes bien définis de la médecine libérale³⁶ régissent la médecine de ville et les établissements privés où exercent des médecins libéraux. En accord avec ces principes, les patients ont la possibilité de s'adresser indifféremment à un généraliste ou à un spécialiste selon leur choix³⁷. Les médecins généralistes, qui sont principalement des praticiens libéraux, exercent majoritairement de façon isolée même si depuis quelques années l'exercice en cabinet de groupe connaît une croissance marquée. Les spécialistes exercent pour une grande majorité d'entre eux dans des cabinets de ville, mais ils ont souvent une activité mixte libérale et hospitalière (salariée). Il faut enfin rappeler que les médecins exerçants en ville sont principalement payés à l'acte³⁸. Dans ce système de rémunération, les prescripteurs ont plus intérêt à multiplier les actes qu'à élargir le temps de la consultation. Si entre 1970 et 1980 tous les types de soins augmentent, le recours aux spécialistes en ville devient lui aussi plus fréquent (Charraud, 1984).

³⁵ Pour comprendre le développement, l'organisation, la régulation et les enjeux de la sécurité sociale en France, voir notamment les travaux de : Bourgueil, Market et Mousquès (2009) ; Palier (2004 ; 2005) ; Hassenteufel (1997) ; Majnoni d'Intignano (2001) et Lucas-Gabrielli et Coldefy (2012).

³⁶ L'article L162-2 du Code de la sécurité sociale garantit le respect ces principes de l'exercice libéral de la médecine et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins, tels que les représentants des médecins les défendent depuis les premières lois d'assurance sociale des années 1930, que sont : « *le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade*³⁶, *la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971* ». Le principe de l'avance de frais (paiement direct) est moins respecté, puisque des conventions passées avec les prestataires de soins ou des services médicaux permettent à l'assuré de ne payer que le montant de sa participation.

³⁷ Plus récemment, dans le cadre du plan Douste-Blazy, la loi du 13 août 2004 prévoit la création du parcours de soins coordonnés, avec pénalisation financière des assurés ne passant pas par le médecin traitant.

³⁸ Une partie limitée de la rémunération de certains médecins peut être sur la forme de forfaits, réservée à certains cas (prise en charge du protocole de soins des ALD, rémunérations à la performance) faisant l'objet de conventions passées avec l'assurance maladie.

- *Un nouveau modèle de production et de commercialisation de grands volumes de médicaments : les « blockbusters »*

L'industrie pharmaceutique est l'un des secteurs industriels les plus rentables au monde avec un chiffre d'affaires en progression ininterrompue depuis la Seconde Guerre mondiale³⁹. La vague d'innovations thérapeutiques issues de la chimie extractive et de synthèse⁴⁰ connaît son véritable décollage dans la période 1970-1990. Dans les années 1980s, on voit s'ériger un nouveau modèle de production et de commercialisation développé par les entreprises multinationales qui associe des médicaments protégés par des brevets, ciblant de grandes populations de patients, remboursés par les systèmes de santé, et favorisés par des techniques de vente agressives. Certains médicaments qui résultent de ce modèle prennent le nom de « blockbusters »,⁴¹ car ils disposent d'un large marché avec une croissance rapide.

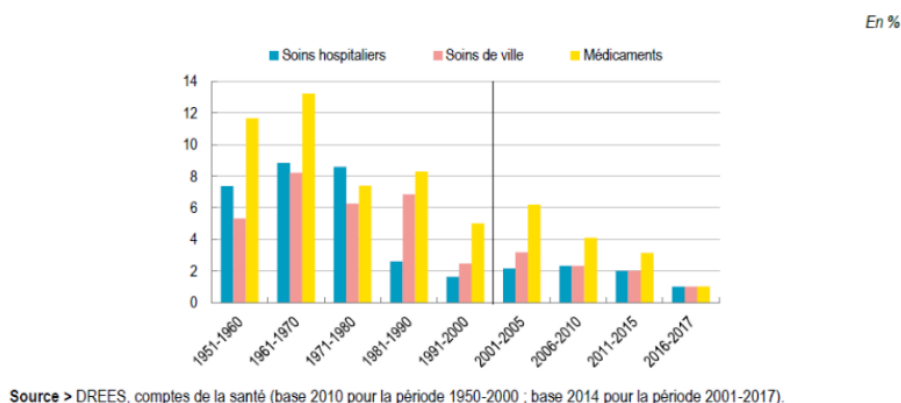
Le modèle « blockbuster » adopté par les grands laboratoires (« big pharma ») s'appuie, comme il a été avancé plus haut, sur la socialisation des dépenses par les systèmes de protection sociale ou assurances privées, leur garantissant des revenus prévisibles en solvabilisant la demande (Nouguez, 2017). Les systèmes de santé, principaux acheteurs de ces médicaments, acceptaient d'acheter les produits les plus innovants et par cela, de socialiser le financement de l'innovation. Il faut noter qu'entre 1950 et 1985 le volume des médicaments consommés en France progresse très fortement (+10,4 % en moyenne annuelle selon les données des Comptes de la santé, DREES, [2018]) :

³⁹ Ce marché a crû de 7,3 % en 2002 par rapport à 2001 et de 9,3 % par an depuis 1999 (Portail IMS-Health : <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>).

⁴⁰ L'industrie connaît une vague d'innovations thérapeutiques entre les années 1950 et 1960, avec la mise au point de traitements en cardiologie (les premiers antihypertenseurs apparaissent, tels les diurétiques ou autres bêtabloquants), de médicaments dans le domaine de la psycho-pharmacologie comme les benzodiazépines (anxiolytiques, hypnotiques), et dans le domaine de la douleur (des antalgiques et anti-inflammatoires non-stéroïdiens [Bonah et Massat-Bourrat, 2005]).

⁴¹ Les *blockbusters* sont des médicaments dont le chiffre d'affaires est supérieur à 1 milliard de dollars. Les blockbusters sont des médicaments innovants appelés aussi « médicaments éthiques » et définis comme des médicaments de prescription brevetés et remboursés. Ces produits sont aussi des médicaments de masse, produits par des entreprises multinationales de manière standardisée et adressés à de très grandes populations de patients.

Graphique n° I : Taux de croissance annuels moyens de principaux postes de la CSBM, en volume 1951-2017



Graphique 1 : Progression de la consommation de médicaments en volume [DREES, 2019]

Source : DREES (2019), « L'évolution de la CSBM depuis 1950 », *Panorama de la DREES Santé* « Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé - ÉDITION 2019 », pp. 23

Une des caractéristiques principales de ce modèle est l'ampleur des investissements consacrés à la recherche et au développement (R&D) de nouveaux médicaments. La valorisation de produits originaux pousse les laboratoires à appuyer leur développement sur la recherche scientifique, source d'innovation et principal outil d'expertise et de validation du médicament (Nouguez, 2017 ; Abecassis et Coutinet, 2008 ; Hauray, 2006). Il faut noter que la standardisation des dispositifs d'essais cliniques, visant à démontrer le bénéfice thérapeutique d'un médicament, a été une des raisons pour lesquelles les industriels se sont longtemps opposés à l'idée d'intégration européenne dans le domaine sanitaire (Hauray, 2006). Néanmoins, l'industrie a dû s'adapter à de nouvelles exigences et au renforcement de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM)⁴². Pour pouvoir être mis sur le marché, le médicament doit passer avec succès plusieurs étapes⁴³ d'un processus réglementé, garantissant son efficacité et son

⁴² Le renforcement de contrôles publics sur le secteur est le résultat d'une série de scandales concernant le médicament. Les affaires sur les événements indésirables de Stalidon (anti-infectieux) dans la France des années 1950 et du Distilbène (prescrit contre les fausses couches) aux États-Unis dans les années 1970, ont contribué à la modification de la gestion du danger thérapeutique et plus généralement des réglementations sanitaires et médicales (Bonah et Gaudillière, 2007). Les États-Unis, qui consacrent la suprématie de son industrie après la guerre, ont ainsi instauré leur première procédure d'AMM en 1962. En France, le principe d'une autorisation préalable par les pouvoirs publics de chaque traitement commercialisé, basée sur une évaluation scientifique de ses effets, s'est affirmé beaucoup plus récemment. Les contrôles en « double aveugle » ont été établis à la fin des années 1970, la commission de mise sur le marché a été créée en 1978 et l'Agence française du médicament — devenue Afssaps en 1998 — a vu le jour en 1993. L'Union européenne s'est, quant à elle, dotée de l'Agence européenne du médicament (EMA) en 1995 (Hauray, 2006).

⁴³ Tout d'abord, une étape visant la découverte d'une nouvelle molécule (souvent réalisée par la méthode de *screening*) ; celle-ci devenue un candidat-médicament passera ensuite des étapes d'essais précliniques sur des animaux et d'essais cliniques sur des humains visant à repérer les bénéfices et les risques pour la santé des patients. En cas de résultats convaincants, la firme est en mesure de déposer une demande de commercialisation auprès d'une Agence nationale ou européenne, qui examinera son dossier pendant deux ans avant d'envisager une AMM.

innocuité. Ce processus s'avère très long et demande des investissements financiers d'autant plus importants, que très peu de produits sont finalement éligibles à l'AMM (Nouguez, 2017).

Une autre caractéristique de ce modèle est la protection des produits innovants par des brevets leur assurant des volumes de vente très élevés et une position de monopole temporaire. Le brevet est un type de propriété intellectuelle conférant à son détenteur une exclusivité commerciale sur un produit pendant 20 ans et au terme duquel le médicament peut être décliné en générique. Ainsi, les firmes réalisent des profits considérables leur permettant de financer la recherche et le développement (R&D) de nouveaux médicaments. Le nombre de dépôts de brevet augmente pendant toute la période 1970-1990, s'intensifiant à la fin des années 1980 et 1990, et les chiffres d'affaires suivent ce même mouvement (Source : IMS-Health).

Une dernière caractéristique, sur laquelle nous reviendrons, est la promotion offensive des produits les plus innovants permettant à la fois d'assurer la vente et de garantir une position de monopole. Ces techniques de marketing reposent principalement sur l'information auprès des médecins afin d'influencer leurs décisions et maximiser les chances que les produits soient prescrits (Greene, 2007).

- *Une incorporation de classes thérapeutiques ciblant les maladies chroniques à prise prolongée dans le temps*

Pour assurer la vente de grands volumes à long terme, les entreprises du médicament cherchent niches de marché rentable, où la demande thérapeutique est forte et s'inscrit dans le temps. Ce qui est le cas de la prise en charge des maladies chroniques : affections cardio-vasculaires, tumeurs malignes, diabète, et affections psychiatriques longues. En France, l'existence du dispositif des ALD (affections de longue durée), datant des débuts de la Sécurité Sociale⁴⁴ et dont le nombre de personnes reconnues par l'assurance maladie ne cesse d'augmenter, en est un bon marqueur. Il s'agit d'affections pour lesquelles la durée du traitement a tendance à s'allonger du fait de son caractère préventif ou symptomatique. Il faut noter que, de manière générale, avec l'allongement de la durée de vie, la demande de soins de longue durée augmente. Si le dispositif des ALD n'est pas spécifique aux personnes âgées, ces dernières représentent 60 % des bénéficiaires⁴⁵.

⁴⁴ En 1945 une prise en charge sans tickets modérateur (sans participation financière) à des malades chroniques supportant des traitements longs et coûteux (sur une liste de 30 affections reconnues, dont les principales sont tumeurs, maladies cardio-vasculaires, diabète et affections psychiatriques longues).

⁴⁵ Le rapport de Catherine Lemorton (2008) sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments souligne que les affections de longue durée (ALD) concentrent la moitié de la consommation de médicaments. Fin 2004, on recensait près de 8 millions de personnes en ALD, dont 60 % de personnes âgées.

Le choix des classes thérapeutiques ciblant les maladies au long cours fait donc partie de la stratégie développée par les entreprises pharmaceutiques. Au milieu des années 1980, le marché français est ainsi dominé par les thérapeutiques cardiovasculaires (presque 25 % du total), digestives (entre 10 % et 11 % du marché), antalgiques (10 %) et hypnotiques et psychotropes (8 %), tandis que les produits antibiotiques et anti-infectieux ne représentent plus qu'entre 7 % et 8 % (Chesnais, 1985). S'y ajoute aussi un phénomène d'élargissement du spectre de la maladie, c'est-à-dire des conditions non symptomatiques identifiées comme « facteurs de risque de maladies chroniques » impliquant une prescription directe de médicaments, qui vont devoir être pris tous les jours pendant une période indéfinie (Greene, 2007 ; Bonetti, 2006). Dans les classes thérapeutiques qui constituent les principaux « blockbusters », le domaine cardiovasculaire est l'un des plus privilégiés. Cette classe est dominée essentiellement par la vente de médicaments antihypertenseurs et hypocholestérolémiants. Depuis les années 1990 on assiste par exemple à la vente massive d'hypocholestérolémiants de la famille des statines : Crestor® (rosuvastatine, d'AstraZeneca⁴⁶), Zocor® (simvastatine, de Merck & Co) et Pravachol® (pravastatine, de Bristol-Myers Squibb). Pour sa part, Tahor®, composé de la substance active atorvastatine a été lancé en France en 1998, est le médicament le plus vendu dans le monde en 2004⁴⁷ et le deuxième médicament le plus remboursé en 2005 par l'Assurance Maladie en France⁴⁸. D'autres médicaments phares, à l'instar de Prozac® (antidépresseur, de Eli Lill), Zoloft® (antidépresseur de Pfizer) et Cognex® (ciblant les symptômes cognitifs de la maladie d'Alzheimer, sont d'autres exemples de produits lancés selon le modèle blockbuster⁴⁹.

Le poids de l'industrie pharmaceutique est important et, avec la mise sur le marché de grands volumes, génère une consommation croissante qui n'est pas spécifique aux personnes âgées⁵⁰ et médecins ont peu d'outils pour discriminer entre ces produits (Gimbert et Chauffaut, 2014). En opposition aux recherches de l'industrie sur de nouveaux traitements des maladies chroniques, il faut

⁴⁶ Son chiffre d'affaires devrait atteindre 3,776 milliards de dollars en 2008.

⁴⁷ Selon les données de la CNAMTS 90 % des boîtes de statines prescrites en France concernent en 2005 des patients âgés de plus de 49 ans. Les données issues de l'Enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes confirment cet ordre de grandeur en termes de consommation de statines pour 2004. Voir : CNAMTS (2005), « Maîtrise des dépenses de santé : les dernières données sur les prescriptions de statines confortent le plan de l'Assurance Maladie », Point d'information mensuel, 14 avril.

⁴⁸ CNAMTS (2006b), « Médicaments remboursables : analyse des principales évolutions de l'année 2005 », Point d'information mensuel, 6 juin.

⁴⁹ Des médicaments n'ayant pas un fondement thérapeutique, tels que des traitements pour l'impuissance sexuelle, la chute des cheveux, l'état grippal, les « jambes lourdes », les problèmes circulatoires, etc., apparaissent également.

⁵⁰ Il faut noter par ailleurs, d'autres types de médicaments ciblant cette population, comme ceux pour retarder le vieillissement (Dalgalarondo et Hauray, 2014). À ce propos, Ngatcha-Ribert (2012) rappelle que trois des quatre dernières molécules commercialisées par Pfizer dans le monde (traitement de la maladie d'Alzheimer, antihypertenseur, cardiovasculaire et viagra) sont majoritairement consommées par des personnes âgées qui sont pourtant sous-représentées dans les essais cliniques de nouveaux médicaments.

souligner l'absence d'enseignement d'une « médecine des personnes âgées » dans le cursus des médecins⁵¹.

- *Un levier structurant de l'industrie pour promouvoir ses produits : le « marketing scientifique »*

Résultat des évolutions du capitalisme contemporain, la nouvelle réorganisation industrielle de la pharmacie est dominée par le « marketing scientifique » des médicaments, correspondant à un modèle de construction du marché dans lequel les professionnels et les pratiques de prescription sont devenus les cibles privilégiées (Gaudillière et Thoms, 2015). Il résulte d'un travail d'articulation entre, d'une part, une recherche scientifique orientée vers la construction d'un savoir pertinent pour le développement des marchés du médicament et, d'autre part, une activité marketing qui définit les besoins solvables et les stratégies commerciales et donc les savoirs et les produits à prioriser.

Ce dispositif a ses origines dans l'internalisation de la recherche sur les médicaments par l'industrie. Jean-Paul Gaudillière (2015) explique qu'à partir des années 1970, les départements de marketing et de recherche médicale travaillent ensemble à l'intérieur de l'industrie pharmaceutique. Ceci a eu comme conséquence le développement conjoint des savoirs sur les médicaments par l'accaparement de la réalisation des essais cliniques et l'étude des besoins et attentes des médecins pour optimiser l'impact de la promotion des produits. La scientification du marketing pharmaceutique implique à la fois une promotion qui mobilise la recherche biomédicale (clinique et de laboratoire) et qui devient elle-même activité de recherche. C'est pour ces raisons qu'il résulte difficile de distinguer connaissance biomédicale « pure » et marketing « pur » (Greene, 2007). De plus, les études de marché sont déterminantes quand il s'agit de convaincre les médecins d'adopter un nouveau médicament ; ou un ancien médicament auquel on a trouvé de nouvelles indications. Cette stratégie s'impose en dehors des impératifs sanitaires (Ravelli, 2015). Prendre en compte ce dispositif nous permet de comprendre que les produits du nouveau modèle industriel ne répondent pas exclusivement à de nouvelles tendances sociologiques et démographiques comme cela a été avancé ailleurs (Chesnais, 1985 ; Chauveau, 2002), ce dispositif permet aussi la construction des nouveaux besoins sanitaires auxquels la production de médicaments va ensuite répondre : en élargissant par exemple le spectre de la maladie et/ou celui des indications des médicaments déjà existants.

⁵¹ Jusqu'à récemment il n'existe pas de formation gériatrique officielle et unifiée en France. Certes, les services de moyen et long séjour depuis les années 1970 s'occupent principalement des personnes âgées, mais l'étude de la gériatrie est marginale même si elle apparaît comme discipline autonome à la fin des années 1950 (Lenoir, 1979). Ce n'est qu'au milieu des années 1980 qu'un certain nombre d'universités proposent des enseignements optionnels en gériatrie et gérontologie au cours du deuxième cycle et 12 universités proposent des formations postuniversitaires en deux ans et délivrent des diplômes de gériatrie ou gérontologie clinique, sans pour autant leur conférer la qualification de spécialiste (Benoît-Lapierre, 1983).

Afin de comprendre l'impact de l'injonction des laboratoires pharmaceutiques à la prescription, il faut tenir compte du fait que l'une des faiblesses de la formation des médecins français est la pharmacologie, base de la prescription médicamenteuse⁵². En ce qui concerne la formation initiale, les étudiants en médecine se forment principalement (mais pas exclusivement) à l'hôpital⁵³. L'hôpital, apanage du modèle médical biologique et curatif, est aussi le point d'entrée privilégié des médicaments innovants. Son espace est à la fois laboratoire d'études cliniques et lieu privilégié de promotion et de diffusion de nouveaux médicaments. La stratégie promotionnelle de l'industrie est donc présente auprès des étudiants dès les premières années de médecine (Vega, 2011a). Cette stratégie intègre plusieurs éléments : la visite médicale à l'hôpital (concernant fondamentalement les médicaments sous brevets), le financement de la presse médicale et de la formation médicale, et la mobilisation de leaders d'opinion (Greffion, 2014 ; Ravelli, 2015). Il faut noter qu'à partir 1970, l'information sur le médicament que les médecins reçoivent est principalement issue de l'industrie pharmaceutique⁵⁴. Il est courant que les visiteurs médicaux donnent des informations incomplètes, qu'ils ne signalent pas tous les effets secondaires du médicament qu'ils présentent, ou bien qu'ils avancent des indications supplémentaires à celle de l'AMM⁵⁵. À ceci s'ajoutent enfin les études négatives non diffusées ou peu diffusées (IGAS, 2007).

Avant tout réglementaire, l'information sur le médicament que l'industrie diffuse⁵⁶ se base sur des études expérimentales dont les résultats sont souvent peu adaptés à la pratique réelle des médecins. En décalage avec la pratique quotidienne des médecins, les essais cliniques sur les humains ont lieu en

⁵² Des travaux sur le contenu de l'enseignement en médecine soulignent l'importance d'intégrer l'étude la pharmacologie dans le cursus de médecine (Davous et *al.*, 1988). L'utilisation de la pharmacoépidémiologie comme étude des effets de l'emploi de médicaments n'existe en France qu'à la fin des années 1980. Son application à la surveillance de l'utilisation du médicament et son impact sur la santé publique sont encore plus récents (Pariente, 2015). La création d'agences sanitaires en charge notamment de la réglementation, de l'évaluation et du contrôle des médicaments date de 1993 et l'Institut de veille sanitaire (InVs) de 1998.

⁵³ Dans l'étude des processus de socialisation professionnelle des médecins, Isabelle Baszanger (1979) a mis en exergue un point important de la faiblesse de la formation médicale : le décalage entre la théorie et la pratique. Ainsi, la formation en sémiologie dans les premières années de formation est séparée de la formation thérapeutique, placée dans les dernières années de formation. De plus, le jeune médecin se forme à la prescription en médecine générale dans le cadre de leur remplacement en cabinet libéral. Le remplaçant s'initie à la prescription au moyen de l'ordonnance du médecin qu'il remplace.

⁵⁴ Il faut ajouter que jusqu'au tournant des années 1990 les institutions publiques en France ne se sont pas intéressées à la formation médicale, ni à son contenu, ni à son financement. Pendant longtemps les pouvoirs publics se bornaient à diffuser et communiquer l'information sur le médicament élaborée par l'industrie pharmaceutique. Des recommandations sur le bon usage du médicament ont été élaborées après la création d'agences sanitaires au niveau national. Pour une analyse sociologique de la régulation sanitaire autour des médicaments au niveau européen, voir : Hauray (2006).

⁵⁵ Sur ce sujet, voir le manuel « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. Un manuel pratique », Organisation mondiale de la santé et Action internationale pour la Santé, Projet collaboratif, Édition originale 2009 [Traduction française 2013].

⁵⁶ Notamment le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) et la notice publiée par l'Agence du médicament, après l'obtention d'une AMM.

milieu hospitalier, sur des populations très sélectionnées, avec une durée d'essai limitée et un nombre de patients (souvent inférieure à 5000) insuffisant pour détecter les effets indésirables (Labetoulle, 2009). De surcroît, ces épreuves sont réalisées chez l'adulte souffrant d'une seule pathologie, laissant de côté des cas particuliers complexes, tels que les situations de comorbidité⁵⁷ et les interactions médicamenteuses⁵⁸. Ces incertitudes qui découlent du processus de production de connaissances sont retrouvées dans les informations diffusées sur le médicament.

L'industrie finance l'essentiel de la recherche clinique sur les médicaments et détient l'essentiel de l'information sur les médicaments. De ce fait, l'asymétrie de connaissances entre l'industrie et les médecins prescripteurs est significative. Il en résulte un manque de capacité de discernement des médecins sur l'information formatée par l'industrie, d'autant plus qu'elle est présentée en lien avec leurs besoins et qu'elle est gratuite, voire même associée à des avantages. La faiblesse de la formation pharmacologique des médecins et d'une information indépendante explique la place prépondérante que les techniques de vente invasive des firmes pharmaceutiques, face visible du « marketing scientifique », prennent dans les pratiques des médecins. Au tournant des années 2000, lorsque les acteurs administratifs et institutionnels se sont saisis de ce problème, l'influence de l'industrie pharmaceutique dans la décision de prescrire a été abordée comme élément explicatif de l'adhésion rapide des médecins aux médicaments les plus récents et aussi les plus coûteux (IGAS, 2007 ; CNAMTS, 2005 ; Pauriche et Rupprecht, 1998).

C'est en réaction à ces dérives que la revue *Prescrire* est fondée dans les années 1980. Cette revue spécialisée sur les médicaments refuse toute forme de dépendance envers les firmes, en commençant par la publicité. Depuis lors, cette revue qui fonctionne exclusivement par abonnement se présente comme une source d'information fiable à disposition des médecins, mais aussi des pharmaciens et du corps paramédical. Avec une méthodologie propre, la revue apporte une expertise alternative de l'évaluation des médicaments élaborée par les industriels et les autorités publiques⁵⁹. Ce caractère alternatif réside principalement dans le fait de réfléchir au problème de santé et à la place

⁵⁷ Les notes méthodologiques et de synthèse documentaire de la HAS (2015) liées aux expérimentations Paerpa soulignent que dans la littérature française « comorbidité » et « polypathologies » sont confondues. Or, dans la littérature anglo-saxonne, le premier terme est issu d'une approche par maladie et le deuxième d'une approche centrée sur le patient.

⁵⁸ Il faut noter que les personnes âgées, pour qui les modifications physiologiques et pathologiques survenues avec l'âge entraînent des modifications à l'action attendue du médicament, sont plus sensibles aux effets indésirables du médicament et à leur combinaison (Queneau et Grandmottet, 1998).

⁵⁹ Dans un entretien réalisé en octobre 2016 auprès de Bruno Toussaint, directeur éditorial de la revue *Prescrire*, il nous raconte les buts et enjeux de cette méthodologie : « *Prescrire* essaye d'apporter quelques éléments de réflexion sur le métier, sur les conditions socio-économiques, sociopolitiques, etc. Mais aussi, de prosaïquement examiner le dossier d'un nouveau médicament pour voir dans quelle mesure il apporte vraiment du progrès... Et puis, de suivre les actualités en matière d'effets nocifs de médicament qui sont globalement très sous-estimés dans nos sociétés. Et enfin, d'aborder aussi, face à tel problème de santé, quels sont les meilleurs traitements, les traitements dont la balance bénéfice/risque est la plus avantageuse pour les patients, dans tel et tel situation ».

qu'il faut donner au médicament dans la prise en charge plutôt que d'apporter une réponse médicamenteuse systématique. Il faut noter que c'est la revue *Prescrire* qui a été l'une des premières à parler d'un problème général entre la situation des personnes âgées et la prescription alertant, en 1987, les médecins et les patients sur la consommation des médicaments « chers et inutiles chez les personnes âgées »⁶⁰. Cette critique est néanmoins restée marginale de sorte que les liens entre personnes âgées et médicaments ne sont devenus un problème public que dix ans plus tard comme nous le verrons dans la première partie de ce travail.

C'est donc la conjonction de ces trois éléments (croissance de la protection sociale, production massive de médicaments ciblant des traitements préventifs de maladies chroniques et promotion agressive auprès des prescripteurs) qui est à l'origine de la croissance rapide de la prescription médicamenteuse en France à partir des années 1970. C'est ce processus, et notamment l'impact des stratégies de promotion de l'industrie pharmaceutique dans la pratique médicale qui a conduit certains auteurs à parler d'une « pharmaceuticalisation » du soin (Abraham, 2010 ; 2011 ; Williams et *al.*, 2011).

En conclusion, au cours des trois dernières décennies de réflexion et débats sur la vieillesse et ses politiques, deux processus sociaux — l'entrée progressive des personnes âgées dans les institutions médicales d'une part, et la montée de la prescription avec le développement du marketing pharmaceutique — se sont combinés pour changer les usages du médicament dans la prise en charge des personnes âgées et faire de la polyprescription un problème public récalcitrant.

III. Problématique : Comment prescrivent les médecins auprès des personnes âgées ayant de multiples pathologies et comment se confrontent-ils au problème de la polyprescription dans différents contextes de leur pratique ?

La polyprescription, comprise comme un cumul de médicaments prescrits, n'est pas un phénomène propre aux personnes âgées ni au contexte français. Le constat de surconsommation (en volume) de médicaments prescrits jugés chers et inutiles en France fait consensus dans la sphère publique depuis les années 2000 (DREES, 2000). Si, pendant un moment, l'assurance maladie a

⁶⁰ Relayé dans la presse *Le Monde*, dans la rubrique « médecine », un article signé par Georges Pierre, directeur de la revue *Prescrire*, alerte sur l'utilisation de « médicaments nouveaux, chers et inutiles chez les personnes âgées », tels que les tranquillisants utilisés comme médicaments de l'angoisse et comme somnifères induisant une dépendance, ainsi que les oxygénateurs et vasodilatateurs cérébraux auxquels « les fabricants attribuent des propriétés pharmacologiques toujours plus extraordinaires », mais qu'en effet « leur seule efficacité thérapeutique démontrée est celle de petite psycho stimulante ». *Le Monde*, « Médicaments : la grande bouffe. Les Français et leurs médecins utilisent des remèdes trop souvent chers et inutiles », mercredi 6 mai 1987.

appréhendé le problème de la prescription médicamenteuse à travers un prisme financier et impulsé certaines politiques pour le réduire (Nouguez, 2017), c'est avant tout comme un enjeu sanitaire que ce problème a émergé dans l'espace public avec à la clé cette question : comment faire pour que les médecins prescrivent de manière pertinente ?

Découlant de ces enjeux, les acteurs du secteur scientifique et médical ainsi qu'administratif et institutionnel de la vieillesse ont contribué depuis une vingtaine d'années à remettre en question la pratique de prescription des médecins généralistes à l'attention des personnes âgées sur la base d'un discours sur la « polymédication » imprégné de considérations économiques tout autant que sanitaires. Or, cette façon de poser le problème ne permet pas de comprendre les relations entre polymédication et prise en charge, ne permet pas de comprendre les contraintes et difficultés que les praticiens rencontrent dans leur pratique de soin et de prise en charge des personnes âgées, lesquelles pèsent autant sur les modalités d'exercice de la médecine générale que sur les politiques publiques. Cette thèse explore donc ces contraintes professionnelles, depuis le rôle des incertitudes touchant à la connaissance de la pathologie et de la pharmacologie des personnes âgées, jusqu'à la prégnance d'une approche morcelée des soins face à l'accumulation des problèmes et des pathologies, en passant par la multiplication des intervenants et les conséquences de la construction de l'ordonnance par plusieurs prescripteurs.

Notre travail se propose avant tout d'étudier les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins. Dans cette perspective les personnes âgées représentent un exemple paradigmatique des problèmes de la chronicité de maladies, de la multiplicité des pathologies, de la multiplication des actes techniques et des prescriptions, des difficultés de coordination des soins et de l'ampleur des incertitudes dans la production de connaissances pharmacologiques, à la fois, cliniques et de laboratoire. Prendre pour objet la polyprescription nous permet donc d'explorer les processus de médicalisation et de pharmaceuticalisation de la vieillesse. Dans ce travail nous entendons le problème de la polyprescription comme une construction sociale, nous prenons pour hypothèse que cette construction résulte de l'effet combiné de la médicalisation de la vieillesse et de la pharmaceuticalisation des interventions, c'est-à-dire d'un processus d'insertion progressive de personnes âgées dans des dispositifs qui renvoient aux modes d'existence dominants de la médecine et de la pharmacie en France. Notre thèse défend l'idée que pour penser ce problème en pratique, il faut penser l'articulation entre différentes logiques propres au contexte de la pratique de prescription des médecins dans trois grands secteurs de soins qui accueillent des personnes âgées : en ville, en hôpital et en structures d'hébergement collectif médicalisées. Il sera donc question d'interroger les pratiques des médecins dans ces trois espaces sociaux en vue de saisir les enjeux actuels de la médecine lorsqu'elle se confronte aux spécificités des patients âgés et à la complexité des problèmes qu'ils rencontrent. Nous défendons

également l'idée que pour comprendre les tensions auxquelles sont confrontés les médecins lorsqu'ils prescrivent pour les personnes âgées il faut tenir compte de l'existence du discours public sur la polyprescription et de ses difficultés à en faire un enjeu fort de politique publique.

L'objectif de notre recherche sera de saisir le phénomène de polyprescription en privilégiant trois de ses dimensions : le rôle des segments professionnels, les incertitudes sur les savoirs et l'organisation du travail médical dans les institutions dédiées au soin des personnes âgées. L'approche retenue propose de déplier et de travailler chacun de ces enjeux. L'enjeu professionnel concerne la spécificité des pratiques de segments professionnels dont la juridiction inclut les personnes âgées souffrant de plusieurs pathologies. L'enjeu des savoirs concerne la production et les usages des savoirs dans un contexte d'incertitudes maximales de la pratique médicale et de la pharmacologie. L'enjeu organisationnel concerne les choix d'organisation du travail du médecin et de coordination avec ses collègues et avec les autres acteurs de la chaîne thérapeutique au sein du système de santé et des institutions médico-sociales.

L'imbrication spécifique de ces trois enjeux sera étudiée dans trois espaces sociaux de la pratique de prescription à l'attention des personnes âgées : le cabinet de médecine générale, la consultation gériatrique au sein de structures hospitalières et l'Ehpad. Étant donné que ces trois enjeux sont co-présents dans les trois secteurs, nous aurons la possibilité de déplier analytiquement ces trois dimensions dans trois espaces sociaux différents et ainsi de révéler les enjeux liés à la difficulté de prescrire et de déprescrire.

Chaque terrain sera ainsi l'occasion pour nous d'accentuer et préciser l'un des axes d'analyse. Nous privilégierons l'entrée par le segment professionnel lorsque nous explorerons l'espace social de la pratique des médecins généralistes ; nous privilégierons l'entrée par les savoirs lorsque nous explorerons la pratique de médecins gériatres et nous privilégierons l'entrée par l'organisation lorsque nous explorerons le travail médical en Ehpad.

Étudier les difficultés de prescrire et déprescrire auprès des personnes âgées implique également de prendre en compte l'univers idéologique partagé par les médecins afin de comprendre l'environnement professionnel dans lequel ils construisent leurs décisions. Il s'agira donc aussi pour nous d'étudier la création d'un problème public autour du phénomène de polyprescription chez les personnes âgées.

Au vu du vaste paysage d'incertitudes et de problèmes que la médecine des personnes âgées rencontre, l'hypothèse principale de la thèse est que si les difficultés de prescrire et déprescrire portent sur des enjeux généraux aux usages des médicaments, le contexte du travail médical dans chaque secteur pose un problème particulier auquel la pratique de prescription fait face de manière spécifique.

Structurer notre cadre analytique autour des trois dimensions co-constitutives de la pratique de prescription médicamenteuse pour les personnes âgées nous permettra une réflexion transversale à ces quatre objets classiques de la sociologie de la santé que sont les relations entre travail médical et vieillesse, entre travail médical et pharmacie, entre travail médical et organisation de soin et entre travail médical et structuration en segments professionnels.

IV. Les études sociologiques nous permettant de réfléchir aux pratiques de prescription médicamenteuse pour les personnes âgées

Dans cette revue de littérature, nous aborderons dans un premier moment les apports et limites d'outils sociologiques disponibles pour éclairer le phénomène de polyprescription chez les personnes âgées de manière générale, à savoir : les notions de « médicalisation » et de « pharmaceuticalisation ». Nous présenterons dans un deuxième temps la richesse et les limites des travaux sociologiques réalisés en France sur les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins.

La revue de littérature sur laquelle s'appuie notre travail sera ensuite structurée autour des trois dimensions de la pratique de prescription par lesquelles nous abordons le problème de la polyprescription : « segment professionnel, savoirs, organisation ». Nous ajouterons enfin à ce cadre analytique la façon dont la catégorie « personnes âgées » apparaît et est mobilisée dans notre travail.

- *La médicalisation de la vieillesse : un terme qui mérite d'être redéfini dans le contexte de la polyprescription*

Aborder le problème de la polyprescription chez les personnes âgées est une opportunité pour nous de mieux comprendre le processus de médicalisation de la vieillesse, au niveau macrosociologique, mais aussi dans sa déclinaison microsociale, au niveau des pratiques réelles de prise en charge. Partie prenante de la critique du processus de modernisation et de naturalisation des connaissances scientifiques à la vie sociale (Nye, 2003 ; Rosenberg, 2006), la première définition sociologique de la médicalisation faisait référence à la façon dont la médecine s'est développée dans de nouveaux champs qui n'avaient pas été précédemment définis comme faisant partie du domaine de la pathologie (Zola, 1972). Cette réflexion s'appuie sur des théories prenant la médecine comme

institution de contrôle social et sur les théories de la domination professionnelle (Bell et Figert, 2010)⁶¹. En sociologie, la littérature⁶² définit la médicalisation comme « un processus par lequel des problèmes non médicaux, humains ou sociaux, en arrivent à être définis comme des problèmes médicaux, ou à être traités comme tels » (Conrad, 2005). Cette définition qui amène à comprendre la médicalisation de la vieillesse dans le sens d'une « transformation de conditions humaines en troubles traitables » pose une difficulté particulière et majeure lorsqu'on revient sur le monde de la vieillesse. Il serait en effet illusoire de croire qu'il n'y a pas de pathologique ou de médical dans la vieillesse et que les pathologies survenues au cours du vieillissement résulteraient de la réduction d'un problème essentiellement humain et social à un problème médical. Nous conservons le terme, mais nous entendons la médicalisation de la vieillesse comme le processus amenant à l'insertion progressive de personnes âgées dans les dispositifs de prise en charge médicale. Il s'agit d'une médicalisation particulière qui peut être comprise comme paradoxale ou hybride, dans le sens où elle intègre un travail de redéfinition des frontières du normal et du pathologique et une association légitime de travail médical et de l'intervention sociale, c'est-à-dire, d'une combinaison de soins médicaux et de soins au sens du *care*. Il faut ici remarquer à quel point ces éléments sont liés dans l'approche globale du patient en médecine générale (Bloy et Schweyer, 2010) ou comment au sein des Ehpad des aides-soignants, théoriquement sans responsabilité médicale, sont autorisés à administrer les médicaments. Ces éléments sont aussi profondément liés dans d'espaces sociaux de la pratique des médecins. Nous pouvons faire référence à l'analyse de Michel Castra (2003a) de l'émergence et évolution du mouvement de soins palliatifs comme forme de « médicalisation nouvelle » de la fin de vie traduisant l'impossibilité de la biomédecine face à la gestion de la mort. C'est ainsi un travail médical qui, éloigné du schéma curatif, se conjugue nécessairement à un travail de soin (fondée sur l'empathie, l'écoute, le soutien émotionnel, la compassion).

Les études sur la médicalisation ont radicalement changé dans la dernière décennie, en partie en raison de l'augmentation de l'attention donnée au rôle des produits pharmaceutiques et de l'industrie pharmaceutique dans les sociétés contemporaines⁶³. L'investissement de l'industrie dans la production

⁶¹ Il faut noter que différents facteurs liés au contexte social et politique des années 1960-1970 ont influencé le développement du concept de médicalisation : le mouvement de l'antipsychiatrie, critiquant la transformation de sentiments et comportements en maladies psychiatriques (Szasz, 1961), la préoccupation par l'impérialisme médical dans l'œuvre d'Ivan Illich (1975), la critique sur la domination professionnelle et le contrôle des médecins dans les premiers travaux de Eliot Freidson (1970) et l'œuvre de Michel Foucault (1963) apportant une réflexion sur les connexions entre regards cliniques, émergence du capitalisme moderne et des États.

⁶² Les sociologues documentent l'émergence d'une conception pathologique de la vieillesse, en tant que phénomène de médicalisation de la vieillesse survenue dans la seconde moitié du XVIIIe et début des XIXe siècles (Vincent, 2003 ; Tulle et Lynch, 2011).

⁶³ Il faut noter, que pour certains auteurs, la médicalisation est aujourd'hui entendue moins dans le sens d'un « pouvoir médical qui s'impose » avec de catégories de nomination et de traitements médicaux que comme un processus de « médicalisation-négociée » (Bourdelaïs et Faure, 2005).

de produits pouvant être utilisés pour traiter les problèmes de santé rencontrés dans les pays riches (maladies chroniques, obésité, tabagisme...) a motivé des études sur la centralité du médicament dans la pratique médicale et sur le rôle de l'industrie pharmaceutique dans le processus de médicalisation. Les théoriciens ont proposé de nouveaux concepts pour capter cette dynamique, comme celui de « pharmaceuticalisation » (Abraham, 2010 ; Williams et *al.*, 2011)⁶⁴. Or, l'utilisation de produits pharmaceutiques et la médicalisation telle que définie par Peter Conrad ne sont pas synonymes. Certains aspects de la médicalisation ne sont pas directement liés à l'usage de médicaments, et des aspects socioculturels de la consommation pharmaceutique ne peuvent pas être analysés dans ce cadre théorique. Les notions de médicalisation et pharmaceuticalisation font l'objet de débats dans le domaine des sciences sociales que nous n'avons pas l'intention de résoudre ou résumer ici (Bell et Figert, 2012 ; 2015 ; Collin et David, 2016). Nous nous accordons avec Susan Bell et Anne Figert (2012) qui suggèrent que si la médicalisation et la pharmaceuticalisation sont des processus distincts avec les mêmes effets complexes nous avons besoin de les utiliser ensemble⁶⁵ pour comprendre comment les pratiques de prescription des médecins, en relation avec d'autres acteurs du travail de soin au sein des structures de santé et du médico-social destinées aux personnes âgées, contribuent à produire et à maintenir un processus de pharmaceuticalisation, c'est-à-dire, un recentrage de l'intervention thérapeutique sur le médicament.

- *Richesse et limites des études sociologiques sur la pratique de prescription des médecins*

La pratique de prescription est un objet encore peu exploré⁶⁶. Des études plus proches de l'anthropologie ont cherché à rendre compte des facteurs subjectifs qui sous-tendent la relation médecin-patient et qui motivent la prescription d'un type particulier de médicament, notamment de

⁶⁴ Ce terme est en constante redéfinition. L'une des définitions possibles est apportée par John Abraham, pour lequel la pharmaceuticalisation peut être définie comme « *le processus par lequel les conditions sociales, comportementales ou physiques sont traitées, ou considérées comme ayant besoin de traitement/intervention, avec des produits pharmaceutiques par les médecins, les patients ou les deux* » (Abraham, 2010 : 290).

⁶⁵ D'autres termes qui soulignent les évolutions contemporaines conjointes de la médecine, des sciences et des marchés pharmaceutiques existent à côté d'eux et sont utilisés dans ce débat. Dans un ouvrage collectif, de nombreux historiens, sociologues et anthropologues ont récemment avancé un argument unique selon lequel la médicalisation, la biomédicalisation, la pharmaceuticalisation et la génétisation sont des processus liés et co-évolutifs, présents dans le monde entier (Bell et Figert, 2015). Pour ces auteurs les processus sont transnationaux et multisites.

⁶⁶ Le travail de Rosman (2010) identifie dans la littérature sur la pratique de prescription trois perspectives : du point de vue du médecin, du point de vue du patient et à partir du médicament. Les études sur les médecins prescripteurs ne sont pas nombreuses et sont essentiellement anglo-saxonnes ; les travaux qui se placent dans la perspective du patient sont les plus nombreux et en France ; celui de Fainzang (2003) est mis en lumière ; enfin, les études qui se placent dans la perspective du médicament sont les plus rares. Dans cette dernière perspective, nous pouvons mentionner la thèse de Joséphine Eberhart, « Déchiffrer et soigner la douleur en médecine générale », soutenue en 2020 à l'EHESS.

psychotropes, à un type particulier de patient, notamment des personnes âgées (Haxaire, 1999 ; Haxaire et *al.*, 2010)⁶⁷. Un certain nombre d'études sociologiques s'est intéressé aux logiques de décisions qui mettent l'accent sur les modes de raisonnement et les fondements des jugements médicaux. Ces travaux se placent le plus souvent du point de vue des médecins et cherchent à comprendre, ou à rendre compte, des éléments qu'ils prennent en considération et la façon dont ils les utilisent, ou les ignorent, lors de la prise de décision. Sans forcément se placer à rebours d'une approche de la relation médecin-patient, les enquêtes réalisées dans cette perspective prennent leurs distances avec une rhétorique médicale justifiant la prescription de médicaments par la demande du patient et cherchent à rendre compte de tous les facteurs qui structurent la décision du médecin. La relation avec le patient bien sûr, mais aussi l'influence du réseau de confrères, celle de l'industrie pharmaceutique, du mode d'exercice (y compris ce qui concerne l'organisation du cabinet, le temps consacré à la consultation, le modèle de rémunération du médecin...), de la formation médicale, du rapport aux données de la science (EBM) ou plus spécifiquement aux recommandations de bonnes pratiques. Par exemple, les travaux de Anne Vega (2011a ; 2011b) se sont attachés à décrire l'environnement de la pratique des médecins susceptible de peser sur l'adoption des nouveaux médicaments, à partir du travail en amont des firmes pharmaceutiques⁶⁸. Urfalino et *al.* (2001) se sont intéressés à l'implication de l'EBM dans la pratique des médecins et ont montré que, sans adopter une attitude d'opposition vis-à-vis des recommandations de bonnes pratiques, les médecins généralistes les utilisent peu et les considèrent comme non adaptées à leurs pratiques réelles.

À la suite des études comparatives internationales constatant que la France a un niveau de consommation de médicaments plus important que ses voisins européens et des études montrant que huit consultations de médecins en ville sur dix se terminent par la prescription d'un médicament, deux

⁶⁷ Les travaux de Claudie Haxaire ont montré que la culture médicale et sociale des médecins, l'image que les médecins ont de la maladie et du médicament influent sur les pratiques de prescription, notamment dans le cas des psychotropes. Un travail de Philippe Le Moigne (2003) a montré que le vieillissement, la maladie, l'isolement social et la menace de marginalisation sont des éléments pouvant expliquer pourquoi les personnes âgées de 60 ans et plus ont un niveau de recours aux médicaments psychotropes qui est deux à trois fois supérieur à celui des plus jeunes. Au Québec, Johanne Collin et ses collègues (1999) ont montré que la prescription de psychotropes pour les personnes âgées est motivée par le poids de la demande, des incertitudes diagnostiques, la crainte de perdre la clientèle et la médicalisation de la vieillesse. En prenant la signification du médicament dans la société et la médicalisation de la vieillesse comme perspectives analytiques, Collin (2001 ; 2003) décrit les facteurs culturels et sociaux qui influencent la prescription de médicaments en général pour les personnes âgées, tels que la représentation de la vieillesse ou le rôle symbolique du médicament aussi bien du côté du médecin que du patient.

⁶⁸ Anne Vega (2011a) décrit les stratégies mises en œuvre par les industriels afin d'influencer sur la pratique de prescription. Cette étude retrace tous les canaux de diffusion d'information sur les médicaments les plus récents utilisés par les firmes. Ceux-ci sont compris comme étant à l'origine de la « surprescription ». Dans un autre travail, Vega (2011b) essaye d'articuler cette influence à la pratique réelle de prescription et avance la thèse que les médecins ne savent pas qu'ils sont influencés, c'est pourquoi ils le nient et ont tendance à occulter la surprescription.

chercheuses se sont intéressées aux facteurs qui déterminent la « surprescription »⁶⁹. Sophia Rosman (2010) étudie les logiques culturelles et sociales pouvant expliquer pourquoi les médecins français prescrivent plus que les médecins néerlandais et met l'accent sur l'empreinte des conditions de l'exercice de la médecine libérale chez les médecins généralistes français. Pour Rosman la décision de prescrire ou de ne pas prescrire un médicament à la sortie d'une consultation est particulièrement influencée par la relation thérapeutique avec le patient. Anne Vega (2012) s'intéresse elle davantage aux facteurs non-cliniques qui traversent la relation entre médecin et patient et propose une typologie des médecins généralistes selon leur niveau de prescription. Les facteurs qu'elle prend en compte sont la motivation initiale pour devenir médecin, le rapport aux collègues spécialistes et l'influence d'acteurs extérieurs au système de santé, tel que l'industrie pharmaceutique.

Cette littérature montre la complexité de l'acte de prescrire, reposant à la fois sur un raisonnement thérapeutique et des savoirs scientifiques, ainsi que sur des facteurs non-cliniques, sociaux ou culturels. Cela nous amène à prendre acte du fait que la prescription varie en fonction des contraintes et besoins spécifiques des patients et des médecins, ainsi que des contextes de la pratique. L'un des apports de ces travaux est d'avoir montré que le médicament relève d'une utilisation sociale particulière, en tant que symbole de la relation thérapeutique. Cela nous amènera à nous interroger sur l'utilisation sociale du médicament dans d'autres contextes de la pratique du médecin et sur le rôle de frein à la déprescription de ces fonctions symboliques.

Une limite importante des études sur la question de la « surprescription » tient au fait qu'elles se limitent à la prescription du médecin en cabinet de ville, ce qui ne permet pas de voir d'autres contextes de pratique des médecins généralistes et d'autres types de relation thérapeutique.

Approcher les pratiques de prescription à partir de leurs trois dimensions constitutives — segment professionnel, savoirs, organisation — dans différents espaces sociaux est une opportunité pour sortir de l'approche médecin-patient qui domine une grande partie de la littérature médicale et de santé publique ainsi que la littérature sociologique proche de notre objet. Ceci est d'autant plus nécessaire qu'une spécificité de la prise en charge des personnes âgées est l'implication de plusieurs intervenants et contextes de soin. Puisque « les médecins se différencient selon leurs positionnements sur la chaîne de soins » (Bergeron et Castel, 2010), nous varierons donc les sites d'observation.

⁶⁹ Avec une problématique identique : l'étude de l'acte de prescription médicamenteuse en médecine générale, les deux chercheuses entendent la surprescription des manières qui ne sont pas tout à fait les mêmes. Pour Rosman (2010), la surprescription est l'écart de volume de médicaments prescrits lors de la comparaison internationale des données de prescription. Vega (2012), part de l'existence de ces données, mais pour elle la surprescription est entendue comme la prescription inutile ou mal adaptée à la fois du point de vue de la HAS ou de la revue *Prescrire*.

- ***Segment professionnel, savoirs et organisation : trois axes d'analyse pour saisir les pratiques de prescription dans différents contextes de soins***

Segment professionnel : spécificité des pratiques et identité professionnelle

Nous souhaitons aborder ici ce qu'il faut entendre par médecine générale en tant que profession, puisque dans tous les contextes de soin que nous avons choisi pour étudier la pratique des médecins, il s'agit de médecins généralistes, parfois titulaires d'une Capacité en Gériatrie. Nous parlons de « segment » puisque les enjeux professionnels qui nous intéressent ne concernent pas toute la profession médicale, mais principalement la médecine générale, la façon dont ses praticiens pensent la spécificité de leur travail et de leur identité professionnelle. Cette notion de segment est apparue dans le cadre des nombreuses critiques adressées à la vision fonctionnaliste de la profession médicale qui voyait cette profession comme un ensemble homogène, partageant identité, valeurs, définition de rôles et intérêts.

Les caractéristiques de la profession médicale

Les premiers travaux sociologiques ayant pris les professions médicales comme objet d'étude se situent dans cette perspective qualifiée de fonctionnaliste, puisqu'intéressés à la fonction sociale des professions dans la société. Talcott Parsons (1955) suggère que les professions médicales remplissent une fonction « d'équilibre social » en faisant face à la « déviance » que constitue la maladie dans une société orientée vers la production économique. Pour lui les caractéristiques qui distinguent ce groupe d'autres métiers sont : l'existence de savoirs spécialisés et scientifiques qui fondent la pratique ; le partage des valeurs et normes communes, orientées vers la collectivité ; des institutions professionnelles qui surveillent et contrôlent l'activité des membres.

Mais des groupes organisés ayant leur propre identité professionnelle et défendant les mêmes idées sur la nature de leur travail émergent à l'intérieur de la profession et sont souvent en lutte pour l'imposition ou la défense de leur conception du travail. Rue Bucher et Anselm Strauss (1992), ont été les premiers à le souligner critiquant la perception de la profession comme communauté unique de pratiques et de valeurs. Pour la sociologie interactionniste, il est donc plus exact de concevoir les professions comme formées de « segments » poursuivant des intérêts divers et spécifiques. Les médecins se distinguent par les méthodologies et les techniques auxquelles ils ont recours, par les « clients » qu'ils privilégient, par la conception de la relation médecin-malade qu'ils défendent, par la définition et le rôle qu'ils attribuent à leur travail (Baszanger, 1995), par la position qu'ils occupent dans la chaîne de soins et par la manière dont ils vont intervenir dans la trajectoire du patient (Bergeron

et Castel, 2010). Nous pouvons comprendre ces facteurs de distinction comme la manière que les médecins ont de délimiter leur intervention et de définir la spécificité de leur travail.

La profession est capable de définir les buts de son activité, de contrôler l'activité de ses membres ainsi que la formation médicale (Freidson, 1984). De plus, tout en disposant de savoirs scientifiques, les médecins fondent leur activité sur leurs propres expériences pratiques et défendent leurs propres intérêts (Freidson, 1984 ; Hughes, 1996). Outre l'homogénéité, la prétendue scientificité de la profession, l'externalité du contrôle de son activité et son orientation première envers la collectivité sont des traits ayant été mis en question par les analyses de sociologues de tradition « interactionniste ». Ces travaux insistent sur l'autonomie médicale comme trait particulier de la profession. Le médecin a une autonomie de jugement à la fois dans le contexte particulier de sa pratique (en cabinet, dans les différents types d'hôpitaux, publics, privés...) et vis-à-vis des désirs des patients puisqu'il aura tendance à leur imposer son point de vue. Cette caractérisation est celle qui a amené certains auteurs à voir la pratique de prescription comme un symbole de l'autonomie médicale (Britten, 2001 ; Greene et Siegel Watkins, 2012 ; Le Bodic et Hardy, 2012), avec cette conséquence que les efforts de « rationalisation » de la pratique des médecins mis en œuvre par les États ou les organismes payeurs pour réduire l'écart entre décisions de prescriptions et les données scientifiques ou les recommandations existantes, n'ont pas entamé l'autorité du médecin (Castel et Dalgalarrodo, 2005 ; Castel et Robelet, 2009).

Dans cette thèse nous chercherons donc moins à prouver ou à marquer les limites de cette autonomie du jugement médical qu'à étudier comment la décision de prescrire, de ne pas prescrire ou de déprescrire intervient dans la construction professionnelle et, à l'inverse, comment l'identité professionnelle façonne cette décision.

La médecine générale et son identité professionnelle

En s'inspirant des travaux critiques, une sociologie de la médecine générale intéressée aux représentations, aux pratiques et aux positionnements professionnels dans le champ de la santé, mais également attentive au rôle des patients et à la relation thérapeutique s'est développée en France (Baszanger et Bungener 1995 ; Bungener et Baszanger, 2002). Suivant la thèse interactionniste sur la divergence et les conflits qui traversent les professions médicales ces travaux ont identifié la médecine générale comme un « segment » dominé dans le champ de la médecine vis-à-vis de la médecine spécialisée, scientifique et technique développée à l'hôpital. Certains travaux ont mis en exergue l'émergence de groupes distincts à l'intérieur de la médecine générale. C'est le cas par exemple du développement des « groupes Balint » qui, pour Claudine Herzlich, représente « une tentative de

promotion de la médecine générale dans un nouveau rôle et dans une position revalorisée à l'intérieur de la médecine » (Herzlich, 1984 : 15).

Plus récemment, l'ouvrage dirigé par Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (2010) prend la médecine générale comme sources d'inspiration théorique en sciences sociales et réactualise les connaissances sur cette profession à la lumière des réformes récentes du système de santé et des débats sur sa place dans l'organisation des soins. Ces auteurs avancent un certain nombre de traits spécifiques à la médecine générale qui enrichissent la compréhension de ses pratiques en tant que médecine ambulatoire de premier recours : coordination des soins en lien avec d'autres professions, approche globale du patient, construction dans la durée de la relation médecin-patient, mission d'éducation thérapeutique en lien avec une responsabilité de santé publique. La médecine générale se caractérise par ce qu'elle fait, par sa manière d'exercer l'art de la médecine. La perpétuation de la vision subordonnée de leur propre métier, avancée dans les premiers travaux sur les médecins généralistes, s'explique aujourd'hui par le fait que leur pratique est traversée par plusieurs oppositions radicales, parmi lesquelles la tension entre soins éclatés et prise en charge globale, entre approche technique et approche relationnelle, ou encore entre exigences de la patientèle et contraintes du système de soins⁷⁰.

Dans le prolongement de ces travaux, notre étude des pratiques de prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées cherche à renouveler les connaissances sur ce secteur de la médecine en s'interrogeant sur les dimensions actuelles de l'identité professionnelle. Nous faisons l'hypothèse que la façon de prescrire, et plus largement d'agir sur l'ordonnance, reflète la conception que les médecins ont de leur propre métier et de la place qu'ils s'accordent dans la prise en charge des personnes âgées. De plus, les divergences dans la manière de prescrire et de gérer l'ordonnance, qui découlent de manières distinctes de considérer leur intervention dans la trajectoire du patient en lien avec d'autres professions, reflètent également l'existence d'idéaux professionnels distincts à l'intérieur du groupe telle que la défense d'une position revalorisée de la médecine générale.

Nous cherchons également à apporter des connaissances sur la difficile émergence d'une spécialité porteuse de solutions aux difficultés de la prise en charge des personnes âgées dans un contexte où les savoirs spécifiques à la vieillesse et une expertise pharmacologique correspondante peinent à s'imposer. Il faudra donc explorer l'activité des gériatres et la façon dont ils cherchent à légitimer leur compétence sur un « domaine exclusif » (Abbott, 1988).

⁷⁰ Il faut donc connaître les traits distinctifs de la médecine française, à commencer par l'implication des systèmes de santé dans les conditions d'exercice de la médecine, c'est-à-dire de la façon dont ceux-ci organisent l'activité (les modalités de rémunération, les caractéristiques de l'offre et de la demande de soins). En France, la Charte de la médecine libérale de 1927, qui établit les principes de son activité (liberté de choix du médecin par le patient, paiement direct par l'assuré, liberté d'installation, liberté de prescription, etc.) est un trait propre de professionnalisation qui représente la liberté d'autonomie d'un groupe organisé (Herzlich, 1982 ; Arliaud, 1987).

Savoirs : production, usages, incertitudes

La littérature sur laquelle nous nous appuyons pour aborder les enjeux de la production et des usages des savoirs, est principalement le fait de sociologues et d'historiens des sciences ayant cherché à comprendre d'où viennent ces savoirs médicaux et dans une certaine mesure comment ils sont mobilisés dans la pratique.

La Biomédecine

Les savoirs médicaux s'appuient sur un régime de production de connaissances qu'est la biomédecine et qui résulte du rapprochement entre les sciences de la vie et la médecine. Jean-Paul Gaudillière (2002 ; 2006) met l'accent sur l'importance qu'a eu la biomédecine, notamment à partir de l'après Seconde Guerre mondiale, dans la compréhension du normal et du pathologique. La biomédecine contemporaine, associant la recherche et la clinique, reflète un processus de « molécularisation » de la médecine qui amène à comprendre et traiter les pathologies à partir de l'étude des mécanismes du vivant au niveau moléculaire. Selon cette définition, la biomédecine résulterait de la conjonction de trois tendances. La première est la progression des savoirs moléculaires dans les sciences de la vie (principalement la biologie). Il y a eu ensuite un recours de plus en plus fréquent aux modèles animaux pour étudier les modifications pathologiques. Enfin, ces deux tendances s'articulent dans le développement des essais cliniques et des études épidémiologiques à visée prospective, lesquels ont contribué à rendre plus expérimentale la pratique clinique (Keating et Cambrosio, 2014 : 144). C'est pourquoi le « biomédical » est défini par Gaudillière (2002) moins comme une entité aux frontières nettement identifiables que comme un processus de reconfiguration des rapports entre les scientifiques et experts, les médecins, l'État et les entreprises du secteur de la santé.

Evidence Based Medicine (EBM) et expertise

L'EBM ou médecine basée sur des preuves est l'une des formes de mobilisation des savoirs associés à la biomédecine. Elle est présentée comme « *un paradigme fondant le caractère scientifique et objectif de la médecine, en rupture avec l'idiosyncrasie et la casuistique propres à l'art médical* » (Bergeron et Castel, 2015). La biomédecine d'après-guerre se caractérise par la généralisation des essais cliniques contrôlés comme modèle d'évaluation des thérapies. Cette inflexion de la pratique clinique s'explique par l'usage de la statistique et plus particulièrement de la « randomisation » ; une « procédure de gestion par le hasard » qui transposée à l'évaluation des thérapies ne tient pas compte des spécificités des cas individuels (Gaudillière, 2006 : 89). Après la Seconde Guerre mondiale, il y a eu des tentatives pour rationaliser la clinique (Marks, 1997). L'approche défendue par certains membres du corps médical — les réformateurs thérapeutiques — tout au long du XXe siècle consistait à vouloir fonder la médecine sur des données scientifiques validées afin de limiter le poids de

l'expérience individuelle et le jugement subjectif dans la décision médicale (Berg, 1995). L'utilisation massive des méthodes quantitatives, notamment des outils statistiques est devenue l'un des gages de cette scientificité. L'inscription du système des essais cliniques dans les régulations internes du travail médical a ainsi nourri la revendication d'une « *expertise critique des pratiques médicales débouchant sur l'écriture des recommandations ou guidelines* » (Gaudillière, 2006 : 92). L'EBM se base désormais sur deux types d'outils : les essais cliniques randomisés (ECR) et les recommandations. L'ECR serait « l'étalon-or » pour établir et discriminer les connaissances médicales (Marks, 1997), et une fois les traitements évalués, ils seraient intégrés, avec toutes ses limites, dans les recommandations de bonnes pratiques (Timmermans et Berg, 2003).

La généralisation de ce type de procédure a été possible grâce à l'intervention de l'État qui a imposé la norme « essais cliniques randomisés » dans les évaluations administratives des médicaments (dans la décennie 1970 en France). Dans les années 1990, face à l'augmentation de la consommation de médicaments et des dépenses de santé en France, comme dans d'autres pays, les autorités publiques soutiennent cette recherche de « rationalité » et de « standardisation » de la pratique des médecins (Castel et Dalgarrondo, 2005).

L'implication de ces savoirs dans la pratique de prescription

De manière générale la recherche de rationalisation n'a pas conduit à une « standardisation » des pratiques (Castel et Robelet, 2009). Mais, les contradictions de la médecine de preuves ont des répercussions pour l'exercice. La rationalisation peut changer les sources de la légitimité des pratiques médicales et offrir de nouveaux outils permettant aux médecins de se juger et se classer entre eux (Castel et Dalgarrondo, 2005). En ce qui concerne les recommandations de bonnes pratiques, nous avons souligné plus haut que certains travaux sociologiques empiriques réalisés en France montrent que les médecins les utilisent peu, car elles ne sont pas adaptées à la pratique clinique (Urfalino et *al.*, 2002). Pour autant, les recommandations restent une aide à la décision, même si les médecins en font une utilisation très pragmatique (Timmermans et Berg, 2003). Il faut finalement constater que la décision médicale n'est ni purement rationnelle ni purement individuelle (Castel, 2008 ; Bergeron et Castel, 2010).

L'articulation des savoirs de la biomédecine avec d'autres éléments du raisonnement médical dans la pratique reste néanmoins un domaine encore peu exploré. Certains travaux permettent de comprendre le contexte dans lequel les décisions, notamment de prescrire, sont prises. Les savoirs sur les médicaments résultent de la conjonction de la recherche biomédicale et du marketing. Les firmes pharmaceutiques mobilisent donc ses savoirs dans la conception des essais cliniques, et dans la formulation de leurs résultats qui sont présentés aux médecins (Greene, 2007 ; Gaudillière et Thoms, 2015).

Incertitudes dans les savoirs : un élément qui structure la pratique

Dans la pratique de prescription médicamenteuse des personnes âgées, les mécanismes par lesquels les médecins acquièrent les savoirs sont moins importants que la persistance des incertitudes. Pour Renée Fox (1988), la pratique médicale est confrontée à deux formes d'incertitudes : la première résultant d'une « *maîtrise incomplète ou imparfaite de la connaissance médicale à son stade actuel* » ; la seconde découlant « *des limites propres à la science médicale actuelle* ». Géraldine Bloy (2008) rappelle que le médecin généraliste, confronté au champ médical le plus étendu s'inscrit parfaitement dans la première forme d'incertitude, puisqu'il est, et restera, celui qui « sait un peu de tout ». En ce qui concerne la deuxième, l'auteure soutient que le généraliste semble s'en dégager plus facilement que d'autres en adressant à des spécialistes plus compétents sous tel ou tel aspect les cas qui le dépassent. Cette auteure nous invite à prendre acte de la diversité de positionnements par rapport à l'incertitude qui se dégagent de l'assemblage entre manières de pratiquer la médecine et typologies de position des médecins. Un certain type de médecin fera peu de place au patient et beaucoup de place au standard d'objectivité scientifique ; un deuxième type arrivera plutôt à un bon compromis avec le patient sans renoncer à une prise en charge conforme aux données de la science ; d'autres médecins rejetteront les standards de la biomédecine en faveur d'une connaissance de proximité et individualisée du patient et un quatrième type de médecins pourra se tenir faiblement engagé envers les exigences scientifiques sans valoriser pour autant la qualité de la pratique auprès du patient. Cette analyse enrichit notre réflexion sur la dynamique de la prescription médicamenteuse et nous amène à nous interroger sur ce qui se passe dans la pratique en tenant compte des positions adoptées par les médecins et les formes particulières de réduction des incertitudes. Nous faisons l'hypothèse que les incertitudes dans les savoirs sont un élément structurant de la pratique de prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées.

Organisation : le travail médical dans les différents secteurs du système de santé et du médico-social

Afin d'appréhender les enjeux organisationnels de la pratique de prescription dans différents espaces sociaux nous nous appuyons sur des éléments de la sociologie des organisations, dans sa conception large, c'est-à-dire ne nous limitant pas à l'étude des organisations formelles. Nous entendons l'organisation « comme un *processus* social qui est au cœur de l'activité humaine : se grouper et s'organiser pour se coordonner en vue de produire une action collective » (Bergeron et Castel, 2014 : 190).

La chaîne des soins

La médecine est une activité collective à laquelle participe un grand nombre d'acteurs (des médecins généralistes et spécialistes, d'autres professionnels de santé différents tels qu'infirmières et

aides-soignantes, les patients et leur entourage...). Par ailleurs, des acteurs tels que les autorités sanitaires qui ne participant pas directement aux soins contribuent à les encadrer, voire édictent des règles formelles pour améliorer la prise en charge des patients. C'est cet agencement complexe d'interventions et de professionnels qui est communément appelé la « chaîne » thérapeutique (Bergeron et Castel, 2014). Nous retrouvons cette chaîne dans le système de santé et de prise en charge médico-sociale avec ses cabinets de ville, ses établissements hospitaliers et ses hébergements médico-sociaux. Les trois secteurs où nous avons choisi de travailler les pratiques de prescription — le cabinet de ville, les consultations gériatriques et l'Ehpad — représentent ces trois structures et peuvent globalement être compris comme trois niveaux distincts d'une chaîne de soins où l'on retrouve un patient donné à un moment particulier de sa trajectoire (de maladie et de soins). Certes, le passage d'un patient donné dans ces trois structures n'est ni successif ni inévitable, mais en enquêtant dans ces différents contextes nous avons l'ambition d'appréhender l'interaction des différents acteurs dans la prise en charge médicamenteuse des patients âgés.

Coopération entre acteurs différents

Comprendre les relations entre les acteurs est nécessaire pour comprendre les dynamiques de coopération (Crozier, 1963). Lorsque plusieurs acteurs sont amenés à travailler ensemble, il s'avère nécessaire qu'ils puissent coordonner leurs actions, voire coopérer les uns avec les autres. Anselm Strauss a été l'un des premiers à souligner que les difficultés d'aboutir à la coopération dans l'activité collective impliquent un travail de reconstitution permanent de la coordination entre acteurs de soin, du fait notamment que ces acteurs n'ont pas la même interprétation des objectifs à suivre et n'accordent pas la même valeur aux soins à apporter (Strauss, 1992). Son travail rend compte de la délocalisation des décisions dans l'organisation du travail de soin et son caractère « négocié », critiquant ainsi le poids dominant qui a été accordé à la décision du médecin, notamment dans les théories fonctionnalistes. Tous les acteurs de la chaîne peuvent alors négocier les conditions de leur coopération, y compris les patients (Fainzang, 2001 ; 2006 ; Barbot, 2002 ; Heritage et Maynard, 2006) qui ne sont jamais complètement démunis face à l'autorité du médecin. Or, si tous les acteurs disposent d'une marge de manœuvre pour exécuter leurs tâches, tous les acteurs n'ont pas les mêmes ressources pour influencer sur le travail collectif. Dans certaines organisations basées notamment sur une logique de soins (au sens du *care*), les infirmières et aides-soignantes peuvent dominer l'organisation des soins (Castrà, 2000). Rejoindre des acquis des théories classiques de la décision menées en dehors du cadre de la maladie nous motive à identifier les acteurs qui, du fait de leur position dans l'organisation, maîtrisent davantage de ressources que d'autres pour peser dans le processus décisionnel (Friedberg, 2000 ; 2004).

La coopération en médecine est un enjeu central de l'activité de soins pour tous les acteurs qui y participent. Le travail de Henri Bergeron et Patrick Castel (2010) mettant l'accent sur « l'auto-

organisation », c'est-à-dire les logiques professionnelles d'organisation des soins, est celui qui nous aide le mieux à penser ce problème. Pour ces auteurs la coopération n'est ni purement contingente ni préstructurée institutionnellement. Elle dépend du positionnement des différents partenaires dans la chaîne thérapeutique et de la possibilité d'une combinaison entre un professionnel qui considère devoir assurer le suivi du patient tout au long de sa trajectoire, avec d'autres professionnels qui vont plutôt concevoir leur intervention comme ponctuelle. Tenir compte de la différenciation de professionnels en termes de positionnement et d'engagement dans la stratégie thérapeutique résulte nécessaire lorsque nous voulons explorer les décisions de prescription et les relations entre les acteurs intervenant sur l'ordonnance dans différents secteurs de soins. Cette approche est particulièrement riche pour étudier la gestion d'ordonnances de patients polypathologiques, dont les pathologies sont suivies et traitées par différents médecins. Cela nous amène à interroger les effets de ces situations locales de division du travail et de compétition professionnelle sur la décision du médecin d'intervenir ou pas sur l'ordonnance, de changer ou déprescrire un médicament instauré par un autre, d'intervenir sur l'ordonnance de manière ponctuelle ou de garder la main sur l'ensemble de l'ordonnance.

L'articulation entre la pratique de prescription et l'organisation

Le contexte local de la pratique du médecin sera entendu comme une organisation où différents acteurs en interdépendance coopèrent dans la pratique de prescription médicamenteuse. Il faut au préalable souligner que nous n'étudions pas l'ensemble de l'organisation du travail dans chaque secteur de soin choisi : pour étudier les enjeux organisationnels, notre étude part des interactions autour du médicament et de la prescription. Étudier comment les décisions de prescrire et déprescrire s'insèrent dans cette espace d'interdépendances et de pouvoir entre acteurs nous permet d'apprécier quels acteurs ont davantage de ressources pour influencer sur l'organisation du travail du médecin, mais aussi de voir au nom de quels principes, ou de quelles valeurs, ils agissent. Cette perspective interactionniste nous permettra, notamment en Ehpad, d'apporter de nouvelles connaissances concernant ce que les acteurs produisent en termes de prescription, tout en nous éloignant des travaux classiques sur les hébergements collectifs s'étant intéressés à la question de l'emprise de « l'institution totale » (exposés dans le travail de Erving Goffman sur les *Asiles* de 1968), ou à ses aspects disciplinaires (réfléchis par Michel Foucault dans son ouvrage *Surveiller et Punir* de 1975).

- La notion de « personnes âgées » dans les différents secteurs de soin

En ce qui concerne la catégorie « personnes âgées » qui sera utilisée dans notre texte, nous faisons référence à la façon dont les acteurs le définissent dans chaque secteur de soin exploré. Il sera question de prendre en compte non seulement la façon dont les acteurs se représentent les personnes âgées qu'ils

soignent, mais aussi les problèmes spécifiques auxquels ils font face dans leurs pratiques de prescription dans chaque contexte de soin. Chez les médecins généralistes en cabinet de ville, étudier leur représentation de la patientèle âgée et les problèmes auxquels ils font face dans leur pratique de prescription nous permet d'accéder à leurs propres logiques professionnelles de prise en charge thérapeutique. Afin d'interpréter les pratiques de prescription des médecins auprès des personnes âgées, cette thèse a nécessité l'élaboration d'une grille d'analyse prenant en compte la complexité et les spécificités des patients âgés qu'ils soignent (que nous détaillons dans la deuxième partie de la thèse). Dans les services de gériatrie au sein des hôpitaux, les médecins évaluent les « vulnérabilités » sociales et médicales des personnes âgées de plus de 70 ans afin de proposer des solutions pour conserver leur « autonomie » ou pour ne pas aggraver leur « dépendance »⁷¹. En Ehpad, le groupe « personnes âgées » est *a priori* défini par la structure d'hébergement qui l'accueille comme étant des « personnes âgées dépendantes » et dont les acteurs institutionnels constatent une entrée tardive : l'âge moyen des résidents progresse de dix mois par rapport à 2007 et atteint 85 ans en 2011⁷².

V. *Logiques d'exposition de la thèse et enquête :*

L'étude repose sur une méthodologie qualitative à caractère interprétatif et compréhensif (Strauss et Corbin, 1998). Avant de présenter la logique d'exposition de la thèse, nous allons décrire les sources sur lesquelles s'appuie notre thèse — qui seront présentées à partir des méthodes utilisées —, ainsi que les principes d'éthique auxquels l'enquête s'est attachée.

- *Les sources utilisées : polyprescription et pratiques de prescription*

Cette thèse s'appuie sur cinq types de sources. Trois types de sources ont été mobilisées pour périodiser la construction du discours sur la polyprescription : la littérature scientifique depuis la fin des années 1970 ; les documents et rapports publics sur le médicament, la vieillesse et l'organisation de soins ; et une revue de presse. Notre documentation des pratiques de prescription des médecins dans

⁷¹ L'évolution de la politique de la vieillesse vers la « prévention de la vieillesse » depuis les années 2000 est l'un des éléments expliquant pourquoi les médecins qui depuis les années 1960 se spécialisent dans les « affections de la vieillesse » se centrent sur la question de la « fragilité » et de la prévention de la « dépendance » ou de la « perte d'autonomie ». Sur ces changements récents dans la réflexion sur la vieillesse, voir notamment Alvarez (2012 ; 2016). En ce qui concerne l'âge d'entrée dans les services de gériatrie et les problèmes médico-sociaux de la vieillesse qui sont reconnus par les autorités sanitaires comme relevant de problèmes gériatriques voir notamment la méthodologie des outils d'amélioration de pratiques professionnelles mis en ligne par la HAS (HAS, 2013).

⁷² DREES (2014c), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et résultats*, n° 899, décembre 2014.

différents contextes s'appuie sur deux types de sources : des entretiens auprès de médecins généralistes, de médecins qualifiés en gériatrie, et de divers acteurs impliqués dans la prise en charge médicamenteuse en Ehpad ; l'observation de consultations médicales, de la circulation de médicaments en Ehpad et de réunions concernant la prise en charge médicamenteuse en Ehpad. Nous avons de plus appuyé notre réflexion quelques sources complémentaires : participation à des colloques de médecine, entretiens auprès des acteurs institutionnels et d'acteurs de la pharmacie, visites dans différents Ehpad et entretiens auprès des médecins coordonnateurs.

Le premier chapitre s'appuie principalement sur des documents produits par les acteurs qui abordent le phénomène de polyprescription en France. Le détail de documents collectés (littérature de la sphère scientifique et professionnelle et de la sphère publique) est présenté dans la section intitulée « Sources primaires, scientifiques, professionnelles, administratives et institutionnelles », précédant notre bibliographie générale. Nous nous limiterons ici à présenter les différents types de documents :

Documents et rapports publics sur le médicament, sur la vieillesse et sur l'organisation du système de soins :

- Rapports publics produits et mis à disposition par les acteurs publics français dans La Bibliothèque des Rapports publics⁷³.
- Documents et recommandations pour les pratiques cliniques concernant la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées, des médicaments particuliers ou de maladies chroniques en général (ANAES/HAS, Afssaps /ANSM, CNAMTS).
- Études sur l'activité et sur le travail médical concernant le rapport entre personnes âgées et médicaments publiées par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques).
- Lois de santé publique, arrêtés, décrets et circulaires⁷⁴.

Analyse de la littérature scientifique :

- Articles élaborés à partir d'études épidémiologiques sur le vieillissement réalisées dans la région Sud-Ouest de la France (cohortes PaQuid et 3Cités)⁷⁵.

⁷³ Accès à La Bibliothèque des Rapports publics : <https://www.vie-publique.fr/rapports>

⁷⁴ Légifrance, Service public de la diffusion du droit : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁷⁵ Liste des publications disponibles sur Pubmed : <http://tinyurl.com/Pubmed-PAQUID> ou sur HAL : <http://www.hal.inserm.fr/PAQUID>

- Études sur la polyprescription publiées dans le Bulletin de l'Académie Nationale de médecine et de l'Académie Nationale de pharmacie⁷⁶.
- Articles ou travaux réalisés sur la base d'enquêtes sur la santé des personnes âgées, la consommation pharmaceutique et/ou la prescription médicamenteuse (CREDES/IRDES ; *Revue Gériatrie et société* ; *La Revue de Gériatrie* ; *La Revue du praticien* ; *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*).

À partir de ces sources, nous identifions l'émergence d'un travail de problématisation sur les liens entre personnes âgées et médicaments dans deux grandes sphères, l'une scientifique et médicale et l'autre publique (administrative et institutionnelle). Notre analyse descriptive et explicative de la constitution du problème public de la « polyprescription » des personnes âgées a de plus été complétée par un travail sur la contribution de la presse dans la visibilité du travail de problématisation des acteurs identifiés.

Revue d'archives de la presse écrite :

- Une centaine d'articles traitant spécifiquement le lien entre personnes âgées et médicaments publiés par le journal régional *Sud-Ouest* dans la période 1960-2019 ont été choisis pour conformer notre corpus afin d'étudier la contribution de la presse dans la visibilité publique du problème de la polyprescription. Cette recherche a été réalisée à partir de la base des données Europresse⁷⁷.

L'étude du phénomène de polyprescription à partir des pratiques réelles de prescription à l'attention des personnes âgées s'appuie sur une trentaine d'entretiens auprès des médecins et d'observations de plusieurs semaines auprès de gériatres et au sein d'un Ehpad.

Entretiens :

Entre 2016 et 2018, nous avons mené 19 entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes libéraux, installés en cabinet individuel, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Ces médecins exercent en Île-de-France, dans différents quartiers de Paris, à Montrouge et à Bobigny. Le recrutement s'est effectué par effet boule de neige, en essayant de diversifier au maximum les caractéristiques des médecins retrouvés et en nous arrêtant face à l'identification d'une saturation d'informations recherchées. Les médecins rencontrés sont des hommes (11) et des femmes (8) âgés de 29 à 64 ans, avec une majorité ayant moins de 40 ans. Ils peuvent ou

⁷⁶ Accès aux archives sur BNF Gallica : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/cb34348109k/date.r=.langFR>

⁷⁷ La recherche complète, la justification de la presse, l'étude et les résultats de l'étude seront indiqués dans la première partie de la thèse.

pas être capacités en gériatrie, avoir fait un stage ou un DPC en gériatrie (5 médecins) ou exercer en tant que remplaçants (6 médecins). Tous les entretiens ont été réalisés en face à face, enregistrés en support audio après consentement du médecin et effectués dans le lieu choisi par lui (cabinet, café, Faculté de médecine) et ont duré entre 1 heure et demie et 2 heures, à l'exception d'un entretien téléphonique de 20 minutes, et d'un entretien en face à face de 15 minutes où l'enquêté a refusé l'enregistrement.

Au printemps-été 2017, au sein des structures hospitalières de l'AP-HP, nous avons réalisé 3 entretiens auprès de gériatres assurant des consultations de suivi gériatrique en ambulatoire et 1 auprès d'une gériatre responsable de l'hôpital de jour de gériatrie. Ces gériatres (dont 3 sont des femmes) sont âgés de 33 à 56 ans et sont des médecins généralistes ayant fait un DESC de type II (diplôme d'études spécialisé complémentaire) ou une Capacité de Gériatrie. À l'exception d'une gériatre praticienne contractuelle à mi-temps ayant une activité mixte la majorité des gériatres sont des praticiens à plein temps. Ces praticiens sont salariés pour les fonctions exercées au sein de l'hôpital. Ces entretiens ont été réalisés en face à face dans le lieu de travail des gériatres au sein de la structure hospitalière, ont été enregistrés en support audio après consentement de leur part et ont duré entre 1 heure et demie et 2 heures.

En Annexes (n° I), on trouvera une liste récapitulative de professionnels interrogés ainsi que la liste de thèmes qui ont structuré les entretiens et la méthode de traitement.

En automne-hiver 2016, dans un Ehpad privé à but non lucratif situé dans le département Val-de-Marne, nous avons réalisé 2 entretiens auprès des médecins traitants (un homme et une femme, médecins généralistes libéraux), 1 entretien auprès du médecin coordonnateur (MCo - médecin généraliste qualifié en gériatrie exerçant une activité mixte), 5 entretiens auprès des infirmières de différents statuts (infirmière-cadre de santé, infirmières principales, infirmière stagiaire, infirmière vacataire), 2 entretiens auprès des aides-soignantes et 1 entretien auprès d'une personne travaillant en tant qu'Aide médico-psychologique (AMP). À l'exception d'un homme, la majorité des professionnels paramédicaux rencontrés sont des femmes, raison pour laquelle nous utilisons par exemple le qualificatif « infirmières » lorsque nous nous référons à leur activité en général et « infirmier » lorsqu'il s'agit de l'activité de cet infirmier en particulier.

Observations :

Au sein d'une structure hospitalière, nous avons observé une trentaine de consultations de suivi gériatrique en ambulatoire⁷⁸, impliquant gériatre, patient et accompagnant (dont le plus souvent il s'agit

⁷⁸ On retrouvera dans la troisième partie de la thèse un descriptif détaillé du terrain réalisé et un graphique schématique de la filière gériatrique indiquant la zone d'observation.

d'un membre de sa famille). Au cours de ces consultations, nous avons assisté à l'ensemble des échanges (par exemple, appels téléphoniques, lecture orale de courriers de généralistes ou spécialistes, enregistrement oral du rapport de consultation).

L'objectif de cette observation était de comprendre la spécificité de la prescription dans ce secteur de la médecine et la façon dont cette catégorie médicale gère les ordonnances. Ces observations ont été effectuées à l'aide d'un cahier de notes. Notre plan d'observation comportait les dimensions suivantes : d'où viennent les patients, où ils sont envoyés, qui les envoie, échanges du gériatre avec le patient et son/ses accompagnant/s, échanges du gériatre avec d'autres professionnels, motifs de consultation médicale, spécificité de la prescription, médicaments cibles de changement ou d'arrêt.

Dans l'Ehpad du Val-de-Marne, nous avons suivi le travail d'un médecin traitant (femme) prenant en charge le plus grand nombre de patients et nous avons observé une vingtaine de ses consultations. Pendant les deux mois passés au sein de cet Ehpad, nous avons également suivi le travail quotidien des infirmières dans la préparation et la distribution des médicaments, son travail administratif et ses échanges avec différents acteurs (médecins, Mco, A-S, pharmacien d'officine). Ensuite nous avons observé le travail des aides-soignants dans l'administration des médicaments. De plus, nous avons observé les réunions de transmission d'informations entre infirmières et aides-soignants et nous avons observé les réunions d'élaboration du Projet de vie personnalisé du résident (PAP) réalisé entre infirmière, MCo, aides-soignants et psychologue. Enfin, nous avons suivi le travail du médecin coordonnateur, son travail administratif, ses échanges avec différents acteurs, sa participation aux réunions de PAP. Son suivi nous a également permis d'assister à une des Commissions de Coordination Gériatrique réalisée en collaboration avec la directrice et visant la coordination des professionnels de santé libéraux intervenant dans l'Ehpad et abordant questions sur le circuit du médicament. Nous avons assisté à la réunion organisée lors de la visite des délégués de l'Assurance Maladie présentant le profil personnalisé réalisé pour cet Ehpad. Ceci a été l'occasion de nous fournir des documents et des données comparatives sur le profil de cet Ehpad en termes d'activité, de situation de résidents, de situation du personnel, de consommation et de prescription médicamenteuse, etc., que nous présentons en Annexes (n° VII). En suivant le travail du MCo à l'extérieur de l'Ehpad nous avons assisté à une réunion entre médecins coordonnateurs appartenant à plusieurs Ehpad gérées par une même association, concernant l'amélioration du circuit du médicament en Ehpad.

L'objectif de notre observation en Ehpad a été d'étudier les interactions entre les différents acteurs liés à la prise en charge médicamenteuse. Nous cherchions donc à comprendre comment plusieurs acteurs travaillent ensemble autour du médicament et de la prescription médicamenteuse en faisant une attention particulière à la circulation du médicament, la dynamique de la distribution et la

prise de médicaments. Cette observation a été effectuée à l'aide d'un carnet de terrain suivant un plan d'observation qui s'inspire de 5 domaines d'observation établis dans le travail ethnographique de Jean Peneff (2008) *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées*, La Découverte. Ce plan que nous mettons à disposition en Annexes (n° I) se compose donc de 5 domaines à observer : les actions ; les groupes sociaux ; les dispositifs matériels, le point de vue des acteurs, la place de l'observateur/chercheur. L'information que nous avons recueillie à partir de cette grille nous a servi pour comprendre le contexte et pour interpréter les entretiens effectués auprès des acteurs.

Sources complémentaires :

Des études préliminaires à l'entrée sur le terrain, des entretiens auprès des spécialistes sur notre sujet (personnes âgées et/ou médicaments) et la participation à des colloques de médecine⁷⁹ ont été nécessaires pour la réalisation de notre travail, à la fois pour combler un vide de connaissances sur la médecine⁸⁰, sur la pharmacologie et sur le secteur médico-social que pour nous tenir au courant de l'actualité sur notre sujet. 2 entretiens ont été réalisés auprès de médecins-conseils de l'Assurance maladie, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés auprès de médecins coordonnateurs d'Ehpad à Versailles et dans la région Pays de la Loire ; une visite dans l'Ehpad de la Loire nous a permis d'observer pendant trois jours le fonctionnement général et les acteurs autour de la prise en charge médicamenteuse ainsi que d'échanger avec eux pour identifier des problématiques. Une enquête a été réalisée auprès d'acteurs du débat public sur la santé et sur les médicaments, notamment des représentants de groupes de médecins indépendants de l'industrie pharmaceutique, à savoir : 4 entretiens auprès des membres, chercheurs et enseignants-chercheurs de la SFTG (Société Formation Thérapeutique Généraliste)⁸¹ et du Groupe Princeps⁸² ; 1 entretien auprès du directeur éditorial de la revue *Prescrire*. Enfin, pour avoir la vision du « patient âgé » pris en charge par le médecin en Ehpad et dans les consultations gériatriques nous avons mené 7 entretiens auprès d'eux. Ces derniers ne sont cependant pas pris en compte dans notre travail.

Questions d'éthique de la recherche :

⁷⁹ Nous avons participé notamment aux colloques organisés par le groupe Princeps à la Faculté de médecine de Bobigny sur la thématique « Sous-médicalisation, Surmédicalisation, Surdiagnostics, Surtraitements » à trois occasions : « Internet, médecine personnalisée, sources de surmédicalisation ? », avril 2018 ; « Sur- et sous-médicalisation, surdiagnostics et surtraitements », avril 2017 ; « Le prix, le coût et la valeur des médicaments » octobre 2016.

⁸⁰ Nous avons également exploré des livres et manuels de médecine et de gériatrie ainsi qu'élaboré une cartographie des recommandations de bonnes pratiques élaborées par la HAS afin d'identifier la prise en compte de co-morbidités et de combinaison de produits.

⁸¹ Société scientifique et organisme de formation médicale continue

⁸² Groupe de réflexion et d'action sur la thématique « Sous-médicalisation, Surmédicalisation, Surdiagnostics, Surtraitements ».

Pour enquêter dans les différents contextes de la pratique des médecins intégrant patients et famille nous avons privilégié le passage par une instance auprès du Comité d'éthique. Cette recherche a reçu un avis favorable du Comité d'évaluation l'INSERM – CEEI (IRB00003888) le 23 mai 2017 (en Annexes n° II). En accord avec leurs demandes nous avons respecté trois principes concernant la protection de l'anonymat et de la confidentialité qui ont de répercussions dans notre texte et que nous l'exposons par la suite :

Les personnes participant à cette étude seront informées de la problématique et des objectifs de la recherche. Leur consentement oral à être enregistrées (sur un support audio) vaudra comme consentement.

Consentement : L'observation et les entretiens seront définis en accord avec les professionnels de santé et les établissements. Tous les observations et entretiens se feront exclusivement avec le consentement enregistré des personnes. Dans le cas d'observations des consultations, le médecin présentera la recherche au patient et obtiendra son accord. L'avis et l'accord du médecin seront demandés afin de ne pas inclure des patients ayant des troubles cognitifs et n'ayant pas la capacité de donner leur consentement éclairé.

Anonymat : Toute personne participant à cette étude sera anonyme. Pour garantir leur anonymat, ils feront l'objet d'un codage opérationnel. Une lettre et un numéro sont assignés à chaque professionnel médical et paramédical. Les professionnels de santé seront identifiés par leur profession, leur sexe et leur âge. Par exemple : [MG-F, 54], pour un médecin généraliste, femme, de 54 ans ; [MG rempl. H-30], pour un médecin remplaçant, homme de 30 ans.

Confidentialité : Les personnes pouvant avoir accès au contenu des entretiens — c'est-à-dire les co-directeurs de la recherche et l'étudiante qui souscrit — s'engagent à respecter leur confidentialité. Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle. L'enregistrement sera détruit juste après la transcription informatique anonymisée. Les transcriptions des entretiens anonymisés seront stockées dans le dispositif My Co Re-CNRS. Un code sera nécessaire pour ouvrir ces documents et l'équipe de recherche seule aura accès à ce code. Les discours recueillis pendant l'entretien pourront être cités par l'équipe de recherche dans la restitution des résultats de la recherche. Néanmoins, certaines informations brutes resteront confidentielles. Il s'agit essentiellement des noms et prénoms, qui seront anonymisés, mais également de toutes informations secondaires qui pourraient permettre leur identification.

En dehors de cet avis, nous avons anonymisé les patients et certains médecins en les assignant un nom de fictif (par exemple : Mme Peny ; Dr Louis). Enfin, nous avons conservé le nom d'acteurs

publics dans le milieu de la santé auprès desquels nous avons réalisé des entretiens et qui ont manifesté leur indifférence à être anonymisés ou pas.

- *Logique d'exposition de la thèse*

Notre thèse est organisée en 6 chapitres regroupés en 4 parties.

Avant de voir comment le phénomène de polyprescription s'inscrit dans les pratiques réelles des médecins et comment il est abordé dans chaque espace d'exercice, il nous faut revenir sur le discours public sur ce problème, qui constitue, pour les médecins, un élément de leur contexte de travail. Le premier chapitre propose donc une analyse de la constitution de la polyprescription chez les personnes âgées en problème public identifiant les acteurs qui le font émerger et s'en saisissent. Ce chapitre suit le passage de ce problème au sein de différentes sphères d'action (scientifiques, professionnelles, administratives et institutionnelles).

Pour ce faire, nous empruntons des éléments d'analyse à différents auteurs ayant étudié la construction collective de problèmes publics (Felstiner, Abel et Sarat, 1980-1981 ; Dubois, 2009 ; Hilgartner et Bosk, 1988 ; Gusfield, 1981) sans pour autant nous inscrire dans une perspective de « sociologie politique de l'action publique »⁸³. Notre approche consiste en un suivi du travail de problématisation des acteurs, c'est-à-dire de la manière dont un certain nombre d'acteurs clés vont penser, définir et interpréter une situation pour la faire exister de manière publique comme enjeu légitime (Cefaï, 1996 ; Foucault, 1984), tout en participant de la genèse de cette situation.

Les trois parties suivantes présentent nos enquêtes de terrain en ville, en structure hospitalière et en Ehpad. Elles s'attachent à l'analyse des trois dimensions de la pratique de prescription que nous avons retenues et qui co-existent dans les trois espaces sociaux étudiés : segment professionnel, savoirs, organisation.

La deuxième partie de la thèse porte sur les discours des médecins généralistes et leurs pratiques de prescription. L'enquête en cabinet de ville nous donne l'opportunité d'étudier de manière privilégiée les enjeux liés à l'existence d'un « segment professionnel », c'est-à-dire aux spécificités de la médecine générale dans la prise en charge médicamenteuse des polypathologies des personnes âgées. Les chapitres deux et trois montrent des configurations de traitement d'ordonnances différencié en fonction notamment de la situation d'interaction avec le patient, du rapport du médecin généraliste avec ses collègues spécialistes et de la manière de gérer les incertitudes sur les savoirs pharmacologiques.

⁸³ Sur cette approche, voir : Patrick Hassenteufel (2011), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin.

Privilégier l'enjeu « segment professionnel » dans cette partie nous permet d'insister sur la pluralité des hiérarchies qui se construisent autour du médicament : entre généralistes et patients, entre généralistes et spécialistes. Notre réflexion s'est basée sur les travaux de sociologie de la santé et des professions médicales ayant abordé les représentations des médecins sur leur métier et les caractéristiques liées à leur exercice (Baszanger et al., 2002 ; Bungener, 2004 ; Castel, 2005 ; Bloy, 2010), ainsi que sur les recherches visant à comprendre les raisonnements pratiques des médecins (Castel, 2008 ; Bloy, 2008 ; Rosman, 2010 ; Vega, 2012 ; Hardy, 2012 ; Champy, 2015 ; 2017). Certains médecins de notre enquête se distinguent du reste par le fait d'évoquer être opposés à la prescription de certains médicaments et effectuer une déprescription. Nous proposons donc une typologie de la gestion des ordonnances.

Dans la troisième partie, nous abordons le travail des médecins gériatres à partir de leurs discours et de leurs pratiques de prescription à la fois dans le domaine des maladies cognitives et dans le domaine plus large de la prise en charge « médico-sociale » des personnes âgées. L'enquête sur les pratiques de prescription des gériatres travaillant au sein d'une structure hospitalière nous donne l'opportunité d'analyser la relation à l'incertitude des savoirs. Les chapitres quatre et cinq s'attachent à étudier les tensions entre représentations des gériatres, projet de la discipline gériatrique, et pratiques notamment liées à la consultation hospitalière de suivi en ambulatoire. Insister sur les incertitudes des savoirs qui structurent l'activité des gériatres ouvre sur deux questions : d'une part sur les enjeux de la reconnaissance d'une spécialité revendiquant pour champ de compétence la production des savoirs sur les personnes âgées et leurs médicaments, et d'autre part les difficultés d'intervention sur l'ordonnance. Le chapitre décrit la façon dont les gériatres se confrontent aux controverses à propos des médicaments et les implications que cela a dans leurs pratiques en prenant appui sur les travaux de sociologues ayant étudié les enjeux professionnels et de politiques publiques liés à la vieillesse, à la gériatrie ou à la maladie d'Alzheimer (Lenoir, 1979 ; Guillemard, 1980 ; Benoît-Lapierre, 1983 ; Ngatcha-Ribert, 2012) ainsi que sur les travaux ethnographiques réalisés au sein des consultations mémoire et services de gériatrie aiguë (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013 ; Béliard et Sifer-Rivière, 2015a ; 2015b ; Le Theule et al., 2017).

Dans la quatrième partie, nous nous intéressons aux dimensions organisationnelles du travail de prescription du médecin en interaction avec une pluralité d'acteurs au sein d'une structure d'hébergement collectif et médicalisé qui prend en charge de personnes âgées 24 heures sur 24. La présentation de l'enquête réalisée en Ehpad est donc centrée sur les enjeux liés à l'organisation de soins.

Le dernier chapitre de la thèse montre ainsi comment la prescription participe de l'organisation du travail de prise en charge en Ehpad, au-delà de la réponse aux besoins médicaux des résidents. Plus

généralement il s'agit d'identifier les dimensions du phénomène de pharmaceuticalisation tel qu'il se manifeste dans les interactions au sein d'un Ehpad. L'analyse croise les approches de la sociologie médicale et de la sociologie des organisations pour explorer les logiques de coopération dans le processus de la prescription de psychotropes. Notre réflexion s'appuie sur des travaux ethnographiques ayant étudié les logiques de prise en charge médicale au sein des Ehpad (Trépied, 2015 ; Dupré-Lévêque, 2002) ainsi que dans d'autres contextes de la pratique médicale où priment les logiques de soin (Castra, 2000).

Il est enfin important de noter que l'ordre de présentation des trois parties — correspondant aux trois enquêtes de terrain — a été choisi en vue de représenter l'évolution du travail sur l'ordonnance tout au long du parcours des patients âgés dans la chaîne de soins.

1ÈRE PARTIE. – L’EXISTENCE D’UN DISCOURS PUBLIC SUR LA POLYPRESCRIPTION

« Je pense que les premières recommandations étaient faites, de mémoire eh, sur le diabète, l’HTA, mais je ne suis pas sûre. Et par rapport aux personnes âgées polypathologiques, ce n’était pas spécifique, donc on se débrouillait, je ne sais plus comment... on n’avait pas isolé à mon avis une particularité "personne âgée". C’est très récent en fait comme mode de pensée, je pense. On ne s’est pas trop posé la question avant. »
[Entretien Médecin-conseil AM, F-52⁸⁴]

« Je n’ai pas été formée à la iatrogénie, aux risques iatrogéniques comme on peut l’être ces dernières années. Ça, c’est quand même des choses qui sont apparues au fil des années. Maintenant ça a évolué, mais moi je suis d’une génération de médecins qui quand je me suis installée j’avais des patients qui pouvaient avoir 15 médicaments sur l’ordonnance... et moi j’ai rapidement su dans mon cursus de médecin qu’au-delà de 3, 4 médicaments on ne sait pas trop. Mais ça, c’est quelque chose auquel on s’est formé au fur et à mesure... »
[Entretien Médecin-conseil AM, F-54⁸⁵]

L’ensemble des études comparatives sur la consommation pharmaceutique et/ou la prescription dans plusieurs pays d’Europe s’accorde sur le constat de « surconsommation de médicaments » (DREES, 2000). Cependant, régulièrement comme c’est le cas en 1997 la France est, elle, « championne d’Europe de la consommation pharmaceutique ». Parallèlement, des études et recherches d’un ensemble d’acteurs (médecins, épidémiologistes, pharmacologues, chercheurs de santé publique) contribuent à faire exister les enjeux liés au phénomène de polyprescription des personnes âgées dans la sphère publique. Qui sont les acteurs qui se préoccupent de cette situation spécifique ? Comment et avec quelles ressources ces acteurs ont attiré l’attention publique ? Pourquoi cet enjeu qui émerge dans le domaine public n’est pas devenu une priorité d’intervention clairement identifiée ?

Cette première partie — composée d’un seul chapitre — s’intéresse principalement au travail de problématisation des acteurs concernant les liens entre vieillesse et pharmacie. Dans cette thèse on considère la notion de problématisation dans un sens foucauldien comme la forme spécifique prise par un problème général à une période donnée (Foucault, 1984). L’utilisation du terme « problématisation » fera ainsi référence à la manière dont un certain nombre d’acteurs clés vont définir et interpréter une situation en la faisant exister de manière publique et légitime, mais aussi les pratiques à partir desquelles ces discours se forment. On s’intéresse moins ici à l’origine du problème ou à l’origine des termes employés pour nommer le problème⁸⁶ qu’à une saisie panoramique de l’ensemble

⁸⁴ Au sein du DCES (Département de la coordination et de l’efficience des soins) de l’Assurance maladie, ce médecin réalise actuellement un travail de synthèse des recommandations rédigées par la HAS. Entre 1992 et 2010, elle a exercé la médecine générale dans les Centres Municipaux de Santé de Bondy et de Gagny.

⁸⁵ Au sein du DCES (Département de la coordination et de l’efficience des soins) de l’Assurance maladie, ce médecin réalise actuellement un travail de synthèse des recommandations rédigées par la HAS. Elle a exercé la médecine générale en libéral pendant 21 ans dans un cabinet de Pantin.

⁸⁶ Le travail de Monégat et Sermet (2014) propose une étude dans ce sens.

des discours et des pratiques non discursives intervenus dans une séquence temporelle pour montrer le travail accompli comme étant le résultat de l'entrecroisement de préoccupations diverses.

Dans la séquence temporelle que nous étudions, la situation des personnes âgées vis-à-vis des médicaments est un enjeu qui devient progressivement public. Notre analyse ne se focalise pas seulement sur la façon dont un problème donné — considéré a priori comme stable et clairement délimité — est pensé, discuté et géré, elle s'efforce également de rendre compte de l'évolution de caractéristiques déterminantes d'une situation en même temps qu'elle se construit en tant que problème public. Notre approche est donc amenée à se distinguer des approches classiques de la construction des problèmes publics, qui envisagent une succession claire de moments à prendre en compte pour comprendre leur formulation et leur mise sur agenda, c'est-à-dire leur traitement par des politiques publiques⁸⁷. Or, la constitution du problème de la polyprescription des personnes âgées, c'est-à-dire des liens problématiques entre vieillesse et pharmacie, ne connaît pas d'étapes clairement identifiables. En raison du travail de définition et d'interprétation de différents acteurs qui n'ont pas eu immédiatement une vision partagée des enjeux, le problème n'évolue pas en termes de séquence chronologique vers l'élaboration de politiques publiques spécifiques. De plus, les manières de définir et de nommer le problème ainsi que l'intérêt porté à ce problème et les enjeux qui le composent ont évolué dans le temps, ce qui a impliqué que sa visibilité publique a été sporadique et peu effective. C'est pourquoi nous proposons une analyse attentive à l'entrelacement de sphères d'acteurs différents qui vont faire exister la situation et qui coexistent dans le temps. Cette approche rejoint l'une des définitions de problème public proposé par Daniel Cefaï : *« nous pensons que le problème public est construit et stabilisé, thématisé et interprété dans les cadres ou les trames de pertinence qui ont cours dans un horizon d'interactions et d'interlocutions. Son existence se joue dans une dynamique de production et de réception de récits descriptifs et interprétatifs ainsi que de propositions de solution. Ces récits lui confèrent son individualité, sa réalité et sa légitimité »* (Cefaï, 1996 : 47).

Pour ce faire notre cadre d'analyse se base sur les trois grandes conditions identifiées comme nécessaires pour qu'un problème existe et accède à une visibilité médiatique. Ces dimensions que nous reprenons de différents auteurs qui ont étudié les problèmes publics et que nous décrirons par la suite

⁸⁷ Par exemple, Felstiner, Abel et Sarat (1980-1981) identifient trois étapes dans la construction des problèmes publics : la nomination (« naming »), est l'étape de prise de conscience et de la désignation d'un problème collectif qui n'était au départ qu'un problème individuel ; le blâme (« blaming »), est l'étape de la recherche des causes et l'imputation de la responsabilité du problème à un individu ou un groupe ; la réclamation (« claiming »), est l'étape de la formulation d'une revendication auprès des autorités publiques, qui correspond à la publicisation du problème.

sont : la production de connaissances et de chiffres, la mobilisation d'acteurs et, enfin, le contexte idéologique, culturel et politique⁸⁸.

La première condition est un niveau de connaissance suffisant et la production de chiffres. Selon Joseph Gusfield (1981), pour qu'un fait devienne public, il faut ainsi qu'une multiplicité d'événements individuels soit agrégée. Pour Vincent Dubois (2009), cet élément est également nécessaire pour formuler le problème et pouvoir en élaborer des interprétations. Nous montrerons que certains acteurs (médecins, épidémiologistes, chercheurs de santé publique) vont s'efforcer de construire des chiffres sur la consommation et/ou la prescription de médicaments chez les personnes âgées et réaliser une opération de « nomination » (Felstiner et *al.*, 1980-1981), de désignation du problème. Ce processus permet d'attirer l'attention d'une autorité publique et la diffusion du problème dans la presse. Nous prenons aussi en considération que la publicisation du problème n'est soutenue que si elle est accompagnée d'un progrès dans l'élaboration des connaissances et dans la production de nouvelles données statistiques, puisque comme l'ont bien montré Charles Bosk et Stephen Hilgartner (1988) c'est la « nouveauté » du problème qui amène la presse à attirer l'attention sur celui-ci.

La deuxième condition concerne la mobilisation d'acteurs qui vont faire en sorte de faire exister le problème. Les travaux de sciences sociales sur la construction des problèmes publics ont particulièrement insisté sur le rôle des « entrepreneurs de morale », qui basés sur les normes et valeurs de leur époque, s'accordent pour mener campagne contre les comportements qu'ils considèrent déviants (Dubois 2009). Nous mettrons en lumière le travail de problématisation des médecins notamment gériatres, des pharmaciens, des épidémiologistes et pharmacoépidémiologistes ainsi que des statisticiens, économistes et médecins de santé publique qui réalisent des enquêtes, produisent des chiffres sur la consommation et la prescription de médicaments et formalisent un discours sur la « polymédication » ; des organismes administratifs et institutionnels qui élaborent des outils pour réduire les risques sanitaires et les dépenses liées aux thérapeutiques ; des autorités publiques qui rédigent des rapports et des professions libérales qui proposent certaines réponses, ainsi que l'activité des journalistes qui s'ajoute à ce travail de problématisation.

La troisième condition est relative au contexte idéologique, culturel et politique qui permet la visibilité d'un problème. Selon Bosk et Hilgartner (1988) les valeurs dominantes d'une époque favorisent (ou non) la publicisation d'un problème. De même, Dubois (2009) rappelle que c'est au regard de normes sociales qu'une situation est définie comme problématique ou déviante. On peut tout

⁸⁸ Selon Vincent Dubois (2009), l'existence d'un problème public suppose que trois conditions soient remplies : un niveau de connaissance suffisant qui permet d'interpréter le problème et diffuser de l'information ; certaines normes sociales vis-à-vis desquelles une situation va apparaître comme problématique et la mobilisation d'acteurs qui vont faire en sorte que le problème devienne public.

d'abord faire référence ici à l'évolution de la représentation vis-à-vis des médicaments dans la société française. Les crises sanitaires de la fin des années 1980, qui ont suscité une demande de sécurité dans l'opinion publique (Tabuteau, 2007 ; Chauveau, 2008b) et ont impulsé la création des Agences (Hauray, 2011), ont amené à prendre de plus en plus conscience de la dangerosité du médicament. C'est à partir de cette représentation du médicament comme « danger » que la surconsommation et « l'inutilité » de certaines prescriptions deviennent progressivement problématiques. Il faut également noter l'émergence à partir des années 2000 des nouvelles normes et valeurs qui structurent le champ de la santé (Schweyer et *al.*, 2004). Tel est le cas des droits des malades à l'information et à l'éducation thérapeutique ; à participer aux décisions médicales qui les concernent et à accéder à des soins de qualité⁸⁹. La mauvaise utilisation de médicaments par les patients est un problème à partir du moment où l'éducation thérapeutique s'impose comme norme. Nous montrerons notamment que le travail de problématisation et les actions menées par les acteurs publics, visant un changement de comportement concernant l'utilisation des médicaments, se caractérisent de plus en plus par l'utilisation de la notion de « mauvaise observance » ou de « non-observance » chez les patients⁹⁰.

L'objectif de cette partie est ainsi d'analyser la manière dont la situation des personnes âgées vis-à-vis des médicaments a été définie et interprétée par un certain nombre d'acteurs clés ainsi que les dynamiques qui conduisent à construire le problème. Notre approche identifie trois sphères d'acteurs distinctes, qui coexistent au cours d'une trentaine d'années et qui contribuent à faire exister le problème. Explorer l'activité des acteurs à l'intérieur de chaque sphère nous donne l'opportunité d'analyser la forme qu'il prend et les dynamiques qui concourent à son évolution. La première est une sphère professionnelle (scientifique et médicale) où des acteurs spécialisés se mobilisent pour élaborer des connaissances qui font progressivement exister la situation des personnes âgées vis-à-vis des médicaments. La deuxième est une sphère administrative-institutionnelle où les organismes publics construisent le problème de la « polymédication des personnes âgées » tout en le façonnant selon leurs intérêts et ressources spécifiques (lois, recommandations, campagnes, programmes et projets pilotes, etc.). Nous soutenons que dans ce passage de la sphère professionnelle à la sphère étatique les composantes du problème, c'est-à-dire aussi bien la forme que le sens qui lui est donné, changent. Ainsi, le problème socialement construit est le résultat du mélange du travail de problématisation des acteurs, des savoirs et des intérêts différents que chacun y apporte. La troisième est la sphère

⁸⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁹⁰ Il faut noter que ces notions sont inscrites dans les programmes d'éducation thérapeutique. Dans ce cadre, l'observance est conçue comme un élément capital pour que les patients adhèrent aux thérapeutiques prescrites. À ce propos, voir : la Circulaire DHOS/DGS n° 2002-215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires ; <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-18/a0181729.htm>

médiatique qui nous permet de rendre compte de la solidification, mais aussi de la transformation du problème public. Nous traitons cette sphère comme une instance de mise en visibilité et d'interprétation de cette problématisation. Elle nous permet de mettre en évidence ce passage du problème de la sphère professionnelle à la sphère étatique et ses effets. Elle nous permet aussi de voir comment la reprise par les médias du travail de problématisation des acteurs s'accompagne d'une sélection arbitraire d'évènements pour traiter la question et la remet en perspective, à partir du point de vue de lecteurs.

CHAPITRE I. La création du problème de la polymédication

Depuis une trentaine d'années, la consommation de médicaments des personnes âgées de plus de 60 ans et atteintes de plusieurs maladies est un sujet d'études et de recherches, fait l'objet d'une attention médiatique et est décrite à travers des chiffres plus ou moins solides. Dans les années 1990, une interprétation scientifique et médicale confère une légitimité à l'enjeu qui met en lien vieillesse et pharmacie. Cet enjeu est ainsi conçu en termes « d'exposition des personnes âgées aux effets indésirables des médicaments », et le terme « polymédication » est adopté pour nommer ce phénomène. Ce phénomène qui acquiert progressivement une attention publique n'est cependant pas accompagné d'une action publique définie⁹¹. Dans les années 2000, les acteurs publics qui se saisissent de ce problème mettent en place des actions visant la régulation des pratiques de prescription sur certaines des classes thérapeutiques les plus problématiques. La production et la diffusion d'une interprétation du problème s'appuyant sur la mise en cause des comportements tant des médecins (prescripteurs) que des patients (consommateurs) transforment sa problématisation dominante. L'attention progressive donnée à cet enjeu dans le domaine public conduit des responsables à interroger les déterminants de la prescription et mener une réflexion plus large sur les conditions de prise en charge et l'inadéquation de l'offre de soins pour les plus âgés. Si la consommation médicamenteuse des personnes âgées est devenue un phénomène connu du grand public, elle reste nonobstant l'objet d'une problématisation trouble : changeante et en constante évolution.

Ce chapitre analyse le processus au cours duquel les savoirs sur la « polymédication » ont été produits et solidifiés et sont ensuite sortis de la sphère spécialisée (scientifique et professionnelle), en étant intégrés à des préoccupations propres aux acteurs publics. Afin de saisir la forme qu'a pris le problème de la multiplication des prescriptions pour les personnes âgées, nous allons explorer les caractéristiques des acteurs qui s'en préoccupent, leurs discours et leurs actions, le contexte de production de leurs savoirs et leurs motivations pour faire exister ce problème. Étudier ce processus nous permettra également de comprendre pourquoi ce problème n'est pas devenu une priorité d'intervention publique. Pour ce faire, le travail de problématisation des acteurs sera présenté en fonction de l'évolution des savoirs à l'intérieur des différentes sphères.

⁹¹ Une enquête publiée par la DREES en 2017 a montré que le phénomène de polymédication des personnes âgées est largement connu par les prescripteurs, mais qu'ils ont très peu de moyens de l'évaluer et d'y faire face (DREES, 2017).

Nous présenterons en premier lieu la solidification du problème dans une sphère professionnelle, qui regroupe plusieurs segments du milieu médical (médecins gériatres hospitaliers ou extrahospitaliers, médecins et économistes de santé publique notamment au CREDES/IRDES) et un nouveau segment de la gérontologie (des épidémiologistes et des pharmacoépidémiologistes notamment à l'INSERM). Cette sphère produit des connaissances, élabore un discours basé sur des données chiffrées, apporte une terminologie propre pour nommer les enjeux liés au rapport des personnes âgées aux médicaments et diffuse l'ensemble de ces ressources au public. Cette sphère conduit un travail de problématisation croissant des liens entre consommation des médicaments et vieillissement entre les années 1970 et les années 1990, rendue possible par l'accumulation de différents savoirs.

Nous présenterons en deuxième lieu la reprise du problème dans une sphère administrative et institutionnelle où l'on identifie l'intervention des organismes sanitaires, des acteurs du secteur de la sécurité sociale, de la Cour des Comptes et législatifs. Cette sphère publique reprend les enjeux problématisés dans la sphère professionnelle en les façonnant selon des intérêts sanitaires et financiers, et en élaborant des actions pour répondre à ce problème redéfini. Le caractère public du problème est observé notamment à partir des actions mises en œuvre par les administrations, les organismes sanitaires ou financeurs de médicaments (rapports, campagnes d'information, forum, colloques, guides de bonnes pratiques et négociations auprès de prescripteurs sur objectifs de santé publique). Dans cette sphère étatique, certains acteurs se mobilisent dès les années 1990, mais le moment culminant de cette mobilisation prend place dans la deuxième partie des années 2000.

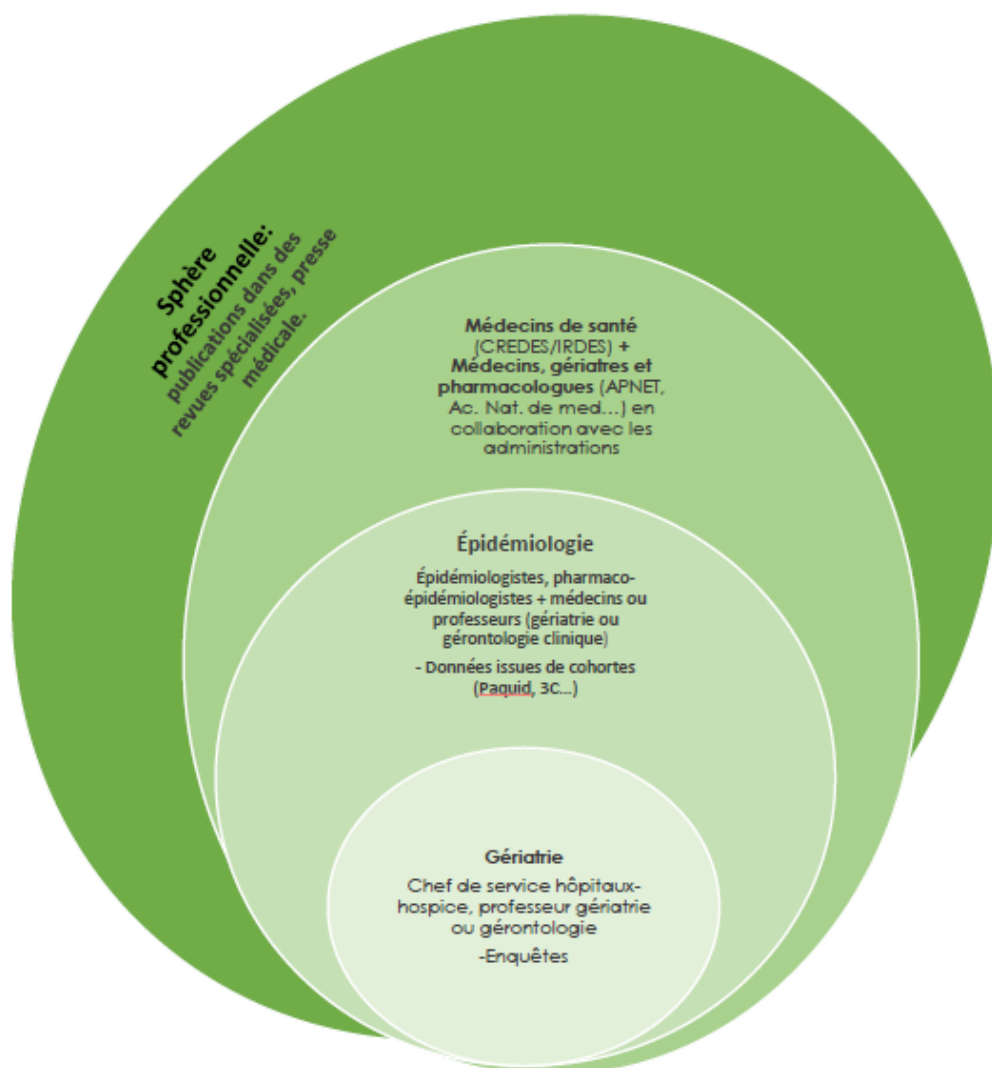
Nous présenterons en troisième lieu, la façon dont ce travail de problématisation des acteurs de la sphère professionnelle et de la sphère étatique est saisi dans la sphère médiatique. Afin de démontrer le changement de nature du problème produit par le passage entre les deux sphères antérieures, nous nous focaliserons sur la contribution du quotidien *Sud-Ouest* dans la visibilité publique du problème. Ses articles diffusent le discours des différents acteurs spécialisés, les événements publics et les activités scientifiques organisés autour de cet enjeu ainsi que les actions mises en place par les autorités publiques au cours de la trajectoire du problème. La presse effectue également un travail de sélection et une mise en perspective des enjeux du point de vue des lecteurs, apportant de ce fait un changement dans la compréhension du problème.

1. La constitution du problème dans la sphère professionnelle : une conjonction de savoirs médicaux, épidémiologiques, pharmacologiques et de santé publique

La première sphère de problématisation est composée de professionnels de la gériatrie, d'épidémiologistes et de pharmacoépidémiologistes ainsi que d'économistes et de médecins de santé publique qui s'interrogent et investiguent la situation des personnes âgées vis-à-vis des médicaments. Les connaissances produites par chaque milieu professionnel, au départ éloignées, vont se rencontrer dans les années 1990. Dans cette rencontre, l'irruption de l'épidémiologie dans les études gérontologiques semble être un facteur décisif pour solidifier le problème. Nous faisons l'hypothèse que la condition principale de l'existence du problème de la « polyprescription chez les personnes âgées » est l'alliance de ces trois savoirs professionnels qui se rencontrent. Le premier est le savoir des médecins gériatres, critiques des conditions de prise en charge et du traitement médicamenteux des personnes âgées dans le modèle dominant de la médecine. Le deuxième est un savoir épidémiologique et pharmacoépidémiologique qui produit un discours basé sur des données chiffrées et une terminologie propre pour nommer le problème. Le troisième est un savoir lié aux médecins et économistes de santé publique, qui, en plus d'apporter un regard critique à l'égard de la pratique de prescription, consolide les deux premiers savoirs. Cette conjonction de savoirs permet la production d'un discours unifié appelant à une intervention publique, en particulier pour prévenir « l'exposition des personnes âgées aux effets indésirables des médicaments ».

Afin de mettre en lumière cette conjonction des savoirs professionnels, nous allons suivre l'évolution progressive des connaissances dans chacun des trois milieux. Il est possible d'illustrer notre démarche grâce au recours d'un *diagramme de Venn* empilé (graphique ci-dessous), qui représente la façon dont au cours du temps l'enjeu embrasse de plus en plus d'acteurs de domaines différents en se superposant et en s'enrichissant des fruits de leurs travaux.

Graphique n° II. La sphère professionnelle : une conjonction de savoirs médicaux, épidémiologiques et pharmacologiques



Graphique 2 : Travail de problématisation dans une sphère professionnelle [Consultation de la littérature médicale et scientifique]

Source : Elaboration propre à partir d'une étude de trajectoire des acteurs

1.1. La vieillesse comme objet de traitement et de recherches : la légitimation d'un domaine d'intervention gériatrique

La gériatrie a joué un rôle moteur dans la problématisation des liens entre vieillesse et pharmacie en France. Depuis la fin des années 1970 des recherches et des études sur la consommation de médicaments des personnes âgées et ses conséquences pour la santé ont été engagées et publiées par des gériatres dans des revues spécialisées. Le repérage des facteurs qui affectent la vieillesse est la condition d'une intervention à un moment où cette discipline se trouve en quête de légitimité, non seulement dans l'appareil hospitalier, mais aussi dans le champ plus large de la médecine. Pour mieux

comprendre la place de la gériatrie dans le travail de problématisation nous allons décrire qui sont ces gériatres, les données et études qu'ils produisent, le sens qu'ils leur donnent et leurs intérêts à les faire connaître. Nous faisons l'hypothèse que ces recherches spécifiques sur le rapport de personnes âgées aux médicaments — qui s'insèrent dans des recherches plus larges sur la vieillesse et dans un projet gériatrique ambitieux — seraient sans doute restées confidentielles sans l'irruption de l'épidémiologie et de la pharmacoépidémiologie à la fin des années 1980 disciplines qui ont confirmé ses constats au travers de données plus solides.

1.1.1. L'importance des recherches spécifiques sur les personnes âgées dans l'extension du domaine de compétences de la gériatrie

À la fin des années 1950, lorsque le système hospitalier affirme son rôle exclusivement médical et non plus d'hébergement de « vieillards », il renvoie la gestion de la vieillesse indigente vers d'autres institutions (maisons de retraite ou hospices), mais pas leur prise en charge médicale. Nonobstant, le traitement médical des personnes âgées au sein de ce nouvel hôpital technico-centriste a été relégué vers des services chroniques ou de long séjour (rapidement appelés services de « gériatrie »). Cette réinsertion des personnes âgées par le traitement médical a été possible grâce au développement, encore marginal, de recherches médicales qui *« en même temps qu'elles constituent la vieillesse comme un objet d'études propre, contribuent à en faire l'objet d'une spécialité médicale »* (Lenoir, 1979).

C'est au sein du système hospitalier et dans le passage de l'hospice à l'hôpital opéré dans les années 1960 qu'il faut chercher un nouveau regard médical posé sur la vieillesse donnant naissance à une discipline gériatrique. À l'issue de la réforme hospitalo-universitaire de 1958, les services de moyen et de long séjour accueillent un grand nombre de personnes âgées. Il s'agit de services défavorisés en équipement et en personnel et peu attractifs pour les médecins par rapport aux services de pointe (Chauvenet, 1976). Les médecins qui se sont vu attribuer la direction de ces services peu valorisés vont faire le choix de les transformer en *« postes de combat de gériatrie où une nouvelle pratique médicale à l'égard des personnes âgées s'inaugure »* (Benoît-Lapierre, 1983). La gériatrie ainsi constituée se saisit de la vieillesse, non pas dans son rapport à la nature et à la mort, mais dans son rapport à la société, et se la réapproprie, à la faveur d'une évolution conjointe du monde médical hospitalier et du statut social des personnes âgées : *« la critique des hospices comme lieu de relégation sociale élaborée par les pouvoirs publics rencontre l'insatisfaction des médecins qui y travaillaient »* (Benoît-Lapierre, 1983).

Le discours gériatrique se fonde sur la critique de l'appareil hospitalier, le qualifiant de « producteur de malades », « fabrique de grabataires et de pensionnaires dépendants », et le désignant

comme responsable d'un nombre important de morts dans les transferts d'un service à l'autre (de la médecine générale vers les services chroniques). Cette critique dénonce l'abstention des soins aux personnes âgées, c'est-à-dire, la démission de la médecine dominante à l'égard des besoins des patients âgés. Les gériatres souhaitent « rompre avec la représentation que le vieillard est incurable » et remettent en question l'idéologie qui tend à naturaliser l'ensemble des processus d'invalidation de la vieillesse (Benoît-Lapierre, 1983). En même temps qu'ils légitiment, avec la nouvelle politique à l'égard de la vieillesse, que la vieillesse n'est plus un « mal fatal », ils soutiennent un projet de « pathologisation de la vieillesse » (Lenoir, 1979 ; Benoît-Lapierre, 1983 ; Thomas, 2005). Pour le développer, ils vont commencer par identifier toutes les pathologies qui l'affectent. Ce repérage est la condition inaugurale d'une intervention possible. La voie avait déjà été tracée par les grandes écoles cliniciennes de la fin du XIXe et du début du XXe siècle, qui s'étaient attachées à reconnaître et décrire un certain nombre de pathologies chez les « vieillards » (Benoît-Lapierre, 1983 ; Pollet, 2001). Par ailleurs, à la fin des années 1950, les médecins hospitaliers autour de Léon Binet et Jean François Bourlière accentuent les recherches sur les aspects biologiques ou physiologiques du vieillissement. Un des premiers ouvrages publiés en gériatrie est le livre du professeur Bourlière « Sénescence et sénilité » paru en 1958. Dans cet ouvrage, la sénescence désigne les modifications morphologiques et physiologiques consécutives à l'action du temps sur les êtres vivants. Il montre ainsi que la vieillesse peut dégrader l'ensemble des organes et les fonctions du corps humain (Arbuz, 2013). Bourlière entérine ainsi l'approche essentiellement pathologique de la vieillesse.

Il faut noter que la réflexion sur l'allongement de la durée de vie, non seulement en France mais aussi dans les autres pays développés, a impulsé des études portant sur l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées à l'initiative notamment de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Auparavant la plupart des études épidémiologiques de mortalité et de morbidité concernaient des personnes de moins de 65 ans (Gonthier, 2013). Les causes de maladies ou de mort n'étaient pas analysées dans les lieux d'accueil de la vieillesse. En effet, la sénilité et la vieillesse, mots utilisés indifféremment, étaient estimées être la cause essentielle du décès des personnes âgées, notamment en hospice (Arbuz, 2013). Dans un colloque de gériatrie organisé à Lyon à la fin des années 1970, un gériatre souligne ce qui va devenir la règle des recherches engagées en gériatrie et la condition d'extension de leur domaine : « *toute affection altère le vieillissement, y compris la mort subite* » (Chapuy, 1979).

1.1.2. *De l'étude des « polypathologies » à la recherche sur les affections liées à la consommation de médicaments par les personnes âgées*

Le nouveau regard médical de la gériatrie s'appuie sur la reconnaissance de ce qui caractérise le patient âgé : « les polypathologies », c'est-à-dire l'intrication de plusieurs affections pouvant intervenir comme facteur d'aggravation réciproque (Benoît-Lapierre, 1983). Des études sur l'incidence des « polypathologies » ont été réalisées depuis la fin des années soixante au sein de l'hôpital, par exemple par le Dr Henri Pequignot, médecin reconnu dans la sphère gériatrique, fondateur avec Michel Philibert de la revue *Gérontologie* en 1970. Cette étude réalisée dans des services de médecine interne montrait qu'après 60 ans 70 % de personnes sont atteintes de plusieurs maladies, alors que seulement 20 % le sont avant 50 ans (Pequignot, Voisin et coll., 1969). Ces « polypathologies » faisaient des personnes âgées des « patients désespérés et désespérants pour les médecins ». La gériatrie trouve là le fondement de la revendication d'un domaine de compétence. Les gériatres vont revendiquer leur expertise sur les polypathologies en raison des difficultés de diagnostic, de prescription thérapeutique (dues au devenir des médicaments dans l'organisme des personnes âgées et aux pathologies iatrogènes), et de guérison qui complexifient la tâche pour les médecins généralistes et spécialistes d'organe (Benoît-Lapierre, 1983 : 158).

L'ambition des gériatres pendant les décennies 1970 et 1980 est d'englober non seulement toutes les pathologies de la vieillesse (constituant les « polypathologies »), mais aussi tous les facteurs médicaux et sociaux qui caractérisent un patient âgé. Ils vont donc élargir la notion de « polypathologie » en recherchant et en repérant les facteurs organiques, mentaux et sociaux qui déterminent, engendrent, ou aggravent la santé des personnes âgées. Benoît-Lapierre (1983) explique que : « *cette amplification de la perspective médicale, au-delà d'une conception strictement somaticienne et endogène de la maladie, se double d'une remarquable extension du domaine professionnel de ses promoteurs* ». Ils revendiquent ainsi une expertise non seulement sur tous les facteurs qui déterminent ou aggravent la pathologie, tels que les effets des médicaments, mais aussi sur la « réévaluation du traitement ». L'expertise gériatrique apporterait une « approche globale » impliquant une tâche collective très ample qui la distinguerait de la médecine générale et des spécialités d'organe. Le gériatre Robert Hugonot⁹² la résume ainsi en 1978 : « *Les diagnostics, les traitements, les pronostics, l'évaluation et la correction des résultats, chez les malades âgés, sont plus difficiles que chez les sujets jeunes ; les effets, plus modestes, plus précaires, plus aléatoires, en sont d'autant plus précieux. Ils exigent du médecin toujours plus de savoir et de jugement. Le gériatre doit faire de ses malades non seulement l'objet de ses soins et de ses recherches, mais ses partenaires, parfois ses*

⁹² Il faut noter que le professeur de gériatrie Robert Hugonot fonde avec Michel Philibert le Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie en 1970.

maîtres. Il ne peut progresser qu'en associant à ses efforts ses collaborateurs, ses aides, l'entourage du malade, la société tout entière » (Hugonot, 1978).

Les recherches portant spécifiquement sur la consommation de médicaments des personnes âgées permettront aux médecins exerçants dans les unités de gériatrie non seulement de constater la complexité de la prescription pour les personnes âgées, mais aussi d'étendre leur revendication quant à leur domaine de compétences. Par exemple, une enquête un « jour donné » menée simultanément dans 30 unités gériatriques de la région Rhône-Alpes en septembre 1976 a montré que 1335 sujets de 77 ans en moyenne consommaient 8,2 unités de médicaments par jour en moyenne. 61 % des sujets consommaient des psychotropes et 37 % des vasodilatateurs (Chapuy et *al.*, 1978). À partir de ces données, les gériatres mettent en relief la difficulté de prescrire aux personnes âgées et la possibilité de déclencher des maladies provoquées par les médicaments pris en grand nombre. En 1976, le Dr Jean Pierre Bouchon, engage une étude sur les accidents iatrogènes, qu'il publie dans la *Revue du Praticien*⁹³. Il montre que parmi 624 « vieillards » hospitalisés, 10 % d'entre eux avaient présenté un accident iatrogène et qu'un décès sur 20 était directement imputable au médicament. Quelques années plus tard, une équipe de gériatres (Tavernier et *al.*, 1983) répertorie pendant 12 mois tous les incidents iatrogènes attribués à des médicaments chez 1164 personnes âgées dans un service de court séjour gériatrique à Dijon. Dans cette étude, 16 % des personnes étudiées ont présenté 212 accidents (30 % attribuables aux médicaments du système nerveux central et 30 % aux digitalo-diurétiques).

En ce qui concerne l'extension du domaine de la gériatrie à partir de ces recherches sur le rapport des personnes âgées aux médicaments il faut mettre en exergue ici la recherche particulière du Dr J-P Bouchon, dont le « *modèle de pensée va être le fondement de la gériatrie française* » (Saint-Jean et Favereau, 2018 : 45). Dans un article de 1984, où il expose la manière d'envisager une « médecine efficace chez les vieux » appelée 1 + 2 + 3⁹⁴ et désormais enseignée dans toutes les universités, le Dr Bouchon affirme : « *La pratique gériatrique apprend que hormis certains très grands vieillards, centenaires ou pas loin de l'être, qui semblent effectivement s'éteindre comme une chandelle sans explication à l'autopsie, la plupart des vieillards ne meurent pas de sénilité* ». Il postule qu'aucun médicament ne peut éviter le vieillissement physiologique d'organe. Mais l'organe se décompose non seulement par le vieillissement ou par les effets d'une maladie précise, mais aussi par la « iatropathologie », c'est-à-dire, par les effets indésirables du médicament. Une des manières d'être

⁹³ Fondée en 1951 et éditée par Huveaux France, *La Revue du praticien* fait référence dans le domaine de la formation continue des praticiens de toutes spécialités. Elle est indexée dans les bases bibliographiques Medline, Pascal et la BDSP (Banque de Données en Santé Publique).

⁹⁴ Ce schéma permet d'analyser les performances d'un organe chez un sujet âgé combinant facteurs qui illustrent des cas particuliers : 1- des pathologies de l'organe ; 2- et des affections intercurrentes ; 3- avec ou sans traitement spécifique (Bouchon, 1984).

efficace en gériatrie est ainsi de faire une réévaluation de médicaments. Cette réévaluation implique parfois le sevrage de médicaments : *« le retour à l'état basal permet, quand on y réfléchit, d'arrêter bien des médicaments »* (Bouchon, 1984). Voilà donc le nouveau domaine de revendication de la gériatrie : le bilan de médicaments.

À partir du repérage de la multiplicité de médicaments consommés par les personnes âgées et ses conséquences iatrogéniques (la survenue d'interactions médicamenteuses), le discours qui émerge est cependant loin d'être une critique directe sur le médicament ou l'industrie pharmaceutique. À la lumière de l'évolution du projet de la gériatrie, on peut affirmer qu'il s'agit d'une critique des modalités de prise en charge de personnes âgées par la médecine dominante où le médicament est devenu omniprésent. La gériatrie défend la complémentarité entre les traitements médicamenteux et la prévention « globale ». Dans ce sens, la critique d'une prise en charge où le médicament a pris l'ascendant sur d'autres réponses aux besoins spécifiques des personnes âgées permet à la gériatrie de réaffirmer et relégitimer sa propre expertise. À ce propos on peut donner un dernier exemple, le discours d'un gériatre lyonnais, le Dr Paul Chapuy qui intervient dans une journée de gérontologie de sa région à la fin des années 1970 sur les maladies chroniques des personnes âgées : *« À côté des traitements médicamenteux ou des traitements chirurgicaux, la rééducation est un des moyens thérapeutiques les plus importants... Outre la prévention médicamenteuse, le lever et la marche restent le meilleur traitement préventif »* (Chapuy, 1979).

Il faut enfin noter que ces recherches sur le médicament, réalisées notamment par des médecins chef de service d'hôpitaux-hospice qui s'identifient en tant que gériatres par vocation, restent néanmoins confidentielles. Elles commencent à se diffuser petit à petit dans les revues locales principalement de gériatrie ou de gérontologie et dans les cercles de gérontologie créés par ces mêmes « spécialistes ». À ce stade, elles n'interpellent que les acteurs engagés dans le domaine de la gériatrie et de la gérontologie. Certes, les journées de gériatrie se multiplient ainsi que l'intervention des gériatres dans tous les événements et manifestations scientifiques organisées autour de la vieillesse : *« l'objectif est double : il s'agit de développer les échanges scientifiques concernant les problèmes médicaux des patients âgés, mais aussi de concevoir et de promouvoir des réformes dans l'appareil hospitalier »* (Benoît-Lapierre, 1983 : 161). Le développement et l'évolution des sociétés de gériatrie et de gérontologie à partir des années 1960 reflètent leur succès, mais aussi une évolution plus générale celle : *« d'un combat pour une sensibilisation sociopolitique à une offensive pour une reconnaissance scientifique et institutionnelle »* (Benoît-Lapierre, 1983). Il ne faut pas oublier que la gériatrie est encore un segment dominé dans le champ de la médecine. La victoire d'une médecine

techniciste dans les années 1980 entérine l'échec du projet médico-social de la gériatrie⁹⁵. Il faut donc attendre l'irruption de l'épidémiologie pour que les recherches sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées acquièrent une diffusion plus large susceptible d'attirer l'intérêt d'acteurs éloignés de ce milieu. Comme nous le verrons plus en avant, l'épidémiologie permettra de transformer cet enjeu spécifique, restreint ici à une revendication professionnelle, en enjeu de santé publique.

1.1.3. Une alliance de savoirs gériatriques et pharmacologiques dans la production de connaissances

Comme nous l'avons annoncé, nous identifions trois formes de savoirs qui interviennent pour faire émerger une problématisation des liens entre vieillesse et pharmacie : les savoirs gériatriques, les savoirs épidémiologiques et pharmacoépidémiologiques et les savoirs des chercheurs de santé publique. Avant d'aborder l'apport des savoirs épidémiologiques, qui est décisif à partir de la fin des années 1980, nous soulignerons dans cette sous-section l'importance de connaissances issues de collaborations développées entre professionnels spécialisés en pharmacologie et professionnels du milieu de la gériatrie et de la gérontologie.

Nous identifions ici une diversité de gériatres (professeurs d'universités-praticiens hospitaliers) et de spécialistes en pharmacologie qui constituent un cercle dont l'essentiel de l'activité est la production de données sur la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées. Ces professionnels font partie de groupes organisés distincts, représentants de sociétés savantes ou membres de l'Académie Nationale de Médecine. Ils proviennent principalement de l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET) ; du Collège National des Enseignants de Thérapeutique ou de la Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique (SFPT), les deux premiers longtemps présidés par le Pr Patrice Queneau⁹⁶ (Service de médecine interne et de thérapeutique du CHU de Saint-Étienne). Ils sont également issus du Collège National des Enseignants de la Gériatrie ou de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), ces deux derniers longtemps présidés par le Pr Jean-Paul Emeriau (gériatre, chef de service CHU Bordeaux)⁹⁷. Il faut

⁹⁵ Voir par exemple l'article de Dauphine Attias-Donfut (1982), qui monte l'échec de certains projets, comme les centres de jour, souhaitant développer des thérapeutiques qui allaient à contre-courant de la médicalisation qui caractérise l'évolution globale du système de santé par la mise en œuvre d'une conception moins techniciste et plus sociale de la santé.

⁹⁶ Par rapport à la séquence temporelle que nous étudions, le Pr Queneau s'intéresse très tôt aux thérapeutiques chez les personnes âgées : Queneau P. (1978), « Conduites thérapeutiques chez le vieillard en pratique médicale », *Concours Médical*, vol. 100, pp. 4003-4020. En ce qui concerne l'APNET, cette association est engagée dans la formation thérapeutique des médecins et particulièrement dans la lecture critique de textes médicaux.

⁹⁷ Dans une revue spécialisée en gérontologie, qui s'adresse aux directeurs de maisons de retraite, un article retrace la trajectoire du Pr Emeriau à l'occasion d'une remise de prix par son implication dans la reconnaissance de la gériatrie :

préciser que les différents professionnels circulent entre ces différentes formes d'organisation et se retrouvent dans d'autres groupes lorsque par exemple ils participent à un consensus d'experts.

Parmi ces professionnels qui vont collaborer dans la production de connaissance sur les causes et les conséquences de la iatrogénie pour les personnes âgées, les plus renommés sont : le Pr Patrice Queneau, le Pr Jean Doucet (Service de Médecine Interne Gériatrique, CHU de Rouen), le Pr Claude Jeandel (Service de Gériatrie Clinique, CHU de Montpellier), Régis Gonthier (Praticien hospitalier de gériatrie et biologie du vieillissement au CHU de Saint-Étienne), et des spécialistes en pharmacologie tels que le Pr Jean-Louis Montastruc (Centre Régional de Pharmacovigilance, CHU de Toulouse), la Dr Annie Fourrier (Laboratoire de Pharmacologie, CHU de Bordeaux), entre autres.

Dès les années 1990, ce cercle, qui mobilise certaines connaissances propres à l'épidémiologie dont nous parlerons dans la prochaine section, produit une nouvelle série de travaux qui explorent les liens entre personnes âgées et médicaments. En effet, ces professionnels vont multiplier les enquêtes de pharmacovigilance en milieu hospitalier et les études sur les accidents iatrogéniques qu'ils relient dans leurs publications à certains facteurs, tels que les liens entre polypathologies et « polymédication » chez les personnes âgées. Ils publient, ensemble ou individuellement, notamment dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* ou des revues spécialisées de médecine, sur des questions liées au mieux prescrire ou au bon usage des médicaments.

Ils produisent un nombre important de publications sur les « accidents médicamenteux », la « iatropathologie » ou la « iatrogénie médicamenteuse »⁹⁸ chez les personnes âgées. Il s'agit notamment d'articles basés sur des études épidémiologiques mettant en évidence la fréquence de ces accidents dans la population âgée. Par exemple, des études démontrent que les personnes âgées sont particulièrement exposées aux effets indésirables induits par les médicaments en raison des effets des médicaments dans l'organisme (la pharmacocinétique et la pharmacodynamique). Ils montrent également que l'un des motifs d'hospitalisation des patients de plus de 70 ans est dû à un effet indésirable d'un ou plusieurs médicaments. Parmi ces publications on peut souligner les suivantes :

« Professeur de gériatrie au CHU de Bordeaux, il a créé en 1976, avec les professeurs Choussat et Galley, le premier cursus français spécialisé. Quelques années plus tard, il a délocalisé cet enseignement à la Martinique et à la Réunion. Au cours d'une carrière exemplaire, il a été Président de la Société de Gériatrie de Bordeaux et du Sud-Ouest, de la Société Française de Gériatrie et de Gerontologie et du Collège National des Enseignants de Gériatrie. Il a aussi été l'un des fondateurs de l'Académie Européenne de Gériatrie. Au CHU de Bordeaux, il a ouvert en 1986 le centre Régional de Gériatrie, le Centre Henri Choussat, à l'hôpital Xavier Arnoz. » cf.- Lefrançois P. « Remise des insignes de Chevalier de la Légion d'Honneur au Professeur Jean-Paul EMERIAU », *Revue Géroscope*, Bordeaux, 26 nov. 2013.

⁹⁸ Ces trois notions sont utilisées de manière indifférente dans leurs travaux.

- Gonthier R., Cathebras P., Delhomme M. et al. (1994), « Iatrogénèse médicamenteuse à l'origine d'une hospitalisation après 70 ans », *La Revue de Médecine Interne* ; vol. 15, suppl. 3, pp. 343
- Gonthier R. et Cathebras P. (1999), « Polypathologies du sujet âgé et réponses thérapeutiques : les pièges à éviter », *Presse Med*, vol. 28, pp. 1780 -1788
- Jeandel C., Doucet J. et Dupont JL. (1999), « Polymédication et iatropathologie du sujet âgé », *Annales médicales de Nancy, Gériatrie*, vol. 38, n° 2, pp. 56-71

D'autres travaux démontrent que les interactions médicamenteuses sont une cause importante d'effets indésirables médicamenteux :

- Doucet J., Chassagne P., Trivalle C., Landrin I., Pauty M.D., et al., (1996), « Drug-drug interactions related to hospital admissions in older adults: a prospective study of 1000 patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 44, pp. 944-948.

Plusieurs travaux avancent l'hypothèse que la « polymédication » chez les personnes âgées est le premier facteur causal de risque iatrogénique :

- Queneau P., Bannwarth B., Carpentier F. et al. (2003), « Effets indésirables médicamenteux observés dans des services d'accueil et d'urgences français (Étude prospective de l'APNET et propositions pour des mesures préventives) », *Bull. Acad. Nat. Méd.*, vol. 187, n° 4, pp. 647-670
- Queneau P., Trombert B., Carpentier F., Trinh-Duc A., Bannwarth B., APNET et al., (2005) « Accidents médicamenteux (À propos d'une étude prospective de l'APNET réalisée dans 7 services d'accueil et d'urgences français) ». Propositions pour des mesures préventives, *Annales pharmaceutiques françaises*, vol. 63, pp. 131-42
- Queneau P., Doucet J. et Paille F. (2006), « Complications de la polymédication, en particulier chez les personnes âgées. Consequences of polymedication. Special emphasis on elderly subjects ». Communication à l'Académie royale de médecine de Belgique (séance du 24 juin 2006), *Bull. Acad. Royale. Méd Belg.*
- Queneau P., Bannwarth B., Carpentier C., Guliana JM., Bouget J., et al. (2007), « Emergency department visits caused by adverse drug effects: results of a french survey », *Drug Safety*, vol. 30, n° 1, pp. 81-88

Il faut souligner cependant ici les limites des connaissances tirées de ces enquêtes, qui sont encore de petite taille. Si les premiers accidents iatrogènes médicamenteux chez les patients âgés sont bien documentés dans leurs travaux, ils reconnaissent la difficulté d'imputer la cause des accidents iatrogènes à la polymédication. En effet, il est possible d'étudier les interactions médicamenteuses entre deux médicaments voire trois, mais il n'existe pas encore de travaux sur la « polythérapie »

médicamenteuse. Cette difficulté est une des raisons du succès de la formule « risques iatrogènes » empruntée au vocabulaire épidémiologique. Comme le soulignent Danièle Carricaburu, Michel Castra et Patrice Cohen (2010), la notion de « risque » dans le monde médical est particulièrement utilisée, car l'incertitude accompagne très régulièrement l'action thérapeutique. Cette difficulté d'imputer la cause amènera à une opérationnalisation de leurs savoirs qui se traduira dans leurs travaux par un ciblage progressif de leurs études sur certaines classes thérapeutiques. Ces travaux apparaîtront dans les années 2000, au moment où la problématisation est reprise par la sphère étatique. Il faut enfin noter que ce type d'études épidémiologiques sur la iatrogénie chez les personnes âgées n'existe qu'en milieu hospitalier et aucune donnée n'existe encore pour le secteur ambulatoire.

1.2. L'apport de l'épidémiologie dans la construction de chiffres et dans la création du terme « polymédication » pour nommer le problème

Dans cette section il sera question de montrer comment et pourquoi l'irruption de l'épidémiologie dans les études gériatologiques a été décisive pour faire exister le problème de la prescription aux personnes âgées. Nous mettrons ainsi en évidence certains éléments particuliers qui ont permis à l'épidémiologie d'apporter une légitimité au problème. Ces éléments ont tout d'abord trait à la qualité des données produites. Grâce aux études de cohorte, il y a un changement d'échelle dans la collecte des données sur la consommation de médicaments et celles-ci contribuent à corroborer les données obtenues auparavant par le biais d'enquêtes plus petites (comme celles obtenues par les gériatres d'hôpitaux-hospices). Le deuxième élément tient à l'élaboration d'un discours de santé publique basé sur ces données statistiques et d'une terminologie spécifique pour nommer et expliquer le phénomène étudié. Cet élément nous permet de mettre en évidence les liens entre épidémiologistes, pharmacoépidémiologistes et gériatres et leurs conséquences. Un dernier élément concerne la légitimité produite par les caractéristiques propres du programme épidémiologique conduit sur le vieillissement (la taille du financement, la position des responsables, la distribution des équipes, la diffusion des travaux...).

1.2.1. *Orientations de l'épidémiologie du vieillissement*

L'épidémiologie décrit des phénomènes de santé à partir de concepts qu'elle crée et interprète sur la base de modèles multifactoriels (biologiques, psychologiques et sociaux). Si l'épidémiologie a

longtemps été une science des épidémies, elle s'est transformée⁹⁹ pour devenir « *une discipline scientifique dont l'objet est le risque ; risque qu'elle objective, quantifie et dont elle analyse les composantes en termes de facteurs de risque. L'épidémiologie définit la probabilité du risque et la mesure par une fréquence dans une population* » (Guillemot, 1999). C'est ainsi que l'épidémiologie transforme les événements isolés, imprévisibles et aléatoires en régularités microsociales (Desrosières, 1989). Autrement dit, l'agrégation d'événements individuels permet à l'épidémiologie de désigner un problème collectif (Gusfield, 1981). Positionnée en tant que discipline de santé publique, son objectif est d'identifier des variables et facteurs qui peuvent conduire à une intervention clinique ou sociale (Ngatcha-Ribert, 2012).

Les épidémiologistes — en tant que nouveau segment de la gérontologie — ne font irruption qu'à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Laëtitia Ngatcha-Ribert (2012) souligne qu'à l'image des gériatres, « les épidémiologistes s'appuient sur l'évolution démographique et sur les peurs qu'elle provoque, pour proposer leur expertise et défendre leurs points de vue ». On peut ajouter qu'à l'image du projet de la gériatrie, le programme épidémiologique sur le vieillissement a pour but la prévention. Dans le cadre de l'épidémiologie, les études de cohorte en France se sont appuyées notamment sur les études de Framingham qui « *ont donné des bases — toujours solides — à la prévention des maladies cardio-vasculaires, à un moment où, dans les pays développés, les maladies chroniques étaient reconnues comme un problème de santé publique prioritaire* » (Alpérovitch, 2012). Ainsi, à partir de la fin des années 1980 des cohortes de grandes tailles sont lancées, encore actives aujourd'hui pour la plupart.

Les premières cohortes portant sur le vieillissement en France ont été Paquid (Personnes âgées Quid) ; EVA (Étude du vieillissement artériel) et 3C (Trois Cités),¹⁰⁰ toutes trois lancées dans la région Sud-Ouest du pays. Ces études ont recueilli les caractéristiques sociodémographiques, les pathologies et les *risques* cardiovasculaires, les symptômes dépressifs et des démences des personnes âgées de 60 ans et plus. Ces 3 études épidémiologiques ont la particularité d'avoir inclus pour la première fois des questions sur la consommation médicamenteuse (en vente libre ou non) chez ces personnes âgées. Pour cela, les ordonnances et boîtes de médicaments des participants étaient vérifiées. C'est ainsi que

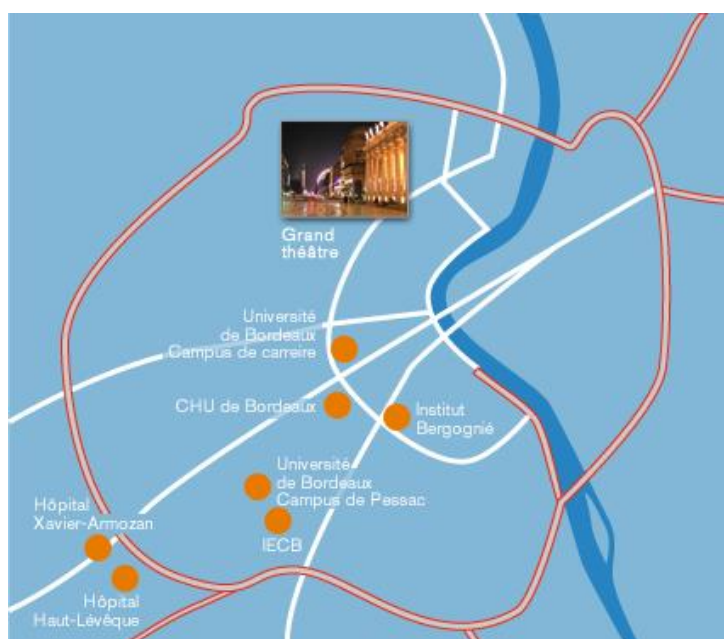
⁹⁹ Pour l'histoire de l'épidémiologie et sa transformation voir notamment Berlivet (2001).

¹⁰⁰ Paquid est une étude prospective de cohorte réalisée auprès de plus de 2000 personnes âgées d'au moins 65 ans dans la région Aquitaine, de 1988 à 1997. L'étude EVA (Lechevallier et al., 2003) est une étude de cohorte réalisée dans la période 1991-1993 auprès des personnes âgées entre 60 et 70 ans. Elles ont débouché sur la réalisation de l'étude des 3 C (Trois Cités), initiée entre 1999 et 2001 et conduite dans les villes de Bordeaux, Dijon et Montpellier, avec le suivi de plus de 9200 personnes âgées de plus de 65 ans pendant 4 ans. Son objectif principal fut d'étudier la relation entre facteurs de risque vasculaire et maladies neurodégénératives.

ces cohortes qui n'avaient pas comme objectif spécifique de mesurer la consommation ou la prescription de médicaments ont apporté des données sur ce sujet.

L'étude Paquid a été lancée par l'unité INSERM 330 de Bordeaux « Épidémiologie, santé publique et développement », en partenariat notamment avec l'Université de Bordeaux II et le CHU de Bordeaux. La proximité de ces structures n'est pas seulement géographique, elle se matérialise aussi par le biais de financement des projets [nous y reviendrons] par l'investissement de cliniciens dans les équipes de recherche et dans les infrastructures de soutien à la recherche clinique et épidémiologique du CHU. Nous identifions ici un facteur important d'alliance entre les épidémiologistes et les gériatres. Plus particulièrement, au sein du pôle gériatologique clinique, les gériatres du CHU de Bordeaux participent aux actions de recherche sur le vieillissement et d'amélioration de la qualité des soins¹⁰¹. Le graphique n° III et l'encadré n° I ci-dessous illustrent la proximité géographique de sites et la distribution des équipes respectivement :

Graphique n° III. Carte de structures de recherche de l'INSERM à Bordeaux



Graphique 3 : Capture de carte interactive de structures de recherche Inserm à Bordeaux [Site web Inserm, Nouvelle Aquitaine]

- Les points rouges indiquent la présence des structures INSERM des différents sites

Source : Site web INSERM — « La Science pour la santé », Nouvelle Aquitaine ; <http://www.nouvelle-aquitaine.inserm.fr/rubriques/l-inserm-en-region/organisation/structures-de-recherche>

¹⁰¹ Référence : Université de Bordeaux et CHU de Bordeaux.

**Contributions de l'INSERM sur le site de l'Université de Bordeaux dans le domaine
« Epidémiologie et la biostatistique »**

Roger Salamon (biostatisticien, épidémiologiste et médecin, Chef de service au CHU de Bordeaux depuis 1983) a dirigé l'unité 330 "Epidémiologie, santé publique et développement" de 1990 à 2003, devenue l'unité 593 "Epidémiologie, santé publique et développement" de 2003 à 2008, puis l'unité 897 "Epidémiologie et biostatistique" de 2008 à 2013. Il a cherché à développer des approches d'épidémiologie et de statistiques, pour répondre à des problèmes de santé majeurs, comme le vieillissement et l'infection par le VIH.

Dès 1990 à la création à Bordeaux de l'unité Inserm 330 dont il a été le directeur, il s'est axé sur :

- Le **vieillissement normal et pathologique, avec des travaux sur la maladie d'Alzheimer**, ses signes précoces, la mise en place de la première cohorte en ce domaine (PAQUID) et la formation du futur responsable de ce thème, **Jean-François Dartigues**.
- Infection par le VIH
- Travail méthodologique en biostatistique

Christophe Tzourio (neurologue et épidémiologiste) lui a succédé à la direction de l'unité 897 de 2014 à 2015, puis a créé l'unité 1219 "Santé des populations - BPH", qu'il dirige depuis 2016. Ce centre de recherche est composé d'équipes de recherche hospitalières et universitaires dont les travaux couvrent un large champ de pathologies (maladies infectieuses dont le VIH, neurologie, cancérologie, traumatologie, santé mentale), d'expositions (facteurs sociaux, environnementaux, nutritionnels, médicaments, génétiques), de méthodes (biostatistique, psychologie) et de populations (jeunes, adultes, personnes âgées, population générale, échantillons de malades). Une des caractéristiques du centre est la conception et la réalisation de cohortes de grande taille.

Bernard Bégaud (pharmacologiste) a dirigé l'unité 657 "Pharmaco-épidémiologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations" de 2005 à 2015. Ses activités de recherche en pharmacovigilance ont porté sur l'évaluation du risque d'utilisation des produits de santé et la détermination des facteurs associés, ainsi que l'évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations. C'est de cette unité que l'unité 1219 est issue.

Les domaines d'évaluation des médicaments en situation réelle de soins couverts par l'unité sont multiples (recherche méthodologique, cardiologie, neurologie, psychiatrie, accidentologie, gériatrie, etc.).

En ce qui concerne la gériatrie :

Etude de la consommation médicamenteuse du sujet âgé (polymédication, médicaments inappropriés, adhérence etc.). Etude de l'association entre la consommation médicamenteuse, les déficits cognitifs et la mortalité.

- Cohortes PAQUID et 3C

Etude de la consommation et de l'impact des médicaments de la maladie d'Alzheimer.

- Etude Mageurt

Source : INSERM, « Université de Bordeaux » ; <https://histoire.inserm.fr/les-lieux/universite-de-bordeaux>

Encadré 1 : Équipes de recherche épidémiologique au sein de l'Université de Bordeaux [Consultation du site web : histoire.inserm.fr]

Source : Elaboration propre à partir des informations publiées sur le site web de l'Inserm, « Histoire de l'INSERM » ; <https://histoire.inserm.fr/les-lieux/universite-de-bordeaux>

1.2.2. *L'identification de la « dépendance » : une première alliance entre épidémiologistes et gériatres*

Les études épidémiologiques, combinant analyse de facteurs biologiques et sociaux pour expliquer des phénomènes de santé, « *ont acquis de la légitimité dans le contexte général de restriction des coûts budgétaires et des débats plus généraux sur le financement de la dépendance des personnes âgées* » et ont été citées par la plupart des rapports publics (Ngatcha-Ribert, 2012). Dans un contexte d'incertitude sur le nombre de personnes âgées pouvant bénéficier d'une prestation « dépendance », l'épidémiologie apporte des chiffres, calcule le nombre de personnes « dépendantes » et le coût pour les actions politiques. Une première rencontre entre épidémiologistes et gériatres s'effectue au début des années 1980 autour de la définition et de la mesure de la « dépendance » devenue, dix ans plus tard, le concept opérationnel de la politique de la vieillesse. Un consensus s'est formé autour des définitions de « l'autonomie » comme la capacité de choisir son propre mode de vie et de la « dépendance » comme l'incapacité à effectuer les activités quotidiennes (Katz Olson, 1994). Malgré des tensions entre épidémiologistes et gériatres sur l'outil de mesure le plus adapté pour l'évaluation (Colvez et Gardent, 1990 ; Leroux, 1994), ils se mettent d'accord sur le fait de mesurer la dépendance sur l'état de santé individuel de la personne. Pour les épidémiologistes la possibilité d'évaluer la dépendance représentait l'opportunité d'engager de nouvelles études, d'apporter de nouvelles connaissances (chiffres, facteurs déterminants...) sur une population particulière encore peu explorée. Pour leur part, les médecins gériatres — qui souhaitent à cette époque devenir les interlocuteurs privilégiés des pouvoirs publics, obtenir des formations spécifiques et des postes en long séjour — affirment qu'à partir de cette démarche d'évaluation « *il sera possible d'en tirer des informations épidémiologiques, susceptibles de déterminer la politique gérontologique locale et de servir de base à l'enseignement et à des recherches* » (Kuntzmann, 1980 : 364). Il faut noter qu'auparavant, les besoins de la population âgée étaient évalués sur la base des tendances démographiques et des ratios du nombre de lits dans les hôpitaux et les maisons de retraite. Lorsqu'un moyen de le mesurer a été accepté dans les cercles scientifiques et parmi les médecins,¹⁰² le concept de dépendance a commencé à aller au-delà de l'idée de soins (Olson, 1994). Adoptée par la sphère publique, la mesure sert désormais à l'attribution d'aides de soins à domicile et d'hébergement.

À partir de l'irruption de l'épidémiologie, l'approche pathologique de la vieillesse est recrée à deux niveaux. L'évaluation de la dépendance est réalisée par les gériatres dans le cadre des bilans

¹⁰² Sur cette question, voir notamment Frinault (2005) ; Ennuyer (2015) et Alvarez (2014).

hospitaliers individuels tandis que l'épidémiologie l'évalue au niveau populationnel. Peu importe les moyens ou la grille utilisée, ils arrivent à « repérer les risques » de dépendance.

1.2.3. *« La polymédication comme facteur de risque iatrogénique » : un discours basé sur des chiffres susceptibles d'attirer l'attention des pouvoirs publics*

L'épidémiologie apporte un discours de santé publique basé sur des données chiffrées par lequel elle légitime la nécessité d'une intervention des pouvoirs publics en termes de prévention. Outre la production de chiffres, l'épidémiologie apporte aussi des explications sur les causes et conséquences des phénomènes qu'elle étudie. Par exemple, en ce qui concerne l'étude de la « dépendance », les caractéristiques de la consommation de médicaments obtenus par le biais de cohortes sont interprétées en tant que *facteurs de risque iatrogéniques* susceptibles d'entraîner une « perte d'autonomie ». Voyons maintenant comment l'épidémiologie a défini et interprété la situation des personnes âgées vis-à-vis des médicaments.

Tout d'abord, en apportant des chiffres et en définissant une catégorie d'action publique, l'épidémiologie contribue à définir et à « nommer » le problème de la multiplication de médicaments pour les personnes âgées, réalisant une condition nécessaire à son existence publique (Dubois, 2009 ; Felstiner, et *al.*, 1980-1981). À partir des études de cohorte, les spécialistes ont démontré deux constats majeurs permettant de mettre en lien la situation des personnes âgées et leur rapport aux médicaments. Le premier est que, plus la population vieillit, plus elle consomme de médicaments, le deuxième est que les ordonnances des personnes âgées se caractérisent par le fait d'avoir plusieurs lignes. Ces caractéristiques sont celles que les responsables de la cohorte Paquid ont nommé « polymédication ». Il faut mettre en évidence que ce terme adopté par l'épidémiologie pour nommer le problème va se consolider dans les articles et travaux publiés postérieurement par des médecins d'autres institutions, ainsi que dans le discours d'acteurs publics. Cette étape du travail de problématisation est essentielle et marquera un point de bascule dans la trajectoire du problème.

L'élaboration du terme « polymédication », tout comme la plupart des articles qui ont été publiés à partir de la cohorte Paquid sont le résultat d'un travail collectif entre des équipes accueillant des chercheurs de différents domaines. Ceci est dû au fait que des échantillons de la cohorte ont été étudiés par plusieurs équipes à la fois (voir distribution d'équipes dans l'encadré ci-dessus). Deux articles nous permettent d'observer à partir de leurs auteurs que les connaissances tirées sur la consommation et la prescription des personnes âgées ainsi que le constat sur la « polymédication » sont un travail conjoint entre l'équipe épidémiologique autour de Jean-François Dartigues à l'unité INSERM 330

« épidémiologie santé publique et développement », l'équipe de pharmacologie clinique autour de Bernard Bégaud¹⁰³ et un praticien hospitalier, Jean-Paul Emeriau, gériatre au Centre Régional de gériatrie (CHU-Bordeaux) :

- Fourrier A., Letenneur L., Dartigues J-F., Decamps A. et Bégaud B. (1996), « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la polymédication et utilisation des psychotropes », *Rev. Gériatrie*, n° 21, pp. 473-482
- Emeriau J-P., Fourrier A., Dartigues J-F. et Bégaud B. (1998), « Prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées », *Bull. Acad. Natl. Med.*, vol. 182, n° 7, pp. 1419-1428

En effet, la prise de médicaments par les personnes âgées a fait l'objet d'un sous-projet de l'étude Paquid, basé sur des relevés des prescriptions des participants apportant des chiffres en ville et en institution. La cohorte permet de montrer que le nombre de médicaments consommés est plus important parmi les sujets en institution que ceux vivant à domicile. À l'inclusion dans la cohorte, 89,1 % des sujets de 65 ans et plus vivant à domicile sont traités par au moins un médicament, cette proportion est de 94,9 % en institution ; 38,4 % des sujets de 65 ans et plus vivant à domicile. 51,8 % des patients en institution prennent plus de 5 médicaments par jour (notamment entre 5 et 10 médicaments par jour). L'analyse de ces données souligne que « *La polymédication augmente de façon significative avec l'âge et elle est plus importante chez les femmes* » (Emeriau et al., 1998). De plus, la cohorte permet de montrer les médicaments les plus souvent prescrits : les cardiovasculaires, les psychotropes et les antalgiques¹⁰⁴. Ces données corroborent le même phénomène de consommation et le cumul sur les mêmes classes observés dans les enquêtes réalisées par les gériatres des hôpitaux-hospices et par les chercheurs du CREDES depuis la fin des années 1970 [nous y reviendrons].

Les discours épidémiologiques se construisent autour des interprétations apportées sur les causes et les conséquences des phénomènes étudiés. En ce qui concerne le phénomène de « polymédication »,

¹⁰³ Les équipes changent de nom et de direction au cours du temps, l'équipe épidémiologique autour de Jean-François Dartigues devient l'unité INSERM 1219 « Santé des populations — BPH », et l'équipe pharmacoépidémiologique autour de Bernard Bégaud, l'unité INSERM 657 *pharmaco-épidémiologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations*.

¹⁰⁴ « Parmi les 3 360 personnes qui recevaient au moins un médicament, une analyse par classe thérapeutique consommée fait apparaître que les traitements à visée cardiovasculaire sont utilisés par 3 personnes âgées sur 4, les psychotropes par 4 sur 10 et les antalgiques par 1 sur 4 ». La prise de psychotropes (anxiolytiques et hypnotiques) est plus importante en institution (70 %) qu'à domicile (40 %). La consommation des médicaments à visée cardio-vasculaire augmente avec l'âge et, après 80 ans, plus de 90 % des personnes âgées prennent au moins un médicament de cette classe thérapeutique. La cohorte a enfin mis en exergue une augmentation de la consommation de Statines au cours du temps : « En 1993, les statines représentaient 22,6 des hypolipémiants consommés par les personnes âgées, contre 3,6 en 1988 » (Emeriau et al., 1998).

la cause principale identifiée est la « polypathologie »¹⁰⁵. En confrontant les données de consommation à des données issues des études pharmacologiques, l'épidémiologie interprète les conséquences de la « polymédication » en termes de risques iatrogènes¹⁰⁶. Ainsi, le discours épidémiologique se structure par l'enchaînement d'un ensemble d'affirmations : l'accumulation des maladies survenant au cours du vieillissement entraîne des polypathologies. Ces polypathologies sont responsables de la polymédication. La modification des médicaments dans l'organisme des personnes âgées et les interactions entre les médicaments sont des facteurs de risque de iatrogénie médicamenteuse.

Il faut mettre en exergue que la notion de « polymédication » apportée dans les études épidémiologiques recouvre non seulement les médicaments prescrits, mais l'ensemble de médicaments consommés. Bien que l'article le plus cité (Emeriau et *al.*, 1998) sur la question spécifique de la multiplication de médicaments chez les personnes âgées a pour titre « prescriptions médicamenteuses » et que les auteurs affirment s'appuyer sur des relevés de prescriptions, les auteurs soulèvent davantage des aspects liés à la prise qu'aux conditions de prescription ou aux caractéristiques des prescripteurs. Qui plus est, pour rendre compte de l'accumulation, ils mettent en exergue la consommation par les patients des médicaments sans que le médecin soit au courant¹⁰⁷ soulignant une préoccupation croissante concernant le comportement des patients. Les épidémiologistes suggèrent que l'un des dangers de la polymédication concerne les interactions médicamenteuses. Dans le numéro du *Bulletin de l'Académie Nationale de médecine* où cet article a été publié, qui est lui dédié spécifiquement à la prescription médicamenteuse et à ses enjeux et difficultés, l'observance et le suivi thérapeutique sont proposés comme réponse à la iatrogénie évitable. Comme nous le verrons plus en avant, en dehors de cet article collectif, le Dr Jean-Paul Emeriau, chef de service de Gériatrie à l'hôpital Xavier Arnoz, qui est depuis le début des années 1990 un acteur très médiatique et engagé dans les actions de

¹⁰⁵ « Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent actuellement plus de 6 % de la population française... Cette période est caractérisée par le développement de maladies, qui vont entraîner des incapacités. Le poids de ces affections qui en se multipliant chez certaines personnes âgées crée une polypathologie est responsable de l'allongement de la liste des prescriptions et, par conséquent, de la consommation de médicaments. L'approche du problème de la prescription est difficile et doit tenir compte du mode de vie des personnes âgées selon qu'elles sont à leur domicile ou au contraire dans une structure gériatrique, et des habitudes des prescriptions qui varient selon des particularités régionales, nationales, culturelles, financières et autres ». (Emeriau et *al.*, 1998 : 1420).

¹⁰⁶ « Cette multiplication des traitements favorise la survenue d'interactions médicamenteuses, qui sont associées à des modifications de la pharmacologie du fait du vieillissement de l'organisme. Ces deux facteurs sont directement responsables de la fréquence et de la gravité des pathologies iatrogènes, qui touchent environ 10 des personnes âgées » (Emeriau et *al.*, 1998 : 1427).

¹⁰⁷ A la fin de l'article, les auteurs insistent davantage sur la question de la « prise » plutôt que sur la prescription en exprimant le doute sur le fait qu'au moment de l'enquête les participants auraient possiblement « occulté » (pas déclaré) le fait qu'ils autoconsomment de médicaments qui n'ont pas été prescrits et donc pas corroborés dans leurs ordonnances : « L'occultation de certains traitements est souvent observée chez les personnes âgées. Dans ces conditions, l'automédication peut échapper et certaines personnes âgées "oubliant" de présenter des traitements, dont elles, apprécient mal la nature exacte » (Emeriau et *al.*, 1998 : 1425-26).

l'assurance maladie, critique la prescription des médecins peu sensibilisés aux risques des médicaments ou sous pression des laboratoires pharmaceutiques¹⁰⁸.

Il faut ajouter par ailleurs que le sujet privilégié des chercheurs responsables des cohortes en ce qui concerne le rapport entre vieillesse et pharmacie est l'utilisation des traitements médicamenteux spécifiques à la maladie d'Alzheimer. La focalisation sur ce sujet a donné lieu à de nombreux travaux réalisés spécifiquement sur les médicaments psychotropes. Deux articles tirés de la cohorte Paquid mettent ainsi en évidence que l'utilisation de neuroleptiques est associée à la présence d'une démence (Fourrier et coll., 1996 ; 2001) :

- Fourrier A., Letenneur L., Dartigues J-F., Decamps A. et Bégaud B. (1996) « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la polymédication et utilisation des psychotropes », *La Revue de gériatrie*, vol. 21, pp. 447-501
- Fourrier A., Letenneur L., Dartigues J-F., Moore N. et Bégaud B. (2001), « Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use », *Eur J Clin Pharmacol*, vol. 57, pp. 419-425

À partir des études de cohorte, comme Paquid, les épidémiologistes produisent donc des données et analysent l'utilisation des médicaments, ils identifient des facteurs du risque iatrogénique et apportent un vocabulaire pour nommer et expliquer les phénomènes étudiés. Pour comprendre l'analyse que font les chercheurs des conséquences de la consommation de médicaments, il faut comprendre la démarche de la pharmacoépidémiologie.

La pharmacoépidémiologie est centrée sur l'étude du médicament en tant que facteur d'exposition une fois que le médicament est mis sur le marché et utilisé dans la population. Elle apporte des connaissances sur l'exposition de la population aux effets indésirables de médicaments. Pour la pharmacoépidémiologie, les effets indésirables, qui peuvent être augmentés à cause de facteurs organiques ou par la combinaison des effets des produits, se traduisent par exemple, par des « risques de perte d'autonomie ». Plusieurs articles basés sur l'étude de la cohorte Paquid ont mis en lien la consommation de psychotropes et les risques de dépendance pour les personnes âgées. Ce lien est expliqué par le fait que les effets iatrogènes de ces médicaments accentuent les accidents domestiques (« les risques de chutes » ; les risques de fracture osseuse) ou les troubles du comportement pour les personnes âgées. C'est ainsi que la pharmacoépidémiologie apporte des savoirs sur l'impact des

¹⁰⁸ *Sud-Ouest*, « Médicaments et personnes âgées : Attention danger. Résultats d'une étude menée en Dordogne », mercredi 28 octobre 1992

médicaments dans la population. À titre d'exemple nous pouvons mentionner une étude élaborée en 2002 par l'équipe de pharmacoépidémiologie dirigée par le Dr Bégaud. Cette étude mettait en lien benzodiazépine et Alzheimer. Les résultats avaient montré que les benzodiazépines étaient associées à un « risque augmenté de démence » :

- Lagnaoui R., Bégaud B., Moore N., Chaslerie A., Fourrier A. et *al.* (2002), « Benzodiazepine use and risk of dementia: a nested case-control study », *J Clin Epidemiol*, vol. 55, n° 3, pp. 314-318

Pour finir, soulignons que le succès de l'épidémiologie dans le domaine du vieillissement a également eu des conséquences sur la construction sociale de la vieillesse. La catégorie « polymédication » conçue pour caractériser la consommation de médicaments multiples des personnes âgées (susceptibles de développer risques iatrogéniques) reproduit en effet une vision pathologique de la vieillesse. Dans le cadrage produit par l'épidémiologie, une personne « polymédiquée » devient une personne « à risque », qui n'est pas encore malade, mais qui a une probabilité de le devenir. Luc Berlivet a montré comment l'épidémiologie transforme notre représentation de la santé : « *En focalisant l'attention sur les "individus à risque(s)", êtres statistiques dont la probabilité de développer une ou plusieurs pathologies s'avère significativement plus élevée, les épidémiologistes ont amené la distinction du sain et du malsain en créant un état intermédiaire. L'individu à risque n'est pas encore malade, mais sa probabilité plus élevée de développer la maladie semble déjà interdire qu'on puisse le dire en bonne santé* » (Berlivet, 2001 : 102). Qui plus est, les épidémiologistes et pharmacoépidémiologistes centrent leurs recherches sur les risques sans s'interroger sur les conditions sociales globales qui peuvent conduire, en dehors du diagnostic de maladies, à consommer une multiplicité de produits ou bien à aboutir à une accumulation problématique de prescriptions.

1.2.4. L'importance du programme épidémiologique sur le vieillissement dans la légitimité qu'acquiert le problème de la polymédication

Outre la production d'une terminologie propre, et la structuration d'un discours de santé publique sur les « risques de la polymédication », plusieurs caractéristiques du programme épidémiologique ont participé à la légitimation du problème de la prescription aux personnes âgées. L'une de ces caractéristiques est la diffusion forte de ses travaux. En raison de l'importance de ce programme épidémiologique, en termes d'envergure des données, de la taille du financement et de la nature des financeurs, la diffusion des savoirs produits a été rapide et exponentielle au niveau local, national et international. Les nombreux articles réalisés sur la base de Paquid ont été largement publiés dans des revues de gérontologie, des revues médicales ou d'épidémiologie, nationales et internationales. Ils ont

également été cités par la majorité des travaux faits sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées et par les institutions travaillant sur la santé de personnes âgées. De plus, la cohorte Paquid est l'objet d'un suivi médiatique notamment dans la presse grand public.

Les études de cohorte sont un domaine où les équipes de recherche épidémiologique françaises ont été, et sont toujours aujourd'hui, très compétitives (Alpérovitch, 2012). Il faut noter que la réalisation de ces études a nécessité des investissements conséquents (évalués aujourd'hui à plusieurs dizaines de millions d'euros). Les équipes de recherche ayant contribué aux études devaient trouver des sources de financement, en dehors de leurs fonds propres fournis par les organismes dont elles dépendent (INSERM, CNRS, Universités). Elles ont ainsi soumis leurs projets à différentes institutions de financement privées ou publiques (fondations, laboratoires pharmaceutiques, ministère de la Santé, collectivités territoriales, etc.) où ils ont été évalués par des experts internationaux. On peut donc identifier dans ce caractère compétitif l'un des facteurs importants de la diffusion accrue qu'ont connus les travaux réalisés par les différentes équipes.

Par exemple, en ce qui concerne Paquid, les financeurs et porteurs du projet ont changé au cours du temps. Selon le responsable de l'équipe bordelaise qui a lancé l'enquête en 1988, le Pr J-F. Dartigues¹⁰⁹ les financements proviennent de plusieurs structures publiques ou privées dont les plus importantes sont l'INSERM, l'Université de Bordeaux II et le CHU de Bordeaux, la Fondation de France, Novartis Pharma, la Société Scor, les Conseils Généraux de Gironde et Dordogne, la MSA (Mutualité Sociale Agricole) (Dartigues, 2001). L'étude Paquid est actuellement financée par les laboratoires pharmaceutiques Novartis et Ipsen, le Conseil régional d'Aquitaine et la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (Dartigues et *al.*, 2012). L'étude Paquid a donné lieu à plus d'une centaine d'articles discutés dans des revues scientifiques nationales et internationales¹¹⁰.

Une autre caractéristique est la position des responsables de ces recherches. Il faut noter que les responsables des recherches réalisées à partir des cohortes précitées, qui ont écrit la plupart des articles mentionnés, sont des personnalités reconnues du domaine sanitaire, qui circulent dans la sphère de la santé internationale, et qui sont très proches de responsables reconnus d'autres disciplines comme la gériatrie, la gérontologie et la santé publique en général. Il s'agit le plus souvent de professionnels qui ont plusieurs postes à la fois (professeurs d'université, praticien-hospitalier, chercheur...). De plus, leur expertise est consultée par des acteurs du système de santé et par des responsables de l'État (voir Annexes n° III). Dans le cas du Dr Bégaud, pharmacologiste, on peut noter qu'il a également été à

¹⁰⁹ Dans la déclaration d'intérêts d'un article écrit par Dartigues et ses collègues (2012) il apparaît : « Conflits d'intérêts : expérimentateur principal (Essai Pfizer) ; interventions ponctuelles (Lundbeck 2010, 2011, 2012) ; Novartis 2010, 2011, 2012) et versements substantiels au budget d'une institution (Novartis, Ipsen, Lundbeck, Eisai).

¹¹⁰ Voir la liste de publications dans Pubmed : <http://tinyurl.com/Pubmed-PAQUID>. Voir la liste des publications dans HAL : <http://www.hal.inserm.fr/PAQUID>

l'origine de plusieurs rapports sur la surconsommation de médicaments en France depuis les années 2000, concernant notamment le Bon usage du médicament.

Le discours épidémiologique que nous venons d'exposer va rencontrer un succès certain dans la sphère publique. L'expertise de ces professionnels, médecins gériatres, épidémiologistes et pharmacoépidémiologistes sera effectivement consultée dans des forums et colloques sur la vieillesse, le vieillissement et les médicaments des personnes âgées, médiatisés dans les années 1990. La manière de nommer le cumul de médicaments se cristallisera également, en étant réappropriée par d'autres acteurs. Avant de montrer ces retombées publiques, nous allons étudier un dernier groupe d'acteurs de la sphère professionnelle qui, reprenant les données et analyses produites par d'autres spécialistes, vont contribuer à donner du sens à leurs discours, en l'adossant à une critique de la prescription médicamenteuse.

1.3. L'ordonnance des personnes âgées au centre des recherches en santé publique

Le Centre de recherche en économie de la santé (CREDES, *issu du CREDOC et devenu IRDES le 1er juin 2004*) conçoit, réalise et exploite des données ou des enquêtes sur la santé, les pratiques de prescription et la consommation médicale depuis la fin des années 1960. Il faut noter que si l'épidémiologie n'est pas une discipline importante dans ce centre, ses données sont un support essentiel pour les enquêtes épidémiologiques (Bayat et *al.*, 2001). Inversement, les enquêtes épidémiologiques sont un support important pour ses études. En partenariat avec l'INSEE, le CREDES réalise les enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux. Thérèse Lecomte (1996), directrice de recherche au CREDES, affirme que la connaissance quantifiée produite par cette institution « *peut être une aide pour organiser les structures de soins de façon rationnelle, pour orienter la recherche et le développement de la thérapeutique, pour adapter l'enseignement médicale initial, mais aussi complémentaire, pour promouvoir des campagnes d'information auprès de la population* ». Il faut donc souligner un intérêt plus marqué pour l'organisation de l'offre de soin et pour la prévention, des études du CREDES par rapport à celles conduites par le groupe d'épidémiologistes précédemment étudié.

Parmi les enquêtes sur la santé et les soins médicaux réalisées depuis les années 1960 par interview, questionnaire et carnet de compte, on peut mettre en évidence les analyses sur le vieillissement, l'hospitalisation des personnes âgées, les « polypathologies » des personnes âgées et, à partir des années 2000, de la « polymédication » chez les personnes âgées.

1.3.1. La centralité des pratiques de prescription dans l'interprétation du problème

Des études spécifiques sur la consommation de médicaments¹¹¹ chez les personnes âgées ont été réalisées par plusieurs équipes depuis les années 1980, par exemple sur la base de l'enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution effectuée par le CREDOC en 1976-77 avec l'aide du ministère de la Santé. Ces recherches engagées par des statisticiens, économistes¹¹² et médecins de santé publique montraient que parmi 2700 individus de 58 institutions, la consommation était de 3 produits par individu, qu'elle était plus élevée parmi les personnes âgées entre 75 et 84 ans et qu'elle se concentrait sur certaines classes thérapeutiques, notamment les hypnotiques/psychotropes et les thérapeutiques cardio-vasculaires (Lecomte, 1981). Il est de plus souligné dans cette étude que l'analyse des maladies dont sont atteints les pensionnaires des institutions explique en grande partie ce niveau de consommation.

Il faut noter que ce centre a documenté au niveau local la hausse de la consommation de médicaments en France depuis les années 1970. Comme nous l'avons exposé plus haut, les gériatres et les chercheurs des cohortes n'avaient pas découvert le cumul de médicaments chez les personnes âgées, mais permis de corroborer et de nommer un phénomène qui existait déjà dans la société. Cependant, à la différence de ces chercheurs, les données du CREDES s'accompagnent d'une critique sur les habitudes et caractéristiques des prescripteurs telle que le manque de proposition de thérapeutiques non-médicamenteuses. Selon ces chercheurs la concentration de la prescription sur certaines classes doit être interprétée dans le contexte d'une augmentation générale de la consommation de médicaments en France constaté par le CREDOC depuis les années 1970 : « *il s'agit sans doute de la conjonction de facteurs commerciaux et de facteurs liés, d'une part, aux habitudes des prescripteurs, et, d'autre part, au développement de la connaissance pharmacologique* » (Lecomte, 1981). Nous retrouvons ici une sorte de *blaming*, deuxième opération de la construction des problèmes publics identifiée dans le modèle de Felstiner, et al. (1980-1981). Mais ce *blaming* intervient, sans que cette institution utilise encore une terminologie propre pour nommer l'accumulation. Cette critique de la prescription, et notamment envers les « habitudes de prescription », rejoint d'une certaine manière les revendications des gériatres et leur critique du modèle de prise en charge de la « médecine dominante ».

C'est en effet l'adoption du vocabulaire utilisé par les gériatres et épidémiologistes qui nous permet de constater une certaine alliance de leurs savoirs avec celui produit par les chercheurs du CREDES et plus tard de l'IRDES.

¹¹¹ Il faut noter que les enquêtes dites de « consommation » réalisées par le CREDES sont le plus souvent des informations concernant les acquisitions pharmaceutiques. Elles ne sont donc pas de réelles études de consommation.

¹¹² Sur le statut et l'implication des économistes au CREDOC voir notamment Serré (2002).

L'enquête de l'INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992, portant sur les ménages résidant en France métropolitaine, mettait à disposition des études un vaste ensemble de données, notamment un relevé complet de la morbidité déclarée (maladies, incapacité, etc.), les traitements en cours, les consommations médicales ainsi que les pathologies associées à ces consommations. Cette enquête a montré que 93 % des 70 ans et plus avaient au moins 2 maladies, et 85 % au moins 3 maladies. Les plus fréquentes étaient les affections cardiovasculaires et ostéo-articulaires. Parmi les études se basant sur cette enquête, deux s'intéressent à l'étude de la morbidité chez les personnes âgées et notamment au cumul de pathologies :

- Sermet C., « La polypathologie des personnes âgées », Publication CREDES n° 1021, juin 1994.
- Le Pape A. et Sermet C., « La polypathologie des personnes âgées, quelle prise en charge à domicile ? », CREDES n° 1182, août 1997.

Ces travaux parlent de « polypathologies » dès lors que les personnes souffrent d'au moins deux maladies (comprenant par-là pathologies, symptômes ou facteurs de risque¹¹³. Il faut remarquer que ce terme a été adopté dans les cercles de gériatrie et a été le fer de lance de la gériatrie dans les années 1970, c'est bien le CREDES qui consolide ainsi son utilisation dans la littérature de santé publique à partir du milieu des années 1990¹¹⁴.

Néanmoins, les polypathologies ne sont pour le CREDES que l'un des facteurs expliquant la prescription de multiples médicaments. Les recherches sur le rapport de personnes âgées aux médicaments réalisées par les gériatres et ensuite par les épidémiologistes s'enrichissent ici avec la question de la construction de l'ordonnance : les facteurs commerciaux, les habitudes de prescription et la formation pharmacologique des médecins.

¹¹³ En s'appuyant sur les données de l'enquête sur la santé et les soins médicaux, réalisée en 1991-1992 par l'INSEE-CREDES, Sermet (1994) souligne dans sa méthodologie que les maladies retenues pour son étude concernent d'une part, l'ensemble de la « pathologie prévalente », à l'exclusion des troubles de la réfraction (presbytie, myopie...) et de la pathologie dentaire. D'autre part, la « pathologie prévalente traitée », regroupant les maladies « actives » au cours des 12 mois précédant l'enquête ou ayant fait l'objet d'une consommation médicale pendant le temps de relevé de l'information. Enfin, une liste de 34 groupes de maladies et symptômes de maladies mise au point dans le cadre du modèle d'évaluation de l'autonomie « AGGIR » (Autonomie gériatrique — Groupes Iso ressource) a été conservée. La conclusion de cette étude affirme que « la polypathologie est pratiquement la règle chez les personnes âgées », mais, que la définition de ce que l'on peut ou doit inclure dans le concept de polypathologie reste toujours discutable, car certains symptômes bénins ou certains facteurs de risque que cette étude a conservés pourraient ne pas être considérés comme des maladies. L'auteure justifie finalement : « *Devant la difficulté à fixer les "bornes de la maladie", nous avons préféré de ne pas les exclure* ».

¹¹⁴ En ce qui concerne le terme « Polypathologies », il faut noter que la première étude basée sur enquête que nous avons identifiée a été encadrée par le Dr Henri Péquignot en 1969. Péquignot est à l'époque un médecin hospitalier engagé comme personnel au ministère de la Santé. Au milieu des années 1950, il s'est associé au projet de création du premier centre de recherche en économie de la santé. Celui-ci a été créé au sein du CREDOC et a la particularité d'avoir rapproché la comptabilité nationale et la médecine. Sur cette dernière question voir Serré (2002).

Nous considérons ainsi les années 1990 comme le moment culminant où le travail de problématisation des acteurs s'enrichit le plus par l'apport mutuel des différents savoirs. On peut maintenant comprendre comment la conjonction des savoirs des professionnels de cette première sphère produit un discours qui sera repris dans le domaine public. Le discours qui émerge de l'alliance des savoirs des gériatres, épidémiologistes, pharmacologistes et des médecins et économistes de santé publique de cette sphère est à la fois critique et normatif. Le discours est, d'une part, critique à l'égard de la prescription et de la consommation médicamenteuse des personnes âgées et appelle à la prévention et à une action auprès des prescripteurs en particulier. D'autre part, un discours normatif se dégage à partir duquel on considère que le médicament, étant à la fois bénéfique et dangereux, ne doit pas être la seule réponse aux problèmes de santé des personnes âgées. Comme nous le verrons plus en avant, ce discours critique et normatif, qui reste modéré, a au moins deux finalités : d'une part, la gériatrie va s'appuyer sur ce discours pour continuer à revendiquer son projet médico-social pour la vieillesse en faisant appel à la responsabilité des médecins généralistes ; d'autre part, sur la base de ce discours, des principes et règles de prescription vont être élaborés dans la sphère étatique pour aider les médecins à améliorer leurs prescriptions, pour informer les patients ou pour réguler les dépenses pharmaceutiques.

Nous observons néanmoins des différences dans la mobilisation de ce discours par les acteurs impliqués dans les trente années, reflétant leurs intérêts divergents. Nous observons ces différences à deux niveaux. Il sera utilisé d'une part par des acteurs qui vont se centrer davantage sur les risques d'effets indésirables des médicaments et qui vont contribuer à « blâmer la victime » (Berlivet, 2001) mettant en exergue l'automédication, la demande du patient, la « non-observance » (oubli, erreur de posologie... chez le patient). À cet égard on peut mentionner les campagnes de prévention auprès de personnes âgées que nous verrons émerger dans la presse à la suite des dispositions de la loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004 qui aborde la santé des personnes âgées à partir des risques iatrogènes. D'autre part, utilisé par des acteurs intéressés à la fois par le coût et la qualité de la prescription, ce discours servira également à blâmer l'ensemble de prescripteurs intervenants et va jusqu'à poser la question d'une réorganisation des soins. Nous verrons des acteurs comme la CNAMTS, qui vont se réapproprier progressivement ce discours en l'associant aux enjeux dégagés dans le cadre du problème de la surconsommation de médicaments dans l'ensemble de la population et mettre en exergue des questions telles que la formation et l'information médicale ou la coordination des soins.

1.3.2. La cristallisation du terme « polymédication » pour nommer le problème

Pour revenir aux études des chercheurs en santé publique du CREDES, qui ont justement abordé très tôt la question de la prescription, on peut noter en 2000 l'enrichissement que cette institution apporte à la problématique avec l'adoption des savoirs produits par les autres acteurs de la sphère professionnelle. Ce faisant, elle permet de cristalliser le terme polymédication et de consolider le problème de la prescription médicale.

Dans le contexte d'une problématisation sur la surconsommation de médicaments en France, l'ordonnance des personnes âgées apparaît comme un sujet central de recherche du CREDES. En 2000, les premières données précises sur la prescription médicamenteuse des personnes âgées vivant à domicile sont disponibles au niveau national à partir du croisement de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2000 et ESPS 2002 du CREDES¹¹⁵, les données de remboursements de la Sécurité sociale et de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM) d'IMS-Health. Ce croisement des données a été réalisé par des professionnels de santé publique (Auvray et Sermet, 2002) et a permis à ces professionnels de consolider l'utilisation du terme « polymédication », déjà utilisé dans les études de cohortes, pour caractériser la consommation pharmaceutique des personnes âgées. Il faut d'ailleurs souligner que celle-ci est l'étude apportant les données de ville les plus complètes et l'étude la plus citée jusqu'aujourd'hui¹¹⁶.

Selon cette étude « *la consommation pharmaceutique des personnes âgées se caractérise par une polymédication* » : en moyenne la consommation journalière s'établit à 3,6 médicaments par personne âgée de 65 ans et plus, et cette consommation augmente avec l'âge¹¹⁷. Cette consommation est liée à la prescription des médecins libéraux : « *En médecine libérale, trois séances à destination des personnes âgées sur quatre sont réalisées par les généralistes. Le plus souvent, la consultation donne lieu à une prescription de médicaments : 83 % des séances de médecins réalisées auprès des personnes âgées sont suivies d'une ordonnance de pharmacie. Chez les généralistes, ce taux est de 91 %. Il est nettement plus faible chez les spécialistes : 56 % seulement de leurs séances entraînent la délivrance d'une ordonnance* » (Auvray et Sermet, 2002 : 22). Il faut mettre en évidence ici la rencontre de la problématisation sur la surconsommation en France et celle spécifique à la sous-population âgée. Un des enjeux dégagés dans les rapports publics sur la surconsommation générale était la contribution de

¹¹⁵ L'enquête ESPS 2000 introduit pour la première fois des questions sur la consommation de médicaments et montre que la consommation de pharmacie prescrite augmente avec l'âge. Pour sa part, l'enquête ESPS 2002 montre que le taux de consommateurs de médicaments augmente de façon considérable lorsque l'état de santé se dégrade.

¹¹⁶ Des appariements de bases de données similaires ont été effectués par des chercheurs de l'IRDES au début des années 2010, afin de quantifier la « polymédication » (nous reviendrons dans l'instance de problématisation dans la sphère publique).

¹¹⁷ Elle passe de 3,3 médicaments différents par jour pour les 65-74 ans, à 4,0 pour les 75 — 84 ans et 4,6 pour les 85 ans et plus (Auvray et Sermet, 2002).

la prescription des médecins libéraux dans l'augmentation de la consommation en ville. On peut observer ici que l'enjeu des différents intervenants dans la prise en charge thérapeutique chez les personnes âgées n'est pas encore abordé dans les études de cette période. Cette étude ne fait ainsi pas la différence entre la primo-prescription et le renouvellement des ordonnances que font les médecins généralistes. De là l'estimation de l'importance de la prescription de ces derniers.

L'étude montre également qu'une ordonnance comporte en moyenne 3,4 lignes de prescription et près de 8 boîtes de médicaments. Les auteurs soulignent que ces données s'accordent avec celles de l'enquête Paquid Aquitaine et affirment que : « *Ces chiffres confirment l'extrême fréquence de la polymédication chez les personnes âgées* » (...) « *Cette polymédication, justifiée par le nombre important de symptômes et de maladies auxquels les personnes âgées doivent faire face, pose, au niveau individuel, le problème des effets indésirables des médicaments* » (Auvray et Sermet, 2002).

Comme souligné pour les études épidémiologiques et pharmacoépidémiologiques, la notion de « polymédication » chez les chercheurs du CREDES recouvre à la fois la consommation et la prescription de médicaments multiples chez les personnes âgées. Mais l'étude du CREDES se distingue en associant davantage la consommation de plusieurs médicaments à la prescription qu'à la prise par le patient en automédication. Cette différence ira néanmoins en s'amenuisant à partir des années 2000. La critique du CREDES se situera en effet davantage sur les risques iatrogènes liés à cette « polymédication » plutôt que sur les caractéristiques de l'offre de soin et les habitudes des prescripteurs.

L'incorporation des connaissances pharmacoépidémiologiques n'est cependant pas l'apanage du CREDES. D'autres équipes et centres de recherche intègrent en effet les résultats des enquêtes pharmacologiques sur le « risque d'accident médicamenteux ». Les plus citées dans la littérature française sont l'étude américaine de Grymonpre et *al.* (1988)¹¹⁸ et l'étude française de Perochon et *al.* (1999) réalisée pour l'Union régionale de caisses d'assurance maladie (URCAM). Ces études montrent la relation entre le nombre de maladies, le nombre de médicaments prescrits et la fréquence des effets indésirables pour les personnes âgées. L'étude française¹¹⁹ de Perochon et ses collègues a notamment

¹¹⁸ En ce qui concerne l'étude américaine, Grymonpre et ses collègues partent du constat que le nombre de médicaments augmente avec l'âge et que ceci est corrélé au nombre de pathologies. En revanche, ce n'est pas l'âge, mais le nombre de médicaments utilisés qui se trouve en lien à la fréquence de survenue d'événements indésirables. Il s'agit d'une enquête sur les admissions liées à la toxicomanie des patients âgés de 50 ans et plus, qui a été menée au Centre des sciences de la santé, à Winnipeg, afin de déterminer les corrélations entre les facteurs de risque et d'isoler l'effet de l'âge.

¹¹⁹ L'objectif de cette étude était de mieux connaître les effets indésirables des médicaments plus fréquents et plus graves pour les personnes âgées, afin de mieux les prévenir. Il s'agit d'une étude prospective sur les admissions des personnes âgées pour iatrogénie médicamenteuse dans les services d'urgence de 18 établissements d'hospitalisation en Poitou-Charentes. Sur un échantillon de 405 personnes, elle a notamment montré qu'il existe une forte sous notification de ces

révélé que 12,5 % des patients âgés de plus de 70 ans admis aux urgences avaient présenté « un effet indésirable médicamenteux grave ».

Nous observons depuis l'année 2000 l'utilisation conjointe des termes « polypathologies », « polymédication », et « iatrogénie chez les personnes âgées » dans la littérature médicale et institutionnelle, démontrant l'alliance des savoirs des différents acteurs. Ces termes seront notamment repris dans les cercles proprement médicaux aussi bien que dans la littérature et les recommandations apportées par les organismes publics¹²⁰.

Nous avons mis en évidence la constitution d'un problème de « polymédication des personnes âgées », qui émerge comme une entité autonome, socialement construite par le travail de problématisation d'un ensemble d'acteurs issus d'une sphère que nous avons qualifiée de « professionnelle ». Certes, ce problème n'est pas clairement défini. La notion de « polymédication » est sous-entendue comme recouvrant l'ensemble des enjeux liés à la consommation et à la prescription médicamenteuse et des incertitudes substantielles sur ses contours comme sur les dynamiques à l'œuvre subsistent encore. Néanmoins, avec cette cristallisation autour du terme de polymédication et la production de données chiffrées, le problème acquiert une plus grande légitimité. Ainsi désigné, il sera le lieu d'articulation d'un certain nombre de stratégies sociales, touchant aussi bien des questions de consommation, de prescription et de coûts.

2. Reconnaissance et changement de composants du problème dans la sphère administrative et institutionnelle : « limiter la polymédication »

Si dans les années 1990, la polymédication était l'apanage d'un travail de problématisation dans une sphère professionnelle, dans les années 2000 il est repris dans une sphère étatique où le travail de problématisation des acteurs administratifs et institutionnels contribue à le faire exister et évoluer. Nous mettrons en évidence dans une première sous-section les éléments nécessaires à la compréhension de la façon dont l'État s'est saisi du problème et qui ont trait à l'enjeu de surconsommation de médicaments en France. Ensuite, nous montrerons l'évolution du travail de problématisation des liens entre vieillesse et pharmacie dans cette sphère à partir de trois moments.

Le premier moment se caractérise par la mobilisation d'acteurs institutionnels et par l'identification d'un problème autour de la prescription médicamenteuse des personnes âgées. Nous

accidents dont on estime par ailleurs la part évitable à 20 %. Ensuite, 12,5 % des personnes, âgées de 70 ans et plus hospitalisées l'étaient pour cause « de iatrogénie médicamenteuse.

¹²⁰ Voir notamment les documents HAS (2005) ; le Rapport de l'Académie de nationale de pharmacie, « personnes âgées et médicaments », adressé au président de la République Jacques Chirac, juin, 2005 ; et *Couturier et Mornex* (2007).

montrons l'impulsion donnée par certains organismes publics pour définir, mesurer et normer ce problème. Cette impulsion génère ainsi la mise en place des premières tentatives pour réduire le nombre de prescriptions pour les personnes âgées de manière générale. Le problème est alors qualifié de « polyprescription » et attribué à la responsabilité des médecins prescripteurs.

Le deuxième moment est marqué par un élargissement du public visé par le problème (prescripteurs et patients), par un recentrage du problème de la prescription sur un certain nombre de médicaments et par un changement dans la manière de qualifier le problème dans cette sphère étatique. Ce moment correspond à une reconnaissance institutionnelle plus marquée qui, malgré sa difficulté à aborder le problème et à formuler une réponse unifiée, déclenche une multiplicité d'actions menées par différents organismes. C'est désormais le problème de la « polymédication » qui émerge dans la sphère publique, façonné notamment par les actions mises en place pour y répondre.

Le troisième moment est à nouveau marqué par un changement du public concerné (l'ensemble de professionnels de santé et les patients). Ce moment correspond au constat d'échec des pouvoirs publics sur les actions initialement mises en place, principalement concentrées sur la pratique isolée des médecins. Les nouvelles réflexions qui se dégagent sur la coordination entre les différents professionnels de santé — la prise en compte de la médecine comme une activité collective — enrichissent les dimensions du problème et donnent la possibilité aux acteurs publics d'élargir le périmètre d'action vers la prise en charge plus globale des personnes âgées. Cependant, l'enrichissement de la réflexion sur la « coordination » ne se traduit pas dans les faits. Ceci s'illustre par une tendance à la dissolution du problème spécifique de la prescription dans les actions plus globales sur la coordination des soins, reposant par ailleurs souvent sur le comportement des patients.

2.1. Les manières « étatiques » de réfléchir à la montée de la prescription pharmaceutique en France

Le travail de problématisation des liens entre vieillesse et médicament par les acteurs administratifs et institutionnels évolue conjointement avec la manière dont l'État aborde le problème général de la surconsommation de médicaments en France. Les études comparatives sur la consommation et/ou sur la prescription dans différents pays d'Europe placent la France en tête pour la consommation de certaines classes thérapeutiques, parmi lesquels les psychotropes, les hypocholestérolémiants et les antalgiques. Trois grands constats sont réalisés par les autorités publiques : les médicaments les plus prescrits sont les plus chers et les plus récents, les prescripteurs sont faiblement formés en pharmacologie et le secteur ambulatoire est le plus impliqué. Cette situation

révèle l'importance de deux enjeux spécifiques qui permettent de comprendre comment l'État se saisit du problème public et l'implication des administrations qui ont particulièrement été concernées par celui-ci. Le premier est d'ordre économique et le deuxième d'ordre sanitaire.

L'étude de l'évolution de la dépense pharmaceutique depuis 1980 montre une croissance importante du volume de médicaments consommés alors que les prix ont augmenté beaucoup moins rapidement. De plus, l'étude de l'évolution de la part des dépenses liées aux médicaments dans les dépenses de santé totales depuis les années 1970 montre une augmentation de la part des dépenses de médicaments vendus en officine (DREES, 2000).

L'augmentation des dépenses de médicaments dans le secteur ambulatoire a particulièrement pesé sur l'organisme d'assurance maladie soumis à des contraintes budgétaires. Si les Trente Glorieuses ont ouvert la possibilité de la prise en charge des dépenses de santé par le système de protection sociale, à partir du milieu des années 1970 le retournement de la conjoncture économique conduit à la récurrence des déficits des comptes de l'assurance maladie. La politique de maîtrise des dépenses pharmaceutiques qui, depuis les années 1980, passait par la responsabilisation des patients (plan Séguin en 1987, déremboursement de certains médicaments en 1991, augmentation du ticket modérateur en 1993) n'a pas été suivie d'un ralentissement de la consommation sur le long terme¹²¹ (Pauriche et Rupprecht, 1998).

Cela a amené à rechercher la responsabilisation des prescripteurs. Des mesures susceptibles d'infléchir les prescriptions ont ainsi été intégrées au dispositif de régulation du système de soins à partir du milieu des années 1990. En 1994, les références médicales opposables (RMO)¹²² et les accords entre l'assurance maladie et les professionnels sur le bon usage des soins ont été les éléments privilégiés de la « maîtrise médicalisée des dépenses pharmaceutiques »¹²³. Ces mesures ont eu un impact positif en termes de limitation des prescriptions, mais leur effet a cependant été fragile. En 1995 le poste médicament est celui dont la progression est la plus forte parmi les dépenses liées aux soins et services reçus par les malades (Lecomte et Paris, 1998). En 1996 les ordonnances issues du Plan Jupé ont créé la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et en 1997 l'objectif national de dépenses

¹²¹ Au cours de la période 1980-1996, l'évolution en valeur, comme en volume, a été très soutenue, à l'exception des années 1987, 1994 et 1996. Pour un aperçu historique des dépenses de santé voir aussi DREES (2013a ; 2013b).

¹²² Elles constituent des règles de « bonnes pratiques » diffusées auprès des professionnels de santé visant à éviter des actes et des prescriptions inutiles. Elles étaient susceptibles d'imposer sanctions financières au non-respect par les professionnels. Cependant presque aucune sanction n'a été mise en place notamment par la difficulté d'établir des critères de sanction individuelle ainsi que par l'insuffisance d'informatisation du système de soins dans son suivi (Pauriche et Rupprecht, 1998).

¹²³ Ce nouveau modèle de régulation des dépenses de l'Assurance maladie comporte un double objectif : à la fois réduire le coût des traitements médicamenteux et d'améliorer la qualité de la prescription en réduisant les risques iatrogènes.

de l'assurance maladie (ONDAM)¹²⁴. La consommation pharmaceutique s'est rapidement révélée incompatible avec la contrainte budgétaire de l'assurance maladie.

Le deuxième élément concerne tout particulièrement la structuration d'acteurs capables d'organiser une réponse sanitaire au problème de la surconsommation de médicaments. En effet, les crises sanitaires qui ont eu lieu entre 1980 et 1990¹²⁵ avaient mis en question les dispositifs de régulation sanitaire fonctionnant jusque-là dans le secteur du médicament et dont la principale en France a été l'affaire du sang contaminé (Hauray, 2006). Ces crises sanitaires, à l'origine d'une demande de sécurité et de prévention dans les opinions publiques, ont impulsé la création de l'Agence du médicament en 1993 puis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)¹²⁶, de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) — devenue Haute Autorité de santé (HAS) en 2004 —. La prise de conscience publique de la dangerosité du médicament est ainsi un contexte favorable à la mise en visibilité d'un problème autour de la surconsommation.

À partir de 1998, l'Afssaps s'est engagée dans un programme d'évaluation, de prévention et de gestion des risques iatrogènes médicamenteux évitables. Sachant que certaines pathologies iatrogéniques sont inhérentes à l'usage de médicaments dans les conditions normales d'emploi et sont inévitables, la iatrogénie évitable a été définie comme résultante d'une utilisation non conforme aux indications et aux recommandations. L'Afssaps s'est ainsi intéressée aux conséquences de la surconsommation en la rapprochant à cette catégorie d'effets indésirables (qui surviennent dans des conditions non conformes à la sécurité d'emploi)¹²⁷. Dans ce cadre, et afin de proposer des mesures pour assurer la sécurité d'emploi des médicaments, l'agence a réalisé des études. Par exemple, en 1998, le réseau des Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) a réalisé une enquête qui a permis d'estimer à plus de 130 000 le nombre d'hospitalisations imputables à la iatrogénie médicamenteuse en un an au niveau national¹²⁸. Ces études ont permis de déterminer les classes qui sont le plus souvent

¹²⁴ C'est dans le cadre de l'ONDAM qui s'introduit la réforme du médecin traitant et du dossier médical personnel (rebaptisé dossier médical partagé). Ces mesures participent indirectement de la réduction des dépenses en permettant d'éviter les consultations inutiles ou redondantes.

¹²⁵ Notamment Tchernobyl (printemps 1986) et le sang contaminé (1991, date à laquelle l'affaire est révélée à l'opinion publique). Sur ce sujet voir notamment Chauveau (2008b). Sur l'implication du terme « sécurité sanitaire » en France voir notamment Tabuteau (2007).

¹²⁶ Afin de changer l'ancien dispositif de contrôle pour la transfusion sanguine, la loi du 4 janvier 1993, relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament créé notamment l'Agence du médicament, plus tard remplacée par l'Afssaps.

¹²⁷ Sénat (2010), « La surconsommation de médicaments, un problème de santé publique », Réponse du ministère de la Santé et des Sports, publiée dans le JO Sénat du 25/03/2010 — page 766, 13^e législature ; <https://www.senat.fr/questions/base/2009/qSEQ090709333.html>

¹²⁸ L'enquête a été réalisée sur un échantillon représentatif de services des hôpitaux publics. Il en ressortait que l'incidence des hospitalisations liées à un effet indésirable d'un médicament représentait 3,19 % de l'ensemble des causes

à l'origine des effets indésirables, notamment celles qui ont été signalées dans les rapports publics comme étant les plus consommées¹²⁹. Dans le cadre de la gestion du risque, et sur la base de ces études, l'agence publie des documents d'information à destination des professionnels de santé.

Dans les années 2000, le constat de surconsommation de médicaments en France et la succession des crises sanitaires liées aux effets indésirables de médicaments prennent de l'ampleur au niveau international — Cervastatine, Vioxx, Mediator (Hauray, 2018) —, et jouent un rôle important dans le durcissement de l'évaluation des médicaments et dans la prévention et la gestion de leurs risques. Ces questions ont renforcé la préoccupation sur les risques liés à l'usage du médicament et ont encore signalé des dysfonctionnements du dispositif de sécurité sanitaire¹³⁰. À ce stade, la maîtrise des risques ne pouvait plus seulement se contenter de garantir la qualité du médicament, mais devait aussi garantir l'information aux usagers et en particulier la qualité de l'information à disposition des médecins, de leur formation et l'actualisation de leurs connaissances.

Dans un contexte marqué par la maîtrise des risques et par la maîtrise des dépenses dans le domaine du médicament, les constats des pouvoirs publics convergent vers une remise en question de la pratique de prescription. Tous les rapports¹³¹ s'étant intéressés à l'usage des médicaments en France ou aux risques qui peuvent leur être associés ont souligné l'insuffisance de l'information et de la formation initiale des médecins en matière de médicament. Les rapports successifs sur la surconsommation ont progressivement démontré que les médecins français prescrivent plus de médicaments que leurs voisins européens alors que leur niveau de formation thérapeutique est l'un de plus faibles en Europe¹³². L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a abordé cette question dans plusieurs rapports et, en 2006, s'inquiète de la place du financement de l'industrie pharmaceutique dans la formation continue des médecins, visant principalement un objectif commercial d'expansion

d'hospitalisation, entraînant une durée moyenne de 9,7 jours d'hospitalisation. Par extrapolation, au niveau national, on estime à 134 159 le nombre d'hospitalisations imputables à l'iatrogénie médicamenteuse en un an (Afssaps, 2008).

¹²⁹ À savoir : psychotropes, anticoagulants et autres médicaments du système cardio-vasculaire, analgésiques et antibiotiques.

¹³⁰ Ces questions vont ainsi ouvrir le débat sur la « vie réelle du médicament », c'est-à-dire sur la façon d'élargir la manière d'évaluer le médicament (après l'obtention de son AMM).

¹³¹ Rapport Legrain, 1990 ; rapport Zarifian, 1996 ; rapport de l'OPEPS (Briot, 2006) ; et, en 2011, rapports de l'IGAS, de l'Assemblée Nationale et du Sénat sur le Mediator et rapport sur la surveillance et la promotion du Bon usage (Bégaud et Castagliola, 2013).

¹³² Dans les années 2000, un certain nombre d'enquêtes constatent que la prescription médicamenteuse est l'acte le plus fréquent du praticien alors que leur formation initiale en pharmacologie est limitée. Sur 6 années de formation médicale, seulement 67,7 heures de cours sont, en moyenne, consacrées à la pharmacologie (Jaillon, 2006). Le rapport de la Cour des Comptes « *Sécurité sociale 2005* », rappelle que la FMC (Formation Médicale Continue) devenue légalement obligatoire depuis la loi du 4 mars 2002 ne concerne que 9 % des professionnels libéraux « *et reste massivement financée par l'industrie pharmaceutique* ». Le Rapport Bégaud sur « la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France » souligne que le volume horaire consacré en France à la connaissance et à la prescription du médicament au cours du cursus médical est de 1,5 à 4 fois inférieur à celui de nos voisins européens ayant des systèmes de santé comparables (Bégaud et Costagliola, 2013 : 57).

des prescriptions. En 2007, l'IGAS se concentre sur les liens entre information des médecins sur les médicaments et comportements de prescriptions. L'étude de l'éventail de stratégies commerciales des firmes met en exergue que leur influence intervient à tous les niveaux de la vie du prescripteur. Pour l'IGAS, l'importance accordée à l'information sur les médicaments que les professionnels reçoivent répond à « un enjeu en termes de qualité de soins et de maîtrise des dépenses ».

Il faut noter que les rapports publics qui abordent le problème de la surconsommation de médicaments ne soulignent pas une préoccupation particulière pour la prescription dans certaines populations spécifiques, même si le cas des personnes âgées est régulièrement abordé, notamment parce qu'elles sont particulièrement concernées par les classes thérapeutiques les plus consommées. La complexité de la situation recouvre des problèmes de plusieurs ordres qui évoluent au cours du temps et qui concernent différentes institutions et administrations de l'État. Nous soutenons que lorsque l'État se saisit du problème de la « polyprescription chez les personnes âgées », y compris lorsqu'il aborde la iatrogénie médicamenteuse, il réfléchit à la surconsommation de médicaments en France en intégrant les enjeux qui lui sont spécifiques (enjeux budgétaires, qualité des soins, sécurité sanitaire...).

2.2. L'identification d'un problème de surprescription médicamenteuse pour les personnes âgées et les premières tentatives pour y répondre dans les années 1990

À partir des années 1990, la prescription de médicaments multiples pour les personnes âgées reçoit une attention publique. Cette attention s'inscrit dans un contexte marqué par la mise en place des premières mesures visant à réguler la pratique des médecins dans un souci de formalisation du lien entre diagnostic et traitement. Cette forme de « rationalisation des pratiques médicales » est comprise par les acteurs publics comme étant une aide à la décision visant l'amélioration et l'harmonisation des pratiques, elle se traduit notamment par la mise en place de recommandations de bonnes pratiques (Castel et Robelet, 2009). Dans ce contexte, nous distinguons deux acteurs publics principaux, l'assurance maladie et les premières Agences sanitaires, qui se démarquent par leur rôle dans la dynamique de problématisation du rapport entre personnes âgées et médicaments. Ces acteurs se caractérisent par l'identification d'un problème lié à la nature de la prescription (inutile, dangereuse, chère) et à ses conséquences économiques et sanitaires. Nous décrivons dans ce point trois éléments qui caractérisent l'appropriation de l'enjeu de la multiplication de prescriptions médicamenteuses pour les personnes âgées dans la sphère publique. Le premier élément concerne la recherche de savoirs sur cet enjeu à partir de laquelle se dégagent la formulation et la qualification d'un problème ainsi que l'imputation de la responsabilité aux prescripteurs. Le deuxième élément concerne l'impulsion pour

établir des normes de prescription et l'adoption d'un terme spécifique pour nommer le problème. Le dernier élément concerne les premières tentatives de réponses visant notamment la réduction du nombre de prescriptions. Ce point mettra également en évidence que la reconnaissance du problème identifié et les solutions esquissées pour y répondre se constituent dans un échange étroit avec certains acteurs de la sphère professionnelle et notamment avec la collaboration des médecins gériatres.

2.2.1. Un développement des connaissances sur le rapport des personnes âgées aux médicaments

Le premier élément qui caractérise l'appropriation de l'enjeu dans la sphère publique est la recherche de savoirs sur les prescriptions médicamenteuses à l'attention des personnes âgées amenant à identifier, caractériser et qualifier le problème. Nous avons repéré une étude empirique qui permet aux acteurs publics de percevoir le problème et d'identifier les médecins prescripteurs comme le facteur en cause.

En 1992, l'assurance maladie réalise en effet une enquête dans la zone Sud-Ouest de la France sur « le mode de prescription chez les personnes âgées de plus de 65 ans ». Cette étude fait l'objet d'un article publié dans une revue de santé publique éditée par ce même organisme :

- Thielly P., Delavaud J-M., Noyer J-L. et *al.* (1992), « Prescription de pharmacie chez les personnes âgées en Dordogne. Trois aspects particuliers, la plurimédication, les vasoactifs, les benzodiazépines », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, vol. 3, pp. 67-74

Il s'agit de l'une des premières enquêtes réalisées spécifiquement sur la prescription de médicaments des personnes âgées. Cette étude se place temporellement entre les études réalisées par les médecins gériatres des hôpitaux-hospices et les études épidémiologiques de cohorte réalisées également au sein et autour de la Dordogne.

Cette étude nous permet d'observer que la reprise de la problématisation de la prescription de multiples médicaments pour les personnes âgées par l'assurance maladie est façonnée par une approche guidée à la fois par la rationalisation de la prescription (avec une impulsion pour établir des normes et règles) et par la question économique. En ce qui concerne la rationalisation, l'acteur administratif-institutionnel se mobilise ainsi pour la première fois pour identifier des caractéristiques propres à la prescription des personnes âgées et pour qualifier le problème. L'étude montre que la prescription de pharmacie à l'attention des personnes âgées est caractérisée par une « plurimédication » et par la prééminence de médicaments psychotropes et vasodilatateurs dans les ordonnances. De plus, cet acteur administratif-institutionnel essaye de fixer des normes qui soient propres à la prescription

médicamenteuse des personnes âgées et cherche des paramètres quantitatifs pouvant être mobilisés dans une visée comparative. Par exemple, l'étude montre que les ordonnances comportant 4 médicaments et plus concernent une personne sur deux. Ce nombre est compris comme étant un « excès » du fait que « à partir de trois médicaments il y a des risques d'effets indésirables ». De plus, l'enquête montre que 28 % des produits sont prescrits sans posologie ni durée de traitement ; 33 % des ordonnances comportant au moins deux spécialités aux mêmes effets thérapeutiques ; 7 % des personnes âgées de plus de 60 ans sont hospitalisées en médecine pour Intoxication (le plus souvent dues à un surdosage). Le problème est également abordé dans une optique de réduction des prescriptions afin de réduire le coût lié aux thérapies. Cette étude affirme ainsi « *qu'une normalisation des prescriptions* » entraînerait une économie de 4 MF pour une année » (Thielly et al., 1992).

Cet effort de « normalisation » est d'autant plus remarquable qu'au moment de la réalisation de cette étude aucune recommandation de bonne pratique n'est spécifique à la prescription des personnes âgées. Cette étude a en effet comparé le mode de prescription à l'attention des personnes âgées en Dordogne aux recommandations d'un Comité Médical Paritaire National (CMPN) récemment créé¹³³, c'est-à-dire un consensus établi entre médecins généralistes et spécialistes. Il faut mettre en exergue ici l'impulsion donnée par l'acteur administratif-institutionnel pour tenter de définir des références permettant de juger les prescriptions médicamenteuses spécifiques des personnes âgées en sollicitant des experts. Ce comité joue un rôle important dans l'élaboration de recommandations et références opposables (RMO) depuis 1993, dispositif qui prévoyait des sanctions financières en cas de non-respect. C'est ce comité qui transmet les thèmes médicaux prioritaires à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et à l'Agence du médicament en vue de l'élaboration de recommandations et référentiels. À leur tour, les conventions passées entre professionnels de santé et l'assurance maladie s'appuient sur ces recommandations et référentiels.

2.2.2. *Un effort pour nommer et pour normer le problème*

Le deuxième élément qui caractérise l'appropriation de l'enjeu par la sphère publique est l'adoption d'une manière de nommer le problème et la mise en place de règles de prescription. Parallèlement aux initiatives de l'Assurance Maladie, les organismes sanitaires ont mis en place le premier outil d'aide à la prescription de médicaments spécifique pour les personnes âgées. Bien qu'inscrits dans une démarche visant la qualité des prescriptions, les initiatives des acteurs publics cherchent concrètement une réduction du nombre de prescriptions, comme nous le verrons plus tard. Nous observons dans ces initiatives l'identification du problème par les acteurs publics avec l'adoption

¹³³ Arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la Convention nationale des médecins.

d'un terme pour le nommer dans la décennie 1990 : la « polyprescription ». Or depuis les années 2000, nous observons l'évolution de la problématisation avec un changement de terme utilisé, on commence à parler de « polymédication ». Ce terme qui se solidifie progressivement marque la cristallisation du problème dans la sphère publique.

En effet, certains organismes de l'administration publique et autorités administratives indépendantes réalisent un état des savoirs sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées (son caractère multiple, la sensibilité aux effets indésirables et les incertitudes dans la prise en charge des personnes âgées due à la faiblesse de leur inclusion dans les essais cliniques) et apportent aux professionnels de santé des outils pour faciliter l'aide à la décision. En 1995, l'ANDEM, Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale¹³⁴, réalise une étude sur « *La prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans. Polyprescription : risques et règles qui en découlent* » (voir document en Annexe n° V). Celle-ci est complétée en 1996 par un guide « *Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée : guide à l'intention des médecins et des pharmaciens d'officine* », réalisé par l'ANDEM et la direction générale de la santé (DGS). Il faut noter que l'équipe de l'APNET autour du Pr Queneau (de médecins, gériatres et pharmacologues) avait contribué à son élaboration.

Il faut mettre en évidence que les recommandations sur la prescription plurimédicamenteuse de l'ANDEM sont ambitieuses et établissent des règles très générales. Elles se focalisent autant sur la surveillance clinique (par exemple le fonctionnement des organes) que sur une liste de médicaments à manipuler avec précaution pour les personnes de plus de 70 ans. Cette liste concerne notamment des médicaments dont la différence entre la toxicité et l'efficacité thérapeutique est faible : les classes de cardiovasculaires, anticoagulants, antidiabétiques et psychotropes. En plus de ces questions médico-cliniques, les recommandations encouragent le travail coordonné entre les différents prescripteurs et la révision pluriannuelle de l'ordonnance.

Si au milieu des années 1990 les termes « prescription plurimédicamenteuse » et « polyprescription » sont utilisés pour qualifier les prescriptions multiples pour les personnes âgées, à partir des années 2000 un autre terme commence à se solidifier dans la sphère publique pour nommer le problème. Il est possible d'affirmer que l'utilisation du terme « polyprescription » montre que les acteurs publics ont bien identifié un problème économique et sanitaire principalement dans la prescription des médecins¹³⁵. Le terme « poly-médication » qui commence à s'affirmer dans le

¹³⁴ L'ANDEM est dissoute en 1997 et c'est la direction de l'Évaluation de l'ANAES qui reprend ses activités.

¹³⁵ Ce terme peut ainsi être considéré comme un blâme, dans la grille de lecture des études de problèmes publics plus classiques, c'est-à-dire : l'imputation de la responsabilité aux prescripteurs, deuxième opération de problématisation d'un problème public dans le modèle de Felstiner et *al.* (1980-1981).

vocabulaire des acteurs publics à partir des années 2000 éclipse le terme prescription, car la réflexion évolue, prenant en compte l'intervention d'autres acteurs qui ne prescrivent pas : les patients, les infirmiers et les pharmaciens. Par exemple, ce terme est utilisé en lien avec la prise en charge de pathologies multiples et les difficultés que cela pose pour les médecins en termes d'observance¹³⁶ dans le « programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles » annoncé par Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, le 20 mars 2002. Dans ce programme de santé publique, la « poly-médication » est identifiée comme l'un des facteurs de risque de perte d'autonomie pour les personnes âgées raison pour laquelle le ministre affirme la nécessité de réactualiser les recommandations de l'ANDEM à l'usage des médecins, pharmaciens et infirmières¹³⁷. Il faut noter que l'utilisation du terme « poly-médication » dans ce programme a son origine dans le Rapport « La Iatrogénie médicamenteuse et sa prévention » adressé par Queneau P. et Grandmottet P. au Secrétaire d'État à la santé, Bernard Kouchner en 1998. En ce qui concerne les personnes âgées, les auteurs de ce rapport ont mis en lien la iatrogénie évitable avec la « polymédication » et ont affirmé la nécessité de mieux former et informer les personnels médicaux et les pharmaciens et de mieux informer les patients. En 2003, l'un des Accords de bon usage des soins passés entre l'assurance maladie et les professionnels de santé posant des objectifs de réduction du nombre de médicaments prévoit de « *réduire le risque de poly-médication des personnes âgées* » (CNAMTS, 2003).

2.2.3. Des tentatives de réponses qui ne sont pas toujours bien accueillies par les médecins et peinent à se concrétiser

Le troisième élément qui caractérise l'appropriation de l'enjeu de la multiplication de prescription pour les personnes âgées dans la sphère publique est l'élaboration de réponses au problème identifié. Dans ce sens, l'Assurance maladie a proposé plusieurs réponses qui ont évolué au cours du temps en fonction des recommandations des autorités publiques, aux approches adoptées et aux négociations que cet organisme tente d'établir avec les médecins. Ces réponses sont ainsi en lien avec le travail des premières Agences sanitaires (l'ANDEM transformée en ANAES puis en HAS) qui ont

¹³⁶ L'observance désigne le comportement du patient par rapport au traitement.

¹³⁷ Le 20 mars 2002, le ministre de la Santé Bernard Kouchner annonce dans une conférence de presse un « programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles » afin de prévenir les facteurs de risque de perte d'autonomie. Ce programme comportait 3 volets : le développement de la prévention, l'adaptation de l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles (notamment le développement de court séjour gériatrique) et le renforcement de la formation à l'exercice médical de la gériatrie. Il faut souligner que dans le volet prévention, la « poly-médication » est identifiée en tant que facteur de risque pour sa fréquence et conséquences lourdes pour la qualité de vie. À ce propos, le ministre annonce la réactualisation par la DGS et l'Afssaps d'un guide « Prescrire, délivrer, administrer des médicaments destinés aux personnes âgées », à l'usage des médecins, pharmaciens, infirmières, et la mise en place d'une campagne d'information des professionnels de santé sur les bénéfices et les risques des médicaments pour les personnes âgées.

élaboré et diffusé le référentiel d'aide à la prescription spécifique pour les personnes âgées que nous avons exposé plus haut.

Dans son objectif de régulation des pratiques des médecins prescripteurs, l'Assurance maladie s'est intéressée au cas particulier de personnes âgées (aux caractéristiques de leurs prescripteurs, au nombre et à la nature des médicaments prescrits, ainsi qu'aux conséquences pour le système des soins). Depuis le début des années 1990, ses actions s'inscrivent dans une logique nommée « maîtrise médicalisée des dépenses », dont l'objectif affiché est double : réduire le coût des traitements médicamenteux et améliorer la qualité de la prescription en réduisant les risques iatrogènes. Cette démarche s'appuie sur plusieurs outils : coordination des soins, recommandations, référentiels et actions thématiques concrètes. Les Références médicales opposables (RMO) ont été l'élément privilégié de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, inaugurées en 1993 et prolongées à l'occasion de la LFSS de 2000 par des Accords de Bon Usage des Soins (ACBUS).

Selon les termes propres à cet organisme, la maîtrise médicalisée s'accompagne d'une démarche pédagogique qui a pour finalité d'infléchir les comportements des professionnels de santé dans une recherche constante d'amélioration de la qualité de leurs pratiques. Cette démarche comprend ainsi une stratégie de sensibilisation des pratiques de prescription. Par exemple, en se basant sur des études réalisées par les caisses d'assurance maladie elles-mêmes autour de thèmes prioritaires de santé, les agents de l'assurance maladie rencontrent les médecins prescripteurs afin de les informer, d'évaluer les dysfonctionnements en matière médicale et d'essayer d'inverser certaines habitudes.

Cette démarche a été mise en œuvre au début des années 1990, en vue d'une concertation de l'assurance maladie avec les professionnels de santé au sujet de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées. Une journée d'étude a par exemple été organisée le 21 février 1992¹³⁸ par les services médicaux de l'assurance maladie de Bordeaux et Limoges. Une des études qui ont servi à l'analyse de l'activité des médecins était l'enquête sur « le mode de prescription chez les personnes âgées de plus de 65 ans » réalisée par l'assurance maladie dans la zone Sud-Ouest de la France que nous avons citée plus haut. Il faut remarquer que parmi le jury de cet événement se trouvait le Dr J-P. Emeriau (gériatre CHU-Bordeaux). Cette intégration d'un expert local sur la question, et la recherche de données propres souligne l'identification et la prise en compte du problème par la CNAMTS lui conférant ainsi une légitimité institutionnelle.

¹³⁸ Cette journée d'étude a été relayée dans la presse régionale Sud-Ouest : *Sud-Ouest*, « Médicaments et personnes âgées : Attention danger ». Résultats d'une étude menée en Dordogne », mercredi 28 octobre 1992. Nous reviendrons sur la publication des événements « gériatriques » de cette région lorsque nous analyserons la sphère médiatique. Il faut néanmoins noter que la presse a donné la parole à l'un des gériatres qui se trouvait dans le jury de cette journée d'étude, le Dr Emeriau, qui va mettre en question la pratique de prescription des médecins.

Il faut mettre en exergue que ce type de démarche de sensibilisation a été approfondi par l'assurance maladie et a évolué en 2003 avec la création des délégués de l'assurance maladie (DAM). Ces délégués via des entretiens auprès des médecins mettent en œuvre une démarche d'information ayant pour but d'agir sur les comportements des prescripteurs. Cet outil d'information comporte une stratégie d'influence et une logique semblable à celle de l'industrie pharmaceutique, avec une bonne acceptation des médecins, qui craignent malgré tout que ces informations ne soient biaisées par un souci d'économie (IGAS, 2007). Du fait de leur efficacité (IGAS, 2007) les autorités publiques ont recommandé de poursuivre cette action.

Face au constat sur la multiplicité de produits prescrits aux personnes âgées et aux conséquences en termes d'effets indésirables, d'autres tentatives ont été mises en place par l'assurance maladie afin de maîtriser les dépenses liées aux traitements et réduire les risques iatrogènes. Ces tentatives sont marquées par une évolution dans la manière d'approcher les professionnels de santé. Entre 1993 et 1998, les accords conventionnels entre représentants des médecins libéraux et de l'assurance maladie visent davantage la réalisation d'économies par la limitation des actes et prescriptions inutiles et dangereux (Castel et Robelet, 2009). Dans les années 2000, à partir de la fin du dispositif de recommandations opposables (RMO)¹³⁹, les outils conventionnels privilégient davantage des recommandations positives assorties d'incitations financières à l'instar des « Accords de Bon Usage de Soins »¹⁴⁰.

Les pouvoirs publics ont mis une quinzaine d'années à prendre acte du fait que, malgré ce changement dans la manière de négocier la régulation des pratiques auprès des médecins, les actions de l'assurance maladie pour répondre au problème des prescriptions multiples étaient imprégnées d'une logique quantitative (à savoir réduire le nombre de médicaments dans les ordonnances) mal accueillie par les médecins. Pour démontrer notre propos, nous exposerons les obstacles repérés par les pouvoirs publics à propos de deux tentatives qui ne se sont pas concrétisées. Cela nous permettra également

¹³⁹ Castel et Robelet (2009) font noter que seulement 121 médecins ont fait l'objet de retenue financière de 1993 à 1996. De plus, ils soulignent que sans qu'aucun texte ne vienne officiellement sanctionner la fin du dispositif, le Conseil d'État, par des décisions de 1998 et 1999, déclare illégaux les versements financiers prévus pour les médecins ne respectant pas les RMO.

¹⁴⁰ Dans cette deuxième tendance, l'Assurance maladie se centre plus fortement sur les alertes de « risques iatrogènes » qui ont été émises dans de nombreuses études pharmacoépidémiologiques, auxquelles l'Assurance maladie a d'ailleurs contribué depuis la fin des années 1990. Nous avons cité plus haut l'étude pharmacoépidémiologique réalisée par l'Union de caisses d'assurance maladie sur les admissions des personnes âgées pour iatrogénie médicamenteuse dans les services d'urgence de 18 établissements d'hospitalisation en Poitou-Charentes (Perochon *et al.*, 1999). Dans un article de *Le Monde* de 2002, la presse souligne l'initiative prise par la CNAMTS vis-à-vis de ces études parcellaires sur la consommation de médicaments des personnes âgées : « *Tous ces chiffres ne sont pas généralisables à l'ensemble de la France* », précise l'assurance-maladie. Mais, pour la CNAM, ils démontrent la nécessité de lancer des « programmes de santé publique » et d'aller « à la rencontre des professionnels » pour « optimiser la diffusion des bonnes pratiques » ; *Le Monde*, « La caisse d'assurance-maladie publie un "florilège" des mauvaises pratiques médicales », BLANCHARD SANDRINE, vendredi 28 juin 2002

d'apprécier à la fois les termes utilisés pour nommer le problème ici étudié, ainsi que le point de vue des médecins dont les pratiques de prescriptions sont progressivement dénoncées.

La première est relayée dans le quotidien *Sud-Ouest* et permet de montrer clairement la logique quantitative avec laquelle l'assurance maladie aborde le problème. Lors des négociations sur la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins en 1993 où il était question de mettre en place les RMO, le syndicat de médecins généralistes s'oppose d'avance à sa signature. Il est intéressant de remarquer qu'une des propositions de la convention était l'obligation de restreindre la prescription pour les personnes âgées à un nombre limité : « *Pour les personnes âgées, les ordonnances ne devront pas dépasser six médicaments... Ces consignes devront être respectées, sauf justification particulière bien sûr, au risque de sanction financière pour les praticiens* »¹⁴¹.

La deuxième tentative a connu les mêmes difficultés. Elle était pourtant inscrite dans un contexte différent, puisque la surconsommation en France était alors devenue un enjeu de santé publique et la lutte contre les risques iatrogènes était jugée prioritaire au niveau du ministère de la Santé depuis 1998¹⁴². En 2003, l'assurance maladie présente un « *Projet d'accord de bon usage des soins relatif à la polymédication des personnes âgées* »¹⁴³. Il est à noter qu'à ce stade les conventions proposaient aux médecins des repères sur la forme d'indicateurs quantitatifs pour mesurer les progrès obtenus. Par exemple : « le taux de personnes âgées de plus de 70 ans recevant cinq médicaments et plus, par rapport au reste des personnes de cette population ». Il est souligné dans un rapport de l'IGAS (2005a) que ce projet a rapidement été suspendu, après une première version qui comportait des indicateurs jugés trop quantitatifs et trop limitatifs par certains professionnels. Selon ce rapport, il avait également été reproché à ce projet de stigmatiser les personnes âgées, face à un problème plus général de surconsommation des médicaments en France.

Il y a donc un réel refus de la part des médecins à restreindre leurs pratiques à un nombre de prescriptions. Plusieurs facteurs peuvent être mis en avant pour expliquer l'échec de ces tentatives et leur rejet par les médecins : attachement des médecins à leur liberté de prescription, opposition à des objectifs quantitatifs qui ne prennent pas en compte la spécificité des cas cliniques et deviennent ainsi inadaptés à leur activité (Champy, 2009), mais aussi le refus de reconnaître un enjeu spécifique aux « personnes âgées » dans leurs pratiques de prescription. Cette dernière question est encore d'actualité

¹⁴¹ *Sud-Ouest*, « DÉPENSES DE SANTÉ Des réserves sur le plan Veil », lundi 8 novembre 1993

¹⁴² La lutte contre les accidents iatrogènes a été jugée prioritaire dès la 1^{ère} Conférence Nationale de Santé en 1997. En 1998, la Conférence nationale de santé fixait comme priorité de : « réduire, dans les cinq prochaines années, le risque iatrogénique d'un tiers ». Cette priorité est réaffirmée dans le rapport annexé à chacune des LFSS parues depuis 1998.

¹⁴³ L'objectif affiché était notamment de « réduire le risque de poly-médication des personnes âgées » (CNAMTS, 2003).

et se traduit aujourd'hui par le rejet de certains médecins généralistes d'une spécificité gériatrique justifiant une spécialité médicale.

2.2.4. Des limites qui poussent les autorités publiques à repenser les actions à mettre en œuvre

Faisons brièvement le point sur l'état de réflexions élaborées dans la sphère administrative-institutionnelle à propos des actions menées jusque-là. Au début des années 2000, l'attention des pouvoirs publics sur l'enjeu de la prescription médicamenteuse aux personnes âgées est soutenue. Les rapports publics alors publiés ont souligné les limites des actions mises en place (le manque de diffusion des savoirs acquis par les institutions, le manque de connaissances sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques des professionnels de santé, le manque de méthodes et d'outils d'aide à la décision) et ont recommandé leur approfondissement. Selon un rapport de l'IGAS (2005b), le degré de diffusion des recommandations de l'ANDEM sur la plurimédication des personnes âgées ainsi que leurs effets restent inconnus. En suivant leur trace on peut constater que ces recommandations, archivées depuis la fin des RMO, ont été reprises en 2004 par la DGS et la DGAS (direction générale de l'action sociale), lors de l'élaboration de recommandations sur « les bonnes pratiques de soins en EHPAD ». Cette dernière recommandation développe la notion de liste indicative de médicaments à surveiller (notamment des psychotropes) afin d'harmoniser les pratiques des différents intervenants – médecins, pharmacien, infirmiers –. De manière générale, les autorités publiques recommandent l'élaboration de recommandations plus adaptées à la pratique courante des médecins et l'élargissement de leur diffusion.

Par ailleurs, il est intéressant de remarquer l'intégration de la notion de « coordination » entre différents intervenants autour de la prescription dans les recommandations de l'ANDEM. Nous soutenons que la question de la « coordination » comme facteur d'amélioration de la prescription des personnes âgées apparaît systématiquement au cours du temps, sans pourtant être au centre de l'action publique ni se concrétiser dans la pratique. Par exemple, la coordination se reflète peu dans l'action de la CNAMTS à travers les conventions auprès des médecins et dont les objectifs ne ciblent que les médecins généralistes.

On peut donc constater qu'entre le début des années 1990 et le début des années 2000 différents acteurs publics (administratifs et institutionnels), en lien avec certains des acteurs à l'origine de l'identification du problème dans la sphère professionnelle ont donné une attention particulière à l'enjeu de la prescription médicamenteuse des personnes âgées.

2.3. La Polymédication dans l’agenda public des années 2000 : une reconnaissance institutionnelle plus marquée et des actions qui ne résolvent pas le problème

À partir des années 2000, l’enjeu de la prescription médicamenteuse à l’attention des personnes âgées reçoit une reconnaissance institutionnelle plus marquée dans la sphère publique. Malgré la difficulté des autorités publiques à définir clairement un problème autour de cet enjeu et à formuler une réponse unifiée, cette reconnaissance déclenche une multiplicité d’actions qui ont vocation à répondre à la « polymédication ». Nous montrerons tout d’abord dans ce point la reconnaissance institutionnelle de cet enjeu au niveau des rapports publics, au niveau législatif et au niveau d’acteurs qui s’organisent pour apporter des réponses tels que la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette reconnaissance ne permet cependant pas de cristalliser le problème autour de l’objectif de « réduction de prescriptions inadaptées chez les personnes âgées » que le vocabulaire législatif mobilise. La difficulté à définir et à mesurer la « polymédication » ne permet pas de structurer des actions cohérentes et unifiées. Nous montrerons que ce souhait d’élaborer des actions concrètes tout en tenant compte de la complexité du problème a amené les acteurs étatiques à solliciter l’expertise de la sphère professionnelle. Intégré dans la sphère étatique, les spécialistes de la « polymédication » vont donc produire des savoirs opérationnels.

Explorer la mise en place de ces multiples initiatives nous donnera l’opportunité de montrer que la reprise du problème de la polymédication dans la sphère étatique implique une évolution de la définition du public concerné et du sens que recouvre le problème, une évolution qui se cristallise avec l’usage du terme de « polymédication ». Nous montrerons que les réponses au problème sont élaborées par différents acteurs publics et se font en direction à la fois des prescripteurs et des personnes âgées. Nous soutenons que les réponses réalisées en direction des prescripteurs, à partir d’outils plus ciblés et plus opérationnels autour de la réduction de l’usage d’un certain nombre de médicaments, impliquent un rétrécissement du périmètre donné au problème de la prescription médicamenteuse à l’attention des personnes âgées.

2.3.1. *Une reconnaissance institutionnelle prononcée à différents niveaux dans la sphère publique :*

Nous observons à partir des années 2000 une reconnaissance institutionnelle plus marquée du problème de la prescription médicamenteuse à l’attention des personnes âgées dans la sphère publique.

Cette reconnaissance institutionnelle se voit à trois niveaux : au niveau des rapports publics, au niveau législatif et au niveau de la structuration de l'action des acteurs publics.

À partir des années 2000, la reconnaissance institutionnelle du problème de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées dans la sphère publique s'intègre dans une réflexion nouvelle des pouvoirs publics qui affirment la nécessité d'améliorer la prise en compte des questions spécifiques aux personnes âgées dans les politiques de santé publique. La Cour des Comptes, dans son rapport de 2003 avait formulé des recommandations afin d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées et préconisait notamment de « mener une action forte de prévention des risques iatrogéniques liés à la prise de nombreux médicaments »¹⁴⁴ ainsi que de « mieux prendre en compte dans les programmes régionaux et nationaux de santé le problème spécifique des personnes âgées » (Cour des Comptes, 2003).

Par ailleurs, depuis la fin des années 1990, des rapports publics affirment que le développement d'une formation médicale adaptée aux besoins de soins spécifiques des personnes âgées est la clé d'une meilleure prescription médicale. Cette formation spécifique a ainsi été recommandée notamment dans le rapport sur la iatrogénie médicamenteuse (Queneau et Grandmottet, 1998), le rapport sur le vieillissement du Comité Consultatif National d'Éthique, de 1998¹⁴⁵, et le rapport de la Cour des Comptes (2003). Un module « vieillissement » est inclus en 2001 dans le cursus de deuxième cycle des études médicales. À partir de 2004, le semestre de stage que les internes de médecine générale doivent effectuer dans un service hospitalo-universitaire peut également être réalisé dans un service de gériatrie¹⁴⁶. Une autre question qui réapparaît progressivement dans les rapports publics concerne le caractère parcellaire des données sur la consommation ou la prescription de médicaments chez les personnes âgées. Outre le rapport sur la iatrogénie médicamenteuse de 1998, plusieurs rapports publics ont souligné ce manque et ont recommandé le développement des connaissances sur la prescription et la consommation pharmaceutique des personnes âgées, en demandant de plus un progrès des connaissances épidémiologiques sur la population âgée (IGAS, 2005 ; Briot, 2006 ; Cour des Comptes, 2003 ; 2012).

¹⁴⁴ En matière de médicaments, la Cour appelait à « développer la connaissance sur la consommation pharmaceutique des personnes âgées, sur les comportements des prescripteurs et des patients et sur les risques iatrogéniques », à « inciter les laboratoires pharmaceutiques à inclure dans les essais cliniques des patients représentatifs de la population cible des médicaments », à « développer les études post-autorisation de mise sur le marché incluant les personnes âgées et les analyses médico-économiques sur les médicaments » ainsi que « la diffusion auprès des médecins des recommandations et outils d'aide à la prescription aux personnes âgées » (Cour des Comptes, 2003).

¹⁴⁵ CCNE, « Rapport sur le vieillissement », Rapport N° 59 - 25 mai 1998

¹⁴⁶ Dans son rapport de 2012, la Cour des Comptes fait remarquer que l'absence d'obligation est une faiblesse dans la formation des médecins au regard des enjeux du vieillissement. De plus, la Cour signale une insuffisance des effectifs des enseignants hospitalo-universitaires de gériatrie (109 enseignants dans cette spécialité). En Formation continue, les médecins généralistes qui choisissent une capacité de gériatrie destinée à leur permettre de mieux prendre en charge les personnes âgées sont très insuffisants (autour de 2 % du total d'omnipraticiens en 2009).

La loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004 fait de la iatrogénie médicamenteuse une priorité de santé publique. Cette loi acte ainsi la reconnaissance institutionnelle d'une problématique autour de la prescription médicamenteuse pour les personnes âgées. Il est néanmoins difficile d'affirmer que cette loi de santé publique a inscrit ce problème à « l'agenda de l'action politique » (Hassenteufel, 2010), car elle n'a pas apporté de décisions spécifiques concernant la prescription médicamenteuse des personnes âgées (pas de plan concret ou d'action globale plus ou moins unifiée). Cependant, cette reconnaissance du problème dans le domaine public a progressivement déclenché des actions, souvent disparates, pour y répondre. De nouvelles réponses sont ainsi formulées que ce soit par l'intégration de certains objectifs de cette loi dans le cadre de plans nationaux (au sein desquels s'élaborent des nouveaux outils d'aide à la prescription) ou dans le cadre d'objectifs propres aux organismes de sécurité sanitaire ou sociale.

La loi de santé publique du 9 août 2004 définit 100 objectifs de santé quantifiés, susceptibles d'être atteints dans la population ou dans des groupes de population au terme d'une échéance pluriannuelle de cinq ans. Elle les assortit de plans d'action dédiés pour contribuer à leur réalisation. Il s'agit d'une loi très ambitieuse qui ne fait qu'effleurer la question de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées. Plusieurs objectifs de la loi concernent les personnes âgées avec une visée générale d'amélioration de leur santé. Par exemple, l'objectif n° 27 qui fixe de « *réduire la fréquence des événements iatrogènes, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation (sans distinction sur l'âge des patients)* ». Mais, parmi les 100 objectifs annexés à la loi, un thème (voir distribution d'objectifs en Annexes n° IV) est affiché par la loi comme propre à « la santé des personnes âgées », avec 3 objectifs (objectifs n° 98 ; 99 et 100) : réduire la dénutrition, diminuer le nombre de chutes et baisser le nombre de prescriptions médicamenteuses inadaptées. Parmi ces 3 objectifs concernant la santé des personnes âgées, l'un d'entre eux montre le lien direct entre médicaments et personnes âgées : l'objectif 100 qui préconise de « *parvenir d'ici 5 ans à la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées* ». Par ailleurs, l'objectif 99 qui prévoit de « *réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année* » a été interprété en rapport avec les médicaments par certaines administrations qui, basées sur la littérature médicale, expliquent que les chutes peuvent être liées à la prise de psychotropes.

Il faut souligner que l'objectif 100, n'a pas été un objectif quantifié par la loi et, lorsqu'en 2005 la DGS et la DREES ont convoqué des experts pour définir des indicateurs de suivi, un débat a lieu autour de la notion de « prescriptions inadaptées chez les personnes âgées », mais il n'a pas abouti à un

consensus¹⁴⁷. En raison des désaccords, la « polymédication » qui a été proposée comme indicateur pour définir ce qui serait l'état de « prescriptions inadaptées » n'a pas été retenue [nous y reviendrons]. En 2007, le Haut Conseil de santé publique (HCSP) s'est constitué pour évaluer la réalisation des objectifs de cette loi. Il avait pour objectif d'estimer la mise en œuvre des politiques en rapport avec les objectifs énoncés par la loi au sein des plans, programmes et actions de santé publique en rapport avec ceux-ci. Selon le rapport du HCSP de 2009, ces objectifs qui mettent l'accent sur le lien entre personnes âgées et médicaments, ainsi que leur degré de réalisation, sont difficilement évaluable, à la fois en raison de la difficulté à les formuler sous une forme quantifiable et en raison de l'absence d'indicateur(s) (HCSP, 2009).

Les pouvoirs publics reconnaissent ainsi un problème autour de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées, mais ils se heurtent à la difficulté de le définir clairement et d'y apporter des réponses, car ils se trouvent dans l'incapacité de le mesurer. Malgré la difficulté de cette loi à cristalliser le problème de la prescription médicamenteuse, l'objectif concernant la réduction des « prescriptions inadaptées » a été pris en compte dans les plans nationaux concernant les personnes âgées et dans les actions des organismes publics du champ sanitaire et social déclenchant ainsi une multiplicité d'outils pour y répondre¹⁴⁸.

De manière générale, l'intérêt des pouvoirs publics pour l'élaboration et la mise en place d'outils visant à améliorer la prescription et la diffusion de référentiels professionnels découle du constat opéré d'une surconsommation de médicaments en France et notamment de la prise de conscience de la montée de la prescription des produits les plus chers et les plus récents. On observe ainsi à partir du début des années 2000 une impulsion donnée par les pouvoirs publics à la restructuration et à l'organisation d'acteurs institutionnels qui ont vocation à structurer des réponses opérationnelles à ce problème général. Par exemple, parallèlement à la loi du 9 août 2004, la LFSS du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie crée la Haute autorité de santé (HAS), une autorité publique indépendante à caractère scientifique à qui on accorde un rôle central. La HAS reprend en 2005 les activités de

¹⁴⁷ Voir débat dans DGS et DREES, « Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », juillet 2005, ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, ministère de la Santé et des Solidarités. Dans ce document, la Pr Legrain propose de réinterpréter cette formulation dans les termes de « prescription inappropriée » en lien avec la disponibilité des listes de médicaments inappropriés chez les personnes âgées. Il est de plus souligné : « elle considère que la polymédication ne constitue pas un bon indicateur : en effet, le nombre de lignes de prescription augmente avec le degré d'atteinte de l'état de santé, ces patients ayant aussi globalement une espérance de vie plus courte. Donc le bénéfice attendu n'est pas très important et, de plus, la prescription de plusieurs médicaments est pertinente dans de nombreux cas.

¹⁴⁸ Nous observons dans les documents publics que les acteurs administratifs et institutionnels citent cet objectif comme moteur de leurs démarches au niveau des prescripteurs. Voir par exemple la mention de cette loi dans la recommandation sur le Bon usage de la Afssaps (2005) ; dans le document de la HAS (2005) et dans les documents de l'Assurance maladie CNAMTS (2007a ; 2008).

l'ANAES (désormais dissolue), mais ses objectifs sont plus larges. Outre l'élaboration de recommandations professionnelles et de santé publique, cette entité évalue les produits et actes de santé¹⁴⁹ et contribue au processus de décision publique (admission au remboursement d'un produit, d'un acte ou d'une prestation). En ce qui concerne l'élaboration d'outils qui prennent en compte les personnes âgées, cet acteur jouera un rôle important d'information mobilisant l'accumulation de connaissances sur les liens entre vieillesse et pharmacie (données épidémiologiques et sur la prescription pharmaceutique) produits dans la sphère professionnelle ainsi que la littérature internationale sur le sujet. En plus, elle contribuera à l'évaluation de l'efficacité thérapeutique de certaines classes de médicaments prescrits pour les personnes âgées.

Avant de montrer la multiplicité d'outils d'intervention propres aux administrations et institutions de l'État, nous mettrons en lumière l'implication des experts de la sphère professionnelle dont les savoirs produits évoluent dans le cadre de la problématisation par les acteurs de cette sphère étatique.

2.3.2. Des savoirs opérationnels : l'implication des experts de la « polymédication » dans l'instance de problématisation par les acteurs étatiques

L'une des conséquences de la mobilisation des acteurs administratifs-institutionnels est qu'une partie des acteurs spécialisés, que nous avons identifiés dans l'instance de constitution du problème dans les sections précédentes, se trouve recrutée en tant que producteurs de données pour la régulation étatique.

Il s'agit notamment du cercle constitué de gériatres professeurs d'universités-praticiens hospitaliers, et des spécialistes en thérapeutique et pharmacologie. Dans ce cercle, résultat de l'alliance entre un pôle orienté vers la gériatrie et la gérontologie et un pôle orienté vers la thérapeutique et la pharmacologie, nous pouvons rappeler l'implication de personnalités telles que le Pr P. Queneau pour l'APNET, le Pr J-L Montastruc pour la SFPT, ainsi que le Pr J-P Emeriau et la Pr S. Legrain pour le milieu de la gériatrie. Ils dédient une bonne partie de leurs travaux aux questions de polypathologies, polymédication et iatrogénie chez les personnes âgées. Il faut noter que ce cercle engage des recherches

¹⁴⁹ La HAS est chargée d'assurer l'évaluation scientifique des biens et des services de santé pris en charge par l'Assurance maladie. Elle évalue périodiquement l'utilité médicale des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels, à travers leur service médical rendu (SMR) – ou attendu (SMA) ou rendu ou l'amélioration de celui-ci. Cette évaluation prend en compte la gravité de la maladie ; l'intérêt clinique du produit, du dispositif ou de l'acte pour le patient ; son intérêt de santé publique, notamment son impact sur la santé de la population et l'organisation des soins. La HAS transmet ainsi aux autorités décisionnaires des avis favorables ou défavorables au remboursement par l'Assurance maladie, selon que leur SMR ou SMA a été jugé suffisant ou insuffisant. Sur cette démarche voir notamment HCAAM (2007 : 22).

de leur propre initiative, à la demande de l'Académie Nationale de Médecine ou à la demande des pouvoirs publics.

L'importance d'explorer l'implication de ces acteurs dans la production des données pour la régulation étatique tient à deux éléments. D'une part, leur intervention montre que les savoirs spécialisés sur la situation des personnes âgées vis-à-vis des médicaments évoluent et acquièrent une audience publique importante dans les années 2000. D'autre part, leur intervention montre que le problème de la « polymédication », qui a été isolé dans la sphère professionnelle, est indissociable des enjeux de la multiplication de prescriptions de médicaments. Or, dans les années 2000, la notion de « polymédication » mobilisée n'est pas clairement définie. Elle est sous-entendue comme recouvrant l'ensemble de la consommation et de la prescription médicamenteuse, domaine où les incertitudes sont toujours élevées. Si dans les années 1990, la polymédication est un problème identifié dans la sphère professionnelle, lorsque la sphère étatique reprend ce problème, des savoirs opérationnels sont nécessaires afin d'orienter les actions publiques. C'est dans ce but que les professionnels s'engagent dans la production d'un savoir intermédiaire. Nous soutenons que cette collaboration avec les institutions et administrations publiques permet d'aboutir à une mise en commun de connaissances et à un certain consensus. Ainsi, dans un contexte de commande publique qui survient dans la première moitié de l'année 2000, ce cercle de médecins, gériatres et pharmacologues apporte ses savoirs de deux manières à la sphère étatique. D'une part, leurs savoirs croisés permettent de produire un consensus sur le problème de la polymédication et sur ses solutions. D'autre part, leur expertise est directement sollicitée dans le processus décisionnel et pour l'élaboration d'actions publiques.

Nous observons qu'une partie de ces professionnels, notamment le pôle plus proche de la discipline pharmacologique apporte son expertise de manière ponctuelle aux administrations publiques. Par exemple, dans les années 1990, ce cercle avait réalisé certaines recommandations pour l'action publique à l'occasion de missions de réflexion sur un thème prioritaire de santé ou de la rédaction d'un rapport public¹⁵⁰. Nous observons d'autre part qu'une partie de ces professionnels, notamment des gériatres, est recrutée en tant qu'expert à l'intérieur des institutions et administrations de l'État. Ces derniers sont des professionnels appartenant à ce qu'on peut appeler pôle de gériatrie et santé publique organisé autour de la Pr Silvie Legrain (Professeur des Universités, praticien hospitalier,

¹⁵⁰ Par exemple, le Pr Queneau, qui travaille sur les accidents médicamenteux au sein de la APNET depuis 1992 a été auteur avec Grandmottet P. du Rapport « La iatrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d'État à la santé, Bernard Kouchner » de 1998. De plus, les résultats du travail de l'APNET figurent en plus dans les recommandations de l'ANAES : « Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans », *Recommandations et références médicales* 1995, de l'Afssaps et de la Conférence des Centres Français de Pharmacovigilance : « Réduire l'incidence des EIM évitables ». De manière générale, les premières productions théoriques de ce cercle médical sont reprises dans les années 1990 lorsque les administrations publiques et l'Assurance maladie se proposent de réguler les pratiques médicales de professionnels de santé dans un souci de maîtrise des dépenses et lorsque l'Afssaps s'engage dans un projet de gestion des risques.

chef de service CHU Paris), et du Pr Jean-Paul Emeriau (gériatre, chef de service CHU Bordeaux). À partir du début de l'année 2000, ce pôle gériatrie et santé publique collabore avec les pouvoirs publics dans plusieurs instances de décision concernant la prescription pour les personnes âgées. En ce qui concerne leurs collaborations étroites avec les administrations et institutions sanitaires, la Pr Legrain a été chargée de projet à la HAS au sein du Programme PMSA (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé), en 2005, groupe pluriprofessionnel présidé par le Pr Emeriau. Par ailleurs, ces deux professionnels ont réalisé ensemble des publications dans des revues spécialisées en médecine et soutenu les démarches engagées par la HAS à partir de 2005¹⁵¹. Ces acteurs tissent ainsi un lien avec la sphère étatique qui les place en intermédiaires directs entre les acteurs publics et les acteurs de la recherche scientifique et médicale sur les personnes âgées.

Dans la première moitié de l'année 2000, nous observons une mise en commun des savoirs opérationnels sur la polymédication entre les professionnels de ces deux pôles¹⁵². Ces professionnels produisent sur les mêmes thèmes, des travaux similaires, avec le même type de discours, citent l'ensemble des recherches réalisées dans la sphère professionnelle, et aboutissent aux mêmes interprétations. Dans leurs travaux, ils proposent des principes et règles de prescription qui sont sélectionnés et retenus par les institutions et organismes sanitaires pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques.

Ainsi, la nouvelle génération d'études engagées par ce cercle¹⁵³, qui reflète la conjonction des savoirs de la sphère professionnelle, participe directement ou indirectement à l'élaboration de règles de prescriptions et recommandations de bonnes pratiques cliniques. Leurs travaux forment des règles et principes d'amélioration des prescriptions médicamenteuses visant à réduire les risques iatrogéniques. Ces règles et principes sont adressés particulièrement aux médecins avec l'idée qu'ils peuvent améliorer à la fois leurs prescriptions et l'usage des médicaments par leurs patients. Le discours est construit du point de vue du médecin et sur ce que le médecin est capable de faire pour ses patients face à la multiplicité de maladies et de médicaments. Le médecin est ainsi appelé à veiller aux facteurs liés aux patients (l'automédication, la non-observance) et à l'intervention de plusieurs prescripteurs (la coordination de prescriptions) ainsi qu'à s'informer et à informer les patients. De plus

¹⁵¹ Par exemple, dans un document collaboratif (Desplanques-Leperre et *al.*, 2006), ces médecins mettent en évidence l'importance de la prescription de benzodiazépines à demi-vie longue après 85 ans pour interpréter la consommation chronique de ce produit.

¹⁵² Les professionnels du pôle gériatrie et santé publique, qui collabore de manière étroite avec les administrations et notamment dans les initiatives de la HAS, et les professionnels spécialisés en thérapeutique et pharmacologie qui sont sollicités en tant qu'experts de manière ponctuelle par les pouvoirs publics.

¹⁵³ Les cercles identifiés autour du Pr Queneau et de la Pr Legrain n'écrivent pas d'articles ou d'ouvrages ensemble, mais on peut les retrouver ensemble dans un même numéro. Par exemple, Dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 2, Tome 191, février, pp. 259-270, ils publient tous les deux sur le même sujet (Legrain, 2007 ; Queneau, Doucet et Paille ; 2007).

ces études (et avec force ceux portés par le groupe de l'APNET) mettent l'accent sur la formation thérapeutique des médecins afin de « mieux prescrire chez les personnes âgées ». Ce cercle apporte des principes qui permettent au médecin d'éviter les risques liés à la « polymédication » affirmant l'implication du médecin dans l'origine du problème, mais sans pour autant affirmer que cette imputation soit de manière exclusive l'origine du problème.

Dans ces études la prescription du médecin est abordée comme facteur en cause et facteur de réponse au problème. Par exemple, l'analyse de leurs travaux permet d'observer une convergence des connaissances et du discours qui survient notamment en 2005 avec l'utilisation de phrases similaires dans l'exposition des savoirs. Les acteurs conçoivent la « polymédication » à la fois comme résultat de la prescription de différents médecins qui ne se coordonnent pas dans un contexte de polypathologies, et comme facteur de risque iatrogénique : « *La polypathologie justifie la prescription de traitements multiples, mais la polymédication est le principal facteur de risque iatrogène chez le sujet âgé* » (Legrain et Lacaille, 2005)¹⁵⁴. Ils soulignent de plus l'implication du médecin dans ces situations. L'article de Doucet et Queneau (2005) précise que lorsque le contexte de polypathologies est mal géré, il conduit à des prescriptions médicamenteuses inappropriées et que « *ce contexte polypathologique doit conduire à une parfaite coordination des prescripteurs* »¹⁵⁵.

Certaines règles pour gérer ce contexte de polypathologies et éviter les risques iatrogéniques sont de plus formulées dans les mêmes termes par les différents professionnels. Il est ainsi conseillé de « hiérarchiser les maladies » à prendre en charge afin de détecter la différence entre nouveau symptôme et effet indésirable de médicament, et d'effectuer une « révision de l'ordonnance » pour détecter des prescriptions « inadaptées » ou « inappropriées »¹⁵⁶ et arrêter les médicaments inutiles. Les principes élaborés appellent à la vigilance thérapeutique du médecin soulignant l'omniprésence du médicament dans la prise en charge des personnes âgées : « *La prise en charge thérapeutique n'est pas limitée à la prescription médicamenteuse : il peut être préférable une solution non pharmacologique* » ; « *Savoir "déprescrire" est aussi important que savoir prescrire* »... « *Acquérir le "réflexe iatrogène" conduit à considérer tout nouveau symptôme comme un effet indésirable possible* ». Dans le même sens, le document de Legrain et Lacaille (2005) met en exergue que « *Les polypathologies requièrent d'établir des « priorités thérapeutiques qui doivent être négociées avec le patient* »... « *L'introduction d'un*

¹⁵⁴ Nous retrouvons ce propos dans l'article de Legrain et Lacaille (2005) et également dans Legrain (2005).

¹⁵⁵ Nous observons ces propos dans : Doucet et Queneau (2005) et dans : Doucet, Montagne, Guérin, et Queneau (2011).

¹⁵⁶ Ces termes sont à ce stade utilisés indifféremment.

nouveau médicament est un moment privilégié pour revoir la globalité du traitement et arrêter un ou des médicaments devenus inutiles, voire dangereux ».

Par ailleurs, il est également possible d'observer une convergence du discours dans le Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie, « personnes âgées et médicaments », adressé au président de la République Jacques Chirac, juin 2005¹⁵⁷ :

« Beaucoup de personnes âgées présentent des polypathologies et reçoivent donc plusieurs médicaments différents. Cette polymédication des personnes âgées est très difficilement contrôlable. Les prescriptions émanent de différents spécialistes qui ne se concertent pas toujours pour les formuler. Il en résulte des associations médicamenteuses parfois incompatibles et des prises de médicaments mal réparties au cours du nycthémère »... « La polymédication des personnes âgées peut engendrer un rapport bénéfice/risque nul ou même inversé. Les caractéristiques pharmacocinétiques, les propriétés pharmacologiques ou les effets toxiques évoluent avec l'âge, il en résulte parfois des prescriptions inappropriées. »

Pour revenir au cercle gériatrie-pharmacologie, nous observons que le discours « critique normatif » que nous avons vu émerger de la conjonction des savoirs professionnels se consolide dans les travaux communs. Ces travaux affirment que les médicaments ne sont que l'un des recours de la prise en charge thérapeutique et doivent obéir à des règles de prescription mais que cette prise en charge dépend de la situation particulière du patient¹⁵⁸. Cela souligne l'impossibilité de réaliser des recommandations capables de prendre en compte l'ensemble des cas particuliers des patients.

Une autre caractéristique des travaux de ce cercle est l'étude des « risques iatrogènes liés à la polymédication » à partir de certaines des classes thérapeutiques les plus utilisées pour les personnes âgées. Les travaux affirment que les médicaments les plus utilisés pour les personnes âgées — les classes de psychotropes, antalgiques, cardio-vasculaires — sont prescrits de manière « inappropriée » ou « excessive », et que d'autres sont prescrits de manière « inutile » tels que les vasoactifs. Nous verrons plus en avant, que ces classes spécifiques sont la cible de la majorité des règles et principes de prescription pour les personnes âgées diffusés par les acteurs administratifs et institutionnels pour aborder le problème de la polymédication.

¹⁵⁷ Le message du Président de la République à l'occasion du Bicentenaire de l'Académie nationale de Pharmacie, adjoint à ce rapport, précise : « *Le vieillissement de la population appelle une réflexion approfondie sur les prescriptions, l'observance des traitements, l'adaptation des médicaments au métabolisme des personnes âgées ainsi que sur les conséquences des interactions médicamenteuses. Riche de son expérience, l'Académie nationale de Pharmacie dispose de la diversité des compétences nécessaires à des travaux de qualité en la matière. Les pouvoirs publics seront très attentifs à ses propositions* ».

¹⁵⁸ « *La prise en charge thérapeutique doit s'appuyer sur une démarche rigoureuse. Celle-ci doit prendre en compte les données scientifiques, mais aussi l'évaluation précise de chaque situation individuelle avec ses aspects somatiques (comorbidités), psychique et social, aboutissant ainsi à une individualisation de la prescription et de la surveillance du traitement, sans oublier la ré-évaluation régulière du traitement, justifiée par la fréquente variabilité dans le temps des situations cliniques* » (Doucet et al., 2011 : 70).

Le point commun derrière la notion de « polymédication » est de faire référence à la prescription de médicaments « inappropriés » ou « inutiles » et décalés à l'égard de normes. Ces normes de prescription, que les acteurs de cette sphère contribuent à élaborer, se focalisent sur les médicaments les plus consommés et les plus connus comme étant à l'origine des effets indésirables. Nous montrerons plus en avant que le ciblage sur certaines classes thérapeutiques se reflète et s'accroît dans l'ensemble des actions élaborées en direction des prescripteurs dans la sphère administrative-institutionnelle au milieu des années 2000. La priorité accordée par les autorités publiques au domaine du médicament, associée à des connaissances encore limitées conduit à recentrer les actions de régulation des pratiques sur certains médicaments.

Parallèlement, les professionnels des deux pôles se retrouvent dans des consensus d'experts qui servent de base méthodologique aux recommandations élaborées par les autorités sanitaires. En effet, afin de répondre aux objectifs de réduction des effets indésirables médicamenteux pour les personnes âgées de la Loi de santé publique du 9 août 2004, un consensus d'experts en gériatrie — y compris les acteurs du cercle qui allie gériatrie-pharmacologie que nous avons identifiés¹⁵⁹ — a permis en 2007 de créer un indicateur épidémiologique de la qualité de la prescription médicamenteuse en gériatrie. Ils ont ainsi mis au point une liste de médicaments à éviter pour les personnes âgées appelée « liste de médicaments inappropriés ». Cette liste est considérée par ces experts comme « un indicateur de la qualité de la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées » (Laroche et al., 2009)¹⁶⁰. De manière générale, « les listes de médicaments inappropriés chez les personnes âgées », conçues depuis 1991, servent à déterminer la fréquence de leur utilisation au niveau épidémiologique, mais elles ne peuvent pas être utilisées dans la pratique quotidienne du médecin, elles « *ont été établies dans un but épidémiologique d'estimation de la qualité des prescriptions médicamenteuses en gériatrie, ce qui a aussi permis de déterminer les facteurs de risque associés à l'exposition à ces produits dans une population de personnes âgées* » (Laroche et al., 2009). Par exemple, les données de la cohorte 3C (étude épidémiologique Trois Cités)¹⁶¹ ont été utilisées pour évaluer, en 2001 par la première fois en

¹⁵⁹ Il se trouve par exemple parmi eux : Jean Doucet (gériatre, Rouen), Annie Fourrier (pharmacoépidémiologiste, Bordeaux), Claude Jeandel (gériatre, Montpellier) (pharmacologue, Besançon), Louis Merle (pharmacologue, Limoges), Jean-Louis Montastruc (pharmacologue, Toulouse).

¹⁶⁰ Les auteurs écrivent : « Afin de suivre l'objectif fixé par la loi de Santé publique du 9 août 2004 visant à réduire les effets indésirables médicamenteux chez les personnes âgées, la création d'un indicateur de qualité et d'un guide de prescription médicamenteuse en gériatrie apparaît indispensable. C'est pour répondre en partie à cet objectif que nous avons élaboré une nouvelle liste de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les personnes âgées correspondant à la pratique médicale française ».

¹⁶¹ L'étude 3C démontrait la prévalence de la consommation de médicaments inappropriés chez des personnes âgées.

France, la fréquence de la prescription potentiellement inappropriée (PPI) chez des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile¹⁶².

Il est intéressant de noter que la Pr Legrain, qui est l'une des expertes présentes aux débats sur les objectifs de la loi concernant la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées au sein du HCSP¹⁶³ propose l'indicateur « prescriptions inappropriées » afin de saisir le problème de la polymédication. Elle refuse ainsi de considérer que la « polymédication » soit un indicateur en soi et d'accorder un caractère négatif à la mise en place de thérapeutiques multiples chez un patient. Pour cette experte, la polymédication est nécessaire dans les cas de polyopathologies, mais elle est problématique lorsqu'intègre des prescriptions inappropriées. Nous verrons plus en avant, que la notion de « prescription inappropriée » est progressivement adoptée dans le vocabulaire des organismes administratifs et institutionnels et associée au problème de la « polymédication » dans la sphère publique¹⁶⁴.

Les professionnels du pôle gériatrie et santé publique ont continué à collaborer avec les acteurs administratifs et institutionnels pendant toute la phase de problématisation dans la sphère étatique. En ce qui concerne la Pr Legrain, elle a été coordinatrice du programme OMAGE (Optimisation des médicaments chez les sujets âgés), programme d'éducation thérapeutique, conçu pour les « sujets âgés de plus de 75 ans polyopathologiques », visant à diminuer les risques liés aux traitements médicamenteux. Ce programme a été initié en milieu hospitalier (UGA, SSR) avec un suivi à domicile (à titre expérimental). Dans les années 2010, ce pôle gériatrie et santé publique a collaboré avec les pouvoirs publics dans la mise en œuvre de projets pilotes Paerpa (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie)¹⁶⁵. En septembre 2014, le programme éducatif « OMAGE parcours » a été retenu par la HAS comme référent de l'éducation thérapeutique des patients sur le thème

¹⁶² Ceci a été réalisé en utilisant une liste américaine de « médicaments potentiellement inappropriés » chez les personnes âgées (listes de Beers 1991 ; 1997 ; 2003) adaptée à la pharmacologie française. Les données tirées de cette étude renseignaient que « *près de 40 % des participants prenaient au moins un médicament potentiellement inapproprié : 23,4 % utilisaient des vasodilatateurs cérébraux, 9,2 % des benzodiazépines à action prolongée et 6,4 % des médicaments ayant des propriétés anticholinergiques. En excluant les vasodilatateurs cérébraux de la liste, la fréquence d'utilisation potentiellement inappropriée de médicaments était de 21,7 %. Cette utilisation était significativement plus fréquente chez les femmes, les sujets plus âgés et les sujets peu instruits* » (Lechevallier et al., 2005).

¹⁶³ La Pr Legrain a été membre en 2007 et en 2009 du Haut Conseil de santé publique (HCSP) qui s'est constitué en 2007 pour évaluer les objectifs de la Loi de santé publique du 9 août 2004 qui institutionnalise les enjeux de la prescription multiple de médicaments des personnes âgées.

¹⁶⁴ Il faut noter le travail d'adaptation que font les acteurs spécialisés, puisque le terme « inapproprié » fait référence à un décalage de la pratique par rapport aux normes : à la sécurité d'emploi du médicament et aux référentiels élaborés par les autorités sanitaires. En tant que formulation, « prescription inappropriée » remplace progressivement l'utilisation de la notion de prescription *inadaptée* utilisée dans le vocabulaire législatif. Malgré le cadre épidémiologique où l'indicateur a été conçu, la formulation « prescription inappropriée » est utilisée dans les recommandations de pratiques cliniques censées aider les médecins dans leurs pratiques courantes.

¹⁶⁵ Deux gériatres, le Pr Silvie Legrain et le Pr Claude Jeandel ont présidé les ateliers qui ont conformé le comité national de pilotage (COPIL) des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Voir Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, IGAS (2013).

polypathologie/polymédication dans le cadre des expérimentations Paerpa. En ce qui concerne le Pr Emeriau, entre 2012 et 2015, ce praticien désormais à la retraite est membre de la commission recommandations de bonnes pratiques (nommé membre par la HAS).

En ce qui concerne les chercheurs de santé publique à l'IRDES, nous observons la production de données statistiques ponctuelles réalisée pour des études spécifiques à certains moments données. Des données ont été dépouillées par des chercheurs de l'IRDES au début des années 2010, afin de quantifier la « polymédication » dans l'objectif d'évaluer des politiques publiques de réduction de la polymédication (Le Cossec et Sermet, 2015), ainsi que pour repérer les liens entre prévalence de la polymédication et fragilité des personnes âgées (Herr, Sirven et *al.*, 2018). La première étude a ainsi utilisé l'Échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie (EGB) et considère que 80 % de personnes de 75 ans et plus sont polymédiquées au seuil de 5 médicaments et que 30 % le sont de manière excessive au seuil de 10 médicaments. La deuxième étude utilise l'appariement des bases ESPS — 2012 avec les données de remboursement de soins de l'Assurance maladie, et considère que 43 % de personnes âgées de 65 ans et plus sont polymédiquées au seuil de 5 médicaments et que 27 % le sont de manière excessive au seuil de 10 médicaments. Dans ces études, la « polymédication » est définie par au moins 5 médicaments et la polymédication excessive par au moins 10. Au de-là d'un consensus sur ce que serait un nombre trop important de médicaments, ces seuils ont été choisis en raison de la probabilité de trouver des prescriptions potentiellement inappropriées (PPI) dans les ordonnances avec ces quantités de médicaments¹⁶⁶. Plutôt qu'une évolution des connaissances sur les pratiques de prescription il faut ici noter l'importance marquée donnée aux chiffres globaux de prescription attestant le problème dans la sphère publique aujourd'hui.

2.3.3. Une multiplicité d'initiatives pour « limiter la polymédication » et un élargissement du public concerné par le problème

La reconnaissance institutionnelle du problème de la prescription de médicaments multiples à l'attention des personnes âgées se traduit par une multiplicité d'initiatives visant à y répondre qui, dans leur ensemble, recouvrent un problème plus ample que celui de la « polyprescription », car il implique les malades âgés. Ce problème est désormais qualifié avec le terme « polymédication » repris à la sphère professionnelle. Nous montrerons dans ce point le changement de sens, de public concerné et de terme utilisé pour nommer le problème, qui s'opère dans la mobilisation des acteurs publics pendant

¹⁶⁶ Ces études effectuent ainsi une opérationnalisation de la définition de « polymédication » établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui en 2004, définit la polymédication comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (Monégat, et *al.*, 2014).

les années 2000. La reconnaissance du problème de la prescription à l'attention des personnes âgées se traduit notamment par des plans de santé et programmes concernant les personnes âgées, par des campagnes d'information auprès des malades âgés et par des recommandations de bonnes pratiques cliniques. Nous montrerons également dans ce point, que les outils d'aide à la prescription pour les personnes âgées s'avèrent plus clairs et moins généraux que dans la décennie antérieure, c'est-à-dire plus ciblés sur certains médicaments et plus opérationnels, recentrant le problème des prescriptions multiples sur un nombre limité de médicaments.

Trois plans nationaux de santé publique concernant directement les besoins spécifiques des personnes âgées ont été annexés à la loi de santé publique du 9 août 2004 : le plan « Bien vieillir (2007-2009) »¹⁶⁷, le plan « Solidarité grand âge (2007-2012) » et les plans « Alzheimer (2000-2004 et 2004-2007) ». En ce qui concerne la prise en compte du lien entre vieillesse et médicaments, ces plans ont contribué au développement d'outils d'aide à la prescription, généraux ou organisés autour d'une pathologie. Le plan « Bien vieillir » prévoyait la diffusion de programmes informatiques d'aide à la prescription médicamenteuse pour favoriser les pratiques adaptées aux personnes âgées. De même, le plan « Alzheimer » (2008-2012)¹⁶⁸ a fixé comme objectifs la surveillance des accidents iatrogènes médicamenteux et l'amélioration du bon usage des médicaments¹⁶⁹.

Qui plus est, en lien avec la loi de santé publique de 2004, des initiatives sur le bon usage des médicaments ont été engagées par l'Afssaps en 2005 : « Questions/réponses à l'attention du public » et une recommandation destinée aux professionnels de santé « Prévenir les effets indésirables des médicaments chez les personnes âgées » ont été diffusés à l'ensemble des médecins concernés et notamment aux généralistes. Ces guides de bonnes pratiques comportent des recommandations d'ordre général et d'autres ciblant les classes thérapeutiques les plus fréquemment en cause dans les effets

¹⁶⁷ En ce qui concerne la politique de la vieillesse, Dominique Argourd note que le recentrage d'une politique du vieillissement sur le « Bien vieillir » est avant tout le résultat d'une dissémination d'initiatives d'acteurs de la société civil plutôt que le résultat d'une décision des pouvoirs publics. Au début des années 2000, les pouvoirs publics nationaux et locaux se sont approprié les normes du Guide mondial des villes amis des aînés 2002 de l'OMS promouvant une approche territoriale et préventive du vieillissement. Ces normes ont été intégrées au Plan national 2007-2009 (Argourd, 2014)

¹⁶⁸ Bernadette Puijalol et Jaqueline Trincaz font remarquer que pour les rapports gouvernementaux, la vieillesse est une succession de phases : « le Plan national “Bien vieillir”, centré sur la prévention cible les “seniors” : personnes entre 50 et 70 ans. Pour les plus âgés les mesures s'inscrivent dans le “Plan solidarité grand âge” ou le Plan Alzheimer » (Puijalol et Trincaz, 2014). Pour Bernard Ennuyer, le Plan Bien vieillir (2007-2009) et Le Plan Alzheimer (2008-2012) sont 2 exemples de la médicalisation de la prise en charge de la vieillesse, contrôlés par des médecins (Ennuyer, 2014).

¹⁶⁹ En ce qui concerne la prise en compte des besoins spécifiques de personnes âgées, les résultats de ces plans considérés comme imprécis et insuffisamment articulés entre eux pour permettre une approche transversale autour des problématiques particulières de la population âgée selon la Cour des Comptes dans son rapport public annuel du 8 février 2012.

indésirables. Ils sont destinés à accompagner la pratique de prescription auprès des personnes de plus de 75 ans ou les personnes de plus de 65 ans et « polypathologiques »¹⁷⁰.

Parallèlement, la HAS a élaboré 3 programmes pilotes sur le bon usage du médicament chez les personnes âgées qui ont donné lieu à la mise en place des plans « Bien Vieillir » (2007-2009) et « Alzheimer » (2008-2012). C'est dans le cadre de ces programmes que des recommandations pour la prescription à l'attention des personnes âgées ont été diffusées :

- Le programme « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) » est un programme d'évaluation des pratiques professionnelles opérationnel pour le médecin traitant (EPP), lors d'une hospitalisation et pour le prescripteur occasionnel ; il a été mis en ligne en 2005. Dans le cadre de ce programme, un document¹⁷¹ pour l'EPP apporte des recommandations générales pour « mieux prescrire chez sujet âgé » :
 - *Moins prescrire les médicaments qui n'ont pas ou plus d'indications, d'où l'importance de réévaluations diagnostiques régulières*
 - *Prescrire plus de médicaments dont l'efficacité est démontrée (ex. : inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans l'insuffisance cardiaque)*
 - *Mieux tenir compte du rapport bénéfice/risque, en évitant les médicaments inappropriés chez le sujet âgé (ex. : médicaments à effets anticholinergiques)*
 - *Moins prescrire les médicaments ayant un service médical rendu insuffisant (ex. : vasodilatateurs cérébraux)*¹⁷²
- Le programme pilote « Prescription des psychotropes chez le sujet âgé » propose depuis 2007, des textes de référence, des recommandations de bonne pratique et des outils d'amélioration des prescriptions inappropriées dans quatre situations cliniques à l'origine d'une telle prescription (les troubles du sommeil, les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer, les signes anxieux et les signes dépressifs). Dans le cadre de ce programme, la

¹⁷⁰ Ainsi, l'Afssaps (2005) a élaboré des recommandations visant à « prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé », ciblant les classes thérapeutiques suivantes :

- Médicaments du système cardio-vasculaire (diurétiques, digoxine, b-bloquants...)
- Médicaments anticoagulants (héparines, AVK — antivitamines K)
- Médicaments psychotropes (anxiolytiques, neuroleptiques, antidépresseurs)
- Médicaments AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens)
- Médicaments antidiabétiques
- Statines
- Médicaments utilisés dans le traitement de la démence.

¹⁷¹ HAS (2006), « Prescrire chez le sujet âgé (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polypathologique) », Évaluation et amélioration des pratiques. Programme PMSA.

¹⁷² HAS (2006), *ibid.*

HAS diffuse depuis 2008 une recommandation de bonne pratique : « Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé ».

- Le programme « AMI-Alzheimer » depuis 2010, programme d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques chez le patient d'Alzheimer, a mis à disposition des prescripteurs des recommandations et des outils d'amélioration des pratiques cliniques, fixait des indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie qui assurent un repérage des situations à risque et un suivi de la maîtrise du risque, et mis en place des alertes nationales iatrogéniques selon cinq niveaux de gravité.

Le document de l'Afssaps et certaines fiches élaborées par la HAS dans le cadre des programmes mentionnés comportent recommandations pour la prescription à l'attention des personnes âgées. Ces recommandations sont présentées comme étant « des informations non exhaustives pour chaque classe thérapeutique » qui visent avant tout à mettre l'accent sur « des points importants en termes d'instauration, d'adaptation, de suivi ou d'arrêt de traitement » (Afssaps, 2005). Les médecins sont ainsi tenus de compléter ces informations par des guides qui ne concernent pas spécifiquement les personnes âgées¹⁷³. Ces recommandations se focalisent sur les classes thérapeutiques qui sont à la fois les plus utilisées et dont la littérature scientifique disponible indique leur implication dans la survenue des effets indésirables : les médicaments psychotropes, cardiovasculaires, antalgiques et anti-inflammatoires, antidiabétiques et anticoagulants. Cependant, si le discours des autorités sanitaires vise à accompagner la pratique médicale dans la prise en charge des patients âgés « polypathologiques », et si certains programmes ont affirmé l'intérêt de dépasser l'approche par pathologie¹⁷⁴, les recommandations sont réalisées par classe thérapeutique et répondent aux enjeux de prise en charge d'une pathologie isolée. Elles peuvent ainsi se révéler contradictoires dans la pratique. Par exemple, lors de la rédaction de l'ordonnance, elles recommandent de mettre en place des « schémas thérapeutiques simples » (respect de posologie, horaire, galénique, indication) pour chaque médicament, et en même temps, elles recommandent de « limiter la polymédication ». Les recommandations générales sur la révision et la réévaluation de l'ordonnance sont également focalisées sur la gestion d'un médicament spécifique. Il faut donc mettre en exergue le manque de prise en compte dans ces documents des situations de comorbidités comportant plusieurs traitements médicamenteux à la fois.

¹⁷³ Il faut savoir qu'à côté de ces outils, la HAS diffuse des guides de bonnes pratiques par maladie chronique qui ne sont pas spécifiques pour les personnes âgées.

¹⁷⁴ Il faut souligner, que du point de vue de la HAS, les programmes PMSA et Psycho-SA (prescription de psychotropes chez le sujet âgé) ont pour ambition de dépasser l'approche par pathologie et de mettre en avant une approche « globale » du patient âgé de 75 ans et plus « polypathologique » et « polymédiqué ». Ces programmes mettent en avant la prévention à la fois des risques iatrogènes et de la perte d'autonomie. Dans ce sens, les recommandations sur l'adaptation de médicaments psychotropes, responsables de chutes pour les personnes âgées vont être mises en avant (HAS, 2007).

Par ailleurs, les guides de l'Afssaps, de la HAS, conseillent aux médecins d'avoir un « réflexe iatrogène » (tout nouveau symptôme peut être un accident iatrogénique). Ils conseillent aussi de chercher le consentement des patients et de leur entourage afin de réévaluer leurs prescriptions (et notamment les médicaments pris depuis longtemps). Il est également question pour le médecin d'informer les patients des risques liés aux médicaments pris en « automédication ». Ces questions reflètent ainsi la reprise des savoirs accumulés dans la sphère professionnelle et notamment la production de savoirs opérationnels par ceux-ci dans la phase de problématisation de la sphère étatique.

Par rapport à la décennie antérieure, où l'on observait la mise au point d'un seul référentiel sur la « plurimédication » des personnes âgées, ce moment est marqué par l'élaboration d'une multiplicité d'outils professionnels assortis d'exemples concrets et de guides de bonnes pratiques focalisées sur des pathologies spécifiques et donc plus clairement définies. En effet, les programmes de la HAS, ainsi que les outils mis en place par l'assurance maladie qui s'appuient sur ces recommandations, sont assortis d'exemples concrets d'amélioration de la prescription dans des cas spécifiques. Un exemple concret donné par l'assurance maladie nous permet d'observer la façon dont les organismes publics envisagent la gestion de la « polymédication » par les médecins chez les patients de plus de 65 ans afin de prévenir les risques iatrogéniques :

**Comment mettre en œuvre cette prévention ?
Un exemple concret**

Une patiente de 78 ans souffre d'une hypertension artérielle (HTA), traitée par 2 antihypertenseurs dont 1 diurétique, d'un diabète traité par insuline, de troubles du sommeil et d'un état anxieux par deux psychotropes, du zolpidem et du bromazépam. Elle est par ailleurs soignée pour des troubles de la mémoire avec du piracetam. Du fait d'une constipation chronique, elle prend aussi un médicament qui associe kaolin, magnésium, méprobamate et gomme de sterculia.

Dernier point, cette patiente soulage des douleurs articulaires de temps à autre avec de l'ibuprofène en auto-médication.

Voici donc une patiente qui prend 7 médicaments par jour, sans compter un médicament pris de façon occasionnelle en automédication.

Comment prévenir au mieux le risque d'accidents médicamenteux pour cette patiente ?

1 - Il faut en priorité hiérarchiser les pathologies à traiter : c'est le cas de son HTA et de son diabète. Les médicaments pour les traiter sont prioritaires.

2- « Déprescrire » les médicaments non nécessaires ou redondants : c'est le cas ici du piracetam, un vasodilatateur cérébral dont le bénéfice thérapeutique n'est pas validé. Par ailleurs, cette patiente se retrouve avec trois psychotropes : le bromazépam et le zolpidem... mais aussi du méprobamate, un anxiolytique « caché ». Mieux vaut ici stopper le médicament qui contient du méprobamate rapidement, remplacer le bromazépam par une benzodiazépine de moins longue action et arrêter progressivement le zolpidem.

3- Préciser l'origine des troubles pour adapter la prise en charge thérapeutique, y compris sans médicament. Ainsi, des douleurs articulaires provoquées par une arthrose débutante peuvent être soulagées par un exercice modéré, voire par un régime qui permet d'alléger le poids sur les articulations.

4 - Eviter l'automédication inadaptée, facteur de risque supplémentaire : c'est le cas ici de la prise de l'ibuprofène. Mieux vaut éviter la prise de cet anti-inflammatoire non stéroïdien chez une femme de 75 ans dont les systèmes rénal et digestif sont beaucoup plus fragiles, et encore plus si elle prend déjà un diurétique.

Encadré 2 : Exemple de cas clinique [CNAMTS, 2006a]

Source : CNAMTS (2006a), « Prévention des risques médicamenteuse : l'Assurance Maladie s'engage pour prévenir la iatrogénie », mardi 11 juillet, pp. 17 ;

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp10072006.pdf

Cet exemple montre une mobilisation forte des acteurs publics pour réaliser des outils susceptibles d'être utiles dans la pratique quotidienne des médecins. De manière générale, les exemples concrets apportés aux médecins dans les programmes de la HAS et dans les documents de l'assurance maladie illustrent des situations complexes typiques dans lesquelles se trouvent les médecins auprès de patients âgés atteints de plusieurs maladies chroniques. Ils reprennent les recommandations établies par l'Afssaps et par la HAS montrant la façon dont elles peuvent être utilisées dans la pratique concrète.

Les efforts menés dans la réalisation et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques spécifiques aux personnes âgées ont été particulièrement soutenus sur deux types de médicaments : l'amélioration de la prescription des psychotropes et la déprescription de vasodilatateurs cérébraux. Il faut par exemple noter que, s'appuyant sur les recommandations de l'Afssaps et les outils mis en place

par la HAS, les agents de l'assurance maladie rencontrent depuis mi 2006 les médecins ayant une patientèle importante de plus de 65 ans et « poly-pathologique » afin de les sensibiliser à l'amélioration de leurs prescriptions et que les conseils apportés aux médecins mettent l'accent sur ces deux types de médicaments (CNAMTS, 2006a) :

1. *Privilégier les benzodiazépines à élimination rapide par rapport à ceux à élimination longue lorsque ce type de traitement est indiqué.*

2. *Veiller à ne pas avoir de prescription redondante de psychotropes. Les prescriptions conjointes de deux psychotropes entraînent des risques accrus (chutes et troubles cognitifs).*

3. *Questionner la présence de médicaments non prioritaires sur une ordonnance déjà longue. C'est le cas notamment des vasodilatateurs cérébraux.*

Deux éléments marquent l'évolution de la manière d'appréhender le problème dans la sphère publique depuis 2004. D'une part, une évolution dans la nature de la problématisation : à partir des années 2000, les réponses au problème intègrent davantage les patients, tandis que dans la décennie antérieure le problème était abordé presque exclusivement autour de la prescription du médecin. D'autre part, on observe une évolution quant au nombre d'acteurs impliqués par rapport à la décennie antérieure caractérisée par un ensemble d'acteurs plus restreint (ANAES, CNAMTS). En effet, à la suite des dispositions de la loi de santé publique du 9 août 2004, différents organismes publics et privés mettent en place des campagnes d'information « grand public » d'amélioration de la prescription médicamenteuse et d'éducation de malades âgés pour améliorer la gestion de leurs médicaments. On peut distinguer parmi eux l'implication de la Mutualité sociale agricole (MSA), de Les entreprises du médicament (LEEM), de la CNAMTS et de la HAS. Si la loi de 2004 a fait de la prescription médicamenteuse pour les personnes âgées une priorité d'action publique, la responsabilité du problème est attribuée à la fois aux prescripteurs et aux patients âgés. En 2004 la MSA, qui assure une population plutôt âgée, avec plus d'un tiers de plus de 65 ans et plus de 22 % en affection de longue durée (ALD)¹⁷⁵, mène les campagnes « Les médicaments : parlez-en avec votre médecin »¹⁷⁶ et « Les benzodiazépines ont-elles une indication chez la personne âgée ? ». Un autre exemple de campagne grand public est celle menée par le groupe *Santé en Action*, « Comment agir ensemble contre la

¹⁷⁵ Depuis 2004 la mutualité sociale agricole (MSA) mène des actions auprès de prescripteurs et/ou des malades afin de « diminuer l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées ». Il faut noter que la MSA est l'un des financeurs de l'étude de cohorte 3Cités et participe depuis 2007 à l'élaboration et à la conduite du projet de la HAS en ce qui concerne la prescription de psychotropes pour les personnes âgées. Voir HAS (2007a), « Audition publique. Dossier participant. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins », jeudi 1er et vendredi 2 février 2007 ; https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/audition_public_abus_dependance_19-02-07.pdf

¹⁷⁶ La MSA a entrepris une démarche auprès des médecins prescrivant des médicaments ayant un SMR insuffisant, et notamment des vasodilatateurs cérébraux. Lors d'une telle prescription, le médecin reçoit une fiche destinée à l'informer sur le faible rapport bénéfice/risque du médicament qu'il vient de prescrire, afin de l'inciter à revoir sa prescription (Legrain, 2005).

iatrogénèse médicamenteuse évitable ? » également en 2004¹⁷⁷. En ce qui concerne les actions des autorités publiques en direction des patients nous observons une impulsion donnée à la question de l'éducation thérapeutique visant l'autonomisation et la responsabilisation du malade face à sa maladie, notamment pour les affections chroniques¹⁷⁸. Par exemple un volet « éducation thérapeutique » est associé aux programmes professionnels élaborés par la HAS sur les situations conduisant à la « prescription inappropriée de psychotropes chez les personnes âgées » (HAS, 2007b).

Tous ces outils (que ce soit en direction des prescripteurs ou des patients) ont clairement pour objectif de limiter la « polymédication »¹⁷⁹. Le terme « Polymédication » est ainsi entendu comme facteur favorisant le risque de iatrogénie médicamenteuse pour les personnes âgées. Il y a ici une différence forte avec la période antérieure (1990-2000). Le problème se cristallise dans la sphère publique avec le terme « polymédication » défini comme étant la prise simultanée de plusieurs médicaments prescrits, ou non, par le médecin (notamment en automédication). Dans la période antérieure, le problème appréhendé par les acteurs publics dans les termes de « polyprescription » ne concernait que la prescription du médecin. L'adoption généralisée du terme « polymédication » par les organismes publics indique l'attention croissante donnée aux travaux de la sphère professionnelle¹⁸⁰, et notamment à leurs conclusions concernant le rôle des patients. Cependant, en ce qui concerne les actions concrètes mises en place pour améliorer la prescription par les organismes publics, si elles s'étendent parfois à l'information des patients elles sont encore focalisées sur la pratique isolée des

¹⁷⁷ Santé en Action est un mouvement qui regroupe les organisations professionnelles de la santé du secteur privé : *Syndicats de médecins et de pharmaciens, syndicats de chirurgiens-dentistes et syndicats de masseurs-kinésithérapeutes, les entreprises du médicament et l'hospitalisation privée*. Depuis octobre 2004, Santé en Action mobilise 450 000 professionnels de santé pour réduire les effets indésirables des médicaments pour les personnes âgées grâce à une campagne de sensibilisation : 1 500 000 brochures ont été imprimées pour les patients et 400 000 pour les professionnels de santé. Sur ce sujet voir Hélène Delmotte (2005), « Agir ensemble contre la iatrogénèse médicamenteuse évitable », *Revue du soignant en gériatrie*, Vol. 2005, n° 0016, pp. 20-21. Voir également : Les entreprises du médicament (2015), « Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les seniors. Le "Collectif Bon Usage du médicament" en action ! », [En ligne] ; www.leem.org

¹⁷⁸ Cette question est notamment reprise dans les réflexions du Haut conseil de l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) et découle de la recommandation des autorités publiques de développer de programmes de *disease management* tels qu'ils existent notamment aux États-Unis. Le *disease management* est définie par la L'association américaine de *disease management* comme « un système coordonné d'intervention en matière de soins dirigés vers les populations pour lesquelles les efforts des patients eux-mêmes ont un impact significatif ». Sur la recommandation des autorités publiques voir notamment le rapport de l'IGAS (IGAS, 2006b).

¹⁷⁹ En ce qui concerne l'adoption généralisée du terme « polymédication » par les organismes administratifs et institutionnels il faut noter la collaboration étroite avec ceux-ci des acteurs de la sphère professionnelle, notamment de l'APNET et de médecins chef de service en gériatrie. Voir la reprise de leurs travaux notamment dans : Afssaps (2005) ; HAS (2006) ; et CNAMTS (2006a).

¹⁸⁰ À ce propos il faut voir par exemple un document de la CNAMTS annonçant son programme pour la prévention de risques iatrogènes chez les personnes âgées qui appuie fortement son travail sur ceux élaborés par le Pr Jean Doucet et l'APNET (CNAMTS, 2006a).

médecins, notamment généralistes (au détriment par exemple de la coordination de leurs prescriptions avec celles des spécialistes et de la pratique des infirmiers et des pharmaciens).

Cet objectif de « limitation de la polymédication » montre que, dans la continuité avec la période antérieure, les initiatives des organismes administratifs et institutionnels auprès des prescripteurs poursuivent donc toujours un objectif de réduction du nombre de prescriptions. Mais à la différence des tentatives esquissées dans les années 1990, la limitation de la « polymédication » est désormais ciblée sur la réduction de la prescription de certains types de médicaments, notamment les psychotropes et les vasodilatateurs cérébraux.

Par exemple tout en restant en lien avec les dispositions de la loi de santé publique de 2004, l'Assurance maladie a fixé ses propres objectifs. Dans le cadre de conventions successives passées avec les médecins depuis 2006, elle met en place le programme de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 65 ans, notamment pour les prescriptions des benzodiazépines (BZD), de psychotropes et de vasodilatateurs¹⁸¹. Il faut noter que l'avenant n° 23 joint à ce programme intégrait des objectifs « collectifs et quantifiés » tels que : *« En 2008 dans la population âgée polymédicamentée, diminution de 10 % du nombre de personnes ayant eu une prescription de benzodiazépine à demi-vie longue et diminution de 10 % de personnes ayant eu une prescription de vasodilatateur »* (CNAMTS, 2015)¹⁸². Les objectifs sont ainsi plus clairs et limités aux deux types de médicaments conçus par les organismes publics comme étant les plus problématiques dans la prescription des personnes âgées en termes économiques et sanitaires et pour lesquels des référentiels et des avis ont été mis à disposition par les autorités sanitaires. En ce qui concerne les médicaments vasodilatateurs, leur inutilité thérapeutique a été mise en avant par la HAS en 2005 et en 2008 ils reçoivent un avis de service médical rendu insuffisant qui leur a valu leur déremboursement¹⁸³.

¹⁸¹ Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO du 30 mars) ; arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO du 03 mai) ; arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes (JO du 25 septembre).

¹⁸² L'Assurance maladie évoque que depuis 2006, ces actions ont été reconduites et développées également à destination des Ehpad.

¹⁸³ Voir par exemple, dans un article de la HAS « Vasodilatateurs cérébraux » — Mis en ligne le 18 juil. 2008, cette autorité déclare que les vasodilatateurs cérébraux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. En ce qui concerne les veinotoniques, la HAS a déclaré en 2005 : « L'évaluation des veinotoniques repose sur un nombre très limité d'études contrôlées. Elles ont porté sur des effectifs de taille réduite et leurs critères de jugement ont été, en général, multiples. Un biais de publication ne peut être exclu », Haute Autorité de santé Commission de la Transparence Avis, 11 mai 2005. En 2008, les veinotoniques ont été radiés de la liste des spécialités remboursables. Cette décision de radiation fait suite à un avis de la Haute Autorité de santé (HAS) qui avait jugé insuffisant le service médical rendu (SMR) par l'ensemble des médicaments appartenant à la classe des veinotoniques. Pour la spécialité des antiacides la HAS déclare que des alternatives non médicamenteuses existent et son service médical rendu est modéré : Commission de la Transparence, Avis 15 février 2012 ; https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/topaal_15022012_avis_ct11313_ct9035.pdf

En ce qui concerne les psychotropes, des recommandations spécifiques pour les personnes âgées ont été élaborées par la HAS en 2007.

Il faut également noter que par rapport à la décennie antérieure, les efforts pour garantir une adhésion des médecins aux actions de l'assurance maladie se renforcent. Les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI- devenu ROSP¹⁸⁴) signés en 2009 entre la CNAMTS et les médecins conventionnés qui le souhaitent ont engagé près de 16 000 d'entre eux dans ce type de démarche en contrepartie d'une rémunération forfaitaire. Pour l'assurance maladie, ces actions enrichissent le « parcours de soins coordonné », dans lequel s'inscrit également le dispositif du « médecin traitant », dans le sens où le médecin traitant est tenu de coordonner les actions assurées par d'autres professionnels (CNAMTS, 2009). Un nouveau dispositif, la convention signée en juillet 2011 entre les syndicats de médecins et l'assurance maladie prévoit d'amplifier cette démarche et de valoriser l'engagement des médecins traitants dans la coordination des soins, d'améliorer la prévention des pathologies chroniques et leur suivi, ainsi que de favoriser l'efficacité des prescriptions.

2.3.4. Un rétrécissement des dimensions comprises dans le problème de la « polymédication »

Nous avons souligné que les actions mises en place auprès des prescripteurs sont plus claires, plus opérationnelles et plus focalisées sur un nombre limité de médicaments problématiques pour les personnes âgées. Cependant, cette focalisation sur certaines classes thérapeutiques ciblant la prise en charge de pathologies isolées tient peu compte des comorbidités des patients âgés. Ces limites sont reconnues par les autorités publiques. Dans son rapport de 2007 l'IGAS signale l'enchevêtrement de référentiels et de recommandations de bonnes pratiques entre l'Afssaps et la HAS et critique aussi le fait qu'ils soient construits en réponse à des pathologies particulières et non pas à des problèmes de santé. Selon le bilan de la Cour des Comptes (2012), ces actions ont une visée à long terme et de ce fait il est difficile de connaître le degré d'appropriation de ces recommandations par les professionnels et les établissements et donc d'évaluer leur impact effectif. De manière générale, la Cour souligne la faiblesse des actions en matière de médicaments et recommande d'approfondir l'évaluation de médicaments prescrits pour les personnes âgées¹⁸⁵. Les autorités publiques recommandent ainsi

¹⁸⁴ En 2012, ce dispositif est devenu Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et concerne l'adhésion de la plupart des médecins généralistes. Il y a ainsi un changement du modèle de rémunération, introduisant à côté du paiement à l'acte une partie du paiement selon des résultats obtenus sur une série d'objectifs liés à la qualité des soins et à des missions de santé publique (DREES, 2014b).

¹⁸⁵ « Il apparaît nécessaire que les efforts de réévaluation des spécialités pharmaceutiques déjà autorisées et faisant l'objet d'une prescription significative chez les sujets âgés soient amplifiés en tenant compte des risques identifiés par le dispositif de pharmacovigilance » (Cour des Comptes, 2012 : 187).

d'approfondir les actions mises en place, mais donnent très peu de moyens pour résoudre les problèmes identifiés.

Nous soutenons que cette focalisation sur certaines classes thérapeutiques contribue à définir et à rendre spécifique ce que les organismes administratifs et sanitaires conçoivent comme problématique dans les ordonnances des personnes âgées. La focalisation sur un nombre réduit de médicaments (notamment sur les psychotropes et les vasodilatateurs), avec des recommandations précises telles que réduire la prescription de benzodiazépines à demi-vie longue ou arrêter les vasodilatateurs, indique ainsi des problèmes précis dans les prescriptions des personnes âgées. Cependant nous soutenons que cette manière d'appréhender le problème rétrécit les dimensions prises en compte dans le problème de la « polymédication », notamment la question de la « multiplicité » de prescriptions, pour trois raisons principales :

- Tout d'abord, car il y a, comme le souligne la Cour des Comptes (2012) peu de médicaments prescrits à l'attention des personnes âgées qui ont fait l'objet d'une analyse et d'un consensus scientifique sur leur utilité thérapeutique et leurs effets. Rétrécir la diffusion des actions notamment sur deux types de médicaments qui se révèlent problématiques depuis le début des années 1990 (psychotropes et vasodilatateurs) a ainsi été un choix pragmatique pour les organismes administratifs et sanitaires.
- Ensuite, car la logique de recommandations sur des pathologies isolées n'est pas capable de résoudre des situations complexes concernant des patients ayant plusieurs pathologies à la fois. Les outils tels que les recommandations sont opérationnelles pour certains cas liés à une pathologie spécifique, mais laissent de côté différentes situations où les effets des médicaments pour les personnes âgées sont peu connus, notamment les associations multiples. Dans ce sens il faut souligner l'incapacité des outils professionnels à aborder l'ensemble des prescriptions, c'est-à-dire leur aspect multiple.
- Enfin, car la coordination entre les prescripteurs est peu prise en compte : les actions mises en place pour limiter la « polymédication » ciblent davantage le comportement individuel des médecins isolés. D'une certaine manière les organismes publics mettent en place des actions principalement en direction des médecins traitants en faisant confiance à leur rôle de coordination et à l'efficacité des outils mis en place.

Il faut souligner que dans les documents consultés, le terme « coordination » est présent dans le discours des acteurs publics depuis les années 1990. Mais les réponses au problème de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées se font concrètement dans une logique de corrections des prescriptions à partir de recommandations de bonnes pratiques à destination des médecins généralistes. Autrement dit, les outils ne sont pas conçus pour favoriser la collaboration entre les différents

intervenants. Un rapport de l'IGAS de 2006 avait souligné que les actions relatives à la « polymédication » s'insérant notamment dans des programmes de « gestion du risque » étaient déliées des réseaux gériatologiques (Daniel et *al.*, 2006). Ainsi, la réflexion sur la coordination des soins n'aboutit pas à ce stade à structurer des actions cohérentes avec la prise en charge thérapeutique des personnes âgées¹⁸⁶

Nous pouvons ainsi affirmer que malgré la reconnaissance institutionnelle du problème ces réponses, toute en étant inscrites dans un discours sur la polymédication, reflètent un certain rétrécissement des dimensions prises en compte par la problématique notamment, car elles se basent sur une approche par pathologies et parce qu'elles continuent à se focaliser principalement sur la pratique individuelle des médecins. Nous pouvons affirmer que depuis notamment 2004, la polymédication fait référence à la prescription de certains médicaments conçus par les organismes publics comme étant « inappropriés » pour les personnes âgées à l'égard de référentiels et à ce qui ajoute la prise de médicaments en « automédication » par les patients. Nous verrons que plus récemment, malgré un enrichissement de certaines dimensions comprises dans le problème impulsé par une réflexion sur la coordination entre professionnels, les actions publiques mises en place pour réduire la « polymédication » ont tendance à reposer davantage sur le comportement des patients.

2.4. Polymédication et organisation du soin à partir de 2010 : une réflexion sur des leviers d'action plus ambitieux qui ne se traduit pas dans les faits

Malgré la reconnaissance qu'a eu le problème de la prescription médicamenteuse pour les personnes âgées, notamment dans la loi de santé publique de 2004 ainsi que dans l'action des organismes publics, son appropriation s'est traduite par un appauvrissement des dimensions prises en compte. Le recentrage du problème de la prescription à partir d'outils ciblés sur la régulation de la pratique des médecins isolés, ou encore autour de certaines classes thérapeutiques comme démontré plus haut, en témoigne. Néanmoins, à partir de la fin des années 2000, des rapports réalisés par l'IGAS,

¹⁸⁶ Il faut noter par exemple dans un document de l'Assurance maladie que selon cet organisme la prévention d'effets indésirables de médicaments implique la mobilisation collective de tous les acteurs partis prenants. Il s'agit pour la CNAMTS d'une « démarche éthique » qui concerne l'ensemble de professionnels de santé, qu'ils soient médecins, pharmaciens ou soignants, mais aussi des malades et de leur entourage. Néanmoins, comme nous l'avons constaté, les actions mises en place en ce qui concerne la prescription ciblent davantage le comportement individuel des médecins.

par la Cour des Comptes ou encore par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) montrent que les pouvoirs publics ont progressivement constaté les limites des actions mises en place jusque-là. Cela a ouvert de nouvelles perspectives d'action concernant tant : les questions de la formation médicale¹⁸⁷ que de coordination de soins (entre différents professionnels de santé intervenant auprès des personnes âgées). Nous soutenons que l'enrichissement de la réflexion sur la « coordination » entre les différents professionnels de santé ne se traduit pas dans les faits. Nous illustrerons ceci par deux éléments observés dans la tendance actuelle des actions mises place. Le premier est une tendance à la perte en visibilité du problème spécifique de la prescription dans les actions plus globales sur la coordination des soins. Le deuxième est la tendance des actions de coordination à s'appuyer davantage sur le comportement des patients en détriment d'une compréhension sur la coopération entre les professionnels de santé.

2.4.1. La prise en charge thérapeutique des personnes âgées parmi une multiplicité d'initiatives sur la « coordination de soins » :

Les pouvoirs publics constatent un manque de transversalité dans les actions mises en place sur la prise en charge des personnes âgées, ce qui se traduit par le développement d'initiatives visant la coordination de leur parcours de soins. Dans ce cadre, la réflexion sur la prise en charge thérapeutique a été réinsérée et reconsidérée dans une réflexion plus large sur la prise en charge globale des personnes âgées. D'une certaine manière, on perçoit dans l'évolution du discours des pouvoirs publics que la « polymédication » n'est plus réfléchie comme le résultat de la mauvaise pratique de prescription du médecin, mais comme le résultat d'une mauvaise prise en charge des personnes âgées dans l'organisation actuelle des soins disponible pour cette sous-population.

En effet, un cloisonnement des prises en charge en médecine de ville, à l'hôpital, dans les établissements médicaux sociaux et les prestations et services sociaux s'est installé à partir des

¹⁸⁷ Le constat dans des rapports publics successifs sur la faiblesse de la formation médicale permet de renforcer les initiatives dans ce domaine. Le rapport Verger sur la politique du médicament en Ehpad de 2013 relève l'insuffisance de la formation médicale en matière de prescription gériatrique. L'amélioration de la prescription médicamenteuse pour les personnes en favorisant la coordination sur les territoires entre les prescripteurs et les experts de la filière gériatrique figure également dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement en 2015. Très récemment dans le Rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » de Dominique Libault, remis à la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn le 28 mars 2019. Parmi ses 10 propositions pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie » de ce rapport se trouve « un plan national pour les métiers du grand âge » qui envisage une politique de formation ambitieuse, le développement de perspectives de carrière en faveur de l'attractivité des « métiers du grand âge » et d'une meilleure structuration de la filière gériatrique. Il faut noter également que ce rapport est le fruit d'une vaste concertation nationale s'appuyant sur des propositions élaborées avec les personnes et les acteurs concernés.

premières lois hospitalières de 1970¹⁸⁸. Ce n'est que trente années plus tard qu'un intérêt pour améliorer l'organisation du « parcours de soins » des personnes âgées émerge de la part des pouvoirs publics. Depuis 2009, la loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « *d'orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social* » ; et de « *s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients* » (article L.4130-1 du code de la santé publique). Elle confère donc au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours, de relais des politiques de santé publique, dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé. En 2011 le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a identifié que, dans le cas de la prise en charge des personnes âgées, le médecin généraliste de premier recours a besoin d'un « appui fonctionnel »¹⁸⁹ afin de garantir un parcours de soins efficient¹⁹⁰ et l'a donc invité à recourir à une diversité d'intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social). Pour sa part, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS, 2012) affirme en 2012 que dans le cas complexe des personnes âgées il y a surtout besoin de coordonner les acteurs et dispositifs déjà en place¹⁹¹.

Pour les autorités publiques, une amélioration de l'organisation du parcours de soins des personnes âgées, qui fait consensus dans les rapports successifs du HCAAM (2010 ; 2011) et de la DGOS (2012), permettrait de répondre à la fois à l'objectif de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées, d'améliorer leur qualité de vie et à celui de maîtrise de la dépense. La Cour des Comptes (2012) encourage également une évolution à cet égard soulignant que les personnes âgées représentent toujours une part importante des passages aux urgences hospitalières : « la proportion de

¹⁸⁸ Loi hospitalière du 30 décembre 1970.

¹⁸⁹ « *Celui-ci peut comporter un diagnostic sur les besoins d'aménagement du domicile, un avis d'expert visant à améliorer le mode de recours aux soins hospitaliers, un diagnostic sur les besoins d'auxiliaire de vie, un suivi de la prise en charge globale et de la coordination des intervenants, une intervention d'autres professionnels pour la formation et l'information de l'entourage familial* » DGOS (2012).

¹⁹⁰ Rapport du HCAAM du 23 juin 2011 « Assurance maladie et perte d'autonomie : Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées », pp. 85-86

¹⁹¹ La DGOS met en évidence que lorsque la loi a conféré le rôle pivot dans l'organisation de soins aux médecins généralistes (en 2009), plusieurs autres acteurs intégraient dans leur activité une fonction de coordination des soins de proximité (depuis 2002), notamment les maisons de santé, les centres de santé, les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements de santé (notamment à travers les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatriques) et médico-sociaux et les autres structures médico-sociales (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés [SAMSAH], maisons départementales des personnes handicapées [MDPH], etc.). Pour la DGOS, il faudrait redéfinir le positionnement des réseaux pour qu'ils évoluent vers une fonction d'appui de la coordination. La direction souligne que le nombre de patients inclus dans les réseaux de santé gérontologiques est relativement faible : la moyenne est de 292 patients inclus, mais l'éventail va de 25 à 1605 patients, avec un plancher prévu de 150 patients.

celles de plus de 75 ans atteint 12 %, soit une fréquentation d'un tiers supérieure à leur part au sein de la population (9 %), le taux de recours des personnes de 80 ans et plus s'élève à 40 % ».

L'intérêt soutenu pour l'amélioration du parcours de soins des personnes âgées a amené à redéfinir les rôles des différents professionnels de santé dans le système de soins (notamment médecins traitants, infirmiers et pharmaciens) et à revaloriser leur expertise dans le domaine du médicament. Cette réflexion a conduit progressivement à l'élaboration d'un certain nombre d'outils de coordination entre professionnels de santé. Nous montrerons que ces outils, tels que le plan personnalisé de santé (PPS) dans le cadre du programme Paerpa, le Bilan de médicaments réalisé par le pharmacien et plus récemment « l'acte infirmier », participent au changement de perspective des autorités publiques vis-à-vis de la réflexion de la prise en charge thérapeutique au sein d'un parcours de soins coordonné. Explorer la mise en place de ces outils nous donne l'opportunité d'aborder deux éléments qui montrent la tendance actuelle du problème. Nous montrerons tout d'abord que ces outils de coordination tendent à reposer sur le patient plus que sur une réelle coordination entre professionnels. Nous montrerons ensuite que ces actions de coordination ont tendance à dissiper/invisibiliser la question de la prescription médicamenteuse pour les personnes âgées.

2.4.2. Des actions de coordination qui reposent davantage sur le changement de comportement des patients

Des outils pour améliorer la prise en charge coordonnée des personnes âgées ont été mis en place depuis les années 2010. L'objectif de réduire la « polymédication » chez les personnes âgées réapparaît sporadiquement au cours du temps en fonction de l'émergence de ces outils. Cependant, si le discours des autorités publiques consiste à encourager la coordination pluriprofessionnelle pour améliorer la qualité de vie et la prise en charge thérapeutique, il ne se traduit pas dans les faits. De plus, nous observons que les outils de coordination qui mentionnent spécifiquement une réduction de la polymédication accordent une place particulière aux changements d'habitudes des patients en ce qui concerne l'usage des médicaments. La question de l'éducation thérapeutique des malades irrigue tous ces outils, tandis que la coordination professionnelle notamment autour de la prescription médicamenteuse reste au second plan.

Dans son rapport de 2011, le HCAAM (2011) a montré qu'une amélioration de la coordination entre les acteurs du système de soins, du secteur médico-social, et du secteur social, améliorerait l'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie¹⁹² et serait source d'économies

¹⁹² La notion comprend l'ensemble de personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes, mais dont l'état de santé (physique, psychique et social) est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre social et/ou médical.

pour l'assurance maladie. Il a ainsi recommandé la mise en place de projets pilotes organisant des parcours de santé. Ces projets pilotes cherchent à inscrire chaque étape du parcours dans une démarche de prévention de facteurs de risque de perte d'autonomie. Ceci a conduit à la réalisation de projets, puis d'expérimentations sur le Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa). La mise en place du projet Paerpa a suscité une meilleure connaissance de la prise en charge actuelle des personnes âgées. C'est dans le contexte de mise en œuvre de ce projet que s'inscrit la recherche de nouvelles données sur la consommation de médicaments des personnes âgées, notamment par l'Assurance maladie (Calvet, 2012)¹⁹³. Une des orientations de ce projet est la réduction des hospitalisations évitables et de la iatrogénie médicamenteuse pour les personnes âgées. D'après le rapport de l'IGAS (2013) qui rend compte de la mise en œuvre des projets Paerpa, les problèmes liés aux médicaments (iatrogénie, le plus souvent, mais aussi problème d'observance et insuffisance de traitement), la dénutrition, la dépression et les chutes, sont ainsi considérés comme des facteurs de risque d'hospitalisation qui peuvent être en partie prévenus en recourant à une optimisation diagnostique et thérapeutique, à l'éducation thérapeutique des malades et à une meilleure coordination entre professionnels de santé. Afin de formaliser ce travail, un outil de coordination a été proposé : le Plan personnalisé de santé (PPS).

La Haute Autorité de santé (HAS) a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS)¹⁹⁴ à la demande du ministère des Affaires Sociales et de la Santé, dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations Paerpa¹⁹⁵. Cet outil a pour objectif d'améliorer la coordination entre les professionnels du secteur ambulatoire et hospitalier, et ainsi de prévenir la perte d'autonomie, de réduire la « polymédication » inappropriée, d'aboutir à l'optimisation thérapeutique, et à l'adaptation de la prise en charge pour prévenir les réhospitalisations en urgence¹⁹⁶. En d'autres termes, « réduire la polymédication » inappropriée est une manière d'intervenir sur la « fragilité » en réduisant le risque

¹⁹³ Ces données ont cependant abouti à très peu d'études, et surtout à des études qui cherchent à souligner la prévalence de la polymédication des personnes âgées (Le Cossec et Sermet, 2015 ; Herr, Sirven et *al.*, 2018).

¹⁹⁴ Concrètement le PPS est un document rempli par les différents intervenants à partir de la situation clinique d'un patient individuel. Il est composé de : 1) un formulaire qui recueille les informations générales sur la personne et ses contacts utiles (coordonnées par exemple des : médecin traitant, infirmier, pharmacie, gériatre, SSIAD, travailleur social, etc.). 2) un plan d'action, à la fois de soins et d'aides sociales, qui détaille l'action pour chaque problème rencontré (par ex. problèmes liés aux médicaments, problèmes de santé, de mobilité, etc.), l'objectif envisagé, l'action à mener, l'intervenant et l'attente de résultats. Par exemple, pour un plan de soin, l'identification d'un problème lié aux médicaments associé à un trouble psychiatrique il sera envisagé d'optimiser le traitement psychotrope (ajustement du traitement psychiatrique avec diminution du risque iatrogénique — observance). 3) une check-list de problèmes (sur une page) permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter, de suivre la réalisation et les résultats des actions et d'ajouter si nécessaire.

¹⁹⁵ HAS, Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA, Guide maladie chronique — Mis en ligne le 21 déc. 2015

¹⁹⁶ Deux représentants de la HAS ont publié un document mettant en exergue 5 points élaborés dans les différents travaux de la HAS afin de répondre à une médecine de parcours qui permet de comprendre l'ensemble du cadre théorique. Voir : Bataillon R. et Grenier C. (2017), « La médecine de parcours : l'exemple de la prise en charge des sujets âgés », *La revue du praticien*, vol. 67, novembre, pp. 955-959.

de dégradation de la santé et d'évolution vers la dépendance (HAS, 2013 ; Herr, Sirven et *al.*, 2018). Le PPS vise également à formaliser les actions autour de l'éducation thérapeutique des malades afin de « parfaire l'observance ». Il faut mettre en exergue ici l'investissement des autorités publiques sur cet outil. Des formations pluriprofessionnelles valant DPC labellisées « Paerpa » sont mises à la disposition des professionnels de santé libéraux pour approfondir les méthodes permettant de formaliser et de suivre un PPS. De plus, des exemples concrets pour apprendre à remplir un PPS à partir des vignettes cliniques sont mis en ligne par la HAS¹⁹⁷.

Selon la HAS, la coordination entre les professionnels et avec les patients est un facteur déterminant de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prescriptions de médicaments afin de réduire l'impact sanitaire des risques liés aux effets indésirables. De là l'importance accordée à la redéfinition des rôles et des interventions de chaque acteur : médecin, infirmière, pharmacien et réseau de soin pour faire en sorte qu'ils travaillent ensemble¹⁹⁸. En ce qui concerne l'implication des patients, la HAS recommande à tous ces acteurs de mettre en place l'éducation thérapeutique des patients âgés « polymédicamentés »¹⁹⁹. Afin d'optimiser les prescriptions médicamenteuses, il est également recommandé aux professionnels de santé de s'appuyer sur les outils élaborés par la HAS au milieu des années 2000, notamment le PMSA (programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé). L'actualisation de ces référentiels en 2015²⁰⁰ montre leur articulation avec les outils de coordination (par ex. ils recommandent de mettre en place un PPS) et met en exergue l'importance de l'éducation thérapeutique des patients (notamment l'observance)²⁰¹.

¹⁹⁷ Voir par exemple : HAS, « Modèle de Plan Personnalisé de Santé (PPS) », Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, septembre 2015 ; www.has-sante.fr

¹⁹⁸ HAS (2014), « Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? », Points clés, solutions et organisation des parcours, septembre 2014 ; https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf

¹⁹⁹ Pour le faire, la HAS a adopté en 2014 un cadre référentiel pour l'ETP des patients polymédicamentés et polypathologiques largement inspiré du programme OMAGE : Cadre référentiel ETP PAERPA Polypathologie – polymédication, septembre 2014 ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa_polypathologie.pdf. Comme nous l'avons vu plus haut, le programme OMAGE, d'éducation thérapeutique des patients servant à réduire la ré-hospitalisation en urgence et réduire les risques iatrogènes, coordonné par la Pr Legrain a été repris par la HAS et intégré à Paerpa.

²⁰⁰ Tel est par exemple le cas de l'outil mis en place par la HAS en 2015 : HAS (2015), « Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires », Outils d'amélioration des pratiques professionnelles, Mis en ligne le 04 juin 2015. Cette fiche donne un exemple de « ce qu'il faut faire » lors de la prise en charge de patients autonomes ou de patients en perte d'autonomie. Par exemple, face à la coexistence de plusieurs pathologies chez un patient autonome, établir des priorités entre les objectifs et les traitements et gérer la polymédication, prioriser la coopération avec le spécialiste d'organe, éduquer le patient, envisager un PPS. Selon la HAS cette fiche propose « une approche globale centrée sur la personne âgée et sa polypathologie ».

²⁰¹ L'adéquation de la prise des médicaments par le patient conforme à la prescription des médecins.

On identifie ici un changement du discours public sur le problème qui nous concerne. En intégrant la question de la prescription médicamenteuse aux réflexions sur la coordination des soins, les pouvoirs publics enrichissent la problématisation des liens entre personnes âgées et médicaments. De plus, à différence de la période antérieure il est également recommandé aux médecins de mettre en place des thérapeutiques non-médicamenteuses lorsque la situation le permet. Cependant, l'importance donnée dans ces outils à la question de l'éducation thérapeutique et à la prise des médicaments prescrits ou en automédication par les patients montre une tendance à faire reposer la coordination sur le patient. Cette tendance est encore plus marquée dans deux autres outils de coordination.

En 2017, un autre « outil de coordination » : le « Bilan Partagé de Médication » (BPM)²⁰², a été mis en place par le ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et les organisations de médecins et de pharmaciens, afin d'accompagner les « patients âgés polymédiqués ». Ce bilan a pour objectif de *« réduire le risque d'effets indésirables liés aux médicaments (EIM), d'apporter des réponses aux interrogations du patient concernant ses traitements et d'améliorer l'observance thérapeutique »*²⁰³. Ce dispositif est conçu pour les patients âgés qui ont plus de 65 ans et prennent plus de 5 médicaments par jours²⁰⁴. Pour les autorités publiques, il est question de valoriser le rôle de conseil du pharmacien²⁰⁵. Il doit ainsi lutter contre le risque de iatrogénie et de mauvaise observance du traitement. Pour qu'il soit « partagé », la HAS souligne que lorsque ce BPM réalisé par le pharmacien est envoyé au médecin traitant, ces informations pourraient lui servir à évaluer ses propres pratiques et à améliorer la qualité de ses prescriptions²⁰⁶. Néanmoins, le dispositif valorise le travail individuel entre le pharmacien et le patient et vise directement le changement de comportement des patients âgés.

²⁰² La HAS définit le bilan partagé de médication comme « *une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés* ».

²⁰³ Avis n° 2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relative aux supports d'accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d'officine — le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201710/ac_2017_0082_CNAMts_bilan_medication_cd_2017_10_04_vd.pdf

²⁰⁴ Ces acteurs ont donné la responsabilité d'effectuer le BPM aux pharmaciens d'officine, le pharmacien étant rémunéré directement par l'Assurance maladie (autour de 60 euros par BPM) à condition que le patient concerné : a) bénéficie de traitements par au moins 5 molécules (1 médicament contient 1 ou plusieurs molécules) pendant au moins 6 mois ; et b) soit âgé de 65 ans ou plus et bénéficie d'une prise en charge en affection de longue durée (ALD).

²⁰⁵ En pratique concrète, la réalisation de ce bilan consiste à remplir un tableau à colonnes parallèles qui compare les pathologies, les traitements, l'adhésion du patient aux traitements et les possibles « optimisations » qui peut faire le médecin. Ces optimisations qui se traduisent par des conseils pharmacien se font notamment en fonction des recommandations et règles de prescription disponibles (par exemple une recommandation de substitution de l'un des médicaments par un traitement non médicamenteux).

²⁰⁶ Il faut mettre en évidence que ce type de bilan est similaire à celui proposé dans le cadre du programme OMAGE et dans le programme PMSA de la HAS, servant notamment à l'évaluation de pratiques professionnelles (EPP).

Plus récemment, l'assurance maladie a annoncé une démarche concernant les infirmiers, qui s'inscrit en complémentarité avec le bilan de médication réalisé par le pharmacien, pour les patients âgés polymédiqués²⁰⁷. L'article 5.4 de l'avenant 6 à la convention nationale entre les infirmiers et l'Assurance maladie, signé en mars 2019, prévoit d'inscrire un nouvel acte d'accompagnement à la prise médicamenteuse qui entrera en vigueur en 2022. Il est souligné par l'assurance maladie, que cet accompagnement de patients à domicile « en coordination avec le médecin traitant » a pour objet de « *favoriser l'adhésion au traitement, l'observance médicamenteuse, de prévenir les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations inopportunes (information, éducation du patient, gestion du stock des médicaments, administration du médicament, détection des effets indésirables)* ».

Nous observons donc l'émergence sporadique d'actions de coordination qui ont pour objectif de limiter les risques liés à la « polymédication » chez les personnes âgées : le PPS en 2014, le BPM en 2017 et l'acte infirmière prévu pour 2022. À différence de la période antérieure, la mise en place de ces outils montre que la question de la pratique de prescription isolée perd sa centralité dans la réflexion sur la prise en charge thérapeutique des personnes âgées en faveur de la coordination. Cependant, ces outils ont tendance à s'appuyer davantage sur l'éducation et l'adhésion des patients aux thérapeutiques prescrites plutôt que sur la collaboration autour du travail de prescription des médecins.

2.4.3. Une dissipation du problème des prescriptions médicamenteuses pour les personnes âgées dans les actions globales sur la coordination de soins

Malgré l'enrichissement de sa problématisation avec l'intégration de la question de la coordination, la réflexion sur la prescription aux personnes âgées rencontre donc des limites dans la pratique. Le manque de coordination réelle entre professionnels démontré dans des études récentes peut être interprété comme résultant aussi bien de la fragilité des outils mis en place pour faire changer les pratiques que de la difficulté ou du refus d'une partie de ces professionnels à vouloir se coordonner sous les modalités proposées. Toutefois, la marge de manœuvre des acteurs publics semble réduite notamment en termes de capacité de persuasion pour faire travailler ensemble les différents professionnels de santé. Les enjeux de la prescription médicamenteuse et notamment la coordination entre différents prescripteurs tendent paradoxalement à se dissoudre dans l'ensemble des outils de coordination mis en place. Cette tendance est d'autant plus marquée en raison de l'insuffisance des outils d'aide à la prescription pour aborder la « polymédication ».

²⁰⁷ CNAMTS (2019), « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2020 », Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2020 (loi du 13 août 2004), juillet 2019, pp. 125.

Une étude de l'IRDES (2019), qui évalue l'impact de la réalisation d'un Plan personnalisé de santé (PPS) sur les parcours de soins montre que le PPS n'a aucun effet significatif sur les hospitalisations évitables, la « polymédication » ou le recours aux urgences²⁰⁸. Ce document souligne ainsi que l'amélioration de la prescription médicamenteuse et le recours aux hospitalisations évitables des personnes âgées ne peuvent pas être favorisés en l'absence d'une coordination des interventions entre médecins spécialistes et acteurs hospitaliers. Cette collaboration est déterminante pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge globale.

La collaboration entre professionnels du secteur ambulatoire est également identifiée comme une priorité pour l'amélioration globale de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées. Cependant, une enquête de la DREES (2017a) auprès de 2038 médecins généralistes affirme que plus de la moitié estiment insuffisante la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens en matière de « polymédication ». En ce qui concerne le Bilan Partagé de Médicaments présenté avant tout comme un « outil de coordination », il reflète principalement le travail individuel du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. Cette limite était déjà identifiée par la HAS au moment de son lancement : « *Toutefois, dans le bilan de médication, tel que décrit, les échanges directs pharmacien d'officine / médecin traitant semblent limités, alors que la littérature nous apprend que c'est la collaboration augmentée entre le pharmacien et le médecin qui permet une adaptation effective de la prescription* »²⁰⁹. Il faut ici noter que si les organismes publics assument une marge de manœuvre réduite sur la façon de travailler entre professionnels de santé, la question de limiter la polymédication continue aujourd'hui à être une composante systématique des projets conçus pour améliorer la coordination des soins auprès des personnes âgées²¹⁰. Or, la coordination entre les acteurs de la prescription, en l'occurrence médecins et pharmaciens, ne fonctionne pas. De surcroît, dans la réflexion plus générale sur la coordination des soins, les actions se concentrent sur un changement de comportements des patients.

Les outils mis en place en direction des médecins pour réguler les pratiques de prescription à l'attention des personnes âgées montrent également leurs limites pour aborder le problème de la polymédication depuis les années 2010. L'enquête de la DREES (2017a) auprès des médecins généralistes a constaté l'insuffisance des aides à la décision pour les cas spécifiques des personnes

²⁰⁸ Néanmoins, cette étude montre que le PPS a un impact positif et direct sur l'augmentation des dépenses « infirmières à domicile » accompagné d'une réduction des dépenses de soins de généralistes et de médicaments.

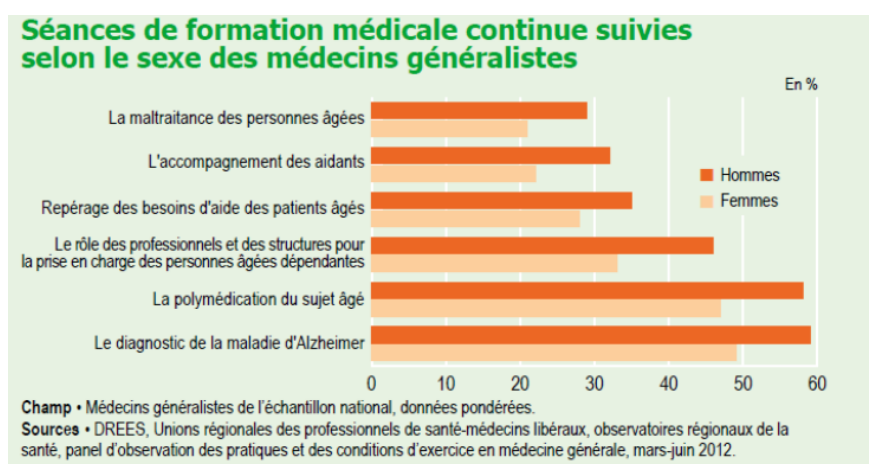
²⁰⁹ Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux supports d'accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d'officine - le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux.

²¹⁰ Il faut noter qu'en avril 2019, l'investissement des pharmaciens dans le bilan de médication a été jugé décevant par l'Assurance maladie, avec seulement 3 000 officines qui sont entrées dans le dispositif : « *Seulement 15 % des pharmacies ont réalisé des bilans de médication, soit 3 000 officines environ* » ; Charlotte Demarti, « 15 % des pharmacies ont réalisé des bilans partagés de médication », *Le quotidien du pharmacien*, publié le 01 avril 2019.

âgées. Pour les médecins, ces recommandations sont peu adaptées à leur pratique courante auprès des personnes âgées : pour 8 médecins sur 10, les guides de bonnes pratiques disponibles pour chaque pathologie chronique apportent une aide concrète, mais sont difficiles à appliquer pour les patients souffrant de plusieurs maladies chroniques (DREES, 2017a). La persistance de l'approche par pathologie isolée dans les outils d'aide à la prescription ne semble pas à la hauteur des réflexions autour de la coordination. Cette approche est critiquée par les médecins alors que, comme nous l'avons vu, les nouveaux guides de bonnes pratiques intègrent sur le papier les outils de coordination pour « optimiser la prescription ».

Néanmoins, si la collaboration entre les professionnels de santé autour de la prescription médicamenteuse pour les personnes âgées ne se traduit pas dans la pratique actuelle des médecins, l'intérêt pour améliorer leurs connaissances sur la polymédication est pourtant marqué chez certains médecins. Une enquête réalisée auprès de 2019 médecins généralistes publiée par la DREES (2014a) montre que les trois quarts des médecins déclarent avoir suivi au moins une séance de formation médicale continue (FMC) sur les patients âgés, parmi les formations les plus souvent citées étaient celles relatives à la « polymédication du sujet âgé » (55 %).

Graphique n° IV : Formation des médecins au sujet de la « polymédication du sujet âgé » en 2012



Graphique 4 : Séance de FMC sur la "polymédication du sujet âgé" [DREES, 2014]

Source : DREES (2014a), « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Etudes et résultats*, n° 869, février, pp. 2

Les initiatives mises en place pour résoudre le problème du cloisonnement entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ont clairement pris en compte la question de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées comme un enjeu important. L'attribution de la responsabilité du problème de la « polymédication » comprend désormais l'ensemble des professionnels et les patients, même si les outils de coordination ne suffisent pas pour aboutir à une

réelle coopération dans la pratique²¹¹. Nous verrons dans les prochains chapitres de cette thèse que, sur le terrain, cette évolution ne se traduit pas fortement dans la transformation des pratiques. Il est possible d'affirmer que faute de moyens pour agir sur les habitudes professionnelles, les acteurs publics compensent ces actions par des campagnes d'information sur le bon usage du médicament auprès des patients âgés. Cette tendance actuelle — au basculement d'une responsabilisation de prescripteurs vers une responsabilisation de patients — est bien représentée dans la sphère médiatique. On peut donc conclure que la question de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées est toujours dans l'agenda public, mais elle perd en visibilité dans les actions de coordination qui ne font pas de cet enjeu une thématique prioritaire autour de laquelle les différents professionnels de santé peuvent et/ou veulent travailler ensemble.

3. Le problème dans la sphère médiatique : une visibilité sporadique

3.1. La presse *Sud-Ouest* comme acteur et comme outil d'interprétation du problème

Dans cette section nous abordons une instance de mise en visibilité et d'interprétation de cette problématisation au travers du journal *Sud-Ouest*. Elle répond à plusieurs objectifs. Elle nous sert en tant qu'outil de démonstration de notre thèse, c'est-à-dire à mettre en évidence la transformation des dimensions dominantes de la construction du problème de la prescription aux personnes âgées, un processus au cours duquel les enjeux de réponse politique prennent progressivement le pas sur les enjeux de savoir. Elle nous permet aussi de montrer comment la reprise par les médias du travail de problématisation des acteurs s'accompagne d'un travail de sélection et de hiérarchisation des événements, qui vise à traiter le problème à partir du point de vue des patients et de la responsabilisation. L'objectif de cette partie est également ainsi de montrer comment la presse contribue à solidifier le problème en donnant la parole à certains professionnels, puis à certains acteurs publics.

²¹¹ Une autre question actuelle se pose sur la coordination des différents « outils de coordination » qui s'ajoute à la complexité d'un système de soins cloisonné entre les différents secteurs. En 2018, le HCAAM observe que cette coordination est difficile en raison de la segmentation de l'offre de soins disponible : « cette coordination est rendue difficile par une organisation et des financements en silos, une absence de leadership et de capacité à investir, des difficultés à faire travailler les acteurs ensemble, et un système d'information encore insuffisamment interopérable ». — cette complexité est encore difficile à résoudre : une des raisons de cette difficulté est de faire travailler ensemble les différents professionnels. Voir : HCAAM, « Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 ». Avis adopté à l'unanimité le 22 novembre 2018.

Nous allons ainsi mettre en évidence l'existence de deux séquences dans les publications de cette presse régionale. Dans les années 1990 *Sud-Ouest* joue avant tout un rôle de forum pour faire entendre la voix des gériatres, se faisant écho de leur mobilisation pour alerter les médecins généralistes des dangers de l'accumulation de prescriptions. À partir des années 2000, avec la solidification de l'existence du problème public et les initiatives des pouvoirs publics, *Sud-Ouest* élabore un discours à destination plus directement des lecteurs et notamment des personnes âgées en les incitant à prendre conscience de leur part de responsabilité dans le problème. La presse élabore ainsi un travail de traduction des savoirs scientifiques et du vocabulaire technique des acteurs pour attirer l'attention des lecteurs et particulièrement des personnes âgées sur leurs propres pratiques.

Il faut affirmer d'emblée que cet enjeu n'est pas une « affaire médiatique » à l'instar par exemple de ce que Nicolas Didier a pu étudier autour des essais du traitement du sida par la Ciclosporine et caractérisé par des tensions entre la sphère spécialisée et la sphère publique (Dodier, 1999). Le nombre d'articles au cours des trente années qui suivent les premières publications significatives sur le rapport des personnes âgées aux médicaments dans la presse ne connaît pas de pics considérables. Le sujet connaît cependant une publicisation sporadique, avec donc des périodes de montée et de dissipation de l'intérêt médiatique dans le temps :

- **Sélection d'articles de presse sur le thème « vieillesse et médicaments »**

Cette revue se base sur une recherche dans la base des données Europresse d'articles parus dans les journaux *Le Monde* et *Sud-Ouest* dans la période 1960-2019. La recherche a été effectuée par décennies afin de mieux observer l'importance donnée au lien entre personnes âgées et médicaments à chaque période. Les mots clés utilisés étaient :

Médicament et (surprescription ou iatrogénie ou surconsommation ou « bon usage » ou polymédication et « maîtrise des dépenses » ou « coûts de la santé » ou « qualité des soins » ou « associations médicamenteuses ou mésusage ») et (vieillesse ou « personnes âgées »).

Ceci a donné dans l'ensemble *Le Monde* et *Sud-Ouest* 386 résultats dont 201 articles ont été choisis après lecture et élimination des faux positifs. La période 1960-1975 n'a pas été représentée par son manque de focalisation sur le sujet. L'exposition des résultats ci-bas commence en 1975 avec coupures de 5 ans qui reflètent mieux le caractère sporadique des publications. On observe que depuis la fin des années 1980, plus de la moitié d'articles proviennent de *Sud-Ouest*, ce qui souligne l'intérêt croissant de la région pour les questions de la consommation de médicaments au cours du vieillissement. Toutefois, l'intérêt décroît depuis la fin de la deuxième décennie des années 2000., c'est pourquoi l'exposition de résultats commence en 1975 avec coupures de 5 ans qui reflète mieux le caractère sporadique des publications :

- Du 31 décembre 1975 au 1er janvier 1980 = 10 articles, dont 2 dans *Sud-Ouest*
- Du 1er janvier 1980 au 31 décembre 1985 = 16 articles, dont 4 dans *Sud-Ouest*
- Du 31 décembre 1985 au 1er janvier 1990 = 10 articles, dont 3 dans *Sud-Ouest*
- Du 1er janvier 1990 au 31 décembre 1995 = 20 articles, dont 11 dans *Sud-Ouest*
- Du 31 décembre 1995 au 1er janvier 2000 = 24 articles, dont 14 dans *Sud-Ouest*
- Du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2005 = 41 articles, dont 18 dans *Sud-Ouest*
- Du 31 décembre 2005 au 1er janvier 2010 = 25 articles, dont 16 dans *Sud-Ouest*
- Du 31 décembre 2010 au 1er janvier 2015 = 34 articles, dont 11 dans *Sud-Ouest*
- Du 1er janvier 2015 au 28 mai 2019 = 21 articles, dont 8 dans *Sud-Ouest*

* Entre 1990 et 2000, on observe une montée du traitement de notre sujet dans la presse à partir de la fin des années 1980, coïncidant avec le lancement des premières cohortes en France et la montée d'études épidémiologiques et pharmacologiques autour des personnes âgées dans la zone Sud-Ouest de la France.

**Entre 2000 et 2015, on observe un pic dans le traitement de notre sujet dans la presse. Celui-ci coïncide avec la crise de la canicule de 2003 et la reconnaissance institutionnelle du problème à partir de la loi de santé publique de 2004 qui a déclenché une multiplicité d'actions sur le bon usage du médicament auprès des professionnels de santé et des patients.

*** À partir de 2010, on observe un certain infléchissement dans le traitement par la presse qui souligne la dissipation de la problématisation

Encadré 3 : Revue de presse [Méthode et résultats]

Ces publications nous permettent de rendre compte à nouveau des dynamiques que nous avons étudiées dans les sphères professionnelle et administrative-institutionnelle qui sont au cœur du travail de problématisation. Nous observons dans la presse une montée de l'attention à ce problème entre 1990 et 2000 (25 articles dans *Sud-Ouest* contre 9 entre 1975 et 1990). La presse rend visible l'accumulation de connaissances et de chiffres sur la consommation et la prescription, fait intervenir les acteurs qui les produisent (notamment les professionnels de santé) et se fait l'écho de la mobilisation notamment des gériatres, s'accordant avec eux pour réclamer une amélioration de la prescription de médicaments et pour prévenir les risques iatrogènes. Entre 2005 et 2010, nous observons la plus grande quantité de

publications dans la presse sur les enjeux liés à la consommation de médicaments chez les personnes âgées (34 dans *Sud-Ouest*). Ce moment correspond à une reconnaissance institutionnelle plus marquée du problème et à une cristallisation du problème avec le terme « polymédication » dans la sphère étatique. Parmi la multiplicité d'initiatives engagées par différents acteurs publics pour répondre au problème de la « prise de médicaments multiples, prescrits par les médecins ou en automédication »²¹², la presse donne plus de visibilité aux actions mises en place pour agir sur le comportement des patients. Entre 2010 et 2019, nous constatons une baisse d'intérêt de la sphère médiatique pour ce sujet. Si les articles publiés durant cette période (19 articles dans *Sud-Ouest*) se caractérisent encore par la publicisation des actions d'information sur le bon usage de médicament en direction des patients, depuis 2014 certaines publications (parmi 8 articles dans *Sud-Ouest*) reflètent le changement de perspective des pouvoirs publics en ce qui concerne la coordination du parcours de soins. Néanmoins, nous observons une perte de centralité de la question de la prescription de médicaments multiples.

Les éléments mis en lumière par notre analyse de la publicisation du problème²¹³ font faire écho aux 3 grands éléments identifiés par la littérature de sociologie politique comme des conditions nécessaires à l'émergence publique d'un problème social.

Le premier est un niveau de connaissance suffisant et la construction de chiffres qui permet sa diffusion dans la presse. Ainsi, la presse se fait écho du problème à partir de la production de connaissances basée sur des chiffres sur la consommation et/ou la prescription de médicaments survenue notamment dans la première instance de constitution du problème dans la sphère professionnelle. Or, ce problème a été faiblement accompagné d'un progrès dans la production de nouvelles connaissances et données statistiques, raison pour laquelle la publicisation n'a pas été soutenue (Bosk et Hilgartner, 1988). Comme nous l'avons vu antérieurement des études ponctuelles ont été élaborées et des chiffres plus globaux sur la polymédication sont apparus en 2015²¹⁴. Cet élément explique les pics d'information et l'infléchissement dans la visibilité du problème dans la période actuelle. Le caractère parcellaire des données sur la consommation ou la prescription chez les personnes âgées concourt aussi à expliquer pourquoi la presse a progressivement donné plus de visibilité aux actions publiques mises en place en direction des patients.

²¹² Comme nous l'avons montré, c'est dans ces termes que le problème de la « polymédication » a été pris dans la sphère administrative-institutionnelle.

²¹³ Si l'on se réfère au modèle de construction de problème public étudié par Felster et *al.* (1980-1981), la publicisation du problème notamment dans la presse correspond à une opération décrite comme une étape de « claiming » qui implique la formulation d'une réclamation auprès des autorités publiques.

²¹⁴ Comme nous l'avons vu, la production de nouvelles données a été ponctuelle, pour accompagner tel ou tel projet, par exemple au moment du lancement du projet Paerpa (Calvet, 2012).

Le deuxième élément est relatif au contexte idéologique, culturel et politique qui favorise (ou non) la visibilité d'un problème. À cet égard, nous observons dans la presse le recours à un vocabulaire pour décrire le problème qui reflète la représentation croissante de la dangerosité des médicaments : « surconsommation », « excès dans la consommation », « inutilité de la prescription ». D'autre part, en s'appuyant sur les nouvelles normes et valeurs qui structurent le champ de la santé telle que les droits des malades²¹⁵, la presse souligne la mauvaise utilisation de médicaments par les patients comme problème. La publicisation du problème associée à la responsabilité des patients est visible dans la presse depuis le début des années 2000, alors que dans le même temps la critique sur les habitudes de prescription se dissipe et tend à disparaître.

Le dernier élément concerne la mobilisation d'acteurs rendant public le problème. Or, la mobilisation de ces acteurs tant professionnels qu'administratifs et institutionnels est changeante dans le temps. De ce fait, dans la presse, certains acteurs sont surreprésentés à certains moments (par exemple les gériatres dans les années 1990-2000, appuyés sur le discours épidémiologique, mais motivés par des intérêts professionnels, les acteurs publics et privés à partir des années 2000, motivés par des intérêts économiques et sanitaires), tandis que d'autres sont sous-représentés ou absents (par exemple les médecins dont les pratiques sont mises en question). Il faut de plus souligner que si la presse adopte le point de vue des patients, la représentation du discours des personnes âgées elles-mêmes est absente²¹⁶.

À cet égard, nous pouvons enfin souligner que le travail des journalistes constitue lui aussi une forme de mobilisation, et s'articule donc au travail de problématisation des acteurs de la sphère professionnelle et de la sphère publique.

Nous présenterons dans la suite de cette section les principales séquences dans la publicisation du travail de problématisation des acteurs spécialisés et publics.

3.2. Une montée du problème des prescriptions médicamenteuses dans la presse : une attention donnée aux acteurs scientifiques et professionnels

Dans le journal *Sud-Ouest*, les articles de la période 1990-2000 sont marqués par la mobilisation des connaissances scientifiques disponibles sur les rapports problématiques entre personnes âgées et

²¹⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²¹⁶ Ceci est une différence forte avec les publications autour du rapport des personnes âgées aux médicaments que nous avons pu observer dans *Le Monde*, qui depuis la fin des années 2010 se base sur des enquêtes auprès d'elles en maison de retraite.

médicaments et par la force dramatique accordée au problème de l'exposition aux effets indésirables, malgré l'instabilité des termes utilisés pour le nommer.

Cette période se caractérise ainsi par des articles qui mobilisent les connaissances et les études empiriques sur la consommation ou la prescription de médicaments chez les personnes âgées produites dans la sphère professionnelle (scientifique et médicale). Tout au long de la période, le quotidien régional met de plus en plus en avant des données statistiques tirées des études régionales pharmacoépidémiologiques que ce soit sur la base d'enquêtes de petite taille ou de cohorte (à l'instar de Paquid). La presse fait intervenir notamment des gériatres qui rappellent les chiffres tirés de ces études : le nombre de médicaments pris par jour, l'estimation du pourcentage d'effets indésirables dans les ordonnances et du pourcentage des hospitalisations causées par cette situation²¹⁷. La plupart des articles reposent sur des interviews avec eux, ou sur la reprise des discours qu'ils ont prononcés dans le cadre d'événements sur la santé des personnes âgées organisés dans la région. Une autre caractéristique de cette période est d'ailleurs la médiatisation des événements professionnels, scientifiques ou publics autour de l'enjeu qui associe personnes âgées et médicaments qui s'organisent dans la région. Ces événements, tels que congrès et forums de santé, sont notamment organisés par l'Assurance maladie, les centres hospitaliers régionaux, les municipalités, la mutualité et des acteurs locaux. Ils se font à la fois à destination des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers) et des patients.

Le centre des interprétations sur l'enjeu liant personnes âgées et médicaments est la prescription des médecins. Les qualificatifs les plus utilisés dans les articles pour interpréter le problème de la prescription sont : « multiples », « inutiles », « dangereux », « abusives » et « inadaptées ». La critique de la prescription du médecin se fait progressivement présente dans les articles de presse. Par exemple, un article se focalise sur le discours du Pr Jean-Paul Emeriau (service de gériatrie, CHU-Bordeaux)²¹⁸ qui collabore dans un événement organisé par l'Assurance maladie dans le cadre de la maîtrise

²¹⁷ Par exemple, en 1994, *Sud-Ouest* publie une étude réalisée dans le Nord-Finistère auprès de personnes de plus de 70 ans. En s'appuyant sur cette étude, le quotidien souligne que « le nombre moyen de médicaments absorbés par malade et par jour est de 4,5 avec des extrêmes allant jusqu'à 16 produits par jour ! (...) Par ailleurs, en analysant le contenu des ordonnances, les auteurs de cette étude se sont aperçus qu'il existait un risque potentiel important d'effets secondaires dans 20 % d'entre elles » ; *Sud-Ouest*, « TROISIÈME ÂGE. Gare aux médicaments ! », jeudi 29 septembre 1994. Dans un autre article, *Sud-Ouest* fait par d'un symposium organisé par le Pr Emeriau à Bordeaux où il a notamment été question de la « surconsommation » de médicaments des personnes âgées. Ce gériatre, expert de la cohorte Paquid explique que : « Chez les plus de 75 ans, la consommation moyenne est de quatre à six médicaments par jour. À cet âge-là, tout particulièrement, plus on en prend, plus il y a d'effets indésirables. 5 % des personnes âgées hospitalisées en ont trop pris » ; *Sud-Ouest*, « Le vieillissement », vendredi 26 janvier 1996.

²¹⁸ Il faut noter que le Pr Emeriau, est l'un des acteurs identifiés dans la sphère professionnelle qui a problématisé les liens entre personnes âgées et médicaments dans la genèse de sa constitution en problème, il est président de la Société française de gérontologie depuis 1994 et est devenu l'un des experts de l'étude de cohorte Paquid, co-auteur notamment d'un article issu de cette cohorte qui caractérise la prise de médicaments multiples en tant que « polymédication ».

médicalisée. Ce médecin reconnu en tant que gériatre met en question certaines « habitudes de prescription », notamment la tendance de certains médecins à prescrire les médicaments les plus récents n'ayant pas démontré une efficacité supérieure aux molécules anciennes et que cette pratique s'explique par « une certaine pression des laboratoires ». Il recommande aux médecins généralistes de mettre en œuvre une démarche de révision périodique de l'ordonnance tenant compte de l'automédication du patient et de la prescription des médecins spécialistes²¹⁹. La dramatisation de la situation dans le titre choisi par la presse de l'article est significative :

²¹⁹ Cet article est le fruit d'une interview du quotidien Sud-Ouest auprès du Pr Jean-Paul Emeriau (gériatre CHU-Bordeaux) qui se trouvait dans le jury d'une Journée de concertation de professionnels de l'Assurance maladie à Bordeaux organisée dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé. Le Pr Emeriau signale que : « [Les effets indésirables] *proviennent de prescriptions mal adaptées ou d'un comportement excessif, ces débordements sont d'un coût injustifié pour la collectivité. Mais plus graves, ils signifient une "plurimédication", c'est-à-dire la consommation de plusieurs médicaments à la fois. Ce qui entraîne souvent des complications médicales, d'autant plus dangereuses chez les personnes âgées* » ; *Sud-Ouest*, « Médicaments et personnes âgées : Attention danger. Résultats d'une étude menée en Dordogne », mercredi 28 octobre 1992

professionnelle²²⁰, le Dr Jean Pierre Bouchon (hôpital Charles-Foix d'Yvry) qui souligne : « *Des médicaments trop nombreux et parfois inefficaces encombrant les ordonnances des personnes âgées et compliquent le respect des doses et des horaires de prises* ». Résultat : on observe chez ces patients de plus en plus d'accidents provoqués par les effets secondaires des médicaments, responsables d'une part non négligeable des hospitalisations »²²¹. Nous observons que les médecins gériatres souhaitent diffuser leurs connaissances et plaident pour un changement des comportements de certains médecins, notamment la relation avec les patients et le respect de normes de prescription.

Il est intéressant de noter le rôle de « lanceurs d'alerte » que la presse *Sud-Ouest* accorde à ces médecins gériatres. Dans l'un de ces articles, le journal souligne que leur intervention vise à modifier le comportement des médecins prescripteurs : « *Les gériatres espèrent ainsi alerter le public et les médecins pour réduire la prescription avec doigté* »²²². Dans un autre article, qui médiatise le « 5^e Forum-santé sur les personnes âgées »²²³, la presse souligne que « *ce type de congrès est l'opportunité pour les gériatres, professeurs et chefs de service des centres hospitaliers de la région de présenter leurs travaux et partager leurs avis* »²²⁴. Il faut noter ici l'audience publique donnée aux acteurs de la sphère professionnelle qui produit la connaissance sur le problème. On peut donc affirmer que depuis les années 1990 la presse est un moyen pour les médecins gériatres de sortir du milieu gérontologique pour promouvoir la vision de la gériatrie vis-à-vis d'un plus grand public. Nous pouvons considérer particulièrement le rôle des gériatres en tant qu'« entrepreneurs de morale » (Becker, 1985) dans le sens où ils se mobilisent pour signaler les mauvaises pratiques d'un groupe de médecins, liées

²²⁰ Dans le livre *Alzheimer Le grand leur*, Édition Michalon, Olivier Saint-Jean et Eric Favereau racontent que dans les années quatre-vingt à la tête de l'hôpital Charles-Foix cœur de la médecine gériatrique, Jean-Pierre Bouchon était « *connu pour son intelligence et sa fine connaissance de la clinique des personnes âgées* » (Saint-Jean et Favereau, 2018 : 40). Par ailleurs, le Dr Bouchon a écrit de nombreux articles sur différents sujets liés à la santé des personnes âgées : les accidents iatrogènes en court séjour gériatrique, le raisonnement gériatrique à adopter pour déchiffrer la « décomposition fonctionnelle chez la personne âgée », les décalages entre la particularité de la patientèle âgée et l'organisation de l'offre des soins, notamment dans des revues médicales, des revues de gériatrie et des revues de sciences sociales. Le Dr Bouchon publie une grande majorité de ses articles dans la *Revue du Praticien*, dont certains co-écrits avec son élève Olivier Saint-Jean, un autre médecin gériatre reconnu dans le cercle médical et dans la sphère publique pour promouvoir une manière de soigner les personnes âgées différente à celle de la médecine dominante (pertinence thérapeutique, accompagnement, animation, prise de temps...). Voir notamment les articles : Bouchon (1979) ; Holstein, Saint-Jean, Verny, Bérigaud, Bouchon (1995).

²²¹ *Sud-Ouest*, « Cocktails du troisième âge », dimanche 21 septembre 1997.

²²² *Sud-Ouest*, « Le vieillissement », vendredi 26 janvier 1996.

²²³ Il s'agit du « 5^e Forum-santé sur les personnes âgées » organisé par le centre hospitalier de Périgueux, regroupant plus de 5 000 personnes, généralistes, médecins hospitaliers, pharmaciens d'officine, infirmiers hospitaliers et libéraux et directeurs de maison de retraite.

²²⁴ *Sud-Ouest*, « La gériatrie fait recette », vendredi 20 mars 1998.

notamment à une insuffisante prise en compte des recommandations de prescription disponibles et à une pression des laboratoires pour prescrire les médicaments les plus chers et récents.

Les journalistes de la presse régionale publient également des articles reprenant à leur compte le discours des gériatres critiques sur les habitudes de prescription et proches des actions de régulation de pratiques médicales menées par l'Assurance maladie. Par exemple, dans un article de 1998, le journaliste Alain Babaud écrit : « *En matière de santé, les statistiques font parfois froid dans le dos. Les hospitalisations de personnes âgées, par exemple, sont à 23 % d'origine médicamenteuse, c'est-à-dire causées par la prise de médicaments inappropriés ou le mélange contre-indiqué de médicaments. Dans 4 % des cas, cela entraîne la mort du patient. C'est l'une des aberrations intolérables que le système des « médecins référents* »²²⁵ *devrait gommer. Décidée dans le cadre de la réforme de la Sécu au titre de la « maîtrise des dépenses de santé* »²²⁶. La reprise dans la presse du problème à travers des chiffres de mortalité, accompagnées de phrases signifiant la peur montre que la montée de la publicisation est guidée par « l'intensité dramatique du problème » (Bosk et Hilgartner, 1988). C'est la mise en avant des événements forts comme la mort causée par des médicaments mal prescrits qui conduit à la cristallisation du problème. L'épidémiologie et la statistique sont ainsi des ressources privilégiées des gériatres et des journalistes pour rendre visible le problème.

Un autre élément qui permet d'observer la cristallisation du problème est la stabilisation de la terminologie utilisée pour qualifier le problème dans la presse. Nous observons dans cette première période une instabilité des termes qui montre l'évolution progressive de la problématisation, mais aussi un choix de termes qui visent à attirer l'attention du lecteur, comme ceux de « cocktail », de « plurimédication » puis de « polymédication ».

Le terme « cocktail » qui apparaît dans certains articles à partir de 1990 met en rapport la multiplicité de médicaments consommés par les personnes âgées et les effets indésirables associés. Il est important de signaler que ce mot met avant tout l'accent sur l'aspect toxique des associations de médicaments. Il est par exemple souligné dans un article²²⁷ que, pour les personnes âgées, les effets indésirables liés aux psychotropes sont plus fréquents du fait qu'elles absorbent d'autres médicaments

²²⁵ Le journaliste fait ici référence à la convention signée entre les caisses et les médecins généralistes le 4 décembre 1998 où ces derniers s'engagent en tant que médecins référents à prescrire les médicaments les moins coûteux et à tenir un rôle de coordination (aiguillier vers un spécialiste). Cette réforme a été mise en place jusqu'en 2004, engageant 1,2 million d'assurés et 6 100 médecins généralistes. Il a été ensuite remplacé par la réforme du médecin traitant, qui ne concerne pas seulement les omnipraticiens, mais aussi les spécialistes. Sur l'évolution de ces réformes voir : « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie » Cour des Comptes Rapport public annuel 2013.

²²⁶ *Sud-Ouest*, « Aux bons soins des "référents" », mercredi 11 mars 1998

²²⁷ *Sud-Ouest*, « Tranquillisants. La France abuse », jeudi 10 mai 1990.

en même temps (ce que l'article appelle des « cocktails redoutables »)²²⁸. Historiquement, ce terme fait référence à « cocktail lytique » (du grec *lisis*, destruction, dissolution), une association de plusieurs médicaments pour soulager la douleur²²⁹ avant d'être adopté pour qualifier l'association de psychotropes considérée nocive, voire mortelle²³⁰. L'utilisation du terme cocktail pour qualifier le cumul de médicaments pour les personnes âgées est avant tout médiatique²³¹, c'est-à-dire qu'on ne le retrouve que rarement dans les documents scientifiques ou administratifs en dehors des travaux spécifiques sur les psychotropes. Ce terme réapparaît à certaines occasions actuellement, notamment dans le contexte de publication de nouvelles enquêtes, de petite taille, sur la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées²³². Ce terme se caractérise pour son efficacité à signifier à la fois le mélange et le dramatisme de la situation. Il faut souligner le caractère moralisateur de l'utilisation de ce terme simple afin de responsabiliser les personnes âgées sur leurs pratiques de consommation de médicaments.

Un autre terme qui apparaît dans la presse pour qualifier la situation des personnes âgées vis-à-vis des médicaments est « plurimédication ». L'apparition de ce terme dans la presse en 1992²³³ reflète le résultat des premières enquêtes sur la prescription de médicaments à l'attention des personnes âgées ainsi que les premières actions de maîtrise médicalisée mises en place par l'Assurance maladie

²²⁸ Le quotidien fait intervenir les médecins qui ont rédigé ce rapport et qui parlent du cas de personnes âgées : « les psychotropes majorent les troubles du sommeil, troubles qui concernent les personnes âgées. Comme, le plus souvent, elles absorbent d'autres médicaments en même temps — cocktails redoutables —, les effets secondaires tels que vertiges, chutes, somnolences sont fréquents. »

²²⁹ Le « cocktail lytique » est originellement un mélange de plusieurs médicaments : un médicament contre la douleur (le Dolosal®), un neuroleptique (Largactil®) et un antihistaminique - sédatif (Phénergan®), association appelée également « DLP ». Le « cocktail lytique » a été utilisé pendant la Deuxième Guerre mondiale pour améliorer les conditions de transport des blessés, notamment par le Pr Henri Laborit à qui on attribue la mise au point du protocole d'utilisation. En effet, l'association de ces trois médicaments réduit la douleur, l'anxiété et la perception de l'environnement. Les malades restaient ainsi conscients et un peu détachés de la réalité par une sédation légère. Cela rendait le transport moins pénible pour eux. Après la guerre, le « cocktail lytique » a été utilisé dans d'autres contextes pour soulager les « mourants » ainsi que pour provoquer la mort lorsque les doses étaient augmentées (Blanchet, 2009).

²³⁰ La dénomination « cocktail lytique » a ensuite été utilisée pour l'association d'hypnotiques variés qui se « potentialisent ». Cette dénomination a notamment été utilisée par le psychiatre Henri Baruk pour contester les « abus de thérapeutiques, agressives pour le malade, prescrites dans les hôpitaux psychiatriques publics jusqu'aux années 1970 » (Fride, 2008). Selon le psychiatre Baruk (1975 : 221-248), les « mélanges » peuvent même être plus nocifs que les méthodes de choc puisqu'ils conduisent dans certains cas au coma et à la mort.

²³¹ Par exemple, dans l'article : *Sud-Ouest*, « Cocktails du troisième âge », dimanche 21 septembre 1997, le terme « cocktail » est utilisé par la presse sans qu'il soit mentionné par l'acteur interviewé (le Dr Bouchon).

²³² Par exemple, en 2017, une enquête sur la consommation de médicaments des personnes âgées de 65 ans et plus, publiée par l'association 60 Millions de consommateurs a eu un retentissement important dans la presse le jour de la publication. Le rapport entre le nombre de médicaments consommés et les effets indésirables ont rapidement été qualifiés de « cocktail à risque ». À ce propos, voir : *France Info*, « 20 % des plus de 65 ans prennent plus de sept médicaments différents par jour : un cocktail à risque », 21/09/2017 ; *Sud-ouest*, « Santé : en France, les personnes âgées prennent trop de médicaments » 21/09/2017 ; *Le Point santé*, « Les seniors consomment en moyenne 14 médicaments par jour » 21/09/2017.

²³³ *Sud-Ouest*, « Médicaments et personnes âgées : Attention danger. Résultats d'une étude menée en Dordogne », mercredi 28 octobre 1992.

pour réguler les pratiques de prescription des médecins généralistes. Ce terme fait référence à la prescription de médicaments « inutiles » et chers, souvent « mal adaptés », pour les personnes âgées²³⁴. À la différence du terme cocktail qui fait plus référence à la prise, l'utilisation du terme « plurimédication » vise avant tout la dénonciation de certaines habitudes de prescription, notamment en décalage avec les normes d'emploi (de posologie, dosage, etc.). Comme nous l'avons exposé, ce terme a été réutilisé par les organismes sanitaires et a donné titre au premier référentiel d'aide à la prescription spécifique aux personnes âgées.

En 1998 le mot « Polymédication » apparaît pour la première fois et marque une rupture par rapport à la séquence antérieure marquée par une instabilité des termes utilisés pour parler de la particularité de la consommation médicamenteuse des personnes âgées²³⁵. Ce terme sera de plus en plus utilisé pour caractériser la situation des personnes âgées vis-à-vis des médicaments. Sa première apparition est associée aux thèmes traités par des médecins gériatres et pharmaciens dans un événement (le 5^e Forum-Santé). Il faut souligner que cette première apparition du mot coïncide avec les premiers articles issus du sous-projet Paquid sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées dont nous avons identifié l'élaboration du terme. Nous observons ensuite, une réappropriation du mot par différents acteurs, y compris les médecins libéraux qui se réunissent pour échanger sur ce sujet²³⁶. Cette réappropriation du mot par d'autres acteurs publics illustre l'autonomisation du problème avec le terme « polymédication » dans la sphère publique, observable notamment au cours des années 2000.

3.3. Un recentrage des publications sur les réponses apportées au problème : un appel à la responsabilisation des patients

À partir des années 2000, les annonces et articles publiés dans le journal *Sud-Ouest* qui prennent en compte le lien entre personnes âgées et médicaments se caractérisent par un recentrage sur les

²³⁴ Cet article est le fruit d'une interview du quotidien Sud-Ouest auprès du Pr. Jean-Paul Emeriau (gériatre CHU-Bordeaux) qui se trouvait dans le jury d'une Journée de concertation de professionnels de l'Assurance maladie à Bordeaux organisée dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé.

²³⁵ À cette occasion la presse met en avant la communication d'un gériatre qui utilise le terme « polymédication » pour faire référence à la prise simultanée de plusieurs médicaments et aux effets secondaires qui lui sont associés. Il s'agit des « *propos du professeur Merle, de Limoges, sur médicaments et personnes âgées, qui s'efforça de démêler l'écheveau complexe de la polymédication, prise simultanée de plusieurs médicaments : les doyens absorbent de nombreux médicaments, pour une fonction rénale souvent détériorée* » ; *Sud-Ouest*, « La gériatrie fait recette », vendredi 20 mars 1998

²³⁶ Par exemple, en 1999, l'annonce d'un événement professionnel, le « Forum de Santé en Côte Basque » organisé par l'URMLA (l'Union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine). Le syndicat invite 600 médecins de toute la France. Parmi les nombreux ateliers prévus la presse *Sud-Ouest* fait remarquer « *la polymédication chez les personnes âgées* » ; *Sud-Ouest*, « La médecine des extrêmes », CLAIRE TALGORN, vendredi 18 juin 1999.

réponses apportées au problème de la multiplicité de médicaments et leurs effets indésirables. Deux éléments caractérisent ce recentrage : la promotion de campagnes grand public sur le bon usage du médicament chez les personnes âgées et la promotion d'une offre de thérapeutiques non médicamenteuses. Tous deux mettent en avant donc la responsabilité des usagers.

En ce qui concerne les campagnes grand public, on voit successivement apparaître dans la presse des annonces²³⁷ et articles promouvant des ateliers de prévention sur le « bien vieillir » ou des campagnes de prévention de l'autonomie portées par l'Assurance maladie, la Mutualité sociale agricole (MSA), le Centre communal d'action sociale (CCAS), ou l'Association santé éducation et prévention sur les territoires (Asept). Ces événements sont proposés aux « seniors » (personnes âgées de 55 ans et plus) dans le but de préserver leur autonomie. Ils intègrent des ateliers sur la « polymédication », les effets indésirables de médicaments, les interactions et le bon usage du médicament. Au cours du temps, ces initiatives se sont alignées avec les objectifs de la loi de santé publique de 2004 (par exemple : réduire le risque de chute pour préserver l'autonomie)²³⁸. Au sein de ces campagnes que la presse promeut, l'information des patients sur la « polymédication » est mise en avant. Dans ce cadre le terme désigne un facteur de risque de perte d'autonomie ou directement, un facteur de risques iatrogènes. Les phrases que la presse utilise pour annoncer les ateliers qui abordent la question des médicaments intègrent le terme « polymédication » comme étant un problème : « *Au rang des accusés, « la polymédication », cette habitude bien française de consommer toujours plus de médicaments passé un certain âge* »²³⁹. D'une certaine manière, la presse ne se sert plus d'un événement fort, appuyée sur des chiffres pour médiatiser le problème. Le problème s'autonomise avec le terme « polymédication ».

La presse fait écho à la priorité donnée par les acteurs publics à la responsabilisation des patients âgés de l'usage des médicaments. On voit un changement d'angle de la problématisation dans la presse qui passe des habitudes de prescription des médecins aux habitudes de consommation des patients. Les campagnes d'information auprès des personnes âgées engagées par la MSA sont significatives à cet égard. Par exemple la presse met en relief que dans une journée d'information organisée par cet organisme dans une maison de retraite en Sud Aquitaine, les médecins « *ont montré quel doit être le*

²³⁷ Sud-Ouest, « Des ateliers prévention et santé pour bien vieillir », lundi 23 mars 2009 ; Sud-Ouest, « Des ateliers pour préserver son "bien vieillir", mercredi 23 septembre 2009 ; Sud-Ouest, « Des ateliers pour informer les seniors, mercredi 20 avril 2011 ; Sud-Ouest, 'Comment bien vieillir', mercredi 20 juin 2012

²³⁷ Sud-Ouest, 'Accepter le vieillissement', Sébastien Lamarque, mardi 18 mars 2003

²³⁸ Par exemple, en 2007, l'annonce court d'une conférence sur la polymédication à Pau : « *Le vieillissement s'accompagne souvent d'une augmentation de certaines maladies chroniques générant une polymédication. C'est pourquoi l'Assurance maladie, la Mutualité de Pau et le Ciapa (Comité départemental d'Intervention et d'Animation Pour l'Autonomie) organisent une conférence ouverte à tous sur ce thème* » ; Sud-Ouest, « Du bon usage des médicaments », Béarn, mardi 27 novembre 2007

²³⁹ Sud-Ouest, « Accepter le vieillissement », Sébastien Lamarque, mardi 18 mars 2003

contexte médical et sanitaire optimal pour les personnes âgées en abordant les questions de la polymédication, l'automédication, la mauvaise observance des ordonnances, qui induisent les effets iatrogènes des médicaments »²⁴⁰. Dans un autre article, la presse met en avant l'opinion d'un pharmacien retraité, le Dr Michel Bosredon, chargé d'animer une conférence « Médicaments, ensemble, parlons-en » qui souligne l'importance d'une démarche d'information auprès des patients : « les personnes âgées ne connaissent pas bien les risques d'une mauvaise utilisation des médicaments »²⁴¹. Nous pouvons ici rappeler que c'est le droit des malades à l'éducation thérapeutique qui permet de concevoir un problème autour du mauvais usage des médicaments par les patients. La presse mobilise ce cadre normatif pour rendre visible le problème à un moment caractérisé par le manque de progrès dans l'élaboration de nouvelles études sur la consommation ou la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées.

Dans cette période, l'intervention des médecins gériatres dans la presse est plus rare, mais encore présente dans certains articles. Deux articles des années 2010 mettent l'accent sur le caractère critique du discours²⁴² de certains gériatres engagés notamment dans des associations représentantes des retraités comme le Comité départemental des retraités et personnes âgées (Coderpa). Ces gériatres critiquent la prescription des médecins, notamment sous influence de l'industrie pharmaceutique, et en profitent pour légitimer leur domaine de compétence : l'accompagnement et le ménage dans l'ordonnance. Par exemple, dans un article de 2014 *Sud-Ouest* met en exergue l'avis du Dr Edmond Valay, médecin gériatre reconnu dans la région²⁴³, représentant des retraités et personnes âgées au Codepra et médecin coordinateur d'une maison de retraite : « Porteur de propositions pour une approche et une prise en charge différentes des patients atteints de maladies dégénératives, dont celle d'Alzheimer, et grand pourfendeur des structures traditionnelles où les malades sont confinés, il

²⁴⁰ Sud-Ouest, « La Mutualité sociale agricole reste à l'écoute », Martine Lacout-Loustalet, vendredi 29 juin 2018

²⁴¹ Sud-Ouest, « Des ateliers pour informer les seniors, mercredi 20 avril 2011 ; Sud-Ouest, "Comment bien vieillir", mercredi 20 juin 2012

²⁴² Par exemple, en 2014 la presse annonce l'événement « Journée du grand âge », organisé en Gascogne par le Comité départemental des retraités et personnes âgées (Coderpa) et commente : « La conférence du docteur François Bonnevey, gériatre et chef de service de l'unité spécifique Alzheimer de Marmande-Tonneins, a été édifiante à ce sujet. En allant à contre-courant d'opinions véhiculées sans fondements, il a bousculé et fait réfléchir les membres de son auditoire. Selon lui, les médicaments ont peu d'efficacité. Ils ne doivent être utilisés que dans des cas précis et il faut savoir les arrêter quand la personne n'y est pas réceptive » ; Sud-Ouest, « L'accompagnement et non les médicaments » Michel Laffargue, mercredi 22 octobre 2014

²⁴³ Dans cet événement le Dr Edmond Valay parle en tant que Vice-président du Coderpa. Il est également fondateur et animateur de l'association Géront'Aquitaine. Un article plus récent, publié à l'occasion de sa prise de retraite parle de son engagement : « Ayant quitté la profession de médecin libérale en 1999, il intègre la Ddass (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) en tant que médecin inspecteur, devient le président de Géront'Aquitaine, vice-président du Comité département des retraités et des personnes âgées (Coderpa) et s'occupe aussi de la maison de retraite du Saumont qui fait de l'hébergement temporaire. Son engagement ne s'arrête pas là. Il est aussi le président de l'AMM (Association d'aide médicale Moldavie), et exerce des fonctions à l'Udaf (Union départementale des associations familiales), à Alma (Allô Maltraitance des personnes âgées) ou à la Maison familiale rurale de Barbaste ».

commente : *“La prise en charge de la personne âgée n’est pas une distribution de médicaments... La démarche doit se fonder sur l’accompagnement de la personne en lui donnant du plaisir, de l’envie, de l’amour et en l’aidant à vivre sereinement et non en la détruisant”*²⁴⁴.

En 2015, le journal publie, pour la deuxième année consécutive, le témoignage du Dr Edmond Valay, et met en relief son engagement dans l’accompagnement des personnes âgées : *« Profondément investi dans le troisième âge, le médecin porte une voix dissonante dans le milieu. Edmond Valay reconnaît avoir une obsession : ‘Celle de l’arrêt du gavage des seniors aux médicaments. Tous nos vieux sont bourrés de cachets par des médecins sous influence des labos. C’est ce qui les rend dépendants. À leur arrivée en Ehpad, la moyenne est de douze médicaments par personne. Au Saumont, on les supprime tous dès leur entrée et on voit ce qui se passe. Et la moyenne chez nous est tombée à trois médicaments... »*²⁴⁵. Il faut mettre en exergue ici que ce type d’article faisant intervenir le discours des médecins apportant une critique sur les habitudes de prescription auprès des personnes âgées est plutôt atypique à la fin des années 2010 et a moins de visibilité dans la presse que les campagnes d’information des patients. Il s’agit de médecins militants qui ont soutenu le combat de la gériatrie en revendiquant l’accompagnement des personnes âgées, notamment atteintes de “démence”, contre certaines solutions médicamenteuses telles que les médicaments pour la maladie d’Alzheimer. Le caractère atypique aussi de ces gériatres s’explique par le fait que l’émergence de la maladie d’Alzheimer comme nouveau problème de santé publique s’est incarnée dans le développement d’une pharmacopée spécifique. Selon Ngatcha-Ribert, le développement des maladies « dégénératives », qu’on soigne, mais qu’on ne guérit pas, a permis à la gériatrie de se faire reconnaître comme discipline. Mais cette période plus récente est également un moment où la critique de l’inefficacité des médicaments se fait publique et des thérapies non médicamenteuses, telles que la musicothérapie, se développent pour améliorer la qualité de vie (Ngatcha-Ribert, 2012 : 139). Les gériatres que l’on voit apparaître dans la presse soutiennent une position contre les médicaments anti-Alzheimer dans les débats sur la prise en charge de la maladie d’Alzheimer. Le manque de visibilité sur le rapport des personnes âgées aux médicaments en général semble ainsi se dissiper dans l’émergence des débats sectorisés par maladie et par médicament (outre les médicaments anti-Alzheimer, les psychotropes, les antidiabétiques, les statines, etc.).

Cette période est ainsi caractérisée par la publication de plus nombreux articles promouvant une offre de thérapeutiques non médicamenteuses directement proposées aux patients âgés. Ces solutions, émanant d’acteurs du secteur privé et notamment de nouvelles professions libérales, sont présentées comme « méthodes de sevrage de médicaments » principalement psychotropes pour « sortir de la

²⁴⁴ *Sud-Ouest*, « L’accompagnement et non les médicaments », Michel Laffargue, mercredi 22 octobre 2014

²⁴⁵ *Sud-Ouest*, « Ils sont bourrés de médicaments. La parole aux coordonnateurs d’EHPAD » samedi 14 février 2015

surconsommation ». Tout en restant dans une logique de responsabilisation des patients âgés dans l'usage des médicaments, ces acteurs plaident pour un changement de mode de vie afin de résoudre le problème. Par exemple, les articles promouvant les actions de la Mutualité française qui propose « l'activité physique pour sortir de la surconsommation »²⁴⁶ ; la « sophrologie » comme moyen de substitution de somnifères²⁴⁷, « le thermalisme » comme méthode de sevrage de psychotropes²⁴⁸ ou encore la promotion de « l'art-thérapie » comme soins non-médicamenteux pour améliorer le quotidien de personnes âgées²⁴⁹.

La presse reflète donc l'investissement des différents acteurs publics et privés qui, s'appuyant sur les nouvelles représentations sur l'inefficacité des médicaments et les nouveaux droits des malades à l'information, entreprennent une campagne contre les comportements déviants : le mauvais usage du médicament par les personnes âgées. Nous observons que la question spécifique de la prescription perd sa centralité dans ce type de publications abordant pourtant la « polymédication ». Nous pouvons également ajouter que, si la presse ne se fait pas écho des actions engagées par les organismes publics pour réguler les pratiques de prescription des médecins, la promotion des campagnes d'information et d'un nouveau marché de soins disponible pour le public âgé se focalise sur la substitution de thérapeutiques médicamenteuses de certaines classes dont le caractère problématique a fait consensus dans la sphère administrative-institutionnelle, telles que les psychotropes.

²⁴⁶ Sud-Ouest, « Sport et médicaments : une étude expérimentale », vendredi 28 septembre 2007

²⁴⁷ « Chez les retraités, le cycle habituel du sommeil est modifié... La sophrologie, qui est une "méthode" inventée dans les années 60, peut permettre à certains de retrouver un bon sommeil sans faire usage de somnifères » ; Sud-Ouest, Mieux dormir, mais sans prendre de Médicaments » NANCY LADDE, vendredi 19 octobre 2012

²⁴⁸ L'article met en évidence des études expérimentaux réalisées par l'Association française de recherche thermale (Afreth). Cette association promue le thermalisme à orientation psychosomatique proposés à des malades anxieux consommateurs d'anxiolytiques a pour objectif le sevrage de ces psychotropes. Les risques liés aux psychotropes sont soulignés dans cet article : « Les benzodiazépines peuvent provoquer des pertes de mémoire des faits récents, des troubles du comportement se traduisant essentiellement par des agitations, cauchemars, idées délirantes, hallucinations, désinhibitions. Chez les personnes âgées, ces troubles peuvent, bien entendu, être amplifiés et accentuer les risques d'accidents domestiques, comme les chutes » ; Sud-Ouest, « Une cure pour diminuer les Médicaments », SAUJON, jeudi 6 mars 2014

²⁴⁹ L'article fait la promotion d'un EHPAD privé à but lucratif dans la Dordogne qui met en place l'art-thérapie et donne la parole aux responsables : « Ce n'est pas de l'animation, mais bien des soins non-médicamenteux », souligne Véronique Treussier, médecin coordonnatrice de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) spécialisé. « Alors qu'en moyenne, ailleurs on dépense 4,12 € de médicaments par patient et par jour, ici nous sommes à 1,15 € » ; Sud-Ouest, « Une thérapie qui évite les Médicaments » lundi 11 juin 2018

3.4. Un infléchissement dans la visibilité du problème : l'information en direction des patients au sein du « parcours de soins »

Dans la deuxième moitié des années 2010, nous observons une décroissance dans le nombre d'articles publiés faisant le lien entre personnes âgées et consommation de médicaments. Les campagnes d'information sur le bon usage du médicament auprès des patients et la promotion de thérapies non-médicamenteuses sont toujours publiées dans la presse. Cependant, certains articles abordent également la réflexion en cours sur la coordination des soins dans la sphère étatique. Le premier article signalant une mobilisation des acteurs publics sur ces questions est de 2014. Cet article annonce une campagne de sensibilisation sur le bon usage des médicaments orientée vers les consommateurs, organisée à Bordeaux par l'ARS. Les populations cibles sont "les bébés et les personnes âgées". La presse reflète les discours des différents acteurs intervenant dans le débat qui a précédé le lancement de cette campagne : directeur de l'ARS, médecins libéraux, pharmaciens, représentants des usagers²⁵⁰. L'article reflète ainsi la volonté des autorités publiques d'intégrer dans le débat l'ensemble des professionnels de santé et les patients, et non seulement les médecins généralistes. La presse illustre donc l'enrichissement des dimensions du problème de la polymédication durant cette période (parcours de soins, engagement de tous les acteurs...). Dans cet article, la presse relaie les propos de chaque acteur intervenant. En ce qui concerne le discours du directeur de l'ARS, la presse met en avant sa demande de progrès dans le comportement de patients qui demandent "trop" de médicaments pour des pathologies mineures, mais aussi des médecins. La presse met ainsi en exergue l'engagement de l'ARS dans plusieurs actions concernant les prescripteurs tel que "la coordination de la prise en charge des personnes âgées". Cet article représente aussi le retour du dramatisme par lequel le problème a été relayé initialement avec la publication de chiffres et de phrases fortes signifiant le caractère public du problème. Un bon exemple est la mise en avant du discours du directeur de l'ARS qui souligne : *« La campagne mise en exergue par la région concerne la surconsommation de médicaments et les mauvaises associations. Pour autant, le message de prudence concerne aussi bien les usagers que les médecins — qui prescrivent, sans parfois vérifier, les autres médicaments consommés par leurs patients et sans se méfier des interactions possibles —, et les pharmaciens. 13 000 personnes sont hospitalisées chaque année à la suite d'effets indésirables causés par l'absorption de médicaments. Les effets liés à des dysfonctionnements provoqués par les médicaments provoquent plus*

²⁵⁰ « Au bureau, le patron de l'ARS Aquitaine, Michel Laforcade, représentant du ministère de la Santé en région. Il mène le débat avec, à ses côtés, le docteur Jean-Luc Delabant, pour l'Union des médecins libéraux d'Aquitaine, Pierre Beguerie, pour l'Union des pharmaciens d'Aquitaine, Ginette Poupard, présidente du Collectif interassociatif sur la santé (qui rassemble des usagers), et Bertrand Garros, président de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ».

de morts que les accidents de la route ». En effet, dans la presse, la conséquence iatrogénique de la surconsommation de médicaments en France est souvent comparée avec les accidents de la route²⁵¹, une priorité de santé publique et donc un problème public, économique et sanitaire bien identifié. Mais les chiffres ne sont pas spécifiques à la population âgée.

Une autre tendance de la période récente, également représentée dans cet article est la mise en avant de la parole des représentants des usagers qui actualisent la critique sur la centralité du médicament dans la prise en charge thérapeutique des personnes âgées. À cette occasion le président du Collectif interassociatif sur la santé souligne : « *Plutôt que prendre un médicament pour lutter contre le cholestérol, pourquoi ne pas prescrire de l'activité physique et la rembourser ? La meilleure façon d'éviter les effets indésirables des médicaments reste encore de ne pas les consommer* »²⁵². Nous observons que le discours oscille entre la prescription et la consommation de médicaments et rendent difficile l'imputation du problème au comportement des professionnels de santé, des patients ou à l'organisation du système de soins. La réflexion du problème à partir d'une multiplicité de facteurs dissipe ainsi une autre question qui était à l'ordre du jour au milieu des années 1990 et qui est celle de la pression des laboratoires pharmaceutiques sur la prescription de médicaments inutiles ou inefficaces.

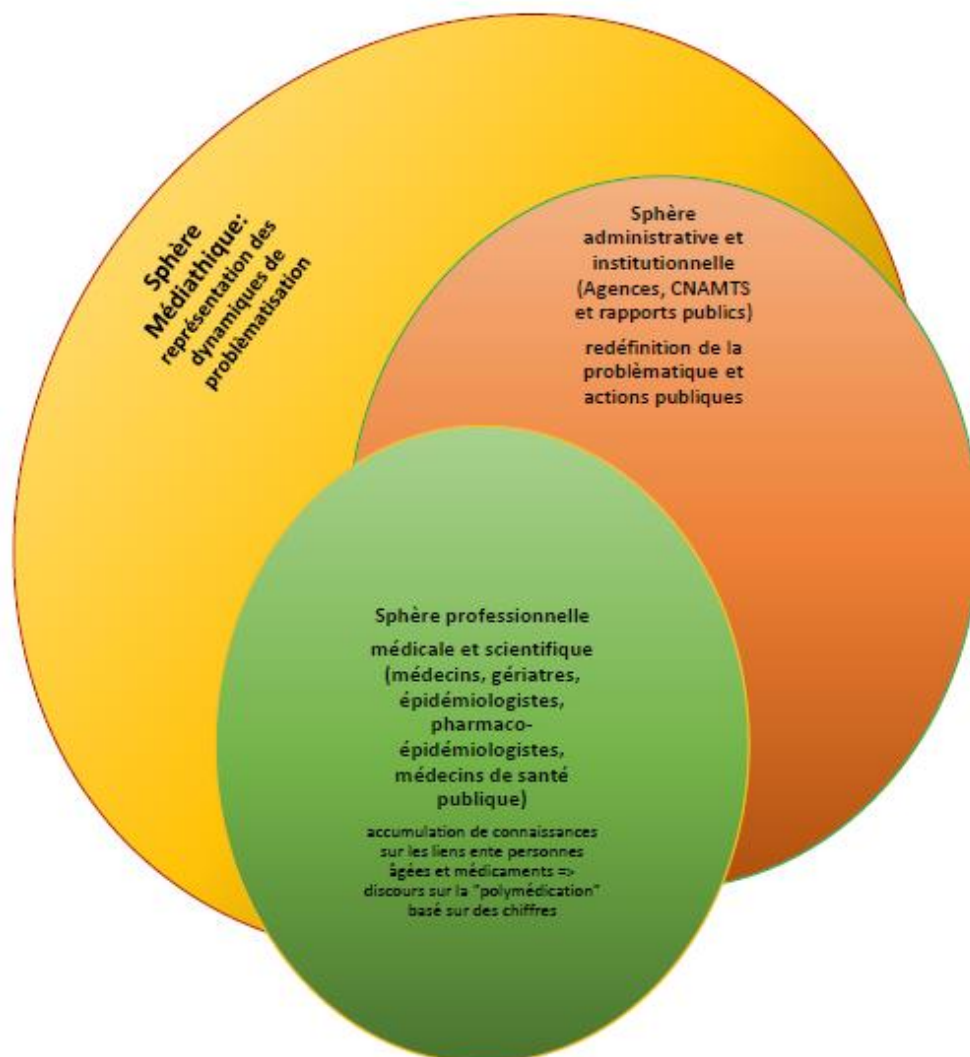
Dans le cadre d'une réflexion publique qui se développe sur la coordination des soins, et notamment ceux des personnes âgées, nous observons dans la période actuelle une grande visibilité donnée aux campagnes d'information auprès des patients. Comme nous l'avons déjà souligné, la polymédication est avant tout abordée à partir de la question de la responsabilisation des patients et manifeste une tendance à « blâmer la victime » (Berlivet, 2001). Un article annonce ainsi une campagne de « sécurité et hygiène auprès des patients » en 2019 organisée par un centre hospitalier : « *l'hôpital de Mauléon participe à la Semaine nationale de la sécurité des patients... De nombreux thèmes seront abordés et feront l'objet d'informations entre professionnels et patients, notamment autour de la coordination entre ville et hôpital et de la sécurisation du parcours de soins médicamenteux. Seront aussi abordés la juste prescription, l'automédication responsable, les risques spécifiques à la polymédication* »²⁵³. La médiatisation de cet événement montre l'intégration de la question de la prise en charge thérapeutique et du problème de la « polymédication » dans la prise en charge plus globale à côté de thèmes tels que l'intervention de plusieurs structures et de plusieurs prescripteurs. Or, elle se fait en direction des patients et se focalise sur leurs comportements.

²⁵¹ Les accidents liés aux médicaments et les accidents de la route se situent tous les deux dans le domaine du risque, mais, ils ont des caractéristiques spécifiques, voir : Gilbert C. et Henry E. (2012), « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, vol. 53, n° 1, pp. 35-59.

²⁵² *Sud-Ouest*, « Excès de remèdes. Éviter les faux pas », Isabelle Castéra, lundi 1 décembre 2014

²⁵³ *Sud-Ouest*, « Plus de sécurité pour les patients », lundi 25 novembre 2019

Graphique n° V. Représentation de l'entrelacement des trois sphères d'acteurs dans la création du problème de la « polymédication » :



Graphique 5 : Travail de problématisation dans des sphères spécialisées et publiques [Consultation de la bibliographie médical, scientifique et du quotidien Sud-Ouest]

Source : Elaboration propre à partir d'une étude de trajectoire des acteurs

Conclusion :

La constitution d'un problème autour des liens entre vieillesse et médicament est produite par l'entrelacement du travail de problématisation d'acteurs de deux sphères principales.

La première est une sphère professionnelle (scientifique et médicale) dont les travaux ont abouti à la formulation d'un problème commun sur la consommation et la prescription médicamenteuse pour les personnes âgées. Nous avons mis en évidence que la constitution du problème de la polymédication pour les personnes âgées dans les années 1990 est le résultat du travail de problématisation de différents acteurs spécialisés motivés par des intérêts divergents. Nous avons ainsi montré que ces acteurs — qui se situent dans des domaines au départ éloignés — ont produit les savoirs ayant permis la formulation du problème. Dans les années 1970, dans un contexte favorisé par les réflexions sociales et politiques sur la vieillesse, les gériatres se sont engagés dans la production et la diffusion d'enquêtes sur la consommation de médicaments des personnes âgées et ses conséquences. À partir de ces études, les acteurs ont rendu compte dans le milieu gérontologique de la complexité de prescrire pour les personnes âgées, mais aussi le rôle central pris par le médicament dans leur prise en charge, et ont revendiqué leur place et leur expertise dans ce domaine. Les études épidémiologiques et pharmacologiques conduites dans les années 1990, dans lesquelles se sont investis des gériatres, ont notamment été déterminantes dans la délimitation du problème grâce à la production d'un discours basé sur des chiffres collectifs et à l'affirmation de la notion de polymédication pour nommer le cumul de médicaments prescrits et consommés par les personnes âgées. Les recherches des médecins et économistes de santé publique qui ont signalé la montée de la prescription de médicaments pour les personnes âgées et analysé les conditions de prescription pharmaceutique ont participé à la solidification du problème, tout en légitimant les savoirs précédemment produits. La dynamique de problématisation dans cette sphère nous enseigne donc que c'est la conjonction des savoirs sur la consommation de médicaments, sur la prescription des médecins et sur les effets indésirables des médicaments qui a permis la constitution du problème de la polymédication.

La deuxième est une sphère administrative-institutionnelle dont les actions ont abouti à une reconnaissance du problème de la polymédication pour les personnes âgées, même s'il n'était pas envisagé comme une priorité amenant à des réponses unifiées, et entendu comme un enjeu spécifique à part entière. Nous avons mis en évidence, à partir de la mobilisation des acteurs publics, les tensions entre, d'une part, la volonté de saisir et de rendre compte de la complexité d'une situation perçue comme problématique et, d'autre part, le nécessaire appauvrissement de la formulation du problème afin de pouvoir mettre en place des réponses concrètes. La reprise des savoirs de la sphère

professionnelle ne se fait que progressivement dans la sphère publique (et avec l'appel à l'expertise des acteurs de cette première sphère). Les premières actions des années 1990 menées exclusivement autour de la prescription indiquent l'intérêt de l'Assurance maladie pour la régulation des prescriptions pharmaceutiques. Dans les années 2000, une reconnaissance institutionnelle plus marquée du problème de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées déclenche des actions en direction des prescripteurs avec des outils visant l'optimisation de la prescription sur un certain nombre de médicaments et d'actions d'information en direction des malades âgés. La particularité du discours sur la « polymédication » élaboré dans cette sphère est qu'il s'appuie sur une logique de comptage de l'accumulation de médicaments (prescrits ou consommés), préconisant sa limitation.

Plus récemment, la nécessaire amélioration de la coordination, mise en avant dans la sphère professionnelle dans le but d'améliorer les pratiques de prescription, a émergé comme un élément important du cadre de réflexion et d'action de la sphère publique. Mais, la réflexion sur la coordination des soins menée dans cette sphère, qui ne concerne pas seulement la prescription, a déclenché une multiplicité de nouvelles initiatives, qui ont paradoxalement fait perdre en visibilité la question de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées, en tant qu'enjeu spécifique. Notre analyse montre donc que le statut et la formulation de ce problème ne sont pas encore stabilisés dans cette sphère publique, malgré des moments de cristallisation. Il y a une reconnaissance de la situation et l'enrichissement d'un problème, mais celui-ci ne constitue pas pour autant une priorité formulée de manière unifiée. La dynamique de construction du problème public dans cette sphère montre le paradoxe entre le constant travail de problématisation des acteurs et la difficile consolidation du problème.

Ce processus de solidification du problème nous l'avons mis en lumière et interprété dans la sphère médiatique. À partir de l'analyse du journal *Sud-Ouest*, nous avons montré l'ensemble des éléments à partir desquels le problème acquiert une visibilité publique à certains moments et disparaît à d'autres. Dans les années 1990, la presse met en visibilité l'accumulation de connaissances spécialisées sur la situation de consommation et de prescription de médicaments chez les personnes âgées et la mobilisation des gériatres qui veulent faire entendre leur voix notamment auprès des généralistes. À partir des années 2000, dans un contexte marqué par les initiatives des pouvoirs publics et par l'absence de progrès dans l'élaboration de nouvelles connaissances et données statistiques, la presse fait appel à la responsabilisation des patients. En l'espace d'une trentaine d'années, la nature du problème change. La presse rend compte tout d'abord de la mobilisation d'acteurs qui, appuyés sur des savoirs scientifiques et médicaux, réclament une amélioration des pratiques de prescription et ensuite de celle d'acteurs qui, souhaitant répondre au problème, réclament des modifications dans les habitudes des patients, sans que la transition fasse l'objet de polémiques. La tendance actuelle des publications

dans la presse autour de la notion de « polymédication » semble conforter cette évolution. Cette tendance est néanmoins à analyser avec prudence : le public cible de la presse généraliste n'étant pas un public de spécialistes, elle traduit bien évidemment des choix éditoriaux. Le contenu des articles de presse reflète ainsi de manière transversale le caractère changeant et paradoxal du travail de problématisation des liens entre vieillesse et pharmacie. Il met en lumière le statut d'un problème devenu une priorité économique et sanitaire à certains moments et déclenchant de multiples actions publiques, mais qui ne se consolide qu'imparfaitement en tant qu'enjeu spécifique.

En ce qui concerne la cristallisation du problème sous le terme de « polymédication », les différents acteurs qui s'en saisissent mettent derrière cette notion des réalités différentes, telles que l'irrationalité des pratiques de prescription à l'attention de personnes âgées, l'irrationalité des dépenses qui lui sont associées jusqu'à un ensemble de pratiques ne relevant pas stricto sensu de la prescription. La cristallisation du terme polymédication semble ainsi résulter de sa capacité à agréger sous une même bannière des jugements et des objectifs pourtant divers. Malgré l'efficacité du terme et son inscription dans l'agenda public, le problème de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées reste loin d'être une priorité de santé publique. Notre étude montre qu'il s'agit d'un sujet qui apparaît par intermittence au sein du débat public sans pour autant devenir un problème de santé publique prioritaire faisant l'objet d'une action publique clairement identifiée et mise en œuvre, même si certaines associations de consommateurs et de patients (France Asso santé, 60 millions, Que-Choisir) s'efforcent de maintenir le sujet dans le débat public, le manque d'études basées et des données récentes sur les pratiques de prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées et leurs conséquences indique même une potentielle baisse d'intérêt pour cette question.

2^{ÈME} PARTIE. – LA MÉDECINE GÉNÉRALE ET LA « POLYPRESCRIPTION »

La médecine générale est l'un des maillons d'une chaîne composée de différents intervenants dans l'organisation des soins. Placer les médecins généralistes au centre de l'analyse sociologique permet de comprendre leurs positionnements et leurs logiques professionnelles (Herzlich, 2010). Sur la base de la littérature sociologique sur la médecine générale et de notre enquête de terrain, cette partie se centre sur l'étude des pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes, avec l'intention de mieux comprendre les difficultés de la prise en charge des personnes âgées. Le deuxième chapitre s'attachera à analyser les logiques de prise en charge des patients âgés qui précèdent à la prescription. Le troisième chapitre se concentre sur les dimensions qui structurent le rapport des médecins à la gestion d'ordonnances multiples. Deux raisons expliquent l'importance d'engager cette étude. L'une est en lien avec l'importance de la prescription des médecins généralistes en ville. L'autre tient à la place de la médecine générale dans la prise en charge des personnes âgées.

La prescription des médecins généralistes revêt une importance particulière en raison de l'implication des prescriptions médicamenteuses effectuées en ville dans la montée de la prescription en France. Ce phénomène a été documenté sous l'impulsion de l'État et rendu visible dans la sphère publique par la publication de plusieurs rapports (CNAMTS, 2005 ; DREES, 2005 ; Le Fur et *al.*, 1998). Les études comparatives sur la consommation et/ou la prescription dans différents pays d'Europe placent la France en tête notamment pour les médicaments psychotropes, les statines (hypocholestérolémiants) et les antalgiques. L'étude de ces classes thérapeutiques souligne un recours privilégié aux spécialités les plus récentes et les plus chères. De ce fait, l'information et la formation sur le médicament que reçoivent les médecins français, notamment par le biais de l'industrie pharmaceutique, ont été spécifiquement mises en question (IGAS, 2006a ; 2007).

Les **psychotropes** sont l'une des classes de médicaments qui ont été les plus étudiées dans les rapports publics. Outre la question des dépenses liées au coût de ces médicaments, la consommation élevée de psychotropes soulève tout particulièrement les questions des risques liés à la « toxicité » (Zarifian, 1996 ; Briot, 2006), et au « mésusage » (Bégaud et *al.*, 2017), à la nécessité de connaître les « mécanismes intimes » de la prescription et de la consommation » (Lemorton, 2008) ainsi qu'à la nécessité d'améliorer le cadre administratif de la régulation du médicament²⁵⁴. Ces rapports ont

²⁵⁴ Cette question a été soulevée par le Sénat, lors des auditions parlementaires préparant le rapport d'information fait au nom au nom de la mission commune d'information sur : « Mediator : évaluation et contrôle des médicaments », 2010-

souligné que les principaux médicaments psychotropes consommés en France sont les anxiolytiques, les hypnotiques, les neuroleptiques et les antidépresseurs et que la population âgée est l'une des plus exposées (Briot, 2006 ; Lecadet et *al.*, 2003 ; INSERM, 2012).

En ce qui concerne les **statines**, elles occupent le 2e rang des dépenses de médicaments en France en 2006, malgré un recul favorisé par les actions de maîtrise médicalisée engagées depuis 2005. En considérant les hypocholestérolémiants dans leur ensemble, et non plus seulement les statines, la France est au 1er rang de la consommation européenne. Un point qui a été questionné lors de la prise en compte du problème dans les rapports publics est le décalage entre cette surconsommation de médicaments et l'état de santé en France²⁵⁵. Ainsi, le niveau de consommation d'hypocholestérolémiants est pratiquement équivalent en France et au Royaume-Uni alors que l'incidence de base des accidents coronariens aigus est plus de deux fois inférieur dans notre pays (Bégaud et *al.*, 2017).

Les **antalgiques** sont en 2004 la classe thérapeutique leader à la fois en termes de coût et en termes de quantités vendues²⁵⁶. La consommation d'antalgiques non narcotiques (ex. paracétamol) place la France à la tête européenne et au 1er rang des dépenses par rapport à l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni (CNAMTS, 2007b). Très récemment la surconsommation de médicaments antalgiques opioïdes²⁵⁷ a fait l'objet d'un rapport par l'ANSM²⁵⁸. Cet intérêt récent répond tout d'abord à l'augmentation importante de sa consommation en France ces 10 dernières années et ensuite à l'implication de cette classe dans un nombre élevé et croissant d'overdoses mortelles dans le monde et notamment aux États-Unis. Selon l'Assurance maladie, qui reconnaît le manque de prise en compte de cet enjeu dans ses anciennes actions, les antalgiques seront la cible des nouvelles actions de maîtrise médicalisée en 2020 (CNAMTS, 2019)²⁵⁹.

211. Voir le débat sur la réforme du système du médicament sur le site du Sénat : <https://www.senat.fr/rap/r10-675-1/r10-675-18.html>

²⁵⁵ Le rapport Lemorton (2008) souligne : « Si, globalement, les indicateurs de santé de la France sont favorables, ils ne sont pas forcément meilleurs que ceux des pays comparables qui dépensent moins pour leur santé et consomment moins de médicaments ».

²⁵⁶ 315 millions de boîtes d'antalgique, tandis que les psycholeptiques (hypnotiques, anxiolytiques et antipsychotiques) globalisant plus de 122 millions de boîtes (Briot, 2006).

²⁵⁷ Exemples d'opioïdes dits faibles : tramadol, codéine, opium. Exemples d'opioïdes dits forts : morphine, oxycodone, fentanyl

²⁵⁸ ANSM (2019), « État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques », Rapport, février ; https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/340b9f75151945cf851676b9d51418d2.pdf

²⁵⁹ Le document de l'Assurance Maladie souligne : « En 2017, les antalgiques les plus consommés en France sont non opioïdes : paracétamol, aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ils représentent 78 % des délivrances remboursées, suivis par les antalgiques opioïdes faibles (20 %), dix fois plus consommés que les antalgiques opioïdes forts (2 %). C'est un sujet nouveau qui n'a pas été abordé jusqu'à maintenant de manière globale dans les campagnes d'accompagnement mises en œuvre par l'Assurance maladie ».

De prime abord, ces classes évoquent des enjeux liés à des problèmes difficiles à traiter, puisqu'ils ne se focalisent pas sur un organe ou sur la fonction d'un organe (ce qui serait plus proche de la formation des médecins), mais sur la prise en charge de la douleur, les troubles psychiatriques, ou les « facteurs de risque de maladie cardiovasculaire » (Aronowitz, 2011 ; Greene, 2007). Ces classes évoquent des incertitudes des savoirs médicaux. Sachant qu'elles sont impliquées dans les traitements des maladies chroniques à l'attention des personnes âgées, nous soutenons que les médecins généralistes ne sont pas toujours les primoprescripteurs et que leur présence dans les ordonnances génère des difficultés majeures dans la prise en charge. Pour démontrer notre propos, nous explorons les difficultés que les médecins rencontrent dans les situations cliniques spécifiques aux patients âgés et dans la gestion des leurs ordonnances.

Nous engagerons également une étude attentive sur la capacité de la médecine générale à assumer sa place dans la prise en charge des personnes âgées afin de réactualiser nos connaissances sur l'évolution de l'exercice de la médecine générale orientée vers les personnes âgées. En effet, différents rapports ont souligné que le médecin généraliste est le principal prescripteur pour les personnes âgées (Legrain, 2005 ; Verger, 2013) et que ces prescriptions se caractérisent pour avoir plusieurs lignes (Auvray et Sermet, 2002). Pour sa part, la sociologie de la santé affirme que, en raison de son caractère général et non rattaché aux affections d'un organe, d'un type de patient ou d'un type de maladie, la prise en charge des personnes âgées atteintes de plusieurs maladies, souvent évoluant au long cours, est une occasion pour la médecine générale de relégitimer sa place dans le champ de la médecine. Cet univers de la prise en charge des personnes âgées s'ouvre à la médecine générale du fait de *« l'expansion de maladies chroniques et des pathologies liées au vieillissement, qui se prêtent de plus en plus mal à une approche morcelée des soins »* (Bungener, 2004). Cette considération nous permet de soumettre à l'analyse l'hypothèse que la possibilité de faire des difficultés de la prise en charge des personnes âgées un domaine de compétences de la médecine générale est conditionnée par des manières différenciées de penser et de pratiquer la médecine générale en lien avec d'autres acteurs.

CHAPITRE II. L'exercice de la médecine générale avec les patients âgés et ses spécificités

L'une des dimensions qui structurent la pratique des médecins est leur rapport au patient et concerne leur manière de réfléchir à la personne et de la prendre en charge en consultation. Ce chapitre étudie les logiques professionnelles de prise en charge des patients âgés afin de comprendre le rapport des médecins généralistes aux personnes âgées en consultation et leurs conséquences dans la dynamique de prescriptions. L'objectif est d'examiner en détail les conditions générales qui cadrent la prescription. Il est important d'étudier ces conditions préalables à la prescription, car elles vont se traduire par des décisions autour du médicament qui auront un impact sur la prise en charge du patient, à savoir sur la manière de prendre en compte ou non la polyprescription que ce soit par le biais de l'introduction douteuse d'un médicament ou du renoncement à arrêter un médicament jugé inutile.

Notre enquête auprès des médecins nous permet d'identifier deux phénomènes qui guident notre étude. D'une part, nous identifions des manières d'appréhender les patients en fonction de leurs spécificités individuelles (l'avancée en âge, le cumul des pathologies, l'ensemble des médicaments et la sensibilité du corps aux effets des médicaments, les modes de vie). D'autre part, nous identifions l'existence d'incertitudes liées aux limites des savoirs médicaux et à l'exercice de la médecine libérale. Nous faisons l'hypothèse que des situations problématiques vont émerger de la rencontre entre la spécificité de la situation clinique du patient, avec ses problèmes et ses demandes particulières, et les incertitudes du travail médical, créant des contextes singuliers de décision de prescription. Une situation problématique peut par exemple combiner une demande de renouvellement de traitement d'un patient âgé ayant de multiples maladies et un cumul de médicaments dont les effets potentiels ne sont pas maîtrisés par le médecin. Dans ces situations problématiques qui émergent du croisement entre l'intuition du médecin sur l'état global du patient et les incertitudes de sa prise en charge, l'interaction de la prescription est marquée par la crainte de prendre la mauvaise décision pouvant aggraver l'état du patient et/ou perdre le lien thérapeutique avec lui. S'appuyer sur ces conditions qui interviennent dans le processus de décision médicale est l'occasion pour nous d'analyser le statut de la prescription dans des cas concrets.

Après avoir abordé les difficultés générales que les médecins rencontrent dans leur exercice, et afin de comprendre les difficultés et les enjeux de leur pratique auprès des personnes âgées, nous formaliserons la notion de « patients à problème » à travers le prisme de l'incertitude qui nous permettra de disposer d'une grille de lecture de situations concrètes de soin issues de notre enquête et

que nous estimons problématiques. Ensuite, notre analyse s'attachera à identifier les catégories utilisées par ces médecins pour réfléchir à leurs patients âgés afin de saisir leurs logiques d'action dans le cadre de la prescription. Nous aurons ainsi l'occasion de montrer que les catégories que les médecins utilisent pour réfléchir aux patients âgés leur permettent de réduire les incertitudes de leur prise en charge, voire de combler un vide dans les savoirs objectifs sur la médecine des personnes âgées, mais les contraignent aussi dans la décision de prescrire et déprescrire en empêchant la remise en question de leurs traitements. Enfin, nous regarderons des cas concrets englobant à la fois des caractéristiques particulières du patient et des incertitudes liées au contexte de leur prise en charge. Ces situations spécifiques de prise en charge nous donneront l'opportunité aussi de voir comment les médecins agissent et d'analyser les logiques professionnelles au prisme du problème de la polyprescription.

1. Les difficultés générales dans l'exercice de la médecine générale

1.1. Des difficultés que les médecins généralistes affrontent dans la pratique : complexité des cas et incertitudes

L'incertitude est un enjeu central du travail médical pour tous les médecins. Dans leur exercice, les médecins généralistes sont confrontés à différentes formes d'incertitudes. Bloy (2008) et Castel (2008) font la différence entre d'une part, les deux formes d'incertitudes distinguées par Fox (1988), la première résultant de la difficulté d'avoir une maîtrise complète de la connaissance médicale à son stade actuel et la deuxième découlant des limites propres à la science médicale actuelle, et, d'autre part, les incertitudes liées au contexte de l'exercice libéral de la médecine, celui-ci étant notamment déterminé par les rapports sociaux avec les patients et les collègues.

En ce qui concerne le rapport aux patients, le généraliste se confronte à la plus grande variété de motifs de consultation, parfois flous et en décalage avec les savoirs médicaux acquis à la faculté. En tant que médecin libéral il est aussi confronté à la méfiance du patient vis-à-vis de sa pratique et à l'incertitude de savoir si le patient reviendra ou non, c'est-à-dire s'il va conserver ou pas cette clientèle. Il est donc confronté au risque de perdre le contact avec le patient et donc de perdre son suivi médical. En ce qui concerne le rapport aux spécialistes, le médecin généraliste se confronte à l'incertitude sur les raisons de la prescription de ses collègues et s'ils ont pris ou pas en compte dans leur décision la situation du patient dans son ensemble. En effet, les spécialistes délèguent souvent le suivi des traitements aux médecins généralistes, sans toujours les tenir informés des raisons de leurs choix (Bungener et al., 2009).

Parallèlement, les patients, comme les spécialistes, s'avèrent être également des moyens pour réduire les incertitudes. Par exemple, certaines plaintes de patients enrichissent l'expérience du médecin pour traiter des plaintes futures. Il faut donc ici noter l'importance pour le généraliste du rôle de l'expérience des soins concrets pour solidifier des savoirs. Par ailleurs, le généraliste est également capable de connaître, à travers son patient, la pratique des spécialistes qui interviennent également dans sa prise en charge. Pour leur part, le recours à l'expertise des spécialistes, les réunions de pairs, les formations continues et l'utilisation de recommandations de bonnes pratiques cliniques permettent de réduire certaines incertitudes liées aux savoirs médicaux et pharmacologiques (Castel, 2008 ; Bloy, 2008).

En raison des incertitudes auxquelles les médecins font face dans le cadre de leur exercice, certains patients peuvent être conçus comme problématiques. « Patients problématiques » ou « Situations à problème » sont les notions que nous mobiliserons pour rendre compte des difficultés qui doivent affronter les médecins dans la prise en charge des personnes âgées et qui concernent donc des situations complexes. Il existe dans la littérature médicale des catégories telles que « patients complexes », « patients à problème » ou « patients difficiles » (Groves, 1978 ; Smith, 1995 ; Hahn et al., 1996). Dans cette littérature la notion de « patient à problème » se révèle comme une catégorie faisant référence aux caractéristiques cliniques, comportementales ou sociales qu'on attribue aux patients qui posent problème au médecin. Cette notion tient ainsi peu compte de l'existence d'incertitudes auxquelles se confronte le médecin dans l'interaction avec son patient. Nous soutenons au contraire que ce sont les incertitudes qui rendent difficile, voire complexe, la prise en charge des patients. Nous proposons alors une relecture de la notion de « patients à problème », à travers le prisme des incertitudes du travail médical. Il est donc question, dans un premier temps, de compléter la notion de « patients à problème » en identifiant et caractérisant certaines de ces situations problématiques en médecine générale. Une fois précisé, le concept de « situations à problème » nous permettra d'analyser des situations concrètes de prise en charge.

1.2. Des « patients à problème » aux « situations à problème »

Dans la littérature médicale, on trouve des études au sujet du « patient difficile » ou du « patient à problème ». Un certain nombre d'études qui décrivent différents types de « patients difficiles » ont été menées dans un cadre psychiatrique ou ont été rédigées par des psychiatres. Par exemple, Groves (1978) a décrit les patients « difficiles » comme les patients dont les comportements (mensonges, manipulation, violence, demandes) provoquent une réaction négative du médecin tels que la colère, la culpabilité ou la haine. D'autres auteurs ont cherché à expliquer pourquoi les attitudes ou les

caractéristiques des patients se révèlent difficiles en se focalisant sur les caractéristiques des médecins, leur « perception inconsciente »²⁶⁰ (Marchand et Bergeron, 1986) ou leur « sentiment négatif » envers certains patients²⁶¹ (Cohen, 1987). Par ailleurs, les études sociologiques sur l'identification de « patients à problème » par les soignants ont cherché à expliquer les attitudes et les comportements des soignants à travers le prisme de la déviance (Lorber, 1975 ; Rosenthal et *al.*, 1980). Dans cette approche, les « patients à problème » sont des individus qui ont des attitudes, des comportements ou d'autres caractéristiques ne correspondant pas à ce que les médecins ou les infirmiers considèrent comme attendu ou souhaitable du rôle du patient, voire de ce qui devrait être un « bon patient »²⁶². Par exemple, des patients chirurgicaux douloureux qui ne restaient pas trop longtemps hospitalisés, mais qui dérangent constamment le personnel pour avoir un antalgique.

D'autres études empiriques réalisées dans le cadre psychiatrique ont défini les patients difficiles à aider en s'appuyant sur leurs caractéristiques cliniques et sur des facteurs qui conditionnent l'interaction entre le médecin et le patient²⁶³. Ces études ont suggéré que les patients présentant des symptômes de somatisation, identifiés comme « psychosomatiques » c'est-à-dire pour lesquels les médecins ne trouvent pas de base organique, étaient difficiles à prendre en charge (Smith, 1995 ; Hahn et *al.*, 1994 ; Hahn et *al.*, 1996). Dans ce cadre, l'étude de Smith (1995) montrait de plus que ces patients consultent un médecin plus souvent que la moyenne, ont de nombreux problèmes aigus et chroniques, reçoivent plus d'ordonnances, subissent plus d'investigations et sont plus souvent référés à différents spécialistes pour obtenir un « deuxième avis » ou une consultation²⁶⁴. En ce qui concerne

²⁶⁰ Certains médecins généralistes se reconnaissant dans l'approche de Michaël Balint ont expliqué que le « patient difficile » est une perception inconsciente du médecin. Par exemple, Marchand et Bergeron (1986) en se basant sur des groupes de discussion expriment que le patient considéré comme « difficile » par le médecin ne présente ni problème psychologique comme ils le croyaient au départ, ni problème médical très particulier : le médecin le « trouve difficile ».

²⁶¹ Cohen (1987), un médecin interniste qui s'inscrit également dans cette approche écrit que la perception de « patient difficile » relève d'un sentiment négatif que les médecins ont envers certains patients qui n'adhèrent pas à leurs conseils ou qui ne sont pas obéissants vis-à-vis des mesures apportées. Il ajoute que sans reconnaissance de ces sentiments négatifs une multiplication d'examen complémentaires et d'avis des spécialistes peut être ordonnée pour s'échapper du contact avec le patient plutôt que par besoin réel d'un deuxième avis.

²⁶² La sociologue Judith Lorber (1975) s'est intéressée au rôle de malade et à la déviance, c'est-à-dire au fait que les patients hospitalisés soient qualifiés de « bons » ou de « problèmes » par le personnel médical en charge. Son étude révèle que les médecins et les infirmières avaient tendance à nommer « patients à problèmes » des patients qui interrompaient à terme des routines bien établies et faisaient du travail supplémentaire pour eux. De même, Rosenthal et *al.* (1980) ont étudié dans le cadre des soins infirmiers, le processus par lequel un patient vient à être identifié par plusieurs acteurs à la fois en tant que « patient à problème » à travers de caractéristiques comportementales et attitude déviantes des comportements et attitudes attendues par les soignants, la famille et les proches. Ainsi, les patients identifiés comme problèmes étaient décrits comme exigeants, peu coopératifs, plaintifs, violents, manipulateurs, désagréables, contrôlants, non conformes.

²⁶³ La difficulté peut ainsi provenir aussi bien du caractère et du comportement du patient que de la personnalité du médecin, des circonstances externes qui affectent la rencontre ou des différences culturelles entre le patient et le médecin.

²⁶⁴ Les médecins identifient également chez les « patients difficiles » des symptômes médicalement inexpliqués qui font que le patient soit « difficile à aider », une utilisation élevée des services, un trouble de la personnalité et une insatisfaction à l'égard des soins reçus (Carson et *al.*, 2004 ; Hahn et *al.* 1996 ; Crutcher et Bass, 1980).

l'accumulation de maladies aiguës, maladies chroniques et plaintes vagues et changeantes, certains expliquent que ce type de patient peut être décrit comme complexe d'un point de vue clinique, car ces maladies ne sont pas curables au sens traditionnel du terme. Les médecins éduqués dans un système linéaire « diagnostic, traitement, guérison »²⁶⁵ ont parfois tendance à se sentir frustrés ou démunis lorsque cette séquence s'effondre pour les patients à problèmes (Robert et Gillette, 2000 ; Crutcher et Bas, 1980).

Dans le cadre de la médecine générale, une étude réalisée sur l'expérience des médecins généralistes face aux patients qu'ils perçoivent comme difficiles a décrit 3 groupes de « patient à problème » en médecine générale (Steinmetz et Tabenkin, 2001) :

1. Les patients présentant un large éventail de « problèmes de comportement », caractérisés comme violents, agressifs, grossiers verbalement, manipulateurs, menteurs, exigeants, exploiters du médecin, cherchant un gain secondaire (par exemple les toxicomanes).
2. Les patients qui ont des plaintes répétitives, principalement sans signification clinique claire et des plaintes étranges non résolues, soit ceux qui consultent avec plusieurs plaintes. Dans ce groupe, les visites durent plus longtemps que la moyenne, et les patients fatiguent leurs médecins.
3. Les patients qui souffrent de troubles « psychiatriques », tels que des troubles psychosomatiques. Chez ces patients qui reviennent à plusieurs reprises chez le médecin, un examen biologique complet ne recueille aucun résultat et les solutions proposées sont extrêmement limitées.

Dans ces études des caractéristiques psychologiques ou comportementales propres au patient la notion de « patient à problème » se révèle comme une catégorie « endogène ». Ces approches permettent de comprendre et d'identifier certaines caractéristiques *a priori* des patients qui mettent les médecins généralistes en difficulté dans leur pratique. Dans le cadre de notre travail, il nous semble néanmoins nécessaire de compléter cette notion de « patient à problème » par la prise en compte des incertitudes sur les savoirs de la médecine et sur la situation clinique. Nous soutenons que le « patient problématique » est celui que la médecine a du mal à prendre en charge à cause de la complexité de la situation d'interaction. Pour comprendre comment les médecins font face à la complexité de situations en médecine générale, nous tenons donc compte des incertitudes qui se retrouvent dans l'interaction de soin entre le médecin et le patient. Comme nous le verrons, les situations à problème ne sont pas seulement créées par la situation clinique des patients, mais aussi par les incertitudes générées, *in fine*,

²⁶⁵ Selon Crutcher et Bas (1980), dans le cadre de l'exercice de la médecine générale il est inévitable que les médecins formés dans un système linéaire et débutants soient les plus susceptibles de percevoir les patients comme « des problèmes » et de développer un sentiment d'inadéquation et de découragement lorsqu'il est nécessaire de traiter plusieurs symptômes vagues.

par le travail médical. Le généraliste se confronte à l'arrivée de problèmes qui concernent la personne dans sa globalité et pour laquelle il assure un suivi dans le temps. Les médecins peuvent anticiper un certain nombre de choses concernant l'évolution de la situation de la personne, mais cette évolution est, de fait, incertaine. Il fait ainsi face aux situations de polypathologies, à l'aggravation de maladies chroniques ainsi qu'à la gestion d'ordonnances multiples, auprès notamment des personnes âgées, dans un contexte caractérisé par les limites de la médecine d'organe et des connaissances pharmacologiques. Il est question maintenant, à partir du croisement de la littérature médicale et des sciences sociales, de définir trois grands types de « situations à problème » auxquels sont confrontés les médecins dans le cadre de leurs interactions avec les patients âgés à savoir : a) — la multiplication des symptômes difficilement identifiables à partir des savoirs médicaux acquis ; b) — la diversité et la combinaison des maladies difficiles à traiter à l'aide du médicament en raison notamment des interactions, et enfin c) — l'accumulation des problèmes qui ne relèvent pas du strict champ médical curatif.

- *Une multiplicité de symptômes difficilement identifiables en raison de la limite des savoirs médicaux*

La première grande caractéristique d'un patient problématique en médecine générale est la multiplicité de symptômes difficiles à distinguer à partir des savoirs médicaux acquis. Dans le cadre de l'enseignement médical, la prise en charge d'une maladie intègre son diagnostic et le plus souvent un traitement. Dans leurs études, les médecins apprennent à organiser les plaintes et les symptômes présentés par le patient dans un diagnostic préétabli (Atkinson, 1995 ; Brown, 1995). D'une certaine manière, le travail médical peut prendre une forme stable et prédictible. Le diagnostic organise la maladie avec l'identification des options de traitement en vue d'une guérison. Or, ces acquis des savoirs médicaux correspondant à une approche médicale linéaire « diagnostic = traitement = guérison », ne peuvent pas être mobilisés face à des plaintes vagues ou face à la multiplicité de maladies, générant incertitudes face au diagnostic et à la prise en charge. La médecine générale est le lieu où les plaintes diverses et variées sont le plus souvent en décalage avec le savoir médical appris à la faculté. Les travaux de Isabelle Baszanger (1981 ; 1983) ont souligné la faible adéquation des catégories du savoir biomédical enseignées à la faculté aux symptômes et demandes auxquels sont confrontés les généralistes. De plus, l'étude sur l'interaction thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques, réalisée par Baszanger (1986) a mis en évidence que le travail médical est mis en difficulté par les pathologies chroniques, quelles qu'elles soient. Faute de pouvoir « guérir », l'objectif concret en pratique courante est de contrôler, autant que faire se peut, leur évolution ou au moins leurs symptômes et leurs conséquences.

Nous pouvons en plus ajouter la difficulté à identifier des maladies iatrogéniques (Hardy et *al.*, 2018). La littérature médicale souligne la difficulté à discerner les effets indésirables des médicaments pour traiter une maladie des symptômes d'une nouvelle maladie amenant à des « cascades médicamenteuses ». L'effet indésirable d'un médicament prescrit peut s'interpréter comme étant un nouveau problème médical, et un deuxième médicament peut être prescrit pour traiter l'effet indésirable du premier médicament (Mallet et *al.*, 2016).

Si la diversité de demandes, les plaintes floues et les comorbidités se révèlent difficiles en médecine générale quel que soit le type de patient, les médecins font le plus souvent face à ces difficultés auprès des patients âgés. Il ressort d'une enquête de la DREES réalisée en 2002 sur les médecins généralistes libéraux, qu'après 70 ans, les patients consultent surtout pour le suivi d'affections chroniques, et les médecins les visitent aussi pour de multiples pathologies (DREES, 2004). Différentes études ont montré que les personnes âgées présentent une multiplicité de maladies et une diversité de symptômes face auxquelles les incertitudes médicales sont élevées. Les maladies chroniques, la douleur physique ou psychologique, des problèmes liés aux conditions sociales comme l'isolement, le mal être psychologique comme l'anxiété ou la dépression complexifient l'acte clinique (Collin, 2003 ; Vega, 2012). De plus, la difficulté à distinguer vieillissement et santé (Coudin et Paicheler, 2002) et de surcroît les symptômes ou signes du vieillissement des symptômes d'une maladie (Vincent, 2006) font des personnes âgées des patients difficiles en médecine générale. Enfin, la multiplicité de motifs de consultation des personnes âgées complexifie la hiérarchisation de la plainte à traiter (Collin, 2003). Ainsi, cette difficulté à distinguer les symptômes rend difficile la décision thérapeutique, l'acte de « faire du bien », d'adopter la « bonne » action (Hardy, 2012).

- *Une multiplicité de maladies difficiles à traiter en raison des interactions entre les médicaments*

La deuxième grande caractéristique d'un patient problématique en médecine générale est la gestion d'une multiplicité de médicaments du fait des interactions. En effet, le processus de décision thérapeutique est rendu difficile en raison des savoirs médicaux limités et contradictoires. Dans la littérature médicale, les études soulignent les difficultés du médecin à adopter une attitude thérapeutique adéquate face à un patient ayant des comorbidités, notamment en raison de l'absence de données cliniques. Par exemple, Biollaz et Bouclin (2005) affirment que « *face aux comorbidités, le praticien se voit contraint soit de prescrire sans évidences solides, soit de s'abstenir par crainte de faire plus de mal que de bien* ». Ces auteurs expliquent qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie et la progression des comorbidités, la prescription de médicaments multiples de manière simultanée est devenue la règle. Cette « polymédication » est associée à un risque accru d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses.

Or, la « polymédication » est formellement recommandée pour le traitement de nombreuses pathologies, sur la base d'évidences apportées par des essais cliniques et reflétées dans des recommandations de bonnes pratiques. Par exemple, le traitement d'une seule pathologie suppose souvent deux ou trois médicaments. Les recommandations favorisent donc la multiplication de prescriptions (Anthierens et *al.*, 2010 ; Gottlieb, 2004 ; Gurwitz, 2004 ; Jackson et *al.*, 2004). Cependant, même si ces recommandations préconisent des régimes médicamenteux multiples, elles s'adressent très généralement à une seule pathologie et n'apportent pas de connaissances sur l'usage de médicaments multiples. Les incertitudes sont ainsi élevées vis-à-vis de la prise en charge thérapeutique de patients polypathologiques et polymédiqués. À ce propos, il faut également noter que les essais cliniques sur lesquels se base la médecine factuelle n'apportent pas de connaissances suffisantes sur certaines populations spécifiques (enfants, femmes enceintes, patients âgés, patient polypathologique, patients polymédiqués, patients souffrants d'insuffisant rénal, d'insuffisant hépatique...). Elles sont justement exclues des essais du fait de leur âge, de leur vulnérabilité et sensibilité accrue aux effets indésirables des médicaments et du cumul de maladies et de médicaments qu'elles prennent. Enfin, comme le médicament est testé de façon isolée chez un sujet monopathologique les études cliniques n'apportent pas de connaissances sur les interactions (Montastruc, Tillement, 2012). Il y a donc une pratique de prescription multiple et de nombreuses incertitudes sur les effets indésirables et les interactions médicamenteuses.

La difficulté de prendre la bonne décision pour prescrire un médicament et pour gérer un ensemble de prescriptions est d'autant plus importante lorsque le patient est âgé. Certains auteurs ont souligné que les patients âgés, présentant un cumul de maladies, impliquent dans le travail médical une difficulté particulière de gestion des prescriptions et de contrôle des interactions médicamenteuses (Benoît-Lapierre, 1983). Les personnes âgées font partie d'une population pour laquelle les sciences ne fournissent pas d'études cliniques suffisantes. Le manque de savoirs factuels, la fréquence de comorbidités et le cumul de prescriptions médicamenteuses pour les personnes de 75 ans et plus²⁶⁶ font du patient âgé un « patient problématique » en médecine générale. Du fait de ces spécificités, les médecins sont confrontés à la difficulté d'appuyer leurs décisions sur des recommandations de bonnes pratiques. De nombreuses études montrent que le traitement de plusieurs maladies de façon isolée est à l'origine de risques de iatrogénie médicamenteuse. Par exemple, l'étude de Boyd et ses collègues

²⁶⁶ Une revue de littérature de la HAS souligne que la combinaison de pathologies pour un même patient est plus fréquente pour les personnes de 75 ans et plus et que les patients polypathologiques sont la règle en médecine générale. De plus, cette revue affirme, à partir des données de la CNAMTS (2012) que plus de 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus en France prennent quotidiennement entre 8 et 10 médicaments. 30 % de la consommation totale de médicaments est le fait de 5 % des assurés. Il s'agit, pour l'essentiel, de personnes en affection de longue durée (ALD) et de personnes âgées, ces deux catégories se recoupant pour l'essentiel. Voir HAS, « Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires », mars 2015 ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

montre que « le respect des recommandations actuelles de pratique clinique chez les personnes âgées présentant des comorbidités peut avoir des effets indésirables et diminuer la qualité de leurs soins » (Boyd et al., 2005).

- *Des problèmes qui dépassent le strict champs médical-curatif*

La troisième grande caractéristique d'un patient problématique en médecine générale est l'existence de problèmes qui ne relèvent pas du strict champ médical curatif. Les études en médecine générale affirment que la consultation fréquente, notamment pour des symptômes mineurs, la formulation des plaintes à la fin de la visite, et la communication avec le patient, sont des enjeux qui posent des difficultés aux médecins généralistes. Cohen (1987), explique que si les médecins sont le plus souvent dans l'incapacité à répondre à la plainte présentée par le patient c'est, car « *Une grande partie de la pratique générale ne concerne pas la médecine curative, mais l'aide aux personnes atteintes de maladie, de handicap ou de problèmes relationnels* ». À ce propos, Robert et Gillette (2000) soulignent que les « patients à problème » ont des besoins particuliers qui exigent du médecin une certaine capacité d'écoute, de la patience, du temps et de l'empathie. Ces auteurs mettent en relief l'importance d'un travail médico-social qui implique l'accueil, l'accompagnement, l'écoute.

Dans le cadre de notre étude, nous concevons que les problèmes ne relevant pas du stricto champ médico-curatif concernent la prise en charge des aspects sociaux et humains du patient, à savoir l'échange avec le patient pour comprendre son mode de vie, ses conditions d'existence ; ses souhaits et refus, en somme des dimensions nécessaires de la prise en charge médicale — indispensables à la connaissance du patient, au suivi de son histoire et de son parcours — mais n'ayant pas de réponse curative. En effet, l'interrogatoire auprès du patient permet aux médecins de trier les problèmes médicaux et sociaux ainsi que de prendre en compte des problèmes sociaux et humains dans le travail proprement médical. Les patients expriment souvent des demandes et posent des problèmes qui confrontent les médecins à leurs propres incertitudes, aux limites des savoirs médicaux et des conditions de l'exercice de la médecine libérale.

La mise en place d'un travail inscrit dans les soins exige la création et le maintien d'une interaction humaine entre le médecin et le patient. Or, établir et garder le contact avec le patient est une difficulté pour certains médecins. La sociologie de la santé souligne que pour les médecins, la plainte du patient exprime une souffrance face à laquelle ils sont en mesure de proposer différentes options thérapeutiques (Hardy, 2012). Ces options peuvent être de l'ordre biochimique (la prescription d'un médicament) ou de l'ordre de la relation humaine (accorder plus de temps d'écoute, analyser les conditions socio-économiques de la plainte, travailler en réseaux professionnels, etc.) (Vega, 2012 ; Hardy, 2012). La capacité du médecin à prendre en charge la plainte du patient en s'appuyant sur l'une

ou l'autre des options thérapeutiques dépend du degré d'importance accordée au médicament ou à l'interaction avec le patient. Ce degré d'importance découle à la fois des caractéristiques personnelles, professionnelles ou culturelles du médecin (Collin, 2003 ; Rosman, 2010 ; Vega, 2012). Il ressort de ces travaux que les médecins utilisent souvent le médicament comme un moyen pour garder le contact réduisant ainsi les incertitudes liées au risque de manque de suivi, ce qui les amène régulièrement à prescrire des médicaments pour lesquels ils ont reçu très peu de formation pharmacologique. Selon Rosman (2010), les médecins français aboutissent à des prescriptions de « réparation instantanée » de la plainte dans une perspective de conservation financière du cabinet, c'est-à-dire pour créer et fidéliser la clientèle.

Anne-Chantal Hardy (2012) suscite un autre type de réflexion. Pour cette auteure le « sens du bien » est une rationalité commune à la profession médicale, mais la façon d'aboutir à la « bonne action » diffère pour chaque médecin. Ainsi, plus il est difficile pour le médecin d'établir une relation humaine avec le patient, plus il apportera une réponse médicamenteuse visant à cacher cette incapacité. Chez des médecins qui sont dans l'incapacité de soulager la plainte au moyen du relationnel, le médicament est conçu comme le substitut d'une relation d'aide inaccessible. Selon une étude réalisée par des médecins qui s'interrogent sur leurs pratiques, certains médecins peuvent exprimer une difficulté à soulager des symptômes de souffrance en raison d'une absence de capacité relationnelle, et aboutir à des prescriptions « compassionnelles » de médicaments « hors-norme »²⁶⁷ (Canévet et *al.*, 2012). Le raisonnement qui conduit à justifier ce type de prescription est la nécessité de garder le lien thérapeutique. Étant donné que pour ces médecins leur relation est « mauvaise » la prescription devient leur manière de s'engager et le médicament le symbole du lien thérapeutique. C'est finalement leur manière d'agir dans le « sens du bien » (Hardy, 2012).

Les études sur la pratique médicale auprès des personnes âgées soulignent néanmoins que les incertitudes médicales notamment pour discerner entre les symptômes traitables et les problèmes sociaux et humains, entre ce que la biomédecine est en mesure de traiter et ce qu'elle ne peut pas sont prégnantes. Dans son étude du lien entre vieillesse et médicament, Johanne Collin (2003) identifie chez les médecins une croyance selon laquelle le médicament ferait l'objet d'attentes fortes des patients, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes âgées. Selon elle, pour le médecin « la pression de la demande de médicament » est plus forte dans le cas de la douleur (physique ou psychologique), générant un sentiment d'impuissance. C'est également le cas dans un contexte de consultation où la pathologie est floue et où l'incertitude médicale pour effectuer le diagnostic est élevée, comme face à l'anxiété ou à la dépression. C'est enfin le cas devant des problèmes chroniques envers lesquels la biomédecine

²⁶⁷ Les auteurs font référence à des prescriptions qui ne sont pas recommandées par les autorités sanitaires.

reconnaît ses limites, comme pour l'arthrite. L'auteure souligne que dans tous ces cas de doute et de diagnostic difficile à établir, le médecin concède le médicament « sous la pression de la demande ». Au-delà du détail des motifs conduisant à la décision de prescrire donnés par les médecins (pression de la demande, inconfort à refuser, désir de conserver une relation de confiance avec le patient), la sociologue explique que ce type de prescription donne au clinicien le sentiment d'agir sur la situation et est susceptible d'atténuer le sentiment d'incertitude ou d'impuissance qu'il éprouve face à la manifestation de problèmes complexes et mal codifiés.

Les « patients problématiques » se caractérisent par la présence de problèmes qui ne relèvent pas du strict champ médico-curatif dont les réponses sont pourtant fondamentales pour le suivi de la prise en charge médicale, mais qui sont difficiles à identifier et à répondre dans l'absence de lien avec la personne, d'un interrogatoire et d'un suivi de cette personne dans le temps.

En somme, on retrouve le plus souvent dans les cas de prise en charge des personnes âgées les trois traits qui caractérisent des situations problématiques en médecine générale.

Par ailleurs, certaines personnes peuvent présenter des caractéristiques liées à la vieillesse et au « vécu de l'avancée en âge » (Caradec, 2008) qui se révèlent en décalage avec certaines normes mobilisées par les médecins. Les personnes âgées se distinguent pour être « lentes » concernant par exemple le « déshabillage »²⁶⁸ et peuvent de ce fait, demander plus de temps que ce que le médecin est habitué à accorder. Les personnes âgées peuvent ainsi se révéler problématiques pour certains médecins en raison du fait qu'elles se « *situeraient à contre-courant des valeurs prédominantes axées sur le rendement, la performance, le dynamisme, la vitesse, l'instantanéité* » (Collin, 2003). Les personnes âgées peuvent se révéler particulièrement problématiques chez des médecins qui travaillent trop et/ou trop vite ou qui « veulent finir vite » (Vega, 2012). Par ailleurs, les personnes âgées se caractérisent par une baisse de leurs interactions sociales et sont parfois dans des situations d'isolement social. Ces situations peuvent se révéler particulièrement problématiques pour les médecins qui considèrent que les échanges vont être jugés dénués d'intérêt (Vega, 2012).

Sur la base des constats que nous apportent la littérature médicale et la littérature en sciences sociales nous savons donc que les patients âgés sont des patients qui posent problème en médecine générale, non pas nécessairement du fait de leurs caractéristiques propres, mais de la difficulté à prendre en charge leurs situations pour les raisons suivantes : la présence de symptômes difficilement identifiables ; la présence de comorbidités impliquant une multiplicité de médicaments difficiles à gérer ; la présence de problèmes qui dépassent le strict champ médical du curatif qui rajoutent

²⁶⁸ Nous pouvons donner l'exemple de l'expérience du Pr Olivier Saint-Jean dans un service de radiologie : « *j'ai vu là combien un examen banal peut se révéler une épreuve pour un vieux, et comment les manipulateurs radio ou les radiologues peuvent houspiller celui qui ne se déshabille pas assez vite...* » (Saint-Jean et Favereau, 2018 : 39).

incertitude à la prise en charge médicale, notamment dans le cadre de l'exercice en médecine libérale. De plus, ils ont des caractéristiques liées au vécu de l'avancée en âge susceptibles de modifier des routines de travail bien établies. Ces caractéristiques liées aux situations d'interaction de soin nous donnent le contexte général de ce qui pose problème dans l'exercice de la médecine générale orientée vers les personnes âgées.

1.3. Des patients difficiles à « manipuler avec soin »

Il est maintenant question d'explorer la façon dont les médecins parlent des personnes âgées et de leurs pratiques auprès d'elles. Nous étudierons tout d'abord la description qu'ils font du profil de personnes âgées qu'ils prennent en charge en cabinet de médecine générale. Nous étudierons ensuite la façon dont ils décrivent les difficultés de leurs pratiques auprès d'elles. Nous montrerons que la description de patients âgés, qu'elle soit de manière très générique ne posant *a priori* pas de problème au médecin, que dans les situations décrites pour eux comme difficiles, correspond à notre conception interactionniste de « patient problématique » et à ce que nous avons défini comme patient qui pose problème.

Voyons tout d'abord comment les médecins parlent des personnes âgées et comment ils caractérisent leur patientèle âgée de manière générale. Trois dimensions sont mises en avant par les médecins pour caractériser leur patientèle âgée que nous étudierons par la suite : des caractéristiques physiopathologiques ; des possibilités physiques et mentales individuelles ; des caractéristiques associées au milieu socio-économique où la personne vieillit et au territoire d'exercice du médecin.

En ce qui concerne la perception de la vieillesse, la majorité des médecins interrogés associe aux caractéristiques individuelles de la personne sa place dans le système de soins et dans la société. Dans le discours des médecins, la vieillesse n'est pas seulement une question d'âge, c'est avant tout un état de la personne qui, en raison à la fois de l'avancée en âge et des conditions économiques et sociales d'existence, est devenue dépendante de la médecine :

« J'ai fait un stage en gériatrie et la gériatrie généralement commence à partir 75 ans. Après je pense que c'est plutôt par rapport aux personnes, et il y a des personnes qui vieillissent plus vite que d'autres, entre autres par rapport aux catégories sociales. Je pense qu'il y a des gens qui sont plus abîmés par la vie qui peuvent être âgés à 60, 65 ans, et d'autres au contraire, qui ont un mode de vie plus aisé qui sont plus tard dépendants de la médecine, peut-être que c'est ça ma définition. Et quand je parle d'être dépendant de la médecine, je parle d'aide psychologique et d'être dépendant des médicaments » (MG rempl. H-33).

La vieillesse est ainsi associée à une dépendance médicale, où « le médical » comprend aussi bien le médicament que l'aide psychologique. Séparée du médicament, la dépendance à l'aide

psychologique fait référence au relationnel, à l'écoute ou à l'accompagnement. Face à cette notion qui met en lien vieillesse et dépendance médicale, on ne peut que constater une vision selon lequel « les personnes âgées sont diminuées, fragiles, qu'elles doivent être prises en charge, non seulement physiquement, mais aussi au niveau psychologique » (Collin, 2003). Cependant, chez le médecin généraliste, le travail médical implique des soins médicaux qui, même lorsqu'ils sont recentrés sur les médicaments, intègrent un travail humain et social pour comprendre la situation et l'environnement de la personne. Nous observons que les médecins ont une vision sociale de la vieillesse sur laquelle s'appuie leur caractérisation de la patientèle âgée.

Lorsque les médecins parlent du profil de personnes âgées qu'ils reçoivent en cabinet de ville nous observons que la vision générale qu'ils ont de leur patientèle âgée est celle de patients « qui vont bien », qui sont en « bon état » ou en « bonne santé globale » tout en présentant plusieurs maladies, notamment des maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'hypertension artérielle :

« C'est des gens qui sont relativement aisés, donc après ça donne un autre contexte que quand on remplace ailleurs. Et ils ne sont pas trop malades hein ces petits vieux. Si, après c'est l'hypertension, pas trop de diabète justement, des hypertendus surtout, après il sont plutôt en forme. Après j'ai pas mal de centaines qui vont bien justement. Il y a beaucoup des gens de 85 ans, 80, 100 ans qui vont bien en fait, qui sont en bonne santé, qui n'ont justement pas grande chose d'autre que des petits problèmes de vieux » (MG rempl. H-32).

Caractérisés par leur « bon état », les patients âgés ont plusieurs maladies chroniques avec un « suivi médical multiplié » entre différents intervenants :

« Les gens qui viennent me voir par exemple ils sont encore en bonne santé globale, cela dit, ils ont souvent comme pathologie l'hypertension classique, du diabète souvent assez rarement équilibré, s'ils ont fait un AVC, s'ils ont fait un arrêt cardiaque, ils ont souvent un suivi médical déjà multiplié dont le médecin généraliste. Mais ils ont aussi la spécialité, le cardiologue par exemple, ou le rhumatologue quand ils ont des douleurs partout » (MG rempl. F-32).

Dans la description que les médecins font du profil général de leurs patients âgés nous avons l'impression que ces maladies chroniques sont rentrées dans la « normalité » : on dirait qu'elles sont simplement des problèmes de la vieillesse, sachant que les patients qui en souffrent vont « globalement bien ». On repère ainsi le rétrécissement des frontières entre la santé et la maladie qui est intimement lié à une nouvelle manière de réfléchir aux trajectoires de maladies, puisque les séquences de trajectoire de maladies se sont allongées faisant émerger cette perception de « malades en bonne santé » (Pereira et Tourette-Turgis, 2019 ; Demailly et Garnoussi, 2016). Les polypathologies des personnes âgées semblent ainsi être la « représentation commune de la norme » dans le milieu social actuel d'exercice

de la médecine, l'une des trois autorités²⁶⁹ sur lesquelles s'appuie le travail de diagnostic et guérison selon Georges Canguilhem (1966 : 75).

Un élément qui caractérise les patients âgés des médecins exerçants notamment à Paris et à Montrouge est selon nos enquêtés un niveau socio-économique relativement « aisé » qui leur permet d'avoir une prise en charge paramédicale qui contribue à leur autonomie, telle que des soins infirmiers à domicile :

« Je suis dans une ville où les gens sont relativement aisés, donc finalement ça se passe assez bien, et c'est des patients qui arrivent à venir jusqu'au cabinet. Je pense qu'il y a différents types de prise en charge des personnes âgées, des gens que tu vas voir au domicile, ou des gens qui arrivent à venir au cabinet. Ceux que je vois en cabinet ils arrivent à prendre leurs traitements, ils sont sûrement aidés par l'infirmière, pour faire leurs piluliers, mais c'est des gens qui ne sont pas hyper malade » (MG rempl. H-32).

« J'ai des patients autonomes à 80 ans, en région parisienne il est plus facile d'avoir certaines aides. Mais j'ai pas mal d'insuffisants cardiaques, des diabétiques, quelques insuffisants rénaux, insuffisants respiratoires aussi, pas énormément de patients qui ont de lourdes pathologies psychiatriques, mais il y en a certains » (MG F-30).

Nos enquêtés caractérisent également la patientèle âgée à partir de l'autonomie physique et cognitive qui est souvent reflétée dans la phrase « de gens qui arrivent à venir jusqu'au cabinet » :

« C'est majoritairement des patients de plus de 65 ans. Vous avez vu la salle d'attente... Parce qu'on voit de plus en plus des centenaires... On a des centenaires qui viennent en consultation, pas en si mauvais état, il y en a qui ont gardé une fonction supérieure tout à fait correcte et auquel on donne le moins de médicaments possible » (MG H-62).

Ces extraits d'entretiens montrent que même dans la manière très générique dont nos enquêtés parlent des patients âgés, leurs descriptions correspondent aux caractéristiques de situations problématiques que nous avons identifiées dans notre conception de patient problématique. Les patients âgés sont décrits en « bon état » dans un contexte où priment des enjeux liés à une multiplicité de maladies et à la multiplicité d'intervenants dans la prise en charge, ou où des problèmes d'autonomie physique et mentale et aux difficultés socio-économiques, sont susceptibles de poser difficultés selon les cas individuels. Ces enjeux de fond apparaissent dans la description de patients qui ne sont finalement pas « hyper malades », qui ont un « suivi déjà multiplié », qui arrivent finalement « à venir au cabinet », puisqu'étant « relativement aisés » ils « arrivent à avoir certaines aides ». Ces extraits nous montrent la situation problématique dans laquelle s'insère le médecin lorsqu'il s'agit de prendre en charge des personnes âgées. Les personnes âgées sont des patients qui posent problème aux médecins et cela se voit dans l'ambiguïté du discours de patients qui présentant une multiplicité de

²⁶⁹ Selon Georges Canguilhem ce qui intéresse les médecins est de ramener à la norme une fonction ou un organisme qui s'en sont écartés. Les trois autorités sur lesquelles ils s'appuient sont décrites par l'auteur de la manière suivante : « La norme le médecin l'empreinte usuellement à sa connaissance de la physiologie, dite science de le homme normal, à son expérience vécue des fonctions organiques, à la représentation commune de la norme dans un milieu donné » (Canguilhem, 1966 : 75).

maladies évoluant à long cours et une multiplicité de problèmes de différentes natures vont globalement bien.

Au-delà de la caractérisation que les médecins font de leur patientèle âgée il existe des différences réelles par exemple entre les habitantes de Paris et de Montrouge et les habitants de la banlieue nord parisienne ainsi que d'offre de soins sur les deux territoires. Or, nos enquêtés de la banlieue (Département de la Seine-Saint-Denis) ont également recours à cette description de patients en « bon état » en s'appuyant sur ses caractéristiques physiques et environnementales :

« Au cabinet, c'est des gens qui ont leur faculté mentale, donc pas trop de souci. Au niveau environnement ça ne change pas beaucoup par rapport à une personne qui ne serait pas âgée. Après avec leur âge ils ont beaucoup plus de problèmes de santé, mais en dehors de ça ils vont bien. A domicile, c'est plus complexe parce qu'ils sont beaucoup plus dépendants généralement, dans des situations sociales extrêmement difficiles, c'est surtout ça dans ce quartier, c'est des gens avec un tout petit revenu, qui n'ont pas d'enfants, qui n'ont pas d'entourage, de proches, etc. On le ressent beaucoup plus que quand ils viennent au cabinet ! (MG H-32).

Nous observons dans le discours de ce médecin que sa patientèle âgée en banlieue est perçue en bon état même si elle présente plusieurs problèmes de santé et que cette classification s'appuie sur le fait qu'elle arrive à venir au cabinet. Il faut donc mettre en évidence une vision de la vieillesse qui tient compte non seulement de la personne dans sa complexité médicale et sociale, mais surtout des spécificités cliniques individuelles susceptibles de créer interactions de soin problématiques.

Voyons maintenant comment les médecins décrivent les difficultés de leurs pratiques auprès des personnes âgées pour comprendre pourquoi les personnes âgées posent problème pour les médecins généralistes. Nous verrons ainsi que lorsque les médecins passent d'une description générique à la description de cas difficiles, la vision qu'ils ont des patients âgés correspond plus nettement à notre conception de « patient problématique » :

« Le fait d'avoir tellement des pathologies différentes et parfois un interrogatoire qui n'est pas forcément optimal, comme on peut l'avoir avec des patients jeunes, c'est un temps plus important, une complexité peut-être un peu plus importante. Pour moi, c'est très complexe même de rajouter un traitement dans le sens qu'il s'agit de personnes qui sont quand même plus fragiles. Par rapport aux nourrissons les personnes âgées seront beaucoup moins tolérantes aux effets indésirables des médicaments » (MG F-30).

Les patients âgés décrits comme fragiles inscrivent dans la pratique des médecins une nécessité de surveillance et de vérification constante et c'est la raison pour laquelle ils n'osent pas intervenir davantage dans leurs traitements. Cette condition complexifie la prise de décision et génère une certaine immobilité de la pratique. Les personnes âgées sont des patients qui posent problème pour nos enquêtés car, en raison de leurs fragilités liées au cumul de pathologies et à la sensibilité de leurs corps aux médicaments, ils expriment devoir les manipuler avec précaution.

Manipuler avec précaution devient d'autant plus nécessaire pour les médecins que les personnes âgées sont décrites comme ayant une multiplicité de médicaments prescrits par plusieurs intervenants. La description de difficultés à traiter de multiples maladies à l'aide du médicament, en raison des interactions médicamenteuses, correspond également à notre conception de patient problématique :

« Au cabinet c'est plutôt du renouvellement d'ordonnances des personnes âgées avec justement une liste assez longue... Justement, le challenge du médecin généraliste est de vérifier qu'il n'y ait pas d'interactions, d'identifier un patient qui réagit mal à un traitement ou des médicaments couplés ensemble... Parce qu'en général quand vous avez une ordonnance à 10 c'est que le cardiologue a rajouté un traitement, le neurologue a rajouté un traitement et en fait vous vous retrouvez avec tous les médicaments et on ne sait pas forcément si l'un correspond avec l'autre. Parce que chaque spécialiste ne prend pas forcément en compte l'ordonnance globale préalable » (MG rempl. F-29).

Derrière cet impératif de surveiller et de manipuler avec précaution existe l'incertitude des savoirs médicaux, limités sur les personnes âgées, l'incertitude sur les interactions médicamenteuses et les difficultés de connaître les motifs de prescription de ses collègues. On identifie ici que les patients décrits comme fragiles et ayant un suivi multiplié entre plusieurs intervenants posent problème puisque ces cas impliquent une surveillance constante de l'état de la personne dans un univers où les incertitudes sont élevées.

Les médecins décrivent aussi les difficultés de la pratique auprès de leurs patients âgés comme relevant d'un problème lié à la vieillesse et au décalage des caractéristiques liées au fait d'avancer en âge avec les contraintes de l'exercice libéral :

« Souvent les personnes âgées sont longues, elles sont habillées de pied en cape, en général quand elles viennent te voir elles en ont mis encore plus que d'habitude et pour les faire déshabiller... je ne les déshabille jamais en entier ! Parce que c'est trop long, j'ai l'impression de faire des bouts à chaque fois... le haut, le bas, etc., ça prend du temps. Du coup c'est dommage parce que tu peux passer à côté d'une surveillance de grain de beauté, de mélanomes, et bah, si tu ne le déshabilles pas tu ne peux pas le savoir, voilà. Donc en effet tu ne peux pas le faire en consultation il faut le déshabiller en entier alors qu'il faut aussi gérer le diabète, l'hypertension, etc. » (MG rempl. F-32).

Le patient âgé est constamment en décalage avec la gestion du temps de travail dans le cadre de la médecine libérale. Mais, les médecins expriment des difficultés à suivre l'ensemble des problèmes présentés par les patients âgés. La routine de travail impose une hiérarchisation des problèmes à traiter dans laquelle le suivi des pathologies chroniques déjà diagnostiquées est priorisé. Le médecin se centre ainsi sur le « suivi » des pathologies et des problèmes *a priori* maîtrisables dans un contexte où l'incertitude de « passer à côté » de quelque chose de grave est toujours prégnante.

La description de symptômes difficiles à distinguer et dont le médecin est incapable de soulager correspond également à ce que nous avons identifié dans notre caractérisation de situation problématique en médecine générale :

« Les patients qui ont très mal, vu que c'est leur quotidien, ils ne viennent pas te voir pour ça, ils viennent te voir pour autre chose et tu prends tes 20 minutes pour ça et à la fin ils te disent qu'ils ont toujours mal, donc

tu n'as jamais le temps de le suivre, j'ai déjà demandé parfois de revenir pour ça, sauf que tu sais que tu ne vas pas changer la face des choses. Donc, on fait comme on peut, mais ce n'est pas évident » (MG rempl. F-32).

Ces sont ces patients pour lesquels le médecin est dans l'incapacité de répondre à la plainte qui reviennent et qui soulèvent continuellement la même plainte sans que le médecin puisse les suivre. Derrière l'impuissance reconnue par le médecin face à ces symptômes se trouvent les limites et l'impuissance de la biomédecine, c'est-à-dire des incertitudes dans l'interaction de soin qui font que le patient soit problématique. Les personnes âgées qui se plaignent de douleurs évoquent également chez les médecins la difficulté à discerner l'expression d'une souffrance de l'attente d'une prise en charge et de la demande de traitement à l'aide du médicament :

« C'est compliqué d'introduire des antidouleurs parfois, encore plus compliqué c'est de s'assurer que ce soit vraiment pris, donc il y a plein de choses paradoxales, il y a des gens qui se plaignent tout le temps des douleurs, mais qui refusent de prendre des antidouleurs, voilà. C'est compliqué il y a peut-être des demandes derrière que je n'arrive pas à percevoir, ou que la demande n'est pas forcément une demande de traitements, de prise en charge de la douleur et il y a des choses plus compliquées, ou des choses qui ne peuvent pas s'exprimer comme ça » (MG H-34).

Les personnes âgées sont ainsi caractérisées par des plaintes difficiles à interpréter et difficiles à soulager générant le sentiment chez les médecins d'être démunis dans leurs prises en charge. Cet extrait montre les difficultés à gérer le patient âgé avec ses demandes et refus et montre un médecin qui se confronte à la fois au problème de la polyprescription (la peur des effets liés à l'accumulation), et le problème souligné de patients qui ne veulent pas prendre de médicaments alors qu'ils se plaignent.

Les patients âgés posent également des difficultés à la pratique des médecins lorsqu'ils ont des besoins particuliers qui ne concernent pas la médecine curative, mais une prise en charge qui relève de la relation humaine, de l'écoute et de l'empathie :

« Il y en a qui ont juste de petits problèmes de vieux. Déjà c'est la solitude surtout, je pense, parce que souvent ils ont besoin de voir quelqu'un et souvent c'est le médecin, ça peut juste être ça, il y en a pas mal qui sont seuls et qui n'ont pas forcément de famille à Paris, je pense, plus peut-être qu'ailleurs » (MG rempl. H-32).

Pour ce médecin, le problème de la pratique auprès des personnes âgées est la vieillesse et la dépendance. Derrière ces types de sollicitudes qui ne concernent pas le strict champ curatif se trouve la difficulté de distinguer les conditions sociales de l'expression d'une plainte ou d'une demande de prise en charge, mais aussi d'établir et de maintenir un lien avec le patient. À ce propos, certains médecins décrivent une interaction médecin-patient plus complexe et impliquant de manière régulière l'entourage du patient :

« La difficulté c'est d'avoir la clairvoyance de voir vraiment dans quel moment il y a un évènement qui fait qu'on n'est pas dans l'état de base habituel. C'est là que le soutien des familles ou la présence d'un membre de la famille est parfois nécessaire parce que la personne âgée ne va pas forcément tout nous dire puis parce que parfois ils ont un peu peur donc ils préfèrent dire non, tout va bien » (MG F-30).

L'intervention des proches est pour le médecin un moyen de distinguer les symptômes et de réduire les difficultés de l'interaction avec le patient âgé. La difficulté dans l'interaction avec le patient est également mise en avant dans le cas de troubles cognitifs amenant à une gestion parfois difficile de la famille ou des proches, et où le travail médical rencontre ses limites. Par exemple, un médecin raconte les difficultés de la prise en charge à domicile d'un couple, un homme et une femme de 83 ans vivant seuls sans aides externes, devenus dépendants physiquement et pour lesquels les diagnostics de démence pour les deux, établis dans le cadre d'une hospitalisation, n'ont pas été acceptés par leur fille :

« Quand elle m'a rappelé pour me dire qu'elle voulait que sa mère rentre à domicile je lui ai dit ça ne va pas être possible. Moi j'ai fait la demande pour la maison de retraite pour la mère, donc elle a été acceptée, mais je lui ai dit pour votre père aussi il va falloir l'envoyer en maison de retraite parce que la tête, ça ne va pas du tout. Elle a refusé mon diagnostic de démence, qui a été reconfirmé en soin de suite.... Donc on s'est fâché et donc je ne suis plus leur médecin traitant » (MG H-32).

Ce cas de rupture de la relation thérapeutique montre que le maintien du contact avec le patient peut se révéler impossible pour le médecin lorsque la situation particulière déborde le stricto champ médico-curatif. Ce cas montre aussi que lorsque pour le médecin le problème relève du médico-social et dépasse la capacité de leur prise en charge, la manière de gérer le patient ou sa situation ne répond pas toujours à un intérêt de conservation de la clientèle.

Nos entretiens montrent ainsi les différentes formes par lesquelles les difficultés de la pratique auprès des personnes âgées émergent en médecine générale : difficulté d'identifier à quoi correspondent les médicaments prescrits par leurs collègues, difficulté à discerner les symptômes ou à soulager la plainte et enfin, difficulté à gérer la demande, le refus et les habitudes des personnes âgées, ou encore des problèmes conçus comme étant typiques de la vieillesse. Or, les difficultés qu'ils rencontrent auprès d'eux sont créées par les situations cliniques et les incertitudes du travail médical (incertitudes sur les savoirs médicaux, pharmacologiques et incertitudes liées au contexte de la pratique en cabinet de médecine libérale). La façon dont nos enquêtés parlent des personnes âgées et de la difficulté de leurs prises en charge montre que les personnes âgées sont des « patients problématiques » en médecine générale. Il reste à voir comment sont pris en charge ces patients problématiques dans le cadre de l'interaction des prescriptions en médecine générale.

2. L'intuition du « bon état » et de la « fragilité » : des logiques de prise en charge des patients âgés

Maintenant que nous avons vu que les patients âgés posent des problèmes à la pratique des médecins généralistes nous aborderons la manière dont ils font face à ces difficultés à commencer par

la manière dont ils les catégorisent. En effet, les catégories que les médecins utilisent pour parler de la vieillesse et de la difficulté de leurs pratiques auprès de personnes âgées préfigurent des logiques de prise en charge qui permettent d'appréhender la personne dans sa globalité. Ces logiques, qui répondent à la complexité de la prise en charge du patient, concourent à expliquer pourquoi les médecins aboutissent à une prescription, s'abstiennent de prescrire ou refusent de déprescrire. Nous allons donc analyser ces logiques d'action afin de mieux comprendre les spécificités de l'exercice et les difficultés de prescrire et déprescrire auprès des patients âgés en médecine générale.

2.1. Des catégories globales et intuitives pour soigner les patients âgés

La première logique d'action découle de la catégorie de patient « fragile » utilisée par les médecins pour montrer la difficulté de la pratique auprès des patients âgés. Si le patient est trop « fragile » l'enjeu principal pour le médecin est de ne pas aggraver cet état. La « fragilité » est une manière de parler des incertitudes liées aux effets indésirables provoqués par les arrêts de médicaments et une manière d'expliquer l'impossibilité de déprescrire. La deuxième logique d'action découle de la catégorie de patient « en bon état » utilisée pour décrire la vieillesse de manière générale. Dans cette logique, si le patient est « en bon état » et donc moins fragile, la problématique du médecin est de ne pas déséquilibrer cet état, c'est-à-dire de le maintenir. La notion de patient en bon état est pour le médecin une manière de penser les incertitudes liées à l'introduction d'un médicament et aux effets des médicaments déjà établis dans l'ordonnance du patient. Nous sommes donc face à deux manières différentes d'appréhender les patients qui amènent à une action de la même nature. Elles traduisent un mode de catégorisation intuitive de quelque chose de complexe qui aide à prendre en compte les incertitudes de la prise en charge des patients problématiques, mais qui empêche aussi de remettre en question les prescriptions.

En effet, les médicaments ont des effets thérapeutiques attendus et des effets indésirables. Ces effets indésirables sont susceptibles de survenir autant à l'introduction qu'à l'arrêt du médicament, ce qu'on appelle l'effet de sevrage. Le sevrage d'un médicament peut ainsi occasionner un déséquilibre dans l'état du patient. Appréhender la « fragilité » du patient âgé permet au médecin d'évaluer l'incapacité du patient âgé à supporter les effets du médicament (lors de l'introduction ou du sevrage), et donc justifier l'absence de déprescription. Appréhender le « bon état » est une manière de se rassurer sur la capacité du patient à « tolérer », voire à résister à un ensemble de médicaments ou à « supporter » l'introduction d'un nouveau médicament sur cet ensemble. Les difficultés de la prescription, du renouvellement et de la déprescription, que les médecins expliquent à partir de ces logiques de prise

en charge renvoient toutes à l'imprévisibilité des effets indésirables de médicaments, à la crainte des interactions entre molécules. C'est une crainte du risque, dans le sens où le médecin craint de prendre une mauvaise décision pouvant causer un préjudice au patient. Cette crainte porte sur plusieurs enjeux : les effets indésirables propres à chaque substance, les effets indésirables liés à l'accumulation, les effets indésirables liés au sevrage.

Hardy et ses collègues (2018) ont également repéré dans le vocabulaire des médecins généralistes la catégorie de « fragilité » utilisée pour souligner une susceptibilité ou une vulnérabilité qui serait présente chez le patient. Ces auteurs mettent en avant que ces manières d'appréhender le patient montrent la difficulté à imputer les effets indésirables aux médicaments. Ainsi, les origines de ces effets ne sont pas cherchées dans la molécule, mais attribuées à l'état du patient, à la maladie et à ses diverses conséquences. Ils soulignent également que ce vocabulaire laisse entendre que « si le médicament produit de tels effets, c'est que ces personnes ne sont pas en bonne santé » (Hardy et *al.*, 2018 : 68). Il faut par ailleurs noter aussi comment les termes employés par les médecins sont repris dans le vocabulaire institutionnel et deviennent — notamment dans le cas de « fragilité » — des catégories utilisées dans les outils de régulation de la pratique de prescription des médecins²⁷⁰. Comme nous l'avons souligné dans la première partie de ce travail, la HAS recommande aux médecins de réduire la « polymédication » chez les patients âgés « fragiles »²⁷¹, c'est-à-dire d'ajuster et de simplifier les traitements médicamenteux (HAS, 2013).

Dans le cadre de la prescription, le choix de prescrire, renouveler ou déprescrire un médicament est susceptible de modifier l'état du patient, de déséquilibrer un bon état en rajoutant une fragilité ou d'en empirer une déjà existante. Les décisions thérapeutiques sont donc complexes. La prise en charge du patient « fragilisé » est particulièrement guidée par la crainte des effets indésirables liés au sevrage ou aux interactions médicamenteuses liées à l'accumulation des produits, pour lesquels les incertitudes des connaissances scientifiques sont élevées. La « fragilité » et le « bon état » global du patient sont, dans la rationalité des médecins, deux manières de réfléchir au patient et d'agir dans le bon sens (Hardy, 2012). Ces intuitions de la médecine générale pour faire face à ce que les savoirs des sciences biomédicales ne prennent pas en compte font écho à ce que Florent Champy (2017) appelle « sagesse pratique »²⁷², c'est-à-dire à la fois un mode de pensée qui permet de conduire des actions dans des

²⁷⁰ Sur la catégorie de « fragilité » utilisée par les organismes et administrations publiques voir par exemple l'article : Finielz E. et Piotet F. (2009), « La problématique de la notion de "fragilité" au cœur d'une politique de prévention de la dépendance », *Lien social et politique*, n° 62, pp. 149-161.

²⁷¹ Dans les documents réalisés par les autorités sanitaires la « fragilité » est définie comme une vulnérabilité en lien avec la diminution de réserves physiologiques. Dans le cadre du programme Paerpa, les autorités sanitaires recommandent une évaluation de la fragilité pour les personnes âgées de 75 ans et plus afin de prévenir la perte d'autonomie.

²⁷² L'auteur décrit : « La sagesse pratique s'oppose notamment à toute application mécanique de règles trop abstraites (c'est-à-dire qui n'ont pas été pensées assez précisément par référence aux cas ou situations auxquels elles doivent

situations que leur singularité et leur complexité chargent d'une forte incertitude, et une vertu visant à éviter à autrui les dommages qui seraient encourus si l'on méconnaissait cette incertitude. En somme l'intuition relève de cette « sagesse pratique » qui permet de saisir la complexité et la singularité des situations concrètes. L'auteur caractérise aussi la sagesse pratique comme vertu de « l'homme prudent » qui, pour agir, doit faire des paris pouvant se révéler malheureux. Nous faisons l'hypothèse que l'intuition sur l'état du patient est une réponse aux incertitudes — voire, qu'elle sert à s'en dégager — car, dans un certain nombre de cas, cette intuition permet de dépasser l'imprévisibilité des effets indésirables de médicaments en comblant le défaut de connaissances sur la pharmacologie des personnes âgées et, de ce fait, les impasses des outils d'aide à la prescription. En même temps, la gestion du patient à travers le « bon état » et la « fragilité » est une entrave importante à la révision des ordonnances pour répondre à la polyprescription.

2.2. La « fragilité » : évaluer la capacité du patient âgé à supporter les effets des médicaments

Dans le cadre de la prescription, l'intuition de l'état de fragilité du patient est une manière pour le médecin d'évaluer la capacité du patient âgé à supporter les effets des médicaments (à l'introduction ou au sevrage). Cette intuition découle de la crainte des effets indésirables et des interactions médicamenteuses. En effet, les médecins craignent les effets des médicaments, car ils peuvent empirer l'état de fragilité de la personne :

« Le problème, qui doit être le plus cité et que je partage aussi, c'est la polypathologie, qui est le problème numéro un, je pense. Les interactions médicamenteuses avec la polymédication que peuvent avoir les personnes âgées, les effets secondaires qui sont plus fréquents chez les personnes âgées. Voilà, puis du coup, la complexité de leurs cas, leurs fragilités intrinsèques que peut ajouter un nouveau traitement c'est toujours délicat » (MG H-39).

Il y a donc la crainte des interactions dans les ordonnances des patients âgés « polypathologiques » et « polymédiqués » :

« Bah, c'est surtout faire attention à la iatrogénicité, surtout faire attention aux interactions des médicaments entre eux, parce qu'il y a souvent la polypathologie et trop de médicaments. Peut-être un objectif c'est de ne pas dépasser un nombre, par exemple 5, ou un certain nombre de médicaments » (MG F-56).

s'appliquer), de procédures formalisées, de savoirs scientifiques ou de routines. Elle requiert donc notamment une attention particulière aux caractéristiques concrètes de ces cas ou situations, en sorte de saisir la complexité et la singularité » (Champy, 2017 : 155).

La fragilité d'une personne « polypathologique » et « polymédiquée », et pour laquelle les organes qui éliminent les médicaments fonctionnent moins bien avec l'avancée en âge, complexifie le choix du médicament et la gestion de l'accumulation de médicaments :

« Si on parle d'une manière générale pour les médicaments, bien sûr qu'ils ont plus de médicaments que les autres patients, donc il y a de nombreuses interactions médicamenteuses, et il faut les regarder dans le Vidal, chercher s'il y a des interactions médicamenteuses. Souvent les personnes âgées, elles ont aussi de l'insuffisance rénale, et ça c'est très embêtant, le choix du médicament par rapport à l'insuffisance rénale. Et si tu me poses la question de ce qu'il faudrait en pratique, moi je pense qu'il faut leur réduire le nombre de médicaments au minimum pour qu'il n'y ait pas d'interactions... » (MG rempl. H-32).

La notion de « fragilité » qui se dégage des discours des médecins n'est pas en opposition directe avec un « bon état ». En effet, la fragilité se traduit par la possibilité du passage imprévisible entre le « bon état » et le « mauvais état ». Les discours des médecins insistent sur les difficultés de la prise en charge à partir d'un constat de complexité de la personne. Ces discours sont aussi des discours de crainte. Lorsqu'ils décrivent les difficultés de la prescription, ils soulignent la difficulté de prévoir les effets des médicaments, et notamment les interactions médicamenteuses pouvant mettre en « mauvais état » les patients.

Comme nous l'avons indiqué, une des caractéristiques des patients problématiques est la multiplicité de maladies impliquant une multiplicité de médicaments difficile à gérer en raison des incertitudes sur les interactions. Les entretiens montrent que les médecins s'appuient sur les données scientifiques pour réduire certaines incertitudes vis-à-vis des effets indésirables de médicaments :

« Moi je regarde toujours le Vidal, c'est une application où tu as tous les médicaments donc tu vois la pharmacovigilance, la pharmacodynamie, la posologie, les interactions médicamenteuses les effets secondaires, les effets indésirables... donc tu as tout ça sur une liste, donc si tu as tout ça à lire tu en as pour... [...] Moi par exemple quand le patient se rhabille et que j'ai un doute, je regarde vite sur les recommandations de la HAS en ligne ou le VIDAL tout simplement, comme je te dis, je l'ai sur mon portable donc je rentre le médicament et je regarde tout de suite parce que voilà je pense que c'est quand même trop grave d'avoir des effets indésirables sur des médicaments » (MG rempl. F-29).

Le Vidal est un outil qui permet aux médecins de trouver la correspondance entre pathologie et médicament ainsi que les effets indésirables recensés par les études cliniques. Mais les médecins sont désarmés face aux comorbidités de certains patients âgés qui prennent plusieurs médicaments et pour lesquels ces données deviennent inutiles en pratique courante. C'est également le cas des recommandations de pratiques cliniques conçues par pathologie isolée. En pratique, les médecins confrontés à des incertitudes médicales majeures affirment accepter les interactions dans le cadre de l'accumulation médicamenteuse en contrepartie d'une pratique appuyée sur leur intuition et leurs propres acquis professionnels. Cela s'observe dans la manière d'utiliser des logiciels de prescription qui intègrent les bases de données de médicaments de la Banque Claude Bernard ou du Vidal. Ces logiciels émettent des alertes lorsqu'ils détectent des interactions connues notamment entre deux

éléments chimiques ou de surdosages, alertes que les médecins ont tendance à ignorer pour les patients qui cumulent plusieurs maladies et plusieurs médicaments :

- Est-ce que vous utilisez un outil pour identifier les interactions médicamenteuses ?

« Ma tête d'abord et puis ensuite on a de petits voyants qui s'allument forcément avec le logiciel, là on est relié à la Banque Claude Bernard. Donc, en général quand il y a des interactions ça flashe, bon ceci dit je ne vous cache pas qu'avec une telle liste de médicaments de base il y a de toute façon des trucs qui flashent, mais, voilà, ça c'est des choses qu'on sait et qu'on accepte dans ce traitement de fond il y a des choses que bon, ce serait peut-être un petit peu à élaguer, mais encore une fois on n'a pas le choix pour ce monsieur » (MG F-32).

« Une autre difficulté c'est qu'il y a énormément de médicaments sur l'ordonnance et avec le logiciel informatique, il y a souvent la base VIDAL intégrée, et quand tu ouvres l'ordonnance, tu as que des alertes partout (sourire), en même temps... et donc à la fin tu finis par les ignorer, donc c'est ça qui est dangereux je trouve, parce que les alertes parfois elles ne sont pas toujours pertinentes, parfois ça l'est, des fois ça ne l'est pas. [...] donc à force tu ne regardes pas, moi ça m'arrive avec ce nouveau logiciel de skipper les alertes, et je sais que le médecin que je remplace fait pareil, il m'a dit tu t'en fiches, voilà, parce qu'effectivement on a des connaissances qu'on a nous, donc on sait à peu près ce qu'on fait, et les alertes c'est un peu faire péter le champ, se disperser » (MG rempl F-32).

En effet, les médecins ignorent les alertes des logiciels de prescription car ils ne peuvent pas extrapoler ces connaissances aux différents cas particuliers des personnes âgées. Ils préfèrent donc orienter leur conduite en se basant sur leur propre expérience clinique et leurs propres habitudes de travail auprès de la personne qu'ils prennent en charge.

De manière générale, les médecins agissent sur la « fragilité » faute de pouvoir prévoir toutes les interactions possibles entre plusieurs médicaments tout en tenant compte des caractéristiques particulières d'un patient âgé spécifique. Il faut noter que la grande majorité des médicaments sont assimilés par le sang et éliminés par le foie (excrétés via l'urine et la bile). Or, le vieillissement implique le vieillissement de la fonction des organes, d'où l'importance de vérifier les fonctions rénales et hépatiques (par exemple via l'analyse de la créatinine ou de l'urine) avant d'introduire un médicament ou pour surveiller son absorption. Ces analyses de base n'apportent cependant que des informations rudimentaires sur l'effet du médicament dans l'organisme, mais indiquent un certain état de la personne à partir du fonctionnement de son corps. De plus, l'arrêt des médicaments peut générer des effets de sevrage qui sont également difficiles à prévoir et à distinguer d'autres symptômes. Les médecins sont finalement dans la difficulté d'anticiper les effets liés à l'accumulation ou au sevrage, raison pour laquelle ils gèrent avant tout la personne.

La crainte des effets indésirables des médicaments amène donc les médecins à une gestion de la fragilité. Cette intuition de l'état de la personne leur permet à la fois de décider malgré les incertitudes et de gérer leur propre crainte des effets indésirables. La gestion du patient se réalise à plusieurs niveaux : évaluation de l'indication des traitements, surveillance du fonctionnement des organes au moyen d'exams cliniques, vérification des interactions connues dans le Vidal. Les entretiens

montrent que face à l'impossibilité de prévoir tous les effets indésirables liés à la combinaison des produits, les médecins suivent également des règles sanitaires et des objectifs de santé publique qui leur permettent d'évaluer et surveiller l'état de la personne :

« Bah j'évalue à chaque fois leurs traitements comme ils me disent de le faire, c'est-à-dire je regarde ce qui est vraiment indispensable ; en plus nous avons des examens, moi je fais assez volontiers la créatinine pour voir si les médicaments que je leur donne n'ont pas été assimilés ; par élimination des produits que je leur donne. Donc la particularité du sujet âgé c'est de devoir se méfier des médicaments qu'on leur donne et de réévaluer à chaque fois l'intérêt, l'indication de ça » (MG H-62).

Il est reconnu et accepté par la plupart des médecins qu'il faut restreindre le nombre de médicaments pour les personnes âgées. Mais, la « fragilité » est pour le médecin une mise en garde. La difficulté de modifier ou d'arrêter un médicament s'appuie sur une crainte des effets liés au sevrage au sens médical du terme (douleurs, convulsions, dépression, etc.). La pratique auprès du patient âgé se traduit ainsi par une surveillance constante et une évaluation de l'équilibre, sans trop intervenir dans leurs prescriptions médicamenteuses :

« [...] quand on parle de nettoyage d'ordonnance il y a certaines molécules avec lesquelles il faut aller doucement, en tout cas tous les psychotropes parce que sinon tu risques de le déséquilibrer, donc ça ne se fait pas en une seule fois » (MG rempl. H-32).

On peut finalement comprendre que le patient âgé est conçu comme fragile en raison du vieillissement de ses organes, de ses multiples pathologies et médicaments. Pour les médecins, cette fragilité implique que son état soit constamment susceptible d'empirer à cause des possibles effets indésirables liés à l'accumulation de médicaments ou au sevrage. La crainte des effets indésirables liés au sevrage pouvant empirer cet état est ainsi une des raisons de l'abstention à modifier ou à arrêter un traitement. Face à la fragilité observée chez le patient âgé, il y a donc une crainte de prendre la mauvaise décision et une gestion de la personne qui cantonne les médecins généralistes à la place de « surveillants ».

2.3. Le « bon état » : *une évaluation de l'équilibre global qui permet encore d'agir malgré les incertitudes*

Réfléchir au patient à partir du bon état implique d'évaluer son équilibre global. Il faut noter que cet équilibre peut être obtenu à l'aide des médicaments. Ceci indique qu'un patient âgé peut être en « bon état » tout en ayant plusieurs maladies et plusieurs médicaments. L'évaluation de l'équilibre implique dans ce cas l'acceptation de certains effets indésirables en contrepartie des bénéfices apportés par les médicaments :

« [...] il faut aussi peser la balance bénéfice risque donc, quel bénéfice a posé le médicament et le risque de le poursuivre aussi, et à l'inverse quel est le risque à le poursuivre et le risque à l'arrêter. On n'essaye pas

forcément d'attribuer la cause au médicament, parce qu'on ne sera jamais capable d'être sûr à 100 %, on va essayer de voir si, un, c'est grave ou pas l'effet indésirable, s'il est grave on ne se pose pas de question, s'il n'est pas grave est-ce que c'est tolérable ou pas pour le patient et quel est le risque à le continuer, quels sont les bénéfices à le continuer aussi le médicament et à l'inverse voilà, la balance. C'est toujours ça, donc on n'a pas le moyen sur le ressenti du patient d'être certain » (MG rempl. F-32).

L'intuition du « bon état » est une manière d'évaluer la marge de manœuvre thérapeutique selon le degré de fragilité du patient âgé. C'est, d'une certaine manière, une logique permettant d'approcher le patient de manière globale et d'agir malgré la fragilité et les risques liés aux médicaments. La perception d'un « bon état » implique ainsi la capacité du patient âgé à supporter les effets du médicament. À ce propos, les entretiens montrent que les médicaments pris de manière chronique deviennent difficiles à modifier lorsque le patient les « supporte bien », amenant le médecin à conserver le statu quo de la prescription :

« C'est-à-dire qu'à 50 ans il a commencé son traitement et on lui a dit "il l'aura à vie", et puis nous médecins on a peut-être fait l'essai une ou deux fois de diminuer le traitement et puis, finalement, la tension augmentait, "il le supporte bien" ça c'est la phrase un peu banale, il supporte bien, donc on garde. C'est vrai que ça, ça va faire qu'on est dans l'habitude, mais voilà » (MG rempl. F-32).

Certains médecins s'étonnent de la quantité de médicaments prescrits à l'attention des patients âgés et de leur résistance à l'accumulation. La perception d'un équilibre global pour les patients ayant plusieurs pathologies traitées avec multiples médicaments est cependant un frein pour les médecins qui veulent réduire la quantité de médicaments des personnes âgées :

« Alors ce qui est fréquent c'est des patients, qui arrivent avec des quantités de médicaments, et qui sont bien équilibrés. Alors, ils sont vieux, ils ont des médicaments en pagaille qui me paraissent injustifiés, mais ils ont l'air de bien tenir le coup, ils ont une fonction rénale qui n'est pas trop altérée, ils ont l'hémoglobine glyquée qui est à peu près pareil autour de 8 %, ils n'ont pas d'hypertension, enfin, pour pouvoir avoir ça il faut un antihypertenseur, un antidiabétique des produits de toute sorte et on se dit, ha, haha ! qu'est-ce que je vais retirer ? » (MG H-62).

Si l'intuition sur l'état du patient précède l'évaluation des traitements, les médecins parlent des traitements comme des effecteurs de l'état du patient : le patient va bien parce qu'il a les médicaments pour aller bien. D'une certaine manière, l'évaluation des médicaments déjà prescrits permet aux médecins de corroborer l'intuition qu'ils ont de l'état du patient²⁷³. L'accumulation de médicaments, qu'ils soient considérés comme justifiés ou injustifiés, est perçue comme contribuant à l'équilibre et donc au « bon état » perçu du patient, d'où la difficulté à mettre en question ces prescriptions :

« Quand on met le nez dedans et qu'on essaye de faire le ménage de l'ordonnance, ce n'est pas toujours facile. J'ai au moins 3 ou 4 patients en tête où effectivement la liste de médicaments peut paraître très impressionnante, mais au final ces sont des patients très lourds qui sont vraiment suivis de près par plusieurs

²⁷³ Dans l'étude sur les différentes manières que les médecins du travail ont de gérer les plaintes de douleur chez les salariés, Nicolas Dodier (1991) documente que les traitements déjà pris permettent au médecin d'avoir une idée parfois plus appropriée des symptômes que si la personne exprimait directement ce qu'elle ressentait.

spécialistes dont les traitements sont tous justifiés et voilà ce n'est pas facile de faire le ménage » (MG F-32).

Dans le cadre de la gestion des prescriptions, les intuitions du « bon état » et de la « fragilité » sont deux façons de prendre en compte les incertitudes médicales qui caractérisent la prise en charge des « patients problématiques ». Ces sont en effet deux manières que les médecins ont de prendre en charge les personnes âgées dans la complexité de leurs situations individuelles et en faisant face aux incertitudes qui leur sont associées. Cependant, ces logiques sur lesquelles s'appuie la pratique médicale découragent les médecins qui envisagent de modifier ou de réduire la quantité de médicaments pour les personnes âgées.

Le bon état et la fragilité sont à la fois deux manières d'appréhender la vieillesse et deux logiques qui structurent les manières d'agir de l'ensemble des médecins de notre enquête. Dans un travail sur les réseaux de cancérologie, Patrick Castel (2008) avait également identifié l'utilisation de l'intuition pour gérer des difficultés de traitement chez des personnes âgées, et, notamment pour réduire les incertitudes médicales et celles du contexte de leur exercice. Dans certaines situations concernant des personnes âgées : *« le médecin considère que l'état du patient ne permet pas de réaliser le traitement habituel, soit au contraire que son bon état permette d'envisager un acte peu recommandé »* (Castel, 2008 : 14). L'action basée sur l'intuition, identifiée par l'auteur comme atypique²⁷⁴, est plus visible et commune à l'ensemble des médecins de notre enquête, centrée sur le cas des personnes âgées.

Comme nous l'avons souligné, pour les médecins, tous leurs patients âgés sont perçus en « bon état global », mais aussi comme malades donc recevant des médicaments avec cette conséquence que certains vont moins bien que d'autres. C'est donc cette « fragilité » intrinsèque du patient âgé malade et polymédiqué à partir de laquelle le médecin réfléchit son action en plaçant/déplaçant les patients le long d'un axe allant du « très fragiles » au « moins fragiles » donc plus ou moins loin du « mauvais état ».

Cette première grande classification des patients âgés en « bon état » et « fragiles » est un cadre général d'action des médecins généralistes sur lequel s'appuient leurs pratiques de prescription. Mais, ces logiques de prise en charge n'expliquent pas à elles seules les décisions de prescription dans tous les cas particuliers de prise en charge des personnes âgées. Nous montrerons que ces logiques s'articulent à d'autres critères qui sont définis par le contexte des situations concrètes auxquelles les médecins font face. Nous verrons dans le dernier point comment ces conditions qui cadrent la

²⁷⁴ Le recours de l'intuition plutôt qu'aux règles est dans le cadre de ce travail atypique en raison du fait que la majorité de médecins dans l'univers de la cancérologie privilégie le recours aux recommandations pour la pratique clinique et la participation au comité pluridisciplinaire.

prescription s'articulent aux plaintes et demandes spécifiques des patients et aux incertitudes des savoirs sur les médicaments pour définir différentes logiques de prescription.

3. Des manières de prescrire adaptées à la spécificité des cas cliniques

3.1. De l'effort de catégorisation à la prise en charge de cas concrets

Dans cette dernière partie, nous allons analyser des situations spécifiques de prise en charge afin de mieux comprendre comment les médecins agissent dans des cas concrets. Pour ce faire nous nous appuyons sur deux axes d'analyse qui se croisent dans le processus de décision et qui nous permettent de décrire l'action de prescription. Le premier est la logique de catégorisation, définie par la façon dont le médecin appréhende le patient âgé comme étant en bon état ou fragile, à manipuler avec soin. Le second axe est constitué par rapport à la situation particulière de consultation, elle-même définie par 4 critères que nous reprenons de notre conception de « patients problématiques » : la nature de la plainte ou demande du patient, le degré ou le niveau de connaissances sur les symptômes ou la pathologie à traiter ; la nature du médicament ou le niveau de connaissances sur le médicament, et le degré de sécurité de relation avec le patient.

Nous soutenons que la décision de prescription dans les cas particuliers de prise en charge s'appuie sur l'articulation de ces deux axes. L'analyse de quelques situations particulières selon la façon dont les différents critères de ces axes se combinent nous permettra ainsi de montrer que celles-ci sont plus ou moins problématiques pour les médecins. Par exemple les médecins ne prescrivent pas de la même façon les médicaments pour lesquels ils ont des certitudes que ceux pour lesquels ils ont des incertitudes, ou encore, ils ne prescrivent pas de la même façon un médicament pour lequel ils ont des incertitudes à un patient âgé très fragile qu'à un patient jugé en bon état. Nous faisons l'hypothèse que les logiques de prise en charge peuvent se traduire par des polyprescriptions (la prescription douteuse d'un médicament) ou par des absences de prise en compte de la polyprescription (le renouvellement douteux d'un médicament chez un patient pour lequel l'ordonnance est *en amont* perçue comme problématique par le médecin).

3.2. Les logiques de prescription dans le cadre de « situations non problématiques »

Nos enquêtés évoquent que les patients âgés sont à l'origine de demandes de renouvellement des prescriptions et des refus de certains médicaments. Ces enjeux posent plus ou moins de difficultés aux

médecins selon le savoir qu'ils ont sur l'intérêt thérapeutique du médicament en question. Certaines demandes de renouvellement ou certains refus de prescriptions de la part des patients ne sont pas considérés comme problématiques, mais comme complexes, puisque le médecin est sûr de l'inutilité ou de l'utilité thérapeutique du médicament. Ainsi, ces demandes et refus des patients sont gérés par le médecin comme une question d'éducation thérapeutique du patient, c'est-à-dire par une information sur les bénéfices et les risques des médicaments. Les motifs qui amènent les médecins à represcrire un médicament jugé inutile sont alors expliqués par la pression de la demande ou par l'inconfort à refuser tandis que la prescription d'un médicament refusé par le patient ou sa famille est expliquée par la compétence thérapeutique du médecin.

3.2.1. La gestion de la demande de renouvellement de médicaments dans le cadre d'une certitude sur leur inutilité thérapeutique

Dans notre étude, une des caractéristiques partagées par tous les médecins est la motivation d'arrêter les médicaments « inutiles » qui alourdissent les ordonnances des personnes âgées. Même si pour certains le patient peut être un frein pour aboutir à la déprescription, la certitude concernant leur inutilité se base sur des savoirs objectifs, plus spécifiquement sur les avis et recommandations de bonnes pratiques émises par les autorités sanitaires :

« C'est des médicaments qui ont vraiment un service médical rendu nul, peut-être qu'aujourd'hui on en voit moins, mais il y avait des gens qui avaient des vasodilatateurs cérébraux, il y en a quand même beaucoup des médicaments pour l'insuffisance veineuse pareil, certains médicaments pour le vertige, on voit des patients avec de Bestarec, pff efficacité douteuse, ou alors on voit des patients qui prennent dans les anti-hypocholestérolémiants de Lipanthyl par exemple » (MG H-39).

« Celui que je remplaçais avant il mettait beaucoup, beaucoup de médicaments je trouvais, et après il le mettait parfois en mode de prévention alors que ce n'est pas forcément les recommandations. Par exemple il mettait le Kardégic facilement chez les vieilles personnes, il mettait des trucs, le Gerimax ou de protecteurs cérébraux, qui ne sont pas très reconnus par la ANSM, il mettait un peu de tout dans la même soupe » (MG rempl. H-32).

Il faut noter que les médecins ont parfois des certitudes sur l'inutilité thérapeutique, car ils s'appuient sur les informations des organismes sanitaires qui les encouragent à déprescrire. Il y a donc une motivation forte de déprescrire certains médicaments dont l'inutilité thérapeutique a été *a priori* préétablie. L'existence de ce type de médicament dans les ordonnances des patients âgés est considérée par les médecins comme un excès qui alourdit les traitements chroniques pourtant justifiés en raison de leurs polypathologies :

« Souvent, il y a beaucoup de médecins qui ne sont pas bien formés encore, mais souvent ce qu'on élimine des ordonnances ce n'est que rarement les médicaments importants, ce qu'on élimine c'est les sachets pour aller aux toilettes, c'est ce genre de chose qui plombe les ordonnances pour rien, c'est les somnifères parce que personne ne l'a essayé et c'est pareil, c'est extrêmement difficile d'arrêter chez les personnes âgées.

Mais en dehors de ces médicaments symptomatiques, quand une personne a trois ou quatre hypertenseurs plus un traitement pour le diabète je ne vois pas ce qu'on peut lui arrêter quoi ! » (MG H-32).

Or, face à la prescription de ces médicaments par leurs collègues généralistes ou spécialistes exerçant en ville ou à l'hôpital, nos enquêtés évoquent à la fois le souhait de déprescrire et une forte résistance de la part des patients qui empêche parfois d'aboutir à l'arrêt :

« J'ai une dame en tête avec laquelle je bataille depuis des années parce qu'elle a quelques médicaments, ça peut paraître anodin eh, c'est des antiacides, de choses comme ça et qu'elle prend un peu systématiquement sans se poser la question si c'est nécessaire ou pas donc j'ai réussi à lui faire arrêter, des vasodilatateurs (rire) de machins, mais pour quelques-uns elle bataille dur donc c'est un peu compliqué » (MG F-32).

« Par exemple les médicaments qui sont très prescrits c'est les inhibiteurs de la pompe à proton (antiacide), les protecteurs gastriques qui sont souvent mis à l'hôpital, où les gens pensent tout de suite qu'il faut les traiter pour un ulcère à vie parce qu'ils ont déjà où un ulcère donc il leur faut ces médicaments-là » (MG rempl. H-32).

D'autres médecins expliquent le renouvellement de médicaments inutiles à partir de l'inconfort de refuser :

« Bah ils reviennent en disant... et je refais une prescription, je redonne des conseils, je répète. Après je pourrai refuser, mais... j'ai du mal à dire non » (MG H-39).

Parce que les médecins considèrent ces médicaments comme inutiles et donc apportant plus de risques que de bénéfices aux patients, comprendre le maintien de ce type de prescription passe par la recherche du « bon sens » (Hardy, 2012). Comme nous l'avons observé, les médecins appréhendent les personnes âgées en termes de « bon état » global, et partagent l'idée selon laquelle lorsque le médicament ne cause pas de problèmes graves son arrêt risque de déséquilibrer cet état. Pour ces médecins, leur rapport avec le patient est complexe puisqu'ils n'arrivent pas à les convaincre de l'inutilité du médicament et parce que le patient présente un cumul de maladies et de médicaments qui contraint à agir avec précaution. Finalement, ils préfèrent represcrire un médicament inutile qui ne modifie pas l'équilibre global, c'est-à-dire qui ne met pas en « mauvais état » le patient, plutôt que devoir gérer de possibles effets liés au sevrage dont ils seraient responsables ou qui multiplieraient des problèmes à l'avenir.

3.2.2. La gestion du refus d'une prescription par le patient dans le cadre d'une certitude sur son utilité thérapeutique

Il y a des cas où le patient ou sa famille, aux vues des effets secondaires, refusent les propositions de traitements médicamenteux que le médecin juge, au contraire, bénéfiques et nécessaires. Ces refus de certains médicaments ne sont pas vécus par les médecins comme étant des situations problématiques ou complexes lorsqu'ils sont dans la certitude de leur utilité. Dans ces cas, les médecins expliquent aux

patients les bénéfices et l'intérêt du traitement. Certains médecins engagent des discussions avec le patient et acceptent le refus du patient une fois qu'ils sont informés :

« Soit il est absolument nécessaire et dans ce cas-là j'essaie de leur faire comprendre l'intérêt du traitement et le motiver et le convaincre, si malgré ça ils ne veulent pas le prendre bah, s'il n'y a pas de démence sous-jacente je n'insiste pas. S'il y a une démence, j'essaie de négocier avec la famille » (MG H-39).

« J'ai une patiente à laquelle on avait donné un traitement pour la tension et elle a regardé les effets indésirables et elle a eu tellement peur que sans dire même au médecin généraliste elle a arrêté d'elle-même en se disant qu'il valait mieux pour elle de ne pas le prendre [...] Donc là finalement ça a été une longue discussion pour savoir pourquoi elle ne le prenait pas qu'est-ce que cela lui avait fait [...] donc quand vous me dites qu'est-ce que vous faites quand vos patients ne sont pas forcément d'accord avec le traitement, c'est d'essayer de leur montrer à tout prix, alors ça pour la tension, je sais que ça a marché plusieurs fois, leur faire prendre la tension par eux-mêmes » (MG rempl. F-29).

D'autres médecins affirment insister et prescrire à l'encontre des souhaits du patient ou de sa famille, par exemple dans le cas des infections :

« Cette petite dame il se trouve que cet été elle a été hospitalisée pour une déshydratation et qui n'avait rien à avoir avec une maladie iatrogène eh, mais bon quand son fils a appris qu'il fallait qu'elle prenne des antibiotiques il a rué dans les brancard donc je lui ai demandé comment soigner une infection des streptocoques sans antibiotique, comme il n'a pas su répondre je l'ai quand même mis sous antibiotique (rire) mais, sinon avec les gens ça se passe globalement bien » (MG F-32).

Ces cas montrent que les médecins ont tendance à s'engager dans des discussions avec le patient et même à prescrire à l'encontre des souhaits des patients ou leurs familles lorsqu'ils ont la certitude du bénéfice que le médicament apporte. La littérature sociologique montre que les médecins cèdent parfois aux souhaits des patients pour éviter des tensions avec eux pouvant amener à une rupture de la relation thérapeutique (Rosman, 2010 ; Vega, 2011b ; 2012). Or, lorsque les médecins sont dans une logique curative ou préventive et sûrs de leur action, ils craignent moins de perdre le patient à la suite de tensions dans l'interaction, puisque le consensus sur les savoirs leur garantit que d'autres praticiens auront une prescription similaire. La prescription en dépit du refus du patient est un moyen de mettre en valeur une compétence thérapeutique du médecin généraliste qui se différencie avant tout du savoir profane du patient ou sa famille.

Nous avons ici deux types de situations concernant des personnes âgées où les médecins affirment une certitude des savoirs sur les médicaments. Dans ces deux cas, les prescriptions sont certaines et clairement affirmées comme étant utiles ou au contraire inutiles. Notre analyse montre ainsi que les certitudes médicales des médecins généraliste ont un effet beaucoup plus marqué sur la prescription que sur la déprescription.

3.3. Les logiques de prescription dans le cadre de « situations problématiques »

Des situations problématiques difficiles à gérer émergent quand les plaintes, les demandes ou les refus des patients rencontrent des incertitudes des savoirs médicaux sur les maladies ou sur les médicaments, et des incertitudes liées au rapport aux patients dans le cadre de l'exercice de la médecine libérale. Sans volonté d'être exhaustifs, nous prendrons en exemple trois grands types de situations problématiques pour comprendre comment les médecins agissent lorsque le contexte de prise en charge combine plusieurs incertitudes.

La première situation problématique se constitue dans le croisement entre la demande de renouvellement de prescription par le patient, l'incertitude des savoirs sur le médicament et le risque de perdre la clientèle et donc le suivi médical du patient :

« Là j'ai des patients qui prennent trois fois des molécules très proches par exemple différentes, le même patient qui souvent accumule différentes benzodiazépines puis 2 anxiolytiques, 3 médicaments contre l'allergie avec le même mécanisme, et c'est très dur de leur faire retirer. Par exemple, là je renouvelle ce traitement qui est complètement déconnant, et si un médecin passe derrière il se demandera ce qui s'est passé dans ma tête. En pratique, c'est que si je refuse de renouveler ça, la patiente bah, ne me laissera plus accéder chez elle, ce qui est une forme de chantage et aussi, je ne suis pas sûre qu'on puisse arrêter 2 traitements hypnotiques, même s'ils sont contre l'allergie d'un seul coup, donc j'essaye de négocier médicament par médicament en essayant de retirer les plus dangereux d'abord. Mais c'est une négociation et si c'est une vraie négociation je suis obligé de prendre l'avis, le point de vue du patient. Donc là, par exemple cette patiente accepte de changer ça contre la phytothérapie ou l'homéopathie qu'elle commande sur internet, pourquoi pas, ça ne me convient pas comme négociation, mais ça me permet de limiter les médicaments dangereux » (MG H-34).

Ce cas montre une situation d'excès de médicaments décrits comme « déconnant », pour lequel le médecin évoque à la fois une pression de la demande de renouvellement difficile à gérer et une incertitude des savoirs pharmacologiques concernant la déprescription. C'est une situation d'incertitude et de contradictions où le renouvellement implique une prescription douteuse qui contribue au maintien de l'accumulation, mais qui, dans ce contexte d'incertitude, devient un moyen de maintenir la relation thérapeutique avec le patient. De plus, cette situation révèle plusieurs dimensions de la crainte de prendre la mauvaise décision, car le médecin craint les interactions liées à l'accumulation, mais comme il est dans l'incertitude de savoir s'il peut arrêter plusieurs médicaments il craint aussi les effets du sevrage et il craint de perdre le patient. Le raisonnement qui amène le médecin à renouveler la prescription dans ce contexte est ainsi de garder le contact avec la patiente, de maintenir la possibilité de retourner chez elle, de conserver son suivi médical. Le prolongement de la prescription peut se comprendre comme le substitut d'une relation d'aide inaccessible dans le sens où le médecin a d'autant moins les moyens de convaincre le patient d'arrêter que lui-même ne sait pas s'il peut faire arrêter brutalement. Le « bon sens » à l'œuvre ici est de choisir le moins de mal en

renouvelant la prescription qui permettra d'accéder au suivi de la patiente en évitant de s'engager dans un conflit avec elle pour arrêter dans l'incertitude. Maintenir le lien thérapeutique à l'aide du médicament est la manière du médecin de prendre en charge le « patient problématique ». Ce cas montre finalement comment le médecin gère la fragilité de la personne pour faire face aux incertitudes, à partir de sa propre expérience clinique et de ses propres habitudes de travail. Sa logique d'action vise à ne pas aggraver cette fragilité, en priorisant l'arrêt progressif de ce qu'il considère comme plus dangereux, tout en acceptant l'accumulation et les effets difficiles à prévoir.

La deuxième situation problématique se constitue dans le croisement entre le refus du médicament par le patient en raison des effets indésirables, l'incertitude du médecin sur l'intérêt thérapeutique du médicament et une intuition sur l'état du patient qui permet au médecin d'agir malgré ces difficultés. Notre enquête nous permet de montrer que les statines sont les médicaments que les patients refusent souvent de prendre et qui sont proposés ou prescrits par les médecins dans l'incertitude sur leur intérêt thérapeutique :

« Il y a aussi le patient qui va venir dire bah, j'ai une amie qui a eu un tel effet avec un médicament alors moi je ne veux surtout pas entendre parler. Je pense notamment aux statines, alors ça va être peut-être moins le problème de patients de 80 ans, mais c'est typiquement le problème qu'on a en ce moment de tous les patients qui nous disent ah je n'en veux pas parce que ça fait mal, ce n'est pas bon pour le foie, ce n'est pas bon pour les muscles. On explique que de toute façon avec tous les médicaments on a une balance bénéfice risque et si aujourd'hui je propose ce médicament c'est que j'estime que le bénéfice qu'on attend est plus important que le risque qu'on prend. Même pour nous, il faut être persuadé et puis savoir à quel moment on est dans l'équilibre de la balance et à quel moment la balance elle penche d'un côté ou de l'autre. Donc ça c'est difficile parce que c'est une crainte des patients, mais je pense que c'est aussi une crainte intérieure des médecins et je pense qu'un jeune prescripteur, jeune médecin, encore une fois je me demande dans quelle mesure on n'est pas délétère aussi dans nos ordonnances. Dans quelle mesure on est vraiment surtout généralistes où on est censés avoir un avis sur tout, dans quelle mesure on est sûr de ne pas faire des bêtises, parce que c'est difficile, on n'a pas toujours de recul et les connaissances complètes qui nous permettent d'éviter ça » (MG rempl. F-32).

Ce cas montre une situation de doute sur le bénéfice du médicament qui émerge de la confrontation au refus du patient. Le patient informé sur le médicament met en doute le médecin et le renvoie à sa crainte des effets du médicament. Ce cas montre une réflexion du médecin sur l'incertitude de ses propres savoirs qui révèle la crainte de prendre la mauvaise décision, de faire une erreur et, le cas échéant, de s'exposer lui-même au risque de perdre le patient ou d'être poursuivi pour mauvaise pratique. La prescription de la statine est douteuse et la réflexion sur l'incertitude des connaissances évoque la nature controversée de ce médicament. La prescription de statine est un traitement hypocholestérolémiant pour lequel les études scientifiques n'ont pas établi un consensus sur l'intérêt thérapeutique²⁷⁵. Outre les controverses scientifiques que les médecins connaissent au moins en partie,

²⁷⁵ Voir par exemple : Joseph JP., Afonso M., Berdaï D., Salles N., Bénard A., Gay B. et Bonnet F. (2015), « Bénéfices et risques des statines en prévention primaire chez la personne âgée », *Presse Med*, n° 44, pp. 1219-1225 ; ainsi que les

les statines ont fait l'objet d'une forte médiatisation qui informait patients et médecins des dangers de leur utilisation²⁷⁶.

Notre enquête permet aussi de montrer qu'il peut y avoir des incertitudes sur les savoirs, c'est-à-dire un doute sur l'utilité thérapeutique ou la conformité de la prescription avec les recommandations, mais un raisonnement médical qui justifie l'action de prescrire.

Voyons par exemple le cas d'un autre médecin, exposé constamment au refus de la prescription de statine par ses patients. Le premier élément qui montre que la prescription de ce médicament est problématique est que l'interaction implique une discussion avec des patients polypathologiques informés sur le médicament :

«... c'est vrai qu'ils ne voient pas forcément la nécessité, l'intérêt, des Statines chez certains patients polyvasculaires, avec le débat qu'il y a eu sur l'arrêt des médicaments sur le cholestérol j'en ai deux, trois qui ont complètement arrêté, puis repris, puis à nouveau arrêté et c'est vrai qu'à chaque fois on rediscute de l'intérêt, voilà deux exemples des patients hommes de 77 et 72 ans diabétiques avec des antécédents d'hypertension et voir même un qui a fait un AVC et qui refuse de prendre ce traitement » (MG H-39).

Les échanges avec ce médecin montrent aussi comment la logique basée sur le « bon état » du patient lui permet de faire face aux incertitudes. Lorsqu'on lui a demandé s'il a déjà prescrit un médicament mais qu'après il s'était dit qu'il n'aurait pas dû, il a répondu :

« Oui, des Statines chez des gens âgés (rires) de temps en temps il m'est arrivé de me dire "allez quand même", "sur un bon état" et de ne pas être sûr qu'il fallait le prescrire » (MG H-39).

Le médecin nous raconte donc une situation de grande incertitude qui requiert de l'inférence²⁷⁷ (Abbott, 1988). Ce cas montre que l'intuition du « bon état » du patient permet l'introduction d'un médicament controversé. Le bon sens à l'origine de la prescription du médecin est ici que l'état du patient permet de prendre le risque des effets inattendus et plus particulièrement, de supporter l'accumulation. Ce « bon état » reflète l'évaluation de la situation globale de la personne dans sa complexité médicale et sociale. L'intuition du médecin agit finalement sur une « normalité de la vieillesse ». Cette condition qui légitime la prescription se substitue à d'autres moyens de réduire les incertitudes, par exemple la consultation d'autres professionnels. Cependant, ce type de prescription fait abstraction des conséquences à terme, car même si le patient est en mesure de supporter l'accumulation à ce moment précis de l'introduction, cette accumulation contribue aux interactions

articles de la revue Prescrire : « Statines : se poser des questions en termes de morts et d'accidents cardiovasculaires évités, et pas seulement en termes de taux de cholestérol » *Rev Prescrire* ; 19 février 2013 ; « Statines en prévention cardiovasculaire primaire ? », *Rev Prescrire* 2018 ; 38 (414), pp. 272-281.

²⁷⁶ Parmi de nombreux documents, articles et ouvrages de divulgation scientifique faisant partie de cette polémique il y a eu une série d'articles publiés par *Mediapart* dont on peut mentionner par exemple : « Cholestérol, arnaque comparable au Médiator ? » (17 janv. 2017) et « Cholestérol, le grand bluff » (20 oct. 2016).

²⁷⁷ Andrew Abbott (1988) avait identifié qu'un élément important du travail professionnel pour assurer l'articulation entre savoir abstrait et efficacité pratique est « l'inférence », prenant place entre le diagnostic et le traitement, c'est-à-dire les choix quelque peu intuitifs de stratégies de traitement lorsqu'une solution ne s'impose pas de manière évidente.

médicamenteuses. Ce cas montre finalement comment la logique de prescription basée sur l'intuition du « bon état » a pour conséquence de favoriser la polyprescription.

Un dernier type de situation problématique émerge de la rencontre entre la plainte du patient parfois accompagnée d'un refus de prise en charge ou des médicaments, la difficulté à identifier la nature de la plainte et à établir un diagnostic et, enfin, les limites des médicaments en raison des effets indésirables et de leur insuffisance thérapeutique. Notre enquête montre que ce type de situation concerne le plus souvent des patients âgés qui se plaignent de douleurs et face auxquels existe chez les médecins la conviction que cette plainte exprime une souffrance dont le soulagement passe par la prescription d'un antalgique.

Il faut noter que les médicaments antalgiques sont souvent proposés face aux plaintes exprimées par des personnes âgées. Hormis le Paracétamol, les antalgiques forment une des classes les plus difficiles à maîtriser pour les médecins, notamment ceux du palier II et III comme le Tramadol, la Codéine ou la Morphine (classés « à usages problématiques » et pour lesquels des précautions d'utilisation à destination des personnes âgées ont été recommandées par l'ANSM) :

« Ce qui est plus compliqué dans les médicaments c'est les antidouleurs et les somnifères, pour la personne âgée. Les antidouleurs parce qu'il y en a certains qui sont sur le palier II, c'est la Codéine, le Tramadol, etc., et quand ils ont des douleurs partout ils finissent par en prendre tous les jours et bah déjà ça fait plus d'effet puis c'est dangereux parce que ça entraîne des risques de somnolence, etc., et interfèrent avec les autres médicaments donc c'est un peu difficile pour ça... » (MG rempl. F-32)

« Elles sont souvent douloureuses les personnes âgées, et en plus là-dessus c'est vrai qu'il y a des effets indésirables qui peuvent être le risque de chute et compagnie, ça ce n'est pas évident à évaluer en médecine générale non plus ça » (MG rempl. H-32).

Ces médicaments pour lesquels les médecins évoquent un usage problématique par les patients, et une manipulation avec prudence de leur part sont aussi les plus souvent refusés pour leurs effets secondaires rapidement ressentis par le patient (somnolence, confusion, constipation, chutes, parmi d'autres).

Voyons donc la logique adoptée par l'un de nos enquêtés [femme] dans une situation problématique constituée par l'articulation entre une plainte de douleur exprimée par le patient, méfiance sur les effets du médicament, et difficulté du médecin à les prévoir :

« Le monsieur avec son canal lombaire rétréci a été très difficile à soulager, et à l'époque il a fallu rajouter un traitement antalgique et il n'a pas supporté tous les traitements antalgiques notamment. Il me semble qu'il a eu un essai avec de la morphine et alors ce n'était pas ma prescription, c'était la prescription du service de soin de suite et il a fait un épisode de décompensation respiratoire avec la morphine, ça, c'était juste avant que je suive ce monsieur-là. Donc bon il s'en est sorti et ensuite on a réussi tant bien que mal à adapter un traitement de l'Ixprim [Tramadol] qu'il supporte bien, mais qu'il n'ose pas trop prendre, en tout cas avec parcimonie parce qu'il a un mauvais souvenir avec les antalgiques ce qui fait qu'il souffre ce monsieur, donc là la question qui se pose c'est de lui faire des infiltrations, mais comme il est glycémique ce n'est pas terrible et les infiltrations de corticoïdes on les évite, on essaye de reculer donc lui typiquement

il fait de la rééducation sauf qu'il en a marre, il fatigue donc il n'est pas très assidu, et moins il est assidu plus il a mal, plus il a mal plus je tente de lui suggérer de reprendre son Ixprim et, etc., etc. (MG F-32).

Ce cas montre une situation d'incertitude sur le soulagement de la plainte à l'aide du médicament et une restriction dans le choix de la pharmacopée pour effectuer la prescription. La praticienne sait qu'elle a peu de moyens de soulager la souffrance avec sa prescription symptomatique tout comme de prévoir les effets indésirables. La praticienne se confronte aux incertitudes et limites de la biomédecine face aux douleurs. C'est la connaissance de l'histoire du patient — de son rapport particulier aux antalgiques —, et la difficulté à adhérer aux alternatives non médicamenteuses qui l'amènent à choisir une nouvelle molécule. L'acte de prescription est aussi une manière de suivre le patient, de connaître le rapport du patient au médicament en échangeant avec lui, plutôt que de se centrer sur des examens biologiques ou des données objectives sur le médicament.

Les cas des personnes âgées qui se plaignent de douleurs sont complexes et les médecins ont différentes manières de prendre en charge le patient à l'aide du médicament en s'appuyant sur l'état de la personne et en fonction du fait que cette plainte soit décrite par le patient ou comprise par le médecin comme une « souffrance », puisque différentes manières de définir la douleur existent en médecine comme le souligne Isabelle Baszanger (1991). Par ailleurs, l'observation de visites en médecine du travail a permis à Nicolas Dodier (1991) d'accéder à la manière dont la douleur des salariés est soumise à des registres très différents d'investigations par les médecins qui s'appuient davantage selon les cas sur l'examen clinique ou sur le discours du salarié.

Notre enquête montre à la fois une régularité dans les logiques d'appréhension des patients âgés pour faire face à la complexité de leurs cas et des manières différentes de prescrire en fonction des situations d'interaction individuelle. Elle montre ainsi que la prise en compte de la complexité et de la singularité des cas oblige les médecins soucieux d'une approche globale du patient à contourner les dynamiques d'objectivation de la biomédecine, afin de réduire les incertitudes de la médecine et de la pharmacologie des personnes âgées.

Conclusion :

Ce chapitre a montré la pertinence d'une approche interactionniste de la prise en charge des « patients problématiques » par les médecins généralistes. Afin d'appréhender le patient et de choisir une intervention, le généraliste met en œuvre une approche globale qui tient compte à la fois de l'équilibre biologique, des situations de vie particulières, et de l'évolution du patient dans le temps.

Nous avons ainsi mis en évidence certaines des incertitudes qui structurent la pratique des médecins généralistes, en raison de la confrontation à des patients caractérisés par une multiplicité de symptômes et de pathologies difficiles à discerner, par une multiplicité de médicaments aux effets mal connus, ainsi qu'à la gestion de personnes dont l'état de santé et les histoires de vie s'inscrivent dans la moyenne durée. La manière de penser et d'agir auprès des personnes âgées révèle la prégnance des situations à problème. Elle révèle ainsi la difficulté et la richesse du métier de généraliste : prescrire aux personnes âgées signifie finalement faire face à des incertitudes structurelles.

Nous avons également montré dans ce chapitre que la gestion des effets indésirables est un enjeu central dans la prise en charge des patients âgés ayant plusieurs pathologies et plusieurs médicaments. Agir sur l'ordonnance implique de tenir compte de ces effets et de leur caractère imprévisible même si les données objectives de la science sont très limitées pour aider les médecins à faire face aux incertitudes dans la pratique courante. Ce chapitre a montré que les médecins généralistes, faute de pouvoir prévoir les effets indésirables nécessaires à la gestion des ordonnances, prennent en charge la personne. C'est grâce à leur intuition sur le « bon état » et sur la « fragilité » du patient qu'ils arrivent à dépasser les incertitudes sur les savoirs médicaux et pharmacologiques dans la prise en charge des personnes âgées. Cette intuition, reflet de l'approche globale du patient, permet aux médecins d'agir sur l'ordonnance sans que cette action ne se traduise, *in fine*, par une réduction des prescriptions.

Par ailleurs, notre enquête a montré que le recours à la prescription peut être un moyen de garder le contact avec le patient âgé. Renouveler une prescription, pour conserver le suivi du patient, ne veut pas dire que le médecin cherche à maintenir financièrement son cabinet ou renonce à s'engager dans une relation humaine avec le patient. Déprescrire est une prise de risque sanitaire et sociale en raison des effets indésirables liés au sevrage et en raison du risque de rupture thérapeutique avec le patient impliquant la perte de son suivi médical et donc de la prise en charge de la personne dans sa totalité.

Si ce chapitre a montré que l'une des dimensions qui structurent la pratique des médecins généralistes est la prise en compte de la spécificité des situations cliniques des patients, comment expliquer les différentes approches des médecins vis-à-vis de l'ordonnance ? Pourquoi la crainte de déprescrire est-elle, chez certains médecins, plus forte que la crainte du renouvellement ou de

l'introduction d'un médicament ? En d'autres termes, quelles sont les autres dimensions qui, au-delà de l'interaction directe avec le patient, structurent la pratique des médecins généralistes et expliquent leurs rapports différents à l'ordonnance ?

CHAPITRE III. Céder ou prendre en main les ordonnances multiples des personnes âgées

L'enjeu de ce chapitre est de mettre au centre de l'étude la spécificité de la pratique en médecine générale en tant que segment professionnel pour expliquer un constat qui émerge du terrain. Il s'agit de l'existence de deux grands types de médecins généralistes ayant des manières distinctes de travailler et de concevoir leur métier, alors qu'ils ont la même place et les mêmes objectifs dans la médecine ambulatoire de premier recours et sont *a priori* confrontés au même type de patientèle. Dans le chapitre antérieur, nous avons analysé les logiques de prise en charge des patients âgés communes à l'ensemble de médecins généralistes de notre enquête. Nous nous interrogerons maintenant sur les facteurs qui expliquent les différences rencontrées dans la manière de gérer les prescriptions et les ordonnances.

La littérature de sciences sociales nous aide à réfléchir à ces facteurs. Les études en sociologie de la santé ont identifié chez les médecins généralistes une vision subordonnée de leur métier qui s'incarne dans leurs pratiques, et notamment dans leurs pratiques de prescription. Dans le cadre du processus de spécialisation de la médecine²⁷⁸, la médecine générale s'est trouvée dans une position dominée dans la hiérarchie du travail médical et définie « par défaut », c'est-à-dire par ce qu'elle n'est pas, par ce qui ne relève pas d'une approche plus spécialisée ou plus technique (Baszanger et Bungener, 1995 ; Bungener et Baszanger, 2002). Sans territoire propre clairement identifié²⁷⁹, elle est « ce qui reste », ce que les spécialistes ne font pas. Geraldine Bloy (2010) ajoute qu'à nos jours ce point revêt encore des conséquences en termes d'identité et de légitimité du médecin généraliste et nous l'avons également corroboré sur le terrain.

De nombreux médecins généralistes regrettent leur positionnement de subordination professionnelle vis-à-vis de leurs confrères spécialistes ou hospitaliers, plus diplômés et mieux rémunérés, mais également vis-à-vis de leurs patients, capables de contrôler partiellement la situation et le contenu même de leur travail (Bungener, 2004). Ils conçoivent la médecine générale comme étant

²⁷⁸ L'émergence des spécialités médicales au XIXe siècle et leur développement accentué après la II Guerre mondiale s'est faite au sein de l'hôpital. Dans un premier temps, les spécialités se constituent autour des cas difficiles et complexes à diagnostiquer ou à traiter. Ensuite, les territoires des spécialités ont été constitués de manière extensive à partir d'un simple critère d'organe (d'âge ou de sexe des patients, de technique employée), sans considération de gravité ou de rareté de la pathologie (Broclain, 1994).

²⁷⁹ L'absence de territoire propre ou de règles précisant le rôle de la médecine générale est évoquée par ces chercheuses dans ces termes : « *un champ d'activité moins ou peu définies, voire indéfinissables, même si certaines sont en fait à l'origine de la pratique médicale : le champ de la médecine dite générale devient "ce qui reste", ce dont les diverses spécialités ne s'occupent pas parce qu'ils font plus et autrement, ou parce que cela ne requiert pas de compétences supplémentaires* » (Bungener et Baszanger, 2002 : 20-24).

moins « scientifique » que les spécialités d'organe ou la médecine hospitalière (Bungener et *al.*, 2009 ; Bloy, 2010). Ils sont, plus que d'autres médecins, confrontés aux incertitudes médicales et s'en dégagent aussi plus facilement en adressant les cas qu'ils estiment dépasser leurs savoirs à des spécialistes jugés plus compétents (Bloy, 2008 ; Vega, 2011b). Or, les incertitudes sont inhérentes au travail médical. Elles font qu'il n'est pas que « technique », mais aussi une activité intuitive et conjecturale (Champy, 2015) et qui implique une prise en charge de la personne.

Nous avons vu dans le chapitre antérieur que les manières de prescrire diffèrent selon la complexité des problèmes posés par les personnes âgées atteintes de polypathologies, une complexité face à laquelle les médecins manifestent plus ou moins de confiance en leurs savoirs pratiques. Nous faisons l'hypothèse que la manière qu'ont les médecins d'appréhender les incertitudes sur les savoirs dans la prise en charge participe de la définition de la conception de leur métier. Ainsi, les médecins qui acceptent davantage de gérer les incertitudes auxquelles ils font face, de mettre en œuvre leurs savoirs « généralistes » en fonction du sens donné à leur activité, développent une conception de leur métier davantage axée sur l'humain. À l'inverse, les médecins qui font confiance aux savoirs scientifiques et aux techniques pour se dégager de la gestion des incertitudes, qui ont donc tendance à déléguer la gestion de celles-ci à d'autres professionnels, manifestent une conception de la médecine plus techniciste.

Nous savons aussi que la médecine générale est une médecine de la totalité de la personne, mais la manière de saisir le patient et de mettre en œuvre cette approche globale peut être différente. Questionner le rapport du médecin généraliste à son métier implique donc d'étudier sa façon de saisir la personne dans sa globalité, cela dans un contexte de prise en charge caractérisé par une multiplicité d'intervenants. Explorer les représentations que les médecins ont de leur activité et le statut qu'ils accordent à leur métier est ainsi une opportunité d'étudier la façon dont ils interprètent les missions qui leur sont confiées par la loi. Rappelons par exemple que la loi relative à l'Assurance maladie du 13 août 2004²⁸⁰ inscrit le patient dans un « parcours de soins », accordant au médecin généraliste le rôle de porte d'entrée dans le système de santé. Le non-respect du passage par le « médecin généraliste référent » devient pénalisable pour le patient. Une fois choisi par le patient, le médecin généraliste « coordonne » ses soins et « l'oriente » si besoin vers d'autres professionnels de santé. Nous montrerons que cette notion de « coordination » peut se traduire par des réalités et des pratiques très différentes selon les médecins. Notre enquête nous permet aussi d'explorer la signification donnée au rôle de médecin référent, en lien notamment avec les enjeux de la prise en charge globale du patient.

²⁸⁰ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie nommée aussi Douste-Blazy, publiée au journal officiel le 17 août 2004.

Pour comprendre ces différences de pratique, la question du rapport des médecins généralistes aux autres professionnels se pose. La littérature sociologique souligne que le rapport des médecins à leurs collègues implique la construction d'une relation de confiance (Castel, 2005), mais aussi que la capacité à se coordonner avec eux découle de l'établissement de partenariats dans la chaîne thérapeutique (Bergeron et Castel, 2010), et, ce faisant, aux conditions d'exercice. Isabelle Bourgeois (2007) met en évidence que l'inscription dans un territoire de soins permet au médecin de stabiliser son travail médical de premier recours. Le territoire conditionne en effet la capacité du généraliste à créer des liens avec d'autres professionnels et, de ce fait, à contrôler la trajectoire de ses patients. Notre enquête nous permet d'explorer le degré de coopération avec les autres professionnels, le partage des compétences qu'elle génère, mais aussi la confrontation des savoirs et des pratiques. Elle nous permet aussi de montrer que les médecins n'ont pas la même façon de travailler lorsque l'offre de soins au service des patients dans leur territoire d'exercice est forte ou faible et/ou que la patientèle est favorisée ou défavorisée en termes de ressources économiques.

Le travail de Anne Vega (2011b) met en évidence que la grande majorité des médecins généralistes, du fait d'une survalorisation des savoirs spécialisés et du respect des domaines de compétences spécialisés, a tendance à renouveler automatiquement les ordonnances des spécialistes : ils préfèrent ajouter un ou plusieurs produits palliant les effets secondaires des médicaments prescrits par les spécialistes plutôt que de prendre la responsabilité de changer leurs prescriptions. Cette auteure met ainsi en relief la survalorisation, chez ces médecins, des effets bénéfiques du médicament. Or, elle constate également l'existence de médecins — notamment des « petits prescripteurs », ayant une conception élargie du rôle de médecin généraliste, une connaissance en pharmacologie et un regard critique vis-à-vis du médicament — qui sont davantage attentifs à leurs effets indésirables. Ces médecins se caractérisent par une pratique de suppression de médicaments inutiles, dangereux ou toxiques, informent les patients sur les risques du médicament et s'informent le plus souvent via la revue *Prescrire*. Un groupe de médecins ayant des caractéristiques similaires à ce dernier type a été identifié comme ayant tendance à être « déclarants » d'effets indésirables de médicaments dans une étude sociologique sur la reconnaissance, par les médecins, des effets indésirables médicamenteux, la façon dont ils les qualifient et les gèrent (Hardy et al., 2018)²⁸¹. Les typologies de médecins développées dans cette littérature, mettent donc en évidence de manières différentes de concevoir le métier de médecin généraliste, mais aussi des rapports distincts aux savoirs pharmacologiques, qui

²⁸¹ Il faut savoir que pour ces auteurs la tendance à la déclaration des effets indésirables des médicaments n'est pas assimilée au fait d'être des gros ou des petits prescripteurs. Ils y retrouvent des médecins convaincus de l'effet bénéfique du médicament, qui collaborent avec des laboratoires pharmaceutiques et qui reçoivent des visiteurs médicaux, mais qui déclarent à l'occasion. Les auteurs posent la métaphore qui déferentialise deux postures, celles des « déclarations d'amour » et des « déclarations de guerre » à l'industrie.

découlent eux-mêmes de manières distinctes de se former et de s'informer ainsi que de concevoir le risque médicamenteux. En outre les pratiques des médecins en lien avec le médicament mettent en jeu différentes conceptions politiques de la médecine, voire certains engagements sociaux. En effet, le rapport des médecins aux médicaments révèle des manières différentes de juger l'activité de l'industrie pharmaceutique et sa place en médecine. Ces différenciations font écho à la distinction entre deux conceptions repérables dans les débats sur les médicaments, caractérisées par Boris Hauray (2006) : « la pensée de l'homme sain » et « la pensée de l'homme malade ». La première s'appuie sur une représentation des industriels comme « ennemis » mettant sur le marché des médicaments dangereux qui font encourir aux patients des risques inutiles. La deuxième se caractérise en revanche par une représentation des industriels comme « amis », est favorable à l'innovation et donc accepte le risque couru par les patients en contrepartie de la mise sur le marché de nouveaux médicaments. Nous pouvons donc anticiper que les médecins se différencient dans leurs pratiques du fait de positionnements politiques distincts, notamment par rapport à l'innovation, au risque médicamenteux et/ou au capitalisme pharmaceutique, c'est-à-dire à la place dominante de l'industrie pharmaceutique dans la médecine.

Nous retenons donc pour notre analyse trois dimensions qui structurent les pratiques de prescription des médecins généralistes à savoir : le « rapport à soi », qui concerne le rapport qu'entretiennent les médecins à leur activité en tant que généralistes²⁸² ; le « rapport aux autres », qui concerne la mise en relation avec d'autres professionnels et le type d'échange intellectuel entretenu avec eux ; et enfin le « rapport au médicament », qui concerne le positionnement des médecins par rapport aux savoirs sur les médicaments et à la manière dont ils sont produits et utilisés. Nous allons donc nous servir de ces trois dimensions pour expliquer les différences identifiées sur le terrain dans la manière de gérer les ordonnances et la prescription. L'hypothèse principale qui guidera ce chapitre est l'existence de deux pôles dans la gestion des ordonnances : un pôle délégatif et un pôle non-délégatif. La notion de « délégation » implicite dans la construction de ces pôles ne fait pas seulement référence à une délégation dans la relation de travail qui supposerait l'action de déprescrire ou l'abstention à déprescrire lorsque les spécialistes prescrivent. Nous mobilisons la notion de « délégation » au sens large et inclusif, faisant aussi référence à l'affirmation ou non de savoirs spécifiques de la médecine générale, à la délégation ou non de compétences scientifiques et à la délégation ou non de responsabilités sur les risques liés aux médicaments. Ces rapports différenciés à la gestion des ordonnances doivent être considérés comme des idéaux-types qui nous permettent

²⁸² Il faut noter que cette manière de penser et de faire la médecine générale ne doit pas être déliée de la manière de travailler dans la consultation et de réfléchir au patient montré dans le chapitre II.

d'interpréter le rapport à la prescription et aux ordonnances de nos enquêtés, que nous illustrerons par des individus particulièrement proches de l'un ou de l'autre pôle.

Nous ajouterons enfin à notre analyse une quatrième dimension, qui est celle du territoire d'exercice, qui correspond à l'offre de soins des médecins généralistes et des autres spécialistes sur le territoire d'exercice et aux ressources financières des patients de ce territoire pour accéder aux soins. Cette dimension géographique nous permettra de décrire la façon dont chacun de groupes s'inscrit sur le territoire et de montrer comment les contraintes liées aux conditions d'exercice influent sur la manière de gérer les prescriptions et l'ordonnance. Nous pouvons anticiper que le placement d'un médecin dans un territoire est déterminant quant à sa capacité de maintenir une pratique en accord avec ses convictions, l'évolution de ses compétences, qu'elle conditionne ses coopérations et peut aller jusqu'à faire évoluer ses pratiques d'un pôle à l'autre. Cette dimension sera particulièrement mobilisée pour analyser les pratiques des médecins se rapprochant du pôle non-déléгатif de gestion des ordonnances.

Avant de procéder à l'analyse, nous proposons le tableau suivant qui synthétise nos hypothèses concernant l'ensemble de facteurs explicatifs des pratiques différenciées des médecins généralistes :

Tableau n° I. Facteurs explicatifs de pratiques différenciées des médecins concernant la gestion de l'ordonnance

<i>Dimensions qui structurent la pratique des médecins :</i>	<i>Pôle délégatif dans la gestion des ordonnances :</i>	<i>Pôle non-délégatif dans la gestion des ordonnances :</i>
Rapport à soi	Une médecine générale qui a pour rôle de : - Assurer le « suivi » de la prise en charge - Faciliter la résolution d'incertitudes - Saisir la personne dans sa totalité (en coordonnant l'activité des différents intervenants) Statut d'une médecine + technicienne : - Assurer le suivi par la réalisation d'actes techniques	Une médecine générale qui a pour rôle de : - Assurer le « pilotage » de la prise en charge - Assumer l'incertitude - Saisir la personne dans sa totalité (en limitant les intervenants) Statut d'une médecine + centrée sur l'humain : - Assure le suivi par une meilleure écoute du patient
Rapport aux autres	Coopération verticale/ au service des différents intervenants spécialisés - Oriente le patient vers les différents spécialistes - S'appuie sur la pratique des spécialistes pour faciliter la résolution d'incertitudes Assignment d'un rôle de « sachant » aux spécialistes : - Manque de compétences pour se confronter aux pratiques et aux savoirs spécialisés	Coopération horizontale/ au service d'un renforcement du métier généraliste - Cherche à orienter la pratique des spécialistes - Gère l'incertitude en s'appuyant si besoin et de manière limitée sur la pratique des spécialistes Assignment d'un rôle de « conseiller » aux spécialistes : - Remise en question de la pratique des spécialistes et confrontation à leurs savoirs
Rapport au médicament	- Soutien de l'innovation pharmaceutique - Acceptation des risques médicamenteux - Réception et utilisation de diverses sources d'information	- Critique de l'innovation pharmaceutique - Dénonciation des risques médicamenteux - Sélection des sources d'information et utilisation privilégiée d'information indépendante de l'industrie pharmaceutique
Territoire d'exercice	Un territoire caractérisé par la force de l'offre de soins au service de patients ayant une position socio-économique favorable	Un territoire caractérisé par la faiblesse de l'offre de soins et par des patients caractérisés par une situation sociale et économique défavorables

Tableau 1: Dimensions de la pratique de prescription [hypothèses de travail]

1. Le « rapport à soi » : médecine techniciste *versus* médecine humaniste

1.1. *Le pôle délégatif : une médecine techniciste orientée vers la résolution des incertitudes*

Les médecins qui se rapprochent du pôle délégatif dans la gestion de l'ordonnance considèrent que la médecine générale est dans une situation difficile pour faire face seule aux difficultés de la prise en charge de patients âgés ayant de multiples maladies et de multiples médicaments. Cette appréhension de la complexité de la situation clinique des personnes âgées se traduit par une redéfinition de leur mission de médecin traitant, qui se traduit notamment par la délégation aux spécialistes des problèmes de gestion des maladies chroniques et de leurs traitements. Pour ces médecins généralistes, l'incertitude de la prise en charge n'est pas considérée comme devant être gérée à leur niveau, mais comme devant être résolue ailleurs : leur rôle est donc de faciliter cette résolution externe. Si dans ce pôle la médecine tend à être plus technique, elle s'appuie sur une conception de la coordination adaptée à la réalité de la prise en charge de personnes âgées, c'est-à-dire morcelée entre plusieurs intervenants.

- *Assurer le suivi de la prise en charge*

Les maladies chroniques qui s'installent avec l'âge impliquent une consultation plus fréquente de certains spécialistes d'organe. Face à la succession de soins morcelés sur laquelle s'appuie la prise en charge médicale, et afin de saisir le patient dans sa globalité, les médecins généralistes se rapprochant du pôle délégatif ont tendance à assurer le suivi réalisé par les spécialistes et à assigner le rôle de médecin « référent » au spécialiste qui s'occupe de la pathologie la plus grave ou la plus importante du patient. C'est le cas par exemple d'un médecin [femme] faisant des remplacements à Paris. Elle affirme son rôle de « coordination », propre aux médecins généralistes, mais une coordination des soins qui n'est pas conçue comme intégrant une organisation du travail sur l'ordonnance. Les traitements médicamenteux sont choisis et contrôlés par les différents spécialistes intervenants dans la prise en charge de leurs patients. Il en découle un transfert de la mission de médecin « référent » à ces derniers :

« Moi je suis médecin généraliste je suis là pour coordonner, peut être que son médecin principal... Est-ce que je peux bien être sûre que le problème qu'il a aujourd'hui est bien lié à la pathologie qu'il a de façon sous-jacente ? Pour moi parfois son médecin référent est plus le spécialiste que moi, bien que nous sommes là pour... voilà, je ne dénigre pas du tout notre travail quand je dis ça, mais voilà, parfois l'hématologue va être plus le médecin référent parce qu'il traite le "vrai" problème du patient et nous on est là pour faire en sorte

que tout le reste... et faire l'interface aussi avec tous les spécialistes, avec la ville des choses comme ça » (MG rempl. F-32).

Le rôle par défaut que cette praticienne s'attribue dans la prise en charge de ses patients âgés, c'est-à-dire « s'occuper du reste », consiste, au niveau de l'ordonnance notamment, à adapter ses propres prescriptions occasionnelles pour les harmoniser avec l'ensemble des spécialités pharmaceutiques déjà prescrites. L'impossibilité de prendre en charge les différentes pathologies de manière isolée place cette praticienne dans un rôle de surveillante de l'état global du patient et de suivi général de tout ce qui lui arrive par ailleurs. Elle se conçoit à la tête du parcours de soins de son patient, ce qui implique de respecter son passage par différentes étapes de soins et de suivre l'activité de différents professionnels. « S'occuper du reste » fait aussi référence à l'activité de coordination à laquelle elle se réfère en mentionnant l'interface entre les différents acteurs et secteurs de soin, mais cela n'implique pas son intervention sur les prescriptions médicamenteuses réalisées par ces professionnels, notamment « le traitement de fond ». Assurer le « suivi » est finalement la manière qu'elle a de prendre acte de la polyprescription : ce cumul de spécialités pharmaceutiques prescrites pour traiter des pathologies isolées qui résultent difficiles à maîtriser en l'absence de connaissances spécialisées.

Explorons donc plus en détail les objectifs du suivi du patient et en quoi consiste l'activité de coordination.

Le généraliste traite les maladies les plus classiques (les maladies aiguës) et banales (grippe, maladies saisonnières) et assure un « suivi global du patient » à travers une évaluation clinique et une revue analytique du travail d'autres intervenants. D'après ce que nous pouvons observer, outre le contrôle de l'aggravation des maladies chroniques, ce suivi vise un double objectif de coordination, à savoir centraliser toutes les ordonnances du patient et renvoyer en dehors de son segment les domaines de compétence perçus comme n'étant pas de son ressort.

Étudions un cas de prise en charge par un médecin [femme] afin d'illustrer la manière dont elle comprend le rôle de suivi. Cette praticienne est installée dans un cabinet à Montrouge et nous raconte ce qu'elle considère comme « le pire » des cas qu'elle a : un homme de 70 ans qu'elle suit depuis un an et demi. Il a 15 médicaments, correspondant principalement à la prescription des spécialistes qui s'occupent des différentes maladies chroniques, les prescriptions du médecin généraliste sont occasionnelles :

« C'est probablement mon patient le plus lourd. Il est diabétique insulino-dépendant, il est coronarien il a un pacemaker pour les troubles du rythme, il a une fibrose pulmonaire, il a une insuffisance rénale, il a un ulcère, il a du cholestérol, il a de l'arthrite et sûrement il a de l'arthrose et il est sur le point de se faire dialyser à cause de l'insuffisance rénale... Toutes ces pathologies-là sont suivies par des spécialistes, moi je le vois souvent en aigu quand il a des problèmes particuliers, par exemple il a fait une infection parce qu'il a une

arthrite donc il a fait une infection sur un orteil bah, j'ai bien fait de le mettre sous antibiotiques, il a fait une décompensation respiratoire, donc on a mis en plus d'ailleurs des inhalations, ce n'est pas dans son traitement de fond d'ailleurs, mais j'ai essayé d'arrêter rapidement. Il a fait récemment une poussée au niveau de son ulcère, il a fallu rajouter quelques jours d'antiacide, il a fait une diarrhée aiguë au cours d'un voyage, on a fini par retrouver un germe dans les selles bon il a fallu traiter le germe voilà » (MG F-32).

Cette praticienne évoque une activité de contrôle des conséquences des pathologies chroniques (Baszanger, 1986) car plusieurs maladies aiguës à l'origine de sa prescription occasionnelle dérivent de celles-ci. Même si lors de l'entretien elle nous fait également part d'un suivi médico-biologique assuré à partir de la réalisation d'actes techniques (des prises de sang régulières pour contrôler le diabète et la prise d'anticoagulants) elle considère pourtant que les pathologies chroniques sont « suivies » par les spécialistes. Le rôle qu'elle accorde à son métier est celui d'un suivi qui se rapproche de l'accompagnement du patient dans son parcours et avec une marge d'intervention restreinte sur les traitements de fond. Notons dans ce cas complexe que son intervention sur l'ordonnance est finalement ponctuelle.

Le suivi réalisé par le médecin généraliste est ainsi un moyen de coordination. Par exemple, cette praticienne trouve que son patient a « beaucoup » de médicaments prescrits par différents spécialistes, mais qu'ils correspondent aux nombreuses pathologies qu'il présente. L'accumulation de pathologies et de médicaments, une des caractéristiques qui fait d'un patient âgé un « patient problématique » en médecine générale, implique une prise en charge par plusieurs intervenants, ce qui introduit une forme d'incertitude venant s'ajouter à celles propres à l'interaction de soin. Elle assure donc un suivi de la correspondance entre pathologies et traitements spécialisés. Afin de réduire les incertitudes de cette prise en charge éclatée, cette praticienne réalise un travail de centralisation de l'information sur le patient en récupérant les morceaux de son dossier distribués entre les différents acteurs et secteurs de la chaîne de soin :

« En toute honnêteté pour ce monsieur-là, je suis dépassée depuis longtemps, c'est-à-dire que je me vois difficilement remettre en cause certains des médicaments surtout que j'ai récupéré tous les comptes rendus de ces dernières consultations, etc., et je ne vois pas ce que je pourrais remettre en cause effectivement dans sa liste des médicaments ». [— Vous êtes d'accord avec les traitements instaurés par les spécialistes ?] « Oui, on peut dire ça. Dans la mesure de mes connaissances » (MG F-32).

Cette praticienne réalise un « suivi » de la prise en charge du patient qui est rendu nécessaire par l'accroissement d'acteurs spécialisés intervenant dans la prise en charge du patient (Thiaudière, 2012 ; Castel, 2005). Ce suivi a pour objet de coordonner l'information sur le patient. Comme le souligne Claude Thiaudière (2012), lorsque le patient est inscrit dans une prise en charge caractérisée par plusieurs intervenants « c'est la maîtrise de la circulation de l'information écrite qui est en jeu ». Mais, coordonner une multiplicité d'intervenants ne signifie pas forcément orienter ou contrôler leurs activités, il s'agit donc souvent d'accepter le motif des prescriptions réalisées par ces spécialistes.

Pour les médecins qui se rapprochent du pôle délégatif la manière de prendre en compte la complexité des cas des personnes âgées atteintes de polypathologies et polymédiquées est moins de réduire la prise en charge éclatée que de « suivre » le travail de chaque intervenant. Le suivi centré sur la trajectoire du patient dans les différentes étapes de la chaîne de soin donne aux médecins généralistes l'illusion de contrôle de l'information écrite. Or, n'ayant pas le choix des traitements de fond le contrôle d'une partie de l'ordonnance leur échappe. En d'autres termes, ils adaptent leurs propres prescriptions occasionnelles aux autres prescriptions existantes qu'ils estiment ne pas avoir à remettre en question.

- *Assurer le suivi par la réalisation d'actes techniques*

L'une des difficultés de la prise en charge de différentes maladies évolutives découle des incertitudes existant sur les savoirs liés aux médicaments qui ont été instaurés tout au long de la vie du patient. Pouvoir se saisir de connaissances scientifiques et objectives est rassurant dans le travail médical (Champy, 2015), mais les incertitudes qui demeurent peuvent amener aussi bien à une médecine plus humaine qu'à une confiance accrue dans les savoirs techniques et spécialisés. L'activité des généralistes se rapprochant du pôle délégatif de gestion des ordonnances multiples est liée à la réalisation d'actes techniques pour assurer le suivi, mais l'impossibilité de pouvoir intervenir davantage sur l'ordonnance est aussi mal vécue par certains médecins :

- *Est-ce que vous avez déjà réalisé un nettoyage d'ordonnance chez vos patients âgés ?*
« Je n'ai pas été formé à ça donc, c'est sûr que je vais me former, probablement dans les années qui arrivent ou dans les mois qui arrivent. J'ai fait des formations sur la déprescription, etc., mais pas directement sur les personnes âgées. Là pour l'instant j'ai des patients polypathologiques et j'ai ceux chez lesquels j'organise des bilans. Mais l'idée c'est de ne pas faire plus d'un bilan par mois parce que souvent ils ont l'impression que j'essaye de tout révolutionner et je risque qu'ils me mettent dehors..., donc je suis obligé de prioriser » (MG H-34).

Si un type de « suivi » technique s'installe, c'est donc en raison du fait que le médecin est confronté à la multiplicité de pathologies et de médicaments ; il lui semble alors impossible d'agir sur cet ensemble. Face à l'incertitude de la pharmacologie gériatrique la prise en compte de la multiplicité de médicaments se fait donc par la réalisation des « bilans », et donc par un suivi médico-biologique qui implique lecture et interprétation d'actes techniques (prise de sang, prise de tension, etc.). Le médecin justifie le manque d'intervention sur l'ordonnance par le manque de formation et par le risque de perdre le contact avec le patient révélant ainsi un certain inconfort à assurer ce suivi en s'appuyant fortement sur une activité technique.

Nous comprenons finalement que le suivi et la coordination impliquant une intervention limitée sur l'ensemble de l'ordonnance sont assumés comme découlant du rôle de médecin généraliste, sans que les professionnels soient « satisfaits de leur engagement » (Bergeron et Castel, 2010).

1.2. *Le pôle non-déléгатif : une médecine qui assume l'incertitude et centrée sur l'humain*

Les médecins qui vont le plus revendiquer leur indépendance prescriptive et le mettre en pratique se rapprochent du pôle non-déléгатif dans la gestion des ordonnances. Ces médecins valorisent les compétences de la médecine générale dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de polyopathologies et polymédiquées et ont la volonté de contrôler leurs parcours de soin. Le rôle du médecin généraliste implique selon eux la gestion des incertitudes et la complexité du patient pris dans son ensemble, ce qui favorise la mise en place d'une médecine moins technique et plus humaine. Ces médecins vont défendre un rôle de la médecine générale qui se rapproche, à certains égards, de celui d'une « médecine sociale » (Pinell, 2008 ; 2009) : extensive dans ses domaines d'intervention et situant le patient dans son contexte économique, social et culturel. Cette médecine se construit dans un rapport étroit avec le patient, y compris dans les cas de reprise de nouveaux patients âgés²⁸³. D'une certaine manière, à la différence des médecins ayant une pratique délégative, ils vont s'assigner eux-mêmes le rôle de médecin référent. Dans cette perspective ces médecins vont revendiquer la prise en main de la gestion de toutes les maladies présentées par le patient et de tous leurs traitements, ce qui implique une non-délégation aux spécialistes de manière générale et un contrôle de leurs prescriptions en particulier. Enfin, les médecins qui se rapprochent de ce pôle vont affirmer faire des difficultés de la prise en charge des patients âgés et de la gestion de leurs prescriptions multiples un des domaines privilégiés de compétence de la médecine générale.

- *Assurer le « pilotage » de la prise en charge*

Voyons par exemple le cas d'un médecin, rendu anonyme sur le nom de « Dr Louis », qui considère son métier de médecin généraliste comme reposant sur une activité de « pilotage » de la prise en charge globale du patient. Pour ce médecin, la médecine générale a des savoirs et une expertise à apporter dans toutes les spécialités comprises par la médecine :

« Je ne pense pas qu'un cardiologue soit meilleur que moi dans l'hypertension artérielle, je ne pense pas qu'un gynécologue soit meilleur que moi dans le suivi d'une femme qui va bien, je ne pense pas qu'un pneumologue soit meilleur que moi dans... Par contre je sais que j'aurai besoin du cardiologue si je n'ai aucune expérience sur les troubles du rythme, sur les insuffisances cardiaques au dernier stade, j'aurai besoin du pneumologue dans les problèmes de cancer du poumon, d'une maladie liée à l'amiante, j'aurai besoin du gynécologue sur les grossesses à risque, que sur de choses comme ça. Là ils ont toute leur place pour moi, mais tout le reste pour moi c'est du domaine de la médecine générale et donc ils n'ont pas plus d'expertise que moi sur un certain nombre de choses. Moi par exemple, sur les hypertenseurs artériels compliqués en effet ils ne m'apportent rien parce que moi j'ai déjà suivi la démarche qu'eux auraient suivie et finalement au total je me dis qu'ils ne vont pas m'apporter une expertise particulière » (MG H-32).

²⁸³ Nous reviendrons sur cet élément dans la dernière partie du chapitre concernant le territoire d'exercice.

Ce médecin entend s'appuyer si besoin et de manière limitée sur les différentes spécialités. Il faut mettre en exergue que les spécialistes d'organe ne lui apportent pas une expertise en ce qui concerne les généralités des différentes pathologies. Ce médecin n'interprète pas son rôle comme un rôle par défaut ayant pour vocation de « s'occuper du reste ». Il a au contraire une vision extensive de la pratique généraliste :

« Je pense qu'en France on arrivera un jour déjà à redéfinir la place des généralistes libéraux parce qu'à mon avis elle est très, très petite, voir n'existe pas. Dans 90 % des pays du monde les spécialistes ne sont qu'à l'hôpital, ils ne sont pas en ville, donc déjà, pourquoi on a des spécialistes en ville en France point d'interrogation. Ensuite, définir leur pratique, c'est à dire c'est quoi le domaine de compétence des spécialistes, c'est quoi le domaine de compétence du généraliste, et je pense que dans un certain nombre de cas effectivement je pense qu'il vaut mieux que les cardiologues arrêtent de voir une hypertension simple qu'ils soient disponibles quand on a réellement besoin d'eux quand il y a un infarctus, quand il y a des troubles du rythme quand il y a des choses encore plus graves qui sont plus rares, qui sont plus graves quoi » (MG H-32).

Ce médecin revendique un élargissement de la place du médecin généraliste en ville et un élargissement de son domaine de compétence contre l'avancée des spécialistes libéraux dans le secteur ambulatoire. Pour lui, la médecine générale devrait être cette médecine d'orientation de différentes spécialités, puisqu'elle a les savoirs et la capacité à gérer tous les problèmes. C'est ici le sens accordé à la notion de « coordination ».

Le Dr Louis valorise également ses propres savoirs généralistes pour prendre en charge le patient âgé ayant de multiples pathologies et médicaments. Pour affirmer une compétence générale, voire supérieure à l'expertise que peuvent apporter les spécialistes, ce médecin met en valeur en plus de la connaissance sur les généralités des différentes pathologies et stratégies thérapeutiques, la connaissance globale du patient. Lors de notre entretien, ce médecin explique que « plus on vieillit plus on a des problèmes qui s'accumulent » et nous raconte à partir de là son cas le plus lourd : un patient de 60 ans qui a 5 pathologies, parmi lesquelles du diabète, de l'asthme, de l'arthrose et des troubles du rythme cardiaque et leurs conséquences (tension, insuffisance cardiaque, etc.), et quatre pages d'ordonnance (23 médicaments). Il faut noter que ce médecin reprend l'exemple de ce patient, qui semble à priori ne pas correspondre à l'image la plus répandue du « patient âgé » en raison de son âge, mais qui correspond à ce que les médecins généralistes décrivent comme étant de patients âgés « fragiles ». Ce médecin est convaincu que la situation du patient exige le traitement avec ces médicaments — de l'insuline et des antidiabétiques, des sprays pour contrôler l'asthme, de la morphine en poudre pour la douleur, un médicament pour les douleurs neuropathiques, deux médicaments contre les troubles du rythme et des médicaments pour la tension, pour l'insuffisance cardiaque, etc. — et que les spécialistes ne sont pas mieux placés que le généraliste pour gérer cette ordonnance :

- *Est-ce que vous consultez vos collègues spécialistes pour gérer cette ordonnance ?*
« Bah non parce que justement en tant que généraliste, les généralistes sont les mieux placés pour tout ça ! Parce que justement on a une vue d'ensemble sur le patient et qu'on peut plus ou moins hiérarchiser un certain nombre de traitements entre eux, parce que chez les spécialistes chacun va rajouter un traitement à sa sauce et justement ils ne font pas attention à ce que prennent les patients par ailleurs ».

Par ailleurs, cette multiplicité de médicaments ne lui pose pas de problèmes dans sa pratique quotidienne sauf pour la possibilité des effets indésirables. Or, l'existence des effets indésirables ne donne pas lieu à une crainte qui structure sa pratique puisque ces incertitudes sont intégrées comme faisant partie de son métier. Ainsi, la gestion de l'ordonnance avec toutes ses incertitudes est de leur domaine de compétences :

« La polyprescription c'est un potentiel problème dans le sens où on a aucune donnée scientifique sur l'effet de l'interaction de 2 ou 3 molécules dans un corps humain donc on prescrit à l'aveugle eh ! Justement on ne sait pas exactement ce qui se passe. Mais c'est un problème dans le sens qu'il y aura des effets secondaires qui vont se passer et qui vont se complexifier... Mais en dehors de ça si l'on prend pathologie par pathologie il n'y a pas des problèmes particuliers. Parce que j'ai envie de dire, c'est notre métier, c'est notre expertise justement de savoir prescrire, à un moment il faut faire confiance au professionnel, c'est-à-dire si on doit ajuster différentes choses voilà, c'est notre métier ! ».

Pour ce médecin, l'accumulation n'est pas un problème insurmontable malgré les possibles effets indésirables liés aux interactions puisque le rôle du médecin généraliste est la gestion de l'incertitude. Les prescriptions nombreuses qui résultent du traitement de la multiplicité de maladies sont de son ressort. La médecine qu'il estime mettre en place est donc une médecine plus intuitive et plus humaine, puisque même s'il se plie à certains succès techniques de la médecine (notamment les médicaments), il gère les incertitudes auprès de la personne plutôt que de s'appuyer systématiquement sur une multiplicité d'actes techniques et de savoirs spécialisés. Comme nous le verrons plus en avant gérer les incertitudes auprès du patient implique une intégration par le généraliste des savoirs sur le médicament à partir de la formation et d'une information objective qui lui place en mesure d'assumer des certitudes.

On observe enfin chez ce médecin, une appropriation des difficultés de la prise en charge des personnes âgées et du problème lié à l'accumulation. Comme la gestion des prescriptions multiples est du domaine de compétences de la médecine générale, surmonter ces difficultés fait partie de son métier :

« On est dans le flou, mais justement notre métier est la gestion du flou. En tout cas la médecine générale est la gestion du flou par définition, de la gestion d'incertitudes, beaucoup de choses qu'on ne connaît pas du patient, mais pas que dans les cas de multiplication de prescriptions, mais dans le monde de la prescription tout court. Je suis persuadé que c'est notre métier de savoir gérer la polyprescription ».

Il faut noter que pour ce médecin les incertitudes de la prescription ne donnent pas lieu à un sentiment d'impuissance en tant que médecin généraliste, puisque ces incertitudes sont conçues comme étant partie intégrante de l'exercice de la médecine. Ainsi, elles existent aussi bien dans la médecine générale que dans les différentes spécialités. Il faut donc comprendre que, puisque ces incertitudes sont

subjacentes au domaine de la médecine dans son ensemble, leur maîtrise appartient à la juridiction de la médecine générale. Autrement dit, ces médecins savent que les incertitudes qui existent autour de la prescription ne vont pas être résolues ailleurs. Cette manière de pratiquer la médecine montre une conception du métier généraliste où la prise en charge globale de la personne est comprise comme pilotage à la fois de la situation clinique et de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses.

- *Saisir la personne dans sa totalité en limitant le nombre d'intervenants pour contrôler son parcours*

L'analogie du discours du Dr Louis, qui n'a pas évoqué un engagement syndical ou partisan particulier, avec le discours de médecins généralistes membres de groupes organisés, critiques du médicament et de la place de l'industrie pharmaceutique dans la médecine est significative. Pour un médecin [femme] appartenant à la SFTG (Société de formation thérapeutique généraliste), le rôle du médecin généraliste est de prendre le contrôle de la prise en charge de la personne dans le temps. L'activité concerne non seulement le suivi de la trajectoire de la personne au sein du système de soins, mais aussi le maintien du contrôle de la prise en charge (clinique et médicamenteuse), car seul le médecin traitant connaît l'histoire de la personne, ce qui permet de s'occuper des « polypathologies ». Puisqu'il n'y a pas de rapport à soi sans rapport à autrui, ou « de soi sans autre »²⁸⁴, l'exemple qu'elle donne sur la pratique des gériatres nous permet de montrer la conception d'une médecine qui relativise l'importance des savoirs scientifiques ou hyperspécialisés pouvant s'appliquer à la prise en charge des personnes âgées :

« Je ne vois pas pourquoi sous prétexte que quelqu'un franchit un âge tout d'un coup il ne relève plus de notre compétence de soignant et il devient de la compétence de quelqu'un qui en plus en tant que gériatre n'a aucune idée de ce qu'était la vie du patient avant. Il me semble que le boulot de la médecine générale c'est vraiment ça, de suivre le patient à travers sa vie d'un point à un autre... Donc pour moi bien sûr qu'en gériatrie je vais tenir compte que oui, il est âgé son rein fonctionne moins bien... donc je vais tenir compte de ce que je sais sur son foie pour ne pas mettre telle chose ou mettre tel autre. Donc, c'est pareil. Je vais tenir compte de la situation de cette personne-là, de ses maladies, de son état global, pour me dire, bon bah ça je peux, ça je ne peux pas, ça je vérifie, et voilà. Et je ne pense pas que je ferai mieux en tant que gériatre » (Entretien auprès d'une Médecin généraliste en cabinet et en Ehpad dans la région Pays de la Loire, membre et trésorière de la SFTG — juillet 2016).

Cette praticienne défend son territoire de compétences contre l'avancée des gériatres, mettant en avant la faiblesse de leur activité pour saisir le patient sans connaître son histoire, le déploiement de sa vie dans le temps. L'approche globale du patient, qui implique d'établir une relation humaine avec le

²⁸⁴ Gilles Deleuze a soutenu que le soi se construit toujours en contact avec l'extérieur en articulant une pensée sur le passé, le présent et le futur : « Le dedans condense le passé, sur des modes qui ne sont nullement continus, mais le confrontent à un futur qui vient du dehors, l'échangent et le recréent. Penser, c'est se loger dans la strate au présent qui sert de limite : qu'est-ce que je peux voir et qu'est-ce que je peux dire aujourd'hui ? Mais c'est penser le passé tel qu'il se condense au-dedans, dans le rapport avec soi [...] La pensée pense sa propre histoire, mais pour se libérer de ce qu'elle pense, et pouvoir enfin "penser autrement". Voir Deleuze G. (1986), Foucault, Paris, Éditions de Minuit, coll. "Reprise", pp. 115.

patient tout au long de sa trajectoire de soins, est présentée comme l'essence de la médecine générale, elle est ainsi un atout fort dans la défense d'un métier de généraliste conçu dans son ascendant social. L'incertitude que la connaissance et l'accompagnement du patient dans sa trajectoire représente, et qui se rajoute aux incertitudes inhérentes au travail médical avec le médicament, ne peut qu'être dans le territoire de la médecine générale et devient insaisissable par d'autres segments professionnels.

Cet extrait met aussi en évidence un idéal normatif du statut de la médecine générale, c'est-à-dire de ce que la médecine générale devrait être, qui concerne la délimitation de son domaine de compétences vis-à-vis des spécialistes d'organe ou de différentes spécialités. Selon un membre de la SFTG-recherche et à l'initiative des colloques « Sur- et sous-médicalisation, surdiagnostics et surtraitements », organisés par le groupe Princeps, cette délimitation du domaine de compétences propre ne semble possible qu'à condition de limiter le nombre d'intervenants :

« La surconsommation de médicaments chez les personnes âgées elle est due d'abord à la prescription du médecin. Ce n'est pas tellement dû à la demande des personnes âgées, parce que souvent on dit qu'il y a une pression de la demande. Non, c'est la pression de l'offre. Et en plus comme ils ont des polypathologies, souvent ils sont dispersés entre plusieurs spécialistes. Chaque spécialiste prescrit sa spécialité, prescrit son produit sans se préoccuper de ce qu'il y a à côté. Et donc, là aussi la dispersion parmi de nombreux spécialistes c'est délétère. Il faut vraiment éviter qu'il y ait un nombre important d'interventions et si c'est nécessaire les nombres d'intervenants » [Entretien auprès de Alain Siary, membre de la SFTG-recherche, Princeps, mai 2017].

Revendiquer la coordination des différents « actes » spécialisés est une stratégie pour faire face à la complexification de l'organisation de la prise en charge des patients qui affaiblit la position des « médecins de premiers recours » (Thiaudière, 2012). Il y a donc chez ces médecins généralistes un rapport à soi qui implique de conserver le rôle de médecin référent et de limiter les intervenants dans la prise en charge, cela dans le but de saisir la personne dans sa totalité. Le pilotage de l'action des différents intervenants dans la prise en charge des personnes âgées implique d'assumer les savoirs généralistes sur les différentes pathologies et sur la prescription des spécialités pharmaceutiques. Cette dimension est primordiale pour éviter l'approche morcelée des soins, tout spécifiquement en ce qui concerne les personnes âgées. Comme nous le montrerons plus en avant, délimiter le champ de compétences des généralistes implique pour ces médecins de limiter le champ de compétences des spécialistes, limitant leur intervention, mais aussi en assignant un rôle subordonné aux spécialistes d'organe dans la prise en charge des patients.

2. Le « rapport aux autres » : coopérer avec les spécialistes *versus* coopérer entre pairs

2.1. *Le pôle délégatif : une coopération au service de différents intervenants*

Les médecins qui vont avoir tendance à déléguer la gestion de l'ordonnance accordent une valeur supérieure aux savoirs des spécialistes d'organe (sur une pathologie spécifique et son traitement) et aux savoirs des gériatres (sur la vieillesse et la pharmacologie gériatrique), ce qui implique une dévalorisation de leurs propres savoirs généralistes. Cette hiérarchie des savoirs, qui encourage le rôle de généraliste cherchant à résoudre des incertitudes, est au cœur du rapport entretenu avec les collègues dans la gestion des prescriptions.

- *Orienter le patient vers différents intervenants*

En accord avec la manière d'appréhender leur métier de médecin généraliste en tant que coordinateur, visant la continuité de la prise en charge du patient, les praticiens qui se rapprochent du pôle délégatif orientent leurs patients vers différents professionnels de leur réseau de connaissance. La manière dont ce réseau de connaissances est utilisé par les médecins dépend, comme le souligne Thiaudière (2012), de la capacité à mobiliser les ressources du champ médical, et donc de leur « proximité sociale » avec des structures médicales plus techniques et les plus spécialisées, cela que ce soit avec des confrères spécialistes en médecine libérale mais plus encore lorsqu'il s'agit des établissements hospitaliers de pointe. Dans ce sens il y a des généralistes plus préparés que d'autres à ce contexte de la prise en charge des personnes âgées. Voyons par exemple comment un médecin exerçant à Paris agit face à un cas complexe : *« on fait appel à des avis téléphoniques des spécialistes, on essaye d'écrire des choses, des avis sur photo quand c'est la dermatologie, je m'appuie aussi pas mal sur les réseaux, le réseau Memorys, la plateforme Paris santé Saint Jacques qui regroupe un réseau de santé de gériatrie, la MAYA, le gestionnaire de cas et puis le CLIC. Donc ça permet d'avoir quelque chose d'un peu, regroupé et à la fois bio-médico-social autour des patients »* (MG H-39). Certains jeunes médecins s'étant installés récemment à Paris ne sont cependant pas familiarisés avec les réseaux de soins ou les équipes mobiles existant dans la ville ou n'ont pas connaissance de ceux qui sont proches de leur cabinet. Plusieurs jeunes médecins de notre enquête expriment le souhait d'acquérir ce « réseau de connaissances » afin d'assurer une bonne coordination des soins : *« Je ne sais pas exactement où aller, vers où orienter. [...] Le problème en médecine de ville c'est que tu apprends tout sur le tas, on ne te donne pas une grande liste des endroits où tu peux envoyer, ce qui est dommage, la mairie devrait faire ça, voire pour tous les arrondissements, il devrait avoir une liste des ressources disponibles »* (MG rempl. F-32). Comme le souligne Thiaudière (2012 : 21), « avoir ce réseau de

connaissances, c'est détenir un capital social spécifique au champ médical suffisant pour maintenir une position professionnelle ». Il faut néanmoins mettre en évidence que l'utilisation du réseau dépend aussi du souhait du patient. Un isolement est ressenti lorsque les patients âgés refusent la prise en charge en filière gériatrique, la prise en charge hospitalière ou la réalisation d'exams complémentaires. Ces situations dépassent la volonté de coordination autour de la personne entre différents professionnels et différentes institutions sanitaires, médico-sociales et sociales. C'est ce qu'un médecin travaillant dans une MSP dans le 20^e arr. de Paris nous raconte : *« là je me retrouve isolé et obligé à travailler avec des collègues gériatres par téléphone parce que la plupart refusent même de se déplacer jusqu'à la consultation gériatrique. Donc, résultat : en tant que médecin généraliste je suis obligé de faire du mieux que je peux sauf que je ne suis pas la meilleure personne et je suis la seule que les patients acceptent de voir »* (MG H-34). Lorsque nous enquêtons sur la prise en charge des personnes âgées nous repérons fréquemment chez les médecins le sentiment d'une crainte à devoir assumer seuls le suivi d'un patient âgé. Cette crainte dans le suivi de cas complexes où l'incertitude règne est de surcroît un moteur de nouvelles logiques de coopération chez ces médecins du pôle délégitif.

- *S'appuyer sur la pratique des spécialistes pour faciliter la résolution d'incertitudes*

Les médecins se rapprochant de ce pôle ont une relation asymétrique avec les spécialistes, aussi bien lorsqu'ils ont une relation proche avec eux que lorsqu'ils ont un rapport professionnel plus éloigné. Ils ont en effet peu de connaissance de leurs pratiques de prescription (Vega, 2012 ; Peneff, 2005). Par exemple, un médecin de ce groupe affirme ne pas avoir une relation proche basée sur l'échange avec les spécialistes qui gèrent les traitements chroniques de ses patients :

« Les spécialistes en général quand ils ont décidé de démarrer quelque chose ils le font... Le biais c'est que je ne suis pas installée depuis très longtemps et que pour beaucoup de mes patients très âgés les spécialistes les connaissent depuis plus longtemps que moi au final, donc non, ils ne me demandent pas trop mon avis ceux-là » (MG F-32).

Cette généraliste constate que les spécialistes avec lesquels elle est amenée à travailler ne partagent pas d'information avec elle. Par ailleurs, son manque de connaissance approfondie des patients dû à une installation relativement récente, renforce ses doutes quant à ses propres savoirs scientifiques. Un autre médecin, installé depuis plusieurs années, affirme être en désaccord avec certaines prescriptions, mais son lien avec les spécialistes, qui peut être compris comme dépassant les « motifs thérapeutiques » (Vega, 2011b), l'amène à s'efforcer de comprendre pourquoi ils agissent d'une certaine façon et, finalement, à ne pas remettre en question leurs logiques d'action :

« En général ces sont des correspondants que je choisis, enfin, je travaille avec certains d'entre eux, je n'ai pas de problèmes. Alors parfois je leur souris un peu parce qu'ils passent d'un médicament à son frère jumeau [générique et princeps], on ne voit pas bien l'intérêt de faire ça. D'un autre côté je le comprends

un peu parce que le patient qui va voir un spécialiste, qui lui donne exactement ce que lui a donné le généraliste qui l'a vu avant, il peut être considéré comme un inutile » (MG H-62).

Si le manque de rapport personnel avec les spécialistes peut être une explication avancée par le médecin pour justifier pourquoi il agit sans consulter son avis, le lien de proximité empêche également dans ce cas le médecin de modifier les prescriptions de son collègue. Dans les deux cas, nous identifions une obéissance vis-à-vis des prescriptions des spécialistes. La façon que ces médecins généralistes ont de coopérer avec leurs collègues spécialistes implique une absence de remise en cause de leurs prescriptions.

L'absence de remise en cause des prescriptions des médecins spécialistes par les médecins généralistes est liée au respect de l'autonomie prescriptive, des compétences et de l'expertise spécialisées qui caractérise leur relation (Vega, 2011b). Il faut mettre en évidence que pour les médecins qui se rapprochent du modèle délégatif, la complexité des ordonnances des personnes âgées vient justement de l'accumulation des traitements chroniques instaurés depuis un certain temps. Lorsqu'ils réfléchissent à la simplification des ordonnances, ils mentionnent ce socle de médicaments chroniques face auxquels ils s'estiment disposer de très peu de moyens pour agir :

« Bah pour la simplification moi je trouve que c'est compliqué, comme je l'ai déjà dit, de retrouver aussi les raisons de chaque traitement, aussi parfois si elles existent eh, mais, quand c'est des traitements au long cours c'est ça. Non, après, renouveler ce n'est pas très compliqué au final » (MG rempl. H-32).

Le renouvellement n'est pas compliqué pour ce médecin puisqu'il « suit » l'action d'un spécialiste sur une pathologie particulière, il se plie à son expertise. En revanche, la simplification est complexe puisqu'elle soulève les enjeux d'incertitude sur les effets du mélange. Or, l'une des difficultés de la gestion de traitements chroniques est de comprendre l'action des différents spécialistes et de juger l'intérêt des prescriptions instaurées depuis longtemps. De ce fait, les médecins qui se rapprochent du pôle délégatif de la gestion des ordonnances sont souvent amenés à décider en faisant abstraction de ce socle de médicaments chroniques qui est du domaine de compétences des spécialistes.

L'introduction d'un médicament chronique n'est par contre pas vécue comme une difficulté pour ces médecins. En effet, le diagnostic, l'évaluation et le traitement de maladies chroniques qui s'installent avec l'âge, sont fréquents en cabinet de médecine générale. Cependant, ces actions se réalisent à partir d'une réduction d'incertitudes auprès de chaque spécialiste, à la fois pour le suivi de l'équilibre de la personne et pour l'évaluation du traitement chronique :

« Quand on débute un hypertenseur, quand on débute un hypocholestérolémiant, quand on débute un traitement contre le diabète en général ça ce n'est pas trop compliqué. Quand on a du mal à équilibrer oui systématiquement je pose la question aux spécialistes oui » (MG F-32).

Ces cas montrent que la gestion des prescriptions, notamment de médicaments chroniques, est assurée en interdépendance avec l'expertise spécialisée. Il faut noter que les actions d'introduction et

de renouvellement d'une spécialité pharmaceutique sont vécues comme un partage de responsabilité avec les spécialistes. Celles-ci ne sont pas des actions vécues comme difficiles puisque le généraliste agit sur une pathologie isolée, en installant ou en modifiant un médicament et, si l'équilibre du patient n'est pas obtenu, les spécialistes sont là pour « rattraper le coup ». En revanche, dans la situation de simplification des ordonnances, le rôle du généraliste est de réfléchir à l'ensemble (à la polypathologie et à la polyprescription). Dans ce cas sa pratique est limitée en raison d'un manque de connaissance pharmacologique et d'un sentiment de manque des connaissances spécialisées nécessaires pour juger des médicaments sur lesquels il va agir. La délégation aux spécialistes, de l'expertise sur la prescription génère une perte du sens de l'ensemble de l'ordonnance. Il y a donc des responsabilités partagées, mais le généraliste ne maîtrise pas l'activité du spécialiste ni ses choix de médicaments. Coopérer avec les spécialistes revient à suivre leurs pratiques et donc à mettre l'activité du généraliste au service de leurs domaines particuliers d'intervention. Ce type de coopération implique donc un placement du généraliste dans un rapport subordonné vis-à-vis des spécialistes.

- *Manque de compétences pour se confronter aux pratiques et aux savoirs spécialisés*

Les généralistes qui se rapprochent du pôle délégatif affirment ne pas intervenir sur les prescriptions des spécialistes d'organes. Les raisons diffèrent selon les cas. Certains médecins affirment accepter les prescriptions des spécialistes et assument leur accord par un manque de savoirs spécialisés. Ainsi, les généralistes qui reconnaissent la difficulté de remettre en question les prescriptions des spécialistes affirment manquer d'arguments pour s'opposer et cela y compris dans les cas où ils considèrent que ces prescriptions sont inutiles ou douteuses. Voyons par exemple le cas d'un médecin qui se retrouve tiraillé à la fois par le manque de savoir gériatrique pour effectuer des simplifications d'ordonnances des personnes âgées en général et par le manque d'un savoir spécialisé pour juger des cas spécifiques qui le dépassent :

- *Vous avez déjà eu des tensions avec les spécialistes soit pour changer des doses, changer de médicament ou même pour enlever un médicament ?*

« Eh... en fait je me mets dans une position où j'accepte l'expertise des spécialistes notamment parce que moi je n'ai pas d'expertise en gériatrie. Quand j'ai vraiment des trucs qui me paraissent bizarres j'en parle avec mes collègues médecins généralistes, parfois j'en parle avec des copains ou des copines qui sont gériatres ce qui me permet d'avoir un vrai réseau informel aussi et puis moi je ne vais quasiment jamais au conflit avec les spécialistes d'organes, voilà » (MG H-34).

Ce médecin justifie son absence de remise en question des prescriptions médicamenteuses des spécialistes d'organe par un manque de savoirs sur les spécificités de la vieillesse. De plus, ce médecin a une stratégie informelle de recours à d'autres expertises. Le discours de ce médecin indique que les rares remises en question de la prescription d'un spécialiste d'organe particulier semblent se faire en interrogeant d'autres généralistes ou des gériatres puisqu'il affirme ne pas avoir les connaissances suffisantes pour s'opposer aux spécialistes :

- *Il y a des choses que vous trouvez qui ne marchent pas, mais vous laissez-passer ?*
« Oui, oui, oui. Il y a des médicaments dont je pense que ce sont des placebos, et même qui parfois sont un peu dangereux et qui ne sont pas forcément indiqués par des recommandations de bonnes pratiques, mais que je laisse passer parce que bah parce que les collègues m'ont dit parfois qu'avec les patients ils ne se sont pas forcément mis à jour et que c'est compliqué pour moi d'argumenter contre eux. Il faudrait que je lise les études qu'il faudrait, etc. Là j'ai la recommandation de bonne pratique en tête, mais je n'ai pas forcément..., peut-être qu'on est dans un cas spécifique où il vaut mieux ne pas suivre la recommandation et ça je ne suis pas équipé pour, je n'ai pas les connaissances qui me permettent de savoir » (MG H-34).

Dans ce cas, les savoirs des spécialistes d'organe semblent être inaccessibles pour le généraliste, puisque même armé des recommandations de bonnes pratiques il estime ne pas être en mesure de mettre en question l'expertise du spécialiste face à un cas spécifique. L'incertitude des savoirs cliniques et pharmacologiques sur les personnes âgées, que l'on peut apercevoir comme une problématique qui se cache derrière le visage de la vieillesse, est ainsi, dans ce cas, favorable à une dévalorisation des savoirs généralistes. Cette incertitude favorise la recherche de solutions chez des professionnels spécialisés. Il en découle une position subordonnée vis-à-vis des spécialistes d'organe — spécialisés dans une pathologie spécifique — aussi bien que des gériatres — spécialisés dans les pathologies de personnes âgées (Young, 1998 ; Mathieu-Fritz et Esterle, 2013) —.

Cet exemple nous permet de mettre en évidence que les médecins généralistes qui se rapprochent du modèle délégatif ont tendance à estimer que les incertitudes existantes dans le domaine du médicament sont liées à leur manque d'expertise et que les spécialistes ont les savoirs leur permettant de les éliminer. Ils délèguent donc l'incertitude en déléguant la gestion de l'ordonnance. Il faut donc comprendre que ces médecins n'appréhendent pas les incertitudes autour de la prescription médicamenteuse pour les personnes âgées comme étant des incertitudes structurelles, mais simplement liées à leur manque d'expertise. Ils vont donc chercher l'expertise des collègues qu'ils estiment plus compétents pour les résoudre.

De plus, pour les médecins qui se rapprochent d'un modèle délégatif, le nettoyage de l'ordonnance n'est pas vraiment une étape de la consultation établie dans la routine du médecin généraliste. Pour ces médecins, accorder aux gériatres une expertise dans la surveillance et le nettoyage des ordonnances multiples est une manière de réfléchir à la possibilité de résoudre le problème de l'accumulation et d'aboutir à une réduction des incertitudes qui soutiennent le rapport hiérarchique aux spécialistes d'organe malgré la nécessité de coopération avec eux :

« Je pense qu'il faut réduire les médicaments au minimum. Maintenant, il y a de plus en plus de gériatres, et c'est fait pour ça un gériatre, je pense que c'est à eux de faire le tri de ces médicaments » (MG rempl. H-32).

« ... la gériatrie c'est pour ça que c'est une spécialité aussi, je pense qu'ils sont capables de simplifier les ordonnances justement, simplifier la prise en charge... La spécificité de la gériatrie est de savoir les enlever. Ce n'est pas toujours évident à faire pour le généraliste parce que déjà c'est prescrit par les spécialistes, on a du mal à les toucher. Parce que je pense que c'est "leur" prise en charge spécifique [...] c'est vrai que le problème du généraliste est qu'il n'ose pas y toucher eh » (MG rempl. H-33).

Les gériatres sont donc perçus comme devant venir en renfort du généraliste pour agir sur des ordonnances pour lesquelles ils ne s'estiment pas légitimes ou compétents. Outre ce rapport particulier entretenu avec les gériatres, les généralistes de ce groupe transfèrent généralement le nettoyage des ordonnances multiples aux praticiens hospitaliers, notamment en raison de l'importance accordée au rôle de l'hôpital pour faire face aux conséquences de la déprescription. Ceci révèle la crainte du généraliste d'assumer les possibles effets négatifs du sevrage de médicaments et les possibles déséquilibres générés et pouvant être mieux pris en charge à l'hôpital sur le coup même :

« En ville on ne peut pas tout maîtriser tout seul, on n'est pas comme à l'hôpital où on a le patient sous la main, on a la main mise sur le patient. En ville il y a plein de trucs qui vont interagir » (MG rempl. F-32).

« ... alors quand le patient passe à l'hôpital où ils ont le patient sous la main ils peuvent se permettre d'arrêter le médicament et puis de voir ce qui se passe, là c'est facile à récupérer, mais quand on est face à un patient qu'on ne voit pas tous les jours, et qu'on verra peut-être après dans 3 mois ou plus même parfois, c'est plus gênant les changements d'ordonnances » (MG H-62).

Si ces médecins accordent une certaine expertise dans le nettoyage des ordonnances aux gériatres, c'est dans le cadre de l'hospitalisation qu'ils constatent une réelle intervention sur l'ordonnance. Le cadre d'une hospitalisation est une opportunité pour eux de déléguer aux collègues la déprescription de médicaments inutiles qui restent sur l'ordonnance depuis longtemps :

« Quand moi j'ai demandé un avis de gériatrie, j'ai assez peu eu le cas de diminution de traitements dans les révisions d'ordonnances, je ne pense pas que je sois un gros prescripteur en fait au niveau des médicaments en gériatrie. Sauf bah s'il va être hospitalisé et qu'effectivement, là c'est arrivé que des ordonnances soient très simplifiées, et moi je suis plutôt assez favorable à la simplification des ordonnances chez les gens âgés, en général, c'est plutôt des gens âgés chez qui j'avais du mal à arrêter des traitements parce que c'étaient de choses instaurées par d'autres, des vasodilatateurs cérébraux, des choses que moi je ne prescrivais jamais et il y a certains patients très réticents à arrêter des traitements et je les poursuis. Et l'hôpital est parfois un bon moment pour arrêter ces médicaments, parce que ça change tout, parce qu'on est en hospitalisation et qu'on est à plat, et donc je profite de ces cas pour réduire la prescription » (MG H-39).

Il faut noter que chez ce médecin la délégation de la gestion de l'ordonnance est pensée par le comme une activité qui ne relève pas véritablement de son domaine de compétence. Il y a une difficulté chez ce médecin généraliste à réaliser une simplification dans les ordonnances de ses patients âgés, notamment par crainte d'assumer les possibles effets du sevrage, par manque de formation pharmacologique pour repérer des effets indésirables et d'expérience dans le nettoyage. Mais, il y a aussi une conception fragmentée de l'activité de prise en charge médicamenteuse qui est intériorisée dans le raisonnement, selon laquelle il y aurait des professionnels qui introduisent des médicaments et des professionnels qui enlèvent des médicaments.

Voyons finalement le cas d'un médecin [femme] qui n'ose pas intervenir sur les ordonnances multiples par peur de commettre une faute, qui permet de voir les différentes difficultés du médecin généraliste pour réaliser une révision de l'ordonnance :

« C'est vrai qu'en ville quand on va voir le patient tous les 15 jours on a peut-être un petit peu moins envie de bouger les traitements antihypertenseurs ou de changer un truc parce qu'on se dit "ce sera ma faute" et voilà, alors que ça allait bien avant, mais voilà, accepter de relâcher, à quel moment on relâche, pourquoi on va le faire à ce moment-là et pas à un autre, sur quels médicaments on va jouer, c'est difficile » (MG rempl. F-32).

On retrouve dans l'explication du médecin sur sa difficulté à modifier l'ordonnance, outre la crainte d'assumer en ville les possibles effets du sevrage, cette idée que le cabinet de ville n'est pas le bon secteur pour effectuer le nettoyage de l'ordonnance. Nous identifions également les difficultés exprimées quant à la gestion des traitements chroniques en raison d'une méconnaissance de l'action des différents spécialistes. Enfin, ce médecin lie sa pratique à un manque de formation et d'expérience en pharmacologie permettant de juger l'intérêt des médicaments prescrits. Ces sont toutes ces incertitudes liées au travail médical, qui empêchent ce médecin d'intervenir, qui seront résolues ailleurs chez les collègues perçus comme ayant les savoirs nécessaires pour le faire et donc dans un autre secteur de la chaîne de soins.

Nous observons donc chez ces médecins une coopération verticale qui s'établit avec des spécialistes d'organe et d'autres spécialistes auxquels on accorde le rôle de « sachants ». Cette valorisation de leur expertise et de leurs savoirs s'explique en partie par un manque de compétences pour se confronter à leurs savoirs afin de mettre en question leurs pratiques. La délégation de la gestion de prescriptions et du nettoyage des ordonnances dénote ainsi un certain optimisme, une certaine confiance en la science qui les fait supposer que l'incertitude à laquelle ils sont confrontés pourra être résolue par d'autres acteurs plus compétents.

En somme, soucieux de résoudre les incertitudes du travail médical, les médecins très proches du modèle délégatif coopèrent avec des spécialistes d'organe, mais il leur est difficile de se confronter à leurs savoirs spécialisés ou de mettre en question leurs pratiques. Par ailleurs, lorsque le rôle de médecin « référent » est symboliquement délégué à un spécialiste d'organe, il y a une perte de confiance en leurs propres savoirs et en ce qu'il y a d'intuitif et d'humain dans la médecine générale et une perte de possibilité de faire des difficultés de la prise en charge des personnes âgées un domaine de compétence de la médecine générale.

2.2. Le pôle non-délégatif : une coopération au service d'un renforcement du métier généraliste

Les médecins qui ont tendance à prendre en main la gestion des ordonnances multiples des personnes âgées n'attribuent pas aux spécialistes une expertise supérieure dans la prise en charge des

patients. Ces médecins privilégient les réseaux de pairs, notamment avec des généralistes qui leur ressemblent et se mettent en relation avec un nombre limité de spécialistes qu'ils choisissent en fonction de leur type de pratique. Ils entendent orienter l'activité des spécialités qui les aident à prendre en charge leurs patients, raison pour laquelle ils attribuent aux spécialistes un rôle de « conseiller » ou d'informateur. À la différence des médecins qui se rapprochent du pôle délégatif, ils n'attribuent pas une expertise de nettoyage des ordonnances aux praticiens hospitaliers. Ces médecins ont une certitude sur les limites de la science qui leur permet d'assumer leurs propres connaissances et d'affirmer que, face à l'incertitude, d'autres professionnels ne seront pas mieux placés qu'eux pour gérer une ordonnance. Ces médecins vont affirmer déprescrire des médicaments, et dans un certain nombre de cas sans en informer le spécialiste qui les a instaurés. Cette pratique s'appuie fortement sur l'approche globale du patient, sur une évaluation de sa situation sociale et culturelle, et sur leurs propres savoirs généralistes. Deux éléments du rapport entretenu avec les spécialistes structurent particulièrement leur pratique de modification de prescriptions et de déprescription : un rapport distant et un choix très raisonné des correspondants y compris lorsque la présence de spécialistes et de généralistes dans leur territoire d'exercice est faible. Ces éléments sont particulièrement favorables à la prise en main de l'ensemble de l'ordonnance dans ce groupe de médecins.

Voyons par exemple le cas d'un médecin [femme], que nous nommerons « Dr Irène », qui s'appuie sur un réseau de correspondants spécialistes restreint, et exerçant notamment à l'hôpital. Pour cette praticienne, la construction du rapport avec les spécialistes se fait en fonction de la capacité de partage de l'information sur le patient et de la qualité de l'information fournie :

« Effectivement, il n'y a pas de gériatres directement, mais je sais que ça existe des réseaux comme Arc santé, je ne sais même pas le prononcer, tellement je ne l'ai pas utilisé, j'apprends encore des choses. Sinon, leur diabétologue ou leur médecin référent à l'hôpital, s'il y en a. S'il n'y en a pas, je les envoie vers des services [hospitaliers] et quand je vois qu'il n'a pas été suivi sur le plan ophtalmologique, cardiologique. J'ai une pneumologue référente, mais parce que j'ai eu des bons retours à la fois de la part de mes patients, à la fois ses conclusions, ses réponses écrites dans les courriers qu'elle m'envoie. J'ai un bon cardiologue qui marche aussi dans ce contexte-là, mais que je n'ai jamais rencontré, et je le connais à travers mes patients et à travers leurs lettres, à travers leurs liaisons donc cette communication écrite » (MG F-52).

Cette praticienne affirme modifier les prescriptions des spécialistes d'organes en faisant primer son propre choix de médicament sur celui prescrit par le spécialiste et supprimer des médicaments qu'elle juge inutiles ou dangereux :

« Concernant par exemple des anticoagulants nouveaux, j'ai changé moi-même sans informer le cardiologue ou le service qui l'a prescrit parce que je suis contre et j'estime qu'en tant que médecin traitant d'une personne qui ne maîtrise pas le français, qui peut avoir un problème urgent d'hémorragie et qui ne peut pas expliquer ce qu'elle prend j'estime que c'est beaucoup plus facile d'utiliser le Préviscan ou autre chose que le nouveau, que moi je ne maîtrise absolument pas... » (MG F-52).

Ce cas nous permet de montrer que les modifications de prescriptions se structurent à partir d'un rapport distant avec les spécialistes et s'appuient sur l'approche globale du patient, sur sa situation sociale et culturelle. Sa gestion des ordonnances s'adapte au contexte du patient et s'appuie sur sa conviction et ses propres savoirs sur le médicament. Par ailleurs, le placement des spécialistes à l'hôpital et l'absence de lien proche ou d'engagement personnel avec eux réduisent les possibilités de créer des tensions avec eux lors de la modification. Cette distance réduit également la tentation d'accepter des compromis, qui pourrait amener certains médecins à accepter les prescriptions des spécialistes pourtant jugées problématiques :

« Je pense que, cette dame-là par exemple, à laquelle j'ai arrêté le nouvel anticoagulant, bah il y a tellement peu de consultation en cardiologie par exemple, c'est une fois par an qu'ils ne se sont pas retournés vers moi pour me dire, mais qu'est-ce que vous avez fait ou pourquoi vous l'avez fait » (MG F-52).

Le placement des spécialistes à l'hôpital, l'absence de lien proche avec eux et la non-concurrence avec d'autres collègues dans son territoire sont également favorables à un nettoyage de l'ordonnance décidé de manière indépendante et sans crainte de perdre le patient. Ces éléments sont ainsi favorables au maintien du contrôle de l'ordonnance.

D'autres médecins qui se rapprochent du pôle non-déléгатif, et qui exercent dans un territoire de santé similaire, ont un choix également très méticuleux de leurs correspondants spécialistes (y compris dans un contexte caractérisé par la faiblesse de l'offre de soin). Voyons par exemple le cas d'un médecin, que nous nommons « Dr Antoine », qui se base sur un réseau de correspondants choisis principalement dans les différents services de l'hôpital. Ayant fait ses études à la Faculté de Bobigny, ce médecin connaît la plupart des médecins du secteur, parmi lesquels certains ont fait la faculté de médecine avec lui et sont devenus spécialistes. Or, son principal souci dans la ville de Bobigny est de trouver des correspondants à qui il peut faire confiance pour adresser ses patients. Ayant seulement deux cardiologues sur la ville de Bobigny, il évite d'adresser ses patients à une cardiologue de l'hôpital dont il désapprouve la démarche. Cependant, parfois ce sont ses patients qui pour des raisons personnelles souhaitent être pris en charge par cette spécialiste :

« Il y en a une à l'hôpital Avicennes surtout, avec laquelle il y avait une histoire avec une patiente, une dame âgée. En fait, elle voulait absolument lui faire une coronarographie, une dame de 81 ans et la dame a fini par saigner dans la tête donc c'est assez dramatique comme situation, et en fait c'est une jeune, et donc elle est assez dans les gestes invasifs, alors que la patiente bah... [...] C'est une jeune que moi je connais de la fac, et donc la famille lui fait beaucoup confiance, et donc c'est eux qui sont partis la voir » (MG H-40).

Même si le choix des correspondants est parfois réduit au réseau de l'hôpital, les médecins qui se rapprochent de ce modèle affirment choisir ceux à qui ils peuvent faire confiance pour adresser leurs patients.

Nous constatons que les médecins qui se rapprochent du modèle non-déléгатif, comme le Dr Antoine, privilégient le travail auprès des spécialistes qui adoptent une démarche de communication, de déprescription, qui leur laissent une large marge de manœuvre dans la prescription et auxquels ils attribuent un rôle de « conseiller » :

« Généralement on essaye d'envoyer les patients chez des gens avec qui on s'entend. Par exemple, je sais qu'il y a des cardiologues qui sont assez invasifs, on en a eu quelques-uns, une fois qu'on a eu l'expérience avec lui, on sait comment il travaille on va peut-être l'éviter. Je sais qu'il y en a d'autres qui sont plutôt dans une logique de déprescription et surtout de partage d'information, il y en a qui ne prescrivent pas eh ! Il y en a qui écrivent un courrier en disant j'ai vu votre patient, il a des palpitations je pense qu'il faut commencer par de Bisoprolol 1,25 et augmenter progressivement et si tu es d'accord, merci de lui faire l'ordonnance correspondante, et il t'envoie ça et après il te laisse gérer » (MG H-40).

La conception de ce rôle attribué ici aux spécialistes tranche avec celui qui les caractérisait dans le cadre des relations asymétriques décrites précédemment, dans lesquelles les spécialistes étaient considérés comme « sachants ». En privilégiant le travail avec des spécialistes qui conseillent et informent plutôt qu'avec ceux qui sont dans une démarche de prescription individuelle, ce médecin garde une certaine sécurité sur le contenu de l'ordonnance. L'adressage du patient ou la consultation de l'expertise des spécialistes ne se fait que pour améliorer le diagnostic ou pour l'arrêt d'un médicament dans les cas graves ou rares :

« Plus pour arrêter les traitements (sourire) que pour en instaurer, ça pourrait arriver sur des trucs assez litigieux je ne sais pas, des syndromes parkinsoniens, des déséquilibres de traitements en cardiologie ou en neurologie, etc. » (MG H-40).

Ces médecins essayent donc de s'appuyer sur les spécialistes de manière limitée. L'assignation du rôle de « conseillers » aux spécialistes, privilégiée par les médecins qui se rapprochent du pôle non-déléгатif est un moyen de guider, voire de contrôler, le processus de la prescription dans son ensemble. Un autre exemple est le cas du « Dr Louis », qui préfère s'entourer de spécialistes qui lui laissent une grande marge de manœuvre dans la prescription, et qui affirme ne pas avoir de mal à modifier leurs prescriptions :

« Quand j'étais à Gennevilliers, on avait eu des débats avec les deux cardiologues qui travaillaient avec moi et à la fin, par exemple elle disait "je pense que ce patient-là il a besoin d'une statine", et elle me laissait le choix de la statine. Avec les deux cardiologues, c'était moi qui choisissais le médicament, elles me disaient les recommandations de prise en charge de prescription, mais c'était moi qui choisissais à la fin ce qui était mieux de mon point de vue parce que du coup je donnais que de la Pravastatine qui a un peu moins d'effets secondaires que toutes les autres et donc qui sont les seules à avoir un bénéfice vrai sur la morbidité voire la mortalité pour la Simvastatine. Donc, voilà, je préfère bosser comme ça, ça me demande une espèce de temps d'éducation de spécialiste... j'ai des correspondants, surtout en cardiologie, qui voient bien que je modifie leur traitement à chaque fois que je vois le patient (rire). Ils ne sont pas très contents au début, mais après ils commencent à s'y habituer, quand ils voient par exemple que leur Perviscan je le transforme en Coumadine, bon » (MG H-32).

Ce médecin qui assigne le rôle de conseiller aux spécialistes explique même devoir aussi les « éduquer » : il a ainsi parfaitement conscience que son positionnement ne va pas de soi, que c'est à lui

de le construire. Changer progressivement les prescriptions des spécialistes qui ne prescrivent pas comme lui est une manière d'imposer son propre savoir à partir de sa pratique, en prescrivant seulement les médicaments pour lesquels il a des certitudes. Ce médecin affirme transformer la pratique des spécialistes afin de récupérer son domaine de compétence dans le processus de prescription médicamenteuse. Ce médecin a une confiance dans ses propres savoirs qui favorise la confrontation avec les savoirs spécialisés. Cette compétence pour se confronter aux savoirs d'autres professionnels semble être une caractéristique générale des médecins du pôle non-déléгатif et est en lien avec l'activité d'orientation des différents intervenants dans la prise en charge des patients que ces médecins s'attribuent.

L'analogie avec le discours de médecins généralistes membres de groupes organisés comme celui de la SFT est significative :

« C'est aux généralistes de dire et de savoir s'il va prescrire ou pas. Le spécialiste donne un conseil technique mais c'est nous qui devons décider si l'on veut prescrire ou pas » (Entretien auprès de Alain Siary, membre de la SFTG-recherche, Princesps, mai 2017).

En plus de promouvoir les savoirs généralistes, défendre la prise en charge des personnes âgées comme domaine de compétence de la médecine générale implique aussi de limiter le domaine de compétences des médecins spécialistes dans la pratique. Cette limitation du champ de compétences des spécialistes permet de maîtriser l'ensemble des prescriptions de médicaments. Une ordonnance multiple, construite par plusieurs professionnels, empêche le généraliste de comprendre les effets du médicament sur la personne, notamment lorsque ceux-ci ne sont pas des molécules courantes dans sa pratique. En revanche, avoir le choix du médicament offre une opportunité de mieux maîtriser et de mieux gérer le rapport du patient aux médicaments, ce qui est finalement nécessaire pour saisir la personne dans sa globalité. Les médecins se rapprochant du pôle non-déléгатif orientent ainsi la pratique des spécialistes au profit d'une médecine plus globale de la personne.

- *Remise en question de prescriptions et confrontation aux savoirs spécialisés*

Les médecins qui assument leurs propres savoirs généralistes n'ont pas de mal à se confronter aux spécialistes ou à changer leurs prescriptions par crainte d'argumenter contre eux. Par exemple, lorsque l'on a demandé au Dr Louis si les modifications qu'il effectue créent de tensions avec les spécialistes il a répondu :

« Ça peut arriver oui, mais tant pis je me dis, je préfère changer de spécialiste pour mon patient que pas faire ce que j'estime devoir faire pour le patient parce que, les spécialistes par rapport à ma pratique à moi, après j'ai peut-être une pratique particulière comme généraliste, mais les spécialistes sont beaucoup dans la surprescription souvent dans des médicaments tous récents, etc. ; et qu'ils imaginent qu'ils ont plus d'efficacité. Nous, entre généralistes ou en tout cas surtout moi qui suis la jeune génération qui essaye de se former au maximum, on essaye de ne prescrire que les molécules pour lesquelles on a le plus de recul pour justement éviter les effets secondaires » (MG H-32).

Ce médecin, conscient de son environnement et de l'existence de rapports de force avec les spécialistes essaye d'imposer sa propre démarche de prescription. Nous retrouvons ici une vision réfléchie sur son rapport aux autres professionnels, qui manifeste une conception de la médecine générale comme étant dans une position d'insubordination par rapport aux autres segments de la médecine. Comme le Dr Antoine, le Dr Louis fait une sélection de spécialistes avec lesquels il partage la même conception de la prescription et le même « rapport au médicament » (nous y reviendrons) et ne craint pas les rapports de force avec les spécialistes. On observe ainsi une différence forte de positionnement par rapport aux médecins qui se rapprochent du pôle déléгатif.

Cette attitude assumée de confrontation aux médecins spécialistes fait écho à la campagne d'opposition aux traitements anti-Alzheimer menée en France par le Dr Philippe Nicot (Dalgalarondo et Hauray, 2020). Ce médecin généraliste en milieu défavorisé et âgé dans la banlieue de Limoges publie en 2010 dans la revue *Médecine* un éditorial intitulé « Anticholinestérasiques : le généraliste peut-il dire non ? »²⁸⁵, qui revendique le droit de remettre en cause les prescriptions réalisées par des spécialistes de ces médicaments symptomatiques à l'efficacité très limitée et contestée. En 2007, la Commission de la Transparence de la HAS avait souligné leur rapport efficacité/effet modeste, mais avait conclu à un SMR important de ces médicaments en mettant en avant le rôle dit « structurant » de ces médicaments dans la prise en charge globale de la maladie. Ce médecin qui défend le « pouvoir » du généraliste de dire « non » affirme que le médecin généraliste en tant que « *pilote de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du patient et de sa famille* » a lui un rôle structurant à utiliser.

Il faut mettre en exergue aussi que les médecins qui se rapprochent du modèle non-déléгатif sont davantage impliqués dans des réseaux de généralistes. A la différence de médecins ayant une pratique déléгатive, qui coopèrent facilement avec différents spécialistes, ces médecins coopèrent entre eux et notamment avec des médecins généralistes qui leur ressemblent. Par exemple, le Dr Louis évite de travailler avec des médecins influencés par l'industrie pharmaceutique et privilégie les réunions de pairs où les généralistes partagent un socle d'information plutôt homogène et en accord avec son positionnement politique :

« Dans le milieu des généralistes que je côtoie les spécialistes sont plus enclin aux recommandations de l'industrie pharmaceutique. En tout cas les généralistes que je fréquente que ce soit à la fac ou dans les différents groupes de pairs, ce sont des généralistes qui sont assez, sur la même revue que moi, à Prescrire et ils n'ont pas de connivence avec les laboratoires pharmaceutiques quoi » (MG H-32).

²⁸⁵ Voir : Philippe Nicot (2010), « Anticholinestérasiques : le généraliste peut-il dire non ? », *Médecine*, octobre 2010 pp. 344-346

Nous observons dans le discours de ces médecins une forte coopération avec d'autres généralistes et une forte attention à la sélection des professionnels avec qui ils vont travailler. Lorsqu'ils n'ont pas la capacité de choisir un spécialiste, ils auront tendance à essayer lui faire accepter leur point de vue, défini à partir de leur pratique, à l'« éduquer » en lui manifestant leur désaccord, notamment par le biais de la modification de ses prescriptions. Nous observons donc chez eux une motivation à enrichir l'intérêt de leur métier et à faire renforcer leurs connaissances de généralistes, cela notamment en échangeant avec des pairs sur les cas cliniques vus en consultation ou sur des problèmes de santé qui les interrogent ou en lisant la revue *Prescrire*. Il faut en effet noter que la revue *Prescrire* permet aux médecins du pôle non-déléгатif de « se classer » par rapport à d'autres professionnels (Castel et Dalgalarondo, 2005), et de constituer des réseaux informels de médecins ayant des pratiques similaires. Ce type de coopération intragroupe semble être un avantage au moment de se confronter à la pratique des spécialistes et à leurs savoirs spécialisés.

Il faut enfin noter que ces médecins font du nettoyage des ordonnances un domaine de compétences qui leur est propre, et de ce fait une étape systématique de la prise en charge des personnes âgées. Ces médecins affirment déprescrire eux-mêmes et n'attribuent pas une expertise particulière aux praticiens hospitaliers dans ce domaine :

« Généralement les révisions sont très minimales à l'hôpital, contrairement à ce qu'on pense ce n'est pas franchement le grand nettoyage, parce que, souvent, moi j'étais interne donc [je connais] et c'est souvent les internes qui remettent le traitement. Quand le patient arrive à l'hôpital il y a ce qui s'appelle une conciliation thérapeutique ils essayent de remettre le traitement, quand ils sortent, ils sortent avec une ordonnance de sortie valable 1 mois, etc., et généralement le seul médicament le plus souvent qu'ils touchent, ce sont les médicaments qui ont eu des effets iatrogènes qui ont fait que le patient soit rentré. En tout cas c'est ça ah, j'ai le cas de l'autre fois d'une dame qui faisait des malaises hypo-tensionnelles ou orthostatiques et ils ont arrêté le médicament de la tension, mais par exemple elle avait des médicaments du cholestérol qui ne servait à rien. Et ils n'ont pas fait grande chose » (MG H-40).

Les médecins qui se rapprochent du pôle non-déléгатif construisent leur rapport aux spécialistes de manière à maintenir le contrôle sur l'ensemble du processus de prescription. De plus, ces médecins assument leurs propres savoirs généralistes à partir de la connaissance du patient et du contrôle maintenu sur leurs prescriptions médicamenteuses. La gestion de l'incertitude sur la prescription des médicaments à l'attention des personnes âgées est ainsi une opportunité pour eux de mettre en œuvre une médecine plus humaine, du temps long et d'intervention unifiée.

3. Le « rapport au médicament » : sous-estimer les effets indésirables *versus* agir en raison des effets indésirables

3.1. *Le pôle délégatif : un soutien de l'innovation pharmaceutique*

Nous observons que les médecins qui se rapprochent du modèle délégatif s'informent en utilisant différentes ressources, y compris les plus critiques, et font des formations spécifiques pour déprescrire. Cependant, dans la pratique ces médecins semblent peu disposés à mettre en œuvre ces savoirs « critiques » de l'usage des médicaments en réalisant des deprescriptions. Ils maintiennent l'idée que les incertitudes auxquelles ils font face dans la prescription peuvent être résolues par la science ou dans d'autres étapes de la chaîne de soins. Comme nous l'avons constaté, ces sont les spécialistes d'organe et les praticiens hospitaliers de manière générale qui font pour eux office de « sachants ». Ils manifestent par ailleurs un soutien fort à « l'innovation pharmaceutique » et remettent peu en cause la place de l'industrie ou le rôle qu'elle joue dans l'information sur les médicaments. Cette position est cohérente avec le type de médecine générale que ce groupe pratique : plus technique et orientée par l'activité d'autres intervenants dans la prise en charge de ses patients.

Malgré une difficulté à assumer leurs savoirs face aux spécialistes, les médecins qui se rapprochent du pôle délégatif ont pourtant des convictions sur la nature « inutile » d'un médicament ou sur des prescriptions « injustifiées », mais celles-ci sont rapidement ébranlées dans la confrontation avec le cas particulier du patient et face à l'expertise des spécialistes qui ont prescrit ces médicaments. Confrontés quotidiennement à l'accumulation de médicaments dans les ordonnances, ces médecins ont tendance à accepter le risque des interactions encouru par les patients plutôt qu'à le remettre en cause en intervenant sur l'ordonnance. Les difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des personnes âgées, que ce soit la vieillesse ou les incertitudes sur les effets du médicament les empêche d'imposer et de mettre en pratique leur indépendance prescriptive. Certains médecins que nous prendrons en exemple affirment avoir fait des formations sur la déprescription, mais avoir des difficultés à la mettre en œuvre.

À la différence de ce que l'on pourrait supposer concernant les manières de s'informer, c'est-à-dire une différence forte entre les deux pôles étudiés, la grande majorité des médecins affirment lire la revue *Prescrire*, revue critique des stratégies commerciales mises en place par l'industrie pharmaceutique et de leur impact sur l'usage des médicaments. Or, comme nous le verrons, les médecins identifiés dans les deux pôles étudiés ne font pas le même usage de cette revue. Les médecins qui se rapprochent du pôle délégatif affirment la lire, mais concevoir cette information comme un

obstacle pour la prescription de médicaments. Ils ont ainsi du mal à assumer leurs savoirs et à les incorporer dans leur pratique.

Il faut noter qu'une grande majorité de nos enquêtés appartient à une jeune génération de médecins et leurs savoirs sur les médicaments sont donc surtout issus de ce qu'ils ont appris à la Faculté. Ils ont donc des savoirs scolaires sur la pharmacologie et sur la prescription qui s'avèrent difficiles à mobiliser dans la gestion de l'ordonnance. Ouverts à tout type de source d'information sur les médicaments, les médecins qui se rapprochent de ce pôle vont avoir moins tendance à incorporer la critique sur les médicaments et sur les données de la science afin d'élaborer leurs logiques d'actions. Voyons par exemple le cas d'un médecin [femme] qui ne reçoit pas de visiteurs médicaux, qui lit la revue *Prescrire* de temps en temps sans être abonnée et qui se maintient informée des recommandations de la HAS pour des cas particuliers :

« Effectivement Prescrire ils ont un problème c'est qu'il y a aucun médicament qui est bon, donc au bout d'un moment tu fais bon bah c'est, effectivement, mais bon, comment on fait nous ? Et puis c'est aussi assez illisible... c'est horrible à lire. C'est difficile à lire et ça prend du temps. C'est assez critique aussi donc du coup c'est critiquable aussi. Donc oui tu peux lire l'article, bon l'étude qu'ils ont cité que ce n'était pas très pertinent, bla bla bla. C'est intéressant, mais ça reste une seule source d'information donc il ne faut pas se baser que là-dessus... Ils font par contre des téléchargements en ligne sans être abonnés, ça j'aime bien, tous les ans tu as une sorte de revue des principaux médicaments des effets indésirables, etc., c'est assez pratique pour les cas de médecine générale » (MG rempl. F-32).

Ce cas montre que la revue *Prescrire* représente pour elle une critique des données des sciences, mais celle-ci ne lui sert pas à établir des convictions par rapport aux médicaments ou à établir des repères concrets pour sa pratique. Cette ressource la déstabilise et crée de la confusion par rapport à d'autres savoirs acquis. Il faut noter que l'une de ses principales critiques par rapport à cette information est la difficulté éprouvée à pouvoir la mobiliser rapidement dans sa pratique.

De plus, si les médecins qui se rapprochent du pôle délégatif ont tendance à affirmer être abonnés, ou lire de temps en temps la revue *Prescrire*, ils soulignent aussi que les informations reçues par l'industrie pharmaceutique font partie de leurs moyens de s'informer comme le sous-entend la citation là-dessous :

« Alors, je ne me fie pas forcément aux trucs qu'on reçoit des labos, mais je suis abonnée à Prescrire » (MG F-32).

Certains médecins, qui mentionnent pourtant parmi leurs moyens d'information des revues médicales françaises spécifiques à la pratique en médecine générale, ont également du mal à affirmer leurs propres certitudes sur les médicaments et à résoudre les problèmes liés à la prescription de manière plus pragmatique :

« Bah les journaux des généralistes en fait, je ne lis pas de littérature anglaise tout ça, et puis l'expérience, les comptes rendus des spécialistes beaucoup aussi. Des visiteurs je ne reçois plus tellement... je ne reçois

plus. Et aussi, quand on a besoin de chercher quelque chose on cherche et souvent on se maintient aussi comme ça » (MG F-56).

Nous observons que ces médecins s'informent finalement en accordant quasiment la même valeur à toutes les ressources reçues. La plupart des médecins qui se rapprochent du pôle délégatif privilégient des informations sur le médicament prêtes à utiliser dans leur pratique courante. Ils ne se constituent pas un corpus propre de savoirs précis sur la prescription de médicaments car ils ne visent pas à faire de ces savoirs un fondement de leur pratique de médecine générale. Voyons par exemple le cas d'un médecin [femme] qui explique réduire les incertitudes sur la prescription à partir de fiches pratiques et des recherches fortuites sur internet :

« À la HAS, ils font des fiches qui sont hyper bien faites pour nous, qui sont faciles, d'usage quotidien et, je n'hésite pas en fait, moi quand j'ai des doutes aussi sur les prescriptions à faire des recherches sur internet, mais alors, je n'ai pas de site favori, mais j'utilise souvent pathologie et thème en fait qui me permet de retomber sur n'importe quel site, mais de retomber sur des recommandations, des cours de professeurs... » (MG rempl. F-30).

Cette manière de s'informer sur les médicaments en privilégiant des sources faciles à lire et à utiliser est cohérente avec le rôle que les médecins du pôle délégatif s'assignent, qui est celui de faciliter la résolution d'incertitudes. Ils utilisent donc des sources qu'ils estiment correspondre à leur niveau de résolution de l'incertitude, dans le périmètre limité du cabinet de ville. Ces médecins vont ainsi être plus soucieux de la réussite de la prise en charge, dans laquelle leur responsabilité est par nature circonscrite, que des considérations théoriques ou d'un travail critique sur les informations objectives sur le médicament disponibles (considérées comme relevant du domaine de compétence des pharmacologues ou d'autres spécialistes travaillant à l'hôpital).

On peut également réaffirmer que les médecins de ce groupe ne considèrent pas les incertitudes sur le médicament comme étant des incertitudes structurelles, produites par la nature même des informations reçues sur le médicament et par la multiplication des prescriptions. Ils sont donc dans la recherche d'un moyen de les résoudre, même si c'est par le biais d'un transfert vers des spécialistes d'organe ou vers des praticiens hospitaliers.

- Une acceptation du risque médicamenteux

Nous observons chez les médecins qui se rapprochent du pôle délégatif une grande crainte des effets indésirables qui semble les empêcher d'agir et paradoxalement, en même temps, une sous-estimation des risques liés aux médicaments. Ils soulignent la difficulté à réaliser une surveillance des ordonnances qui leur permet d'arrêter les médicaments qui n'ont plus d'intérêt thérapeutique pour le patient. Ils s'abstiennent de déprescrire alors qu'ils voient dans les ordonnances des « placebos » ou des médicaments jugés « dangereux ». Ce paradoxe semble relever d'une crainte aux effets pouvant survenir lors du sevrage. Les motifs donnés par les médecins pour expliquer le renoncement à

déprescrire sont multiples et vont de la peur de commettre une faute, chez les médecins qui n'ont jamais essayé de le faire, jusqu'aux mauvaises expériences de sevrage pour les médecins plus expérimentés. Ainsi, même le médecin qui a osé autrefois une pratique de déprescription indépendante peut devenir déléгатif suite à une mauvaise expérience de sevrage chez un patient :

« Il m'est arrivé il y a quelques années de vouloir supprimer un médicament. Je m'étais dit, il faut limiter tous les médicaments inutiles, il faut les enlever. Alors, à l'époque, on prescrivait de l'Hydergine²⁸⁶, il n'a pas d'intérêt donc je l'ai supprimé l'Hydergine, et la brave dame a fait un accident vasculaire dans les jours qui ont suivi l'arrêt du médicament, alors que le médicament n'avait aucun intérêt eh, et j'ai eu quand même de la part de la famille du patient, une certaine critique quand même » (MG H-62).

Cette attitude de résignation à déprescrire par crainte des effets liés au sevrage semble paradoxale dans le sens où les médicaments prescrits pour combattre les maladies mortelles peuvent également provoquer la mort du patient (Hardy, 2012). La déprescription semble représenter une pratique dans laquelle le médecin ne se sent pas légitime. Ainsi, l'incertitude de ce qui pourrait se passer à la suite de son action est le principal élément qui explique sa pratique déléгатive de gestion d'ordonnances.

Si ce qui empêche de réaliser une déprescription est l'existence d'incertitudes, notamment la possibilité de survenue d'effets indésirables liés au sevrage, dans le raisonnement de ces médecins les risques de déprescrire pèsent plus que les bénéfices que l'arrêt du médicament pourrait apporter :

« Moi par exemple je viens de faire un cours sur la déprescription chez les personnes âgées. En effet c'est difficile de déprescrire chez la personne âgée, bah parce que souvent leurs traitements, ils les ont depuis longtemps, eux ils ont des freins à que nous on les enlève, nous-même on a des freins à les enlever, parce qu'il y a peu d'études qui vérifient ce qui se passe quand on les enlève et donc on ne sait pas très bien ce qu'on fait [...] si j'ai une ordonnance où il y a beaucoup de traitements, tant que ça va, je n'ai pas très envie d'aller bouger les choses, je me dis que les gens sont dans une vitesse de croisière même si je sais bien que dès qu'on va rajouter un nouveau traitement on ne sait plus ce qu'on fait en fait » (MG H-39).

Le discours de ce médecin montre bien que pour lui le nombre de médicaments pour les personnes âgées n'est pas un problème. La question des interactions médicamenteuses est absente dans son discours. L'accumulation de médicaments est toujours présente et contraint la pratique quotidienne de prescription du médecin. Mais, déprescrire est un métier en soi que les médecins peinent à l'appréhender. Il faut noter que ce médecin a acquis des connaissances sur les incertitudes de la prescription pour les personnes âgées au cours d'une formation sur la déprescription, mais il ne les utilise pas pour en faire autre chose, par exemple privilégier l'effet bénéfique du sevrage. Connaître les limites des sciences devient finalement une contrainte pour effectuer une déprescription ou une révision de l'ordonnance.

²⁸⁶ Vasodilatateur indiqué dans le traitement des troubles du comportement et de la mémoire liés au vieillissement : 23/01/2014 : ce médicament est en arrêt de commercialisation.

Chez les médecins qui se rapprochent du pôle délégatif, l'accumulation de médicaments dans les ordonnances des personnes âgées n'est pas une priorité de la prise en charge. Face à l'accumulation, ces médecins reportent consciemment la gestion des prescriptions à plus tard et se justifient en affirmant qu'ils vont gérer leur prise en charge ponctuelle d'abord :

« Nous médecins on a nos responsabilités sur le patient, surtout en ville on est vraiment dans une collaboration et parfois bah on se dit dans la tête bah je garde en tête que ce médicament-là il faudra que je l'arrête parce que le patient n'est pas prêt. Donc, temporellement on est dans une sur-médicalisation mais consciente j'ai envie de dire (rire) et un peu volontaire dans le sens où voilà, on sait qu'on ne peut pas tout changer d'un coup chez un patient, et que si on veut que les choses tiennent, qu'ils suivent l'ordonnance, voilà que les choses soient bien faites, il faut y aller par étapes » (MG rempl. F-32).

Nous pouvons affirmer que la gestion de l'ordonnance est reportée par les médecins généralistes parce qu'ils se positionnent dans le suivi technique et à chaque fois ponctuel, dans ce rôle par défaut où ils s'estiment légitimes, et aussi notamment parce que la prise en charge du patient est toujours pensée comme une collaboration avec d'autres acteurs professionnels. Les incertitudes liées à l'accumulation peuvent donc être gérées ailleurs.

Proroger le nettoyage des ordonnances est une manière d'accepter le risque du médicament. Il y a dans l'action de ces médecins une acceptation des effets indésirables liés à l'accumulation qui s'appuie sur la responsabilité partagée avec les spécialistes :

« Moi, je n'hésite pas à discuter avec des confrères, quand je sens que je ne suis pas trop sûr de mon truc, surtout que souvent on est dans des traitements chroniques, on n'est jamais dans l'urgence eh, on peut renouveler 15 jours et puis se donner 15 jours pour trouver la solution. Sinon, je n'ai pas vraiment des stratégies autres » (MG rempl. F-30).

L'accumulation génère la crainte des effets indésirables et les généralistes qui se rapprochent du pôle délégatif ne se donnent pas les moyens de gérer seuls cette incertitude, car ils sont, *in fine*, prisonniers des actions isolées des spécialistes. De là, une inertie de l'action, c'est-à-dire, un suivi de la pratique des spécialistes qui génère un maintien de l'accumulation. Comme nous l'avons vu plus haut chez ces médecins, dans les actions d'introduction d'un médicament et de renouvellement d'ordonnance pour traiter des maladies chroniques il y a aussi cette acceptation des effets liés à l'accumulation qui repose sur le partage de responsabilité avec les spécialistes. Mais confronté à une ordonnance construite par une multiplicité d'acteurs, le généraliste est mis dans une position complexe qui implique de devoir assumer seul le choix de l'arrêt. Dans le cas du pôle délégatif, la crainte des effets liés au sevrage apparaît ainsi comme étant plus forte que la crainte des effets d'interaction entre des médicaments multiples prescrits par d'autres médecins identifiés comme plus légitimes et responsables de la prescription. Le problème des effets indésirables liés à la combinaison des produits est ainsi minoré.

3.2. *Le pôle non-déléгатif : une critique de l'innovation pharmaceutique*

Nous identifions chez les médecins qui se rapprochent du pôle non-déléгатif de gestion des ordonnances, une position critique du rôle et de la place de l'industrie pharmaceutique en médecine. Ils ont de ce fait une attitude prudente par rapport aux risques liés aux médicaments. Ces médecins reconnaissent l'existence de rapports de force avec les spécialistes et l'influence d'acteurs extérieurs au champ de la santé dans la prescription, ils vont faire des efforts pour s'informer et pour organiser leur travail en tenant compte de l'existence de ces jeux d'acteurs. Comme nous l'avons souligné plus haut, ces médecins généralistes conçoivent de manière générale les spécialistes d'organe comme influencés par les laboratoires pharmaceutiques et donc comme de potentiels prescripteurs de nouveautés inutiles et dangereuses pour les patients. C'est la raison pour laquelle ils sélectionnent leurs correspondants spécialistes et orientent leurs pratiques.

De plus, à la différence des médecins qui se rapprochent du modèle déléгатif, ces médecins embrassent les incertitudes afin de faire face aux difficultés de la prise en charge des personnes âgées. Ils soutiennent une posture d'opposition sur certains médicaments qui s'appuie sur l'utilisation d'une information objective sur le médicament qui est mise à l'écart des stratégies de l'industrie pharmaceutique : ils affirment dire « non, ce médicament je ne prescris pas » ou « ce médicament je déprescriis systématiquement ». De manière générale, les médecins de ce groupe rejettent catégoriquement les stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques. Pour certains médecins qui se rapprochent de ce pôle, la revue *Prescrire* leur permet d'avoir des convictions soutenant leurs logiques d'actions. Cette revue leur permet de faire face aux incertitudes pharmacologiques pour affirmer le désaccord. Leurs pratiques de gestion d'ordonnances sont ainsi particulièrement structurées par l'intégration d'une critique sur l'innovation pharmaceutique et leurs convictions sur un certain nombre de médicaments. Ainsi, ils mettent en œuvre une méthode réfléchie de gestion des ordonnances en connaissant bien la nature des médicaments sur lesquels ils agissent. La critique du rôle et de la place de l'industrie pharmaceutique en médecine, qui oriente leurs manières de se former et de s'informer, est donc l'un des facteurs importants pour expliquer la façon dont ce groupe s'approprie les difficultés de la prise en charge des personnes âgées.

- *Sélection des sources d'information et utilisation privilégiée d'information indépendante de l'industrie pharmaceutique*

Il existe chez les médecins qui se rapprochent du pôle non-déléгатif de gestion des ordonnances un positionnement critique vis-à-vis des stratégies commerciales de l'industrie pharmaceutique.

Prenons par exemple le cas du « Dr Antoine », qui refuse de recevoir les visiteurs médicaux, qui affirme également lire la revue *Prescrire*, qui essaye de rester informé sur les recommandations de la HAS qu'il consulte sur son site une fois par trimestre et qui se forme régulièrement. Ce médecin maintient un positionnement critique dans sa pratique courante et dans sa manière de s'informer :

« Maintenant sur internet on peut tout lire, mais je suis abonné à 4, 5 revues, la presse médicale de médecine exercée, Prescrire, et la Revue du Praticien, mais ça m'arrive aussi de lire d'autres choses alors. Après on fait des réunions avec les confrères, il y a des formations au Conseil de l'ordre et par des associations de médecins qui se font 1 ou 2 soirs par semaine, en fonction de la fatigue on essaye d'y aller de temps en temps pour assister à une ou deux de ces formations, mais après c'est difficile de se tenir à jour de tout, il y a de sujets qui nous intéressent plus que d'autres, donc on voit le sujet, quand ça nous intéresse on y va et.... Quand c'est pour parler encore d'un nouvel antihypertenseur qui vient de sortir on l'évite (sourire) » (MG H-40).

Une sélection de sources d'information et un choix méticuleux de programmes de formation médicale lui permettent selon lui de contrer les stratégies des firmes pharmaceutiques en ce qui concerne la prescription des nouveautés. C'est également le cas du Dr Louis, qui s'appuie aussi sur la revue *Prescrire*, qui rejette les visiteurs médicaux et qui reçoit les délégués de l'Assurance maladie.

Il faut savoir que ces médecins ne placent pas leurs pratiques dans une logique de « réduction » des médicaments puisqu'ils ne réfléchissent pas dans les termes de « nombre » de médicaments pour les personnes âgées, mais bien dans une logique de qualité de la prescription, réfléchie à partir des pathologies et des problèmes soulevés par les patients et de la nature de médicaments qu'ils prescrivent. Il s'agit donc de regarder l'ordonnance et de se demander si le bon médicament est prescrit pour telle pathologie ou au contraire s'il n'y a pas le bon médicament pour telle pathologie. Mais, il s'agit aussi de la nature des médicaments disponibles sur le marché. Cette question est particulièrement mise en avant par le Dr Louis, qui questionne la consigne des autorités publiques en ce qui concerne la « réduction du nombre des prescriptions » :

« La iatrogénie est avant tout dans le choix des médicaments qu'on fait. Il y a une vraie schizophrénie ici, les pouvoirs publics mettent sur le marché des médicaments dont le bénéfice est relativement faible, tous les ASMR, etc. sont maintenant quasiment nuls ou très faibles à chaque fois avec plus d'effets secondaires, à un moment il faut arrêter de blâmer les prescripteurs quand on met sur le marché des médicaments qui ne servent à rien et sur lesquels après, derrière il y a toute l'industrie pharmaceutique qui pousse pour qu'on le prescrive ; alors je sais très bien que c'est contradictoire avec le fait de la responsabilité de la prescription, mais... c'est vrai qu'on a sur le marché des dizaines et des dizaines de milliers des médicaments qui ne servent strictement à rien qui sont juste des copies des autres avec plus d'effets secondaires, etc. donc si déjà on était capable d'avoir une maîtrise de la iatrogénie, médicament par médicament, on aurait un peu plus de maîtrise au niveau d'une ordonnance totale » (MG H-32).

Nous identifions chez ce médecin une posture sur l'évaluation du médicament se rapprochant de « la pensée de l'homme sain », qui souhaite une protection de la part des autorités publiques contre les médicaments dangereux (Hauray, 2006 : 291). Nous observons ainsi une critique de l'innovation pharmaceutique et une claire mise en question de la place de l'industrie pharmaceutique en médecine.

L'élaboration d'une information fiable et objective sur le médicament, indépendante d'intérêts des firmes dans le développement de ventes de médicaments, et le manque de formation médicale sur le médicament et sur la prescription à la faculté étaient au centre de l'idée initiale des fondateurs de la revue *Prescrire* à la fin des années 1970. Pour l'un des responsables de cette revue, le paysage actuel de la médecine en ce qui concerne l'information sur le médicament est encore dominé par les intérêts commerciaux des firmes pharmaceutiques :

« De nos jours, les choses ont un peu changé, il y a une information officielle qui vient des Agences du médicament ou la HAS principalement via la Commission de la Transparence, qui est beaucoup plus développée qu'il y a 30 ans, qui reste néanmoins très partielle, très centrée sur tel ou tel médicament, et pas beaucoup sur tel ou tel problème de santé. La place des firmes, dans l'information sur le médicament est encore énorme, très disproportionnée, et donc, il y a toujours beaucoup d'abonnées à Prescrire parce qu'il y a toujours ce besoin d'information indépendante des firmes, indépendante des Autorités de santé. La presse médicale et pharmaceutique a aussi beaucoup évolué parce qu'il y a beaucoup moins de publicité en volume absolu, puis que les firmes dépensent manifestement moins dans la publicité papier et plus dans d'autres formes de promotion. La place des firmes est encore énorme, parce que par la publicité elle finance, encore, une bonne partie de la plupart des titres, une grande part des séances de formation continue, l'essentiel de la recherche clinique sur le médicament, et elle finance plus ou moins directement la majeure partie du budget de fonctionnement de l'Agence du médicament via des redevances qu'elle verse pour qu'on étudie leur demande d'AMM. Donc elle joue encore un rôle énorme et très disproportionné du point de vue de ressources humaines et économiques du secteur » (Entretien auprès de Bruno Toussaint, directeur éditorial de la revue Prescrire, novembre 2016).

La prise de conscience de la place dominante de l'industrie pharmaceutique et de ses stratégies commerciales dans la pratique des médecins explique pourquoi les médecins se rapprochant du pôle non-déléгатif expriment un intérêt à maintenir un contrôle sur les ordonnances de leurs patients. Les choix de médicaments qu'ils font, parmi la panoplie de traitements à laquelle l'ensemble de médecins se voit exposé, les médicaments qu'ils prescrivent, mais aussi les médicaments qu'ils déprescrivent relèvent d'une posture réfléchie. Ces médecins essayent de se maintenir à l'écart des fausses nouveautés thérapeutiques et de l'influence de l'industrie dans leur décision de prescrire. La formation et la sélection de sources d'information sur les médicaments, d'où ils obtiennent des connaissances sur l'utilité et l'inutilité thérapeutique des médicaments, sont essentielles à la gestion d'ordonnance et à leur capacité à s'opposer à la prescription ou au renouvellement d'un certain nombre de médicaments²⁸⁷.

²⁸⁷ Cette posture d'opposition, aussi bien aux fausses innovations thérapeutiques qu'aux influences de l'industrie pharmaceutique dans la décision du médecin est comparable à celle qui a impulsé en 2004 un médecin généraliste, le Dr Philippe Foucras à publier « l'appel du Formindep » pour demander aux médecins des Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue à déclarer publiquement les conflits d'intérêts, créant ainsi une association pour une formation et une information médicale indépendante. Sur la thématique Conflits d'intérêts dans le secteur du médicament voir : Hauray (2018). Pour approfondir sur les motifs du Dr Fourcras, voir l'entretien « Conflits d'intérêts : Philippe Foucras président du Formindep, répond à nos questions », Pratiques, Cahiers de la médecine utopique, publié sur le site pratiques.fr, le mardi 22 juin 2010.

La comparaison des positionnement politique sur le médicament entre les médecins appartenant à des groupes militants organisés avec le groupe de médecins non-déléгатifs de notre enquête est possible. Or, ces médecins maîtrisent niveaux de connaissances différents. Par exemple, les collaborateurs de *Prescrire* ou de la SFTG maîtrisent la lecture critique d'articles scientifiques. Celle-ci relève d'un travail complexe d'interprétation et elle ne fait pas partie de la formation initiale des médecins généralistes. Il s'agit de vérifier si la façon dont les articles scientifiques sont écrits et si les études cliniques sur lesquels se base sont recevables. L'examen de la littérature médicale et des données des sciences comme le fait la revue *Prescrire*, demande de l'investissement et un travail rigoureux qui peut être couteux. Il est possible d'affirmer que du fait de la complexité de ce travail et du temps demandé pour le faire, ce n'est pas la plus large majorité de professionnels qui s'engage dans cette démarche : « *J'ai fait un diplôme universitaire sur la littérature critique des essais cliniques parce que ça permet d'analyser la littérature médicale et il faut une formation spéciale parce que c'est compliqué (...) Enfin, ça nécessite du travail en amont pour analyser la littérature médicale et la pratique de médecine* » (Alain Siary, SFTG/Princeps). Les médecins généralistes qui s'engagent dans cette démarche d'analyse critique de la littérature médicale semblent ainsi être plus enclins à revendiquer une expertise dans les traitements médicamenteux : « *Donc des fois, ce qui permet de prendre la décision d'arrêter un traitement c'est, comme je suis formateur, j'ai une expertise dans le traitement, je suis plus à l'aise pour arrêter un traitement qu'un collègue qui n'a pas cette expertise, ça c'est clair* » (Alain Siary, SFTG/Princeps). La formation régulière et la lecture critique donnent aux médecins la possibilité de réaliser un travail sur soi, sur la façon d'être médecin en termes de pratique et sur le travail des autres. Elle permet de changer de comportement en revenant sur ses pratiques antérieures, de changer les prescriptions d'autres professionnels et finalement d'avoir un rapport réflexif à l'ordonnance.

- Réduction des risques liés aux médicaments

Les médecins qui se rapprochent du pôle non-déléгатif acceptent et, comme nous l'avons souligné, embrassent les incertitudes puisqu'ils se forment et acquièrent des connaissances pharmacologiques indépendantes et sont en mesure de réfléchir aux données de la science à partir d'une posture critique. Nous pouvons avancer que ces médecins se caractérisent par un « principe d'acceptation probable des effets indésirables médicamenteux », par une « faculté d'intégration du doute à leurs pratiques » (Hardy et al., 2018 :107). Ces médecins affirment déprescrire eux-mêmes plutôt que de se fier à l'expertise des spécialistes ou des praticiens hospitaliers. Pour ce faire, ils vont s'appuyer sur des stratégies qui tirent parti de tout le potentiel de la médecine générale, dans ce qu'elle a d'intuitif en rapport à la connaissance du patient et de son environnement. Voyons par exemple le cas du « Dr Antoine » qui privilégie la diminution de médicaments pour les personnes âgées, mais qui ne se fie pas

au nettoyage des ordonnances dont peuvent bénéficier ses patients à l'hôpital. Il est ainsi particulièrement attentif aux effets liés à la combinaison de produits. Ce médecin affirme entreprendre cette démarche de manière autonome et réflexive, et la réussir dans une approche de coopération très étroite avec le patient [nous soulignons] :

« Nous on ne se contente pas seulement que de renouveler les ordonnances eh, moi aussi, on essaye de diminuer. Mais, la différence entre le médecin généraliste et l'hôpital c'est que quand vous êtes à l'hôpital c'est un changement plutôt brutal. Nous on essaye d'inscrire le changement dans le temps et travailler petit à petit, c'est-à-dire, qu'au bout d'un certain temps on lui dit, ah bah c'est un petit journal là ce que vous avez, vous avez le temps de manger après avoir pris tout ça ? - ah oui, oui, effectivement docteur. Vous ne voulez pas qu'on diminue un ou deux ? Je crois que ça ne sert pas à grande chose là. - Oui, mais mon cholestérol est trop élevé. Mais bon on va l'arrêter et dans 3 mois on fait une prise de sang, de cholestérol, on verra. Et la fois d'après : Oui, eh, les somnifères vous ne pensez pas que c'est un peu trop là ? La dernière fois vous aviez la tête qui tournait, c'est peut-être le médicament, il faudra peut-être diminuer un peu, et ainsi de suite. Donc on essaye de travailler, progressivement, avec le patient, de le responsabiliser, avancer avec lui. Tandis qu'à l'hôpital « nous on sait tout, vous ne savez rien », donc vous rentrez avec 13, il y en a 6 qui partent à la poubelle, on vous donne 5 et au revoir » (MG H-40).

Ce médecin explique une démarche de gestion des ordonnances qui est propre à la médecine générale, qui consiste à s'appuyer sur ses atouts : la relation étroite avec le patient, l'échange, l'écoute, la connaissance de son historique clinique, de ses modes et conditions d'existence, le fait de le faire participer à la décision thérapeutique en l'informant des risques et bénéfices du médicament. Le rapport étroit avec le patient et la démarche progressive dans la déprescription définit son rôle par rapport à l'hôpital. Son discours montre également la défense d'un rôle de médecin généraliste dans la surveillance des médicaments et pas seulement dans la surveillance de l'état du patient, c'est-à-dire, son suivi clinique. Il s'agit là d'une différence forte avec les médecins se rapprochant du pôle délégatif, qui priorisent « l'équilibre » du patient et le lien thérapeutique avec lui en deçà d'un engagement plus marqué sur l'ensemble des prescriptions. S'appuyer sur son expérience qui associe l'intégration de ses connaissances sur le médicament et sur le patient lui permet de choisir le médicament sur lequel il va agir et de l'arrêter en échangeant avec lui.

Ce médecin est aussi en mesure d'attribuer la cause d'un nouveau symptôme à l'un des médicaments que son patient a sur l'ordonnance. Lorsqu'il réfléchit à la simplification de l'ordonnance, il réfléchit aux bénéfices que peut apporter l'arrêt, ce qui lui permet de ne pas se laisser emporter par la crainte des effets indésirables liés au sevrage. Nous observons donc que ce médecin a intégré une méthode de nettoyage des ordonnances qui est crucial pour les patients âgés souvent polymédiqués. Sa méthode est de questionner en premier les médicaments qui exposent aux problèmes soulevés par le patient, plutôt que chercher d'emblée une solution médicamenteuse à ce problème.

Nous identifions donc chez les médecins du pôle non-délégatif un réflexe de veille sur les interactions médicamenteuses qui, comme nous l'avons montré dans le pôle délégatif, est rarement intégré par les médecins généralistes. En analogie avec le discours des médecins du pôle non-délégatif,

voyons par exemple ce que nous raconte le directeur de rédaction de la revue *Prescrire*, qui reconnaît les difficultés de ce travail de gestion des ordonnances :

« Avant-hier, ça discutait en rédaction comment répondre à une question réelle, d'un abonné réel, qui dit : tiens, j'ai du mal à trouver dans vos documents-là quel médicament antihypertenseur choisir chez quelqu'un qui prend des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Une question d'une soixantaine d'années ! Lorsqu'on prend un anti-inflammatoire non stéroïdien, il y a toujours une petite hypertension. « Je trouve que chez Prescrire, ce n'est pas facile de trouver vite quel médicament choisir pour la tension ». Et, j'ai répondu bah, on va tâcher de s'améliorer, mais la toute première chose est que les anti-inflammatoires non stéroïdiens ça fait monter la tension, peut-être qu'avant de choisir un médicament, il faut voir si on ne peut pas diminuer les anti-inflammatoires, ça commence là eh ! Le médicament qui aggrave tel problème, avant de choisir un médicament pour tel maladie, déjà bien voir si des fois, dans l'ordonnance il n'y a pas un médicament qui provoque le trouble qu'on veut soigner, première étape. Et ça, on ne l'apprend pas à l'école de médecine eh. Et puis ensuite on analyse toutes les interactions de médicaments pour faire voir que souvent il y a plus de risques qu'on pensait et ça remet en cause est-ce que vraiment on a besoin de ce médicament » (Entretien auprès de Bruno Toussaint, directeur éditorial de la revue Prescrire, novembre 2016).

Prendre le temps d'examiner chaque ordonnance et tenir compte de l'avis du patient sont importants, mais un autre point fondamental de la gestion des ordonnances est l'intégration d'une formation en pharmacologie et d'une information objective qui accompagne ici le travail de réflexion concernant la gestion d'ordonnances. Cet élément est significatif pour comprendre la pratique de la « Dr Irène ». Comme le Dr Omar, elle affirme déprescrire et avoir des stratégies de simplification et de nettoyage des ordonnances établies dans la proximité avec ses patients. Lorsqu'elle explique sa démarche, parmi les différentes ressources d'information objective sur le médicament utilisées, elle mentionne davantage la revue *Prescrire* d'où elle tient des arguments pour expliquer sa pratique. Cette revue joue un rôle important pour aboutir au nettoyage des ordonnances, pour choisir les médicaments sur lesquels elle va agir et pour argumenter contre les spécialistes. En définitive, elle s'appuie sur les données de cette revue pour soutenir sa décision :

« Maintenant, avec certains outils, notamment Prescrire par exemple je sais dire non, je ne suis pas d'accord et je peux sortir pourquoi, l'argumenter. Est-ce que j'ai fait beaucoup de changements par rapport à la prescription ? Oui, il y a des choses, pour les benzodiazépines vraiment pour moi c'est une hantise, antidépresseur je le prescris, mais je prévois pour combien de temps, j'ai une éthique dessous, ce n'est pas jusqu'à la fin de vie. Les suppléments alimentaires c'est quelque chose auquel je fais attention notamment pour ces personnes qui ne s'alimentent pas bien parce qu'il y a de problèmes de dents ou de mastication ou de je ne sais pas quoi, je fais attention aux compléments alimentaires, ou quand je sais que la personne ne sortira pas pour acheter ... » (MG F-52).

Il est intéressant de remarquer que la revue *Prescrire* lui permet d'argumenter pourquoi elle s'oppose à certains médicaments prescrits, d'avoir des convictions par rapport aux médicaments et de l'appliquer à sa pratique afin d'alléger les ordonnances. Elle se saisit de ces informations pour argumenter son choix sans craindre d'être en face d'un cas particulier insaisissable pour la médecine générale. Dans ce sens, s'appuyer sur *Prescrire* lui permet d'affirmer le « bénéfice d'arrêter » et d'assumer la responsabilité de le faire en médecine de ville.

De plus, s'appuyer sur la revue *Prescrire* lui permet de réduire les incertitudes qui se glissent dans le processus de prescription. Elle s'appuie sur les connaissances concernant les risques du médicament pour effectuer la déprescription, en privilégiant ainsi les bénéfices d'arrêter :

« S'il y a des choses que je vais arrêter, je ne le fais pas d'un seul coup, je prépare le terrain, quand il faut arrêter ou quand il faut que j'exprime que je ne suis pas d'accord. Je ne suis pas d'accord par exemple, sur le traitement ostéoclastique pour les os, quand on donne par exemple pour l'ostéoporose, un traitement pour diminuer la résorption osseuse, il y a 2 ou trois médicaments qu'on donne, Fosamax [bisphosphates ou diphosphates] un truc comme ça, j'ai su par exemple qu'il ne faut pas l'utiliser plus de 5 ans, donc ça je l'arrête, je l'explique, je ne dis surtout pas en une seule fois, je n'annonce pas et je prépare le terrain et je dis, c'est bon, on a dépassé 3 ans, parce qu'effectivement pendant 3 ans il empêche la fracture, mais au bout de 5 ans ce n'est pas sûr qu'il ne fragilise pas la fracture, donc ça, pendant très longtemps... Là, je sais maintenant avec le recul et l'argument de Prescrire que je lis. Benzodiazépine quand j'arrête j'explique que ça fait des trous dans la tête comme dans l'Alzheimer, ça fait des trous dans le cerveau, j'explique comme ça. Tramadol aussi je l'arrête ; j'explique comme ça, je ne sais pas quel est l'effet sur le cerveau, quoi d'autre, hypnotique je n'ai presque jamais prescrit, une ou deux fois et pendant un temps court (...) » (MG F-52).

Cette praticienne connaît la nature des médicaments prescrits chez ses patients. Elle a des certitudes sur les médicaments qui lui permettent de privilégier l'effet bénéfique de l'arrêt. Elle s'écarte d'une position de conformité en dépassant l'utilisation de techniques, telles que des examens biologiques pouvant montrer l'état d'équilibre du patient. Sa réflexion s'appuie sur le fait que prolonger le médicament peut nuire au patient. L'enjeu du médecin est de ne pas rendre le patient dépendant d'un médicament. Cette critique du médicament lui permet de maîtriser l'incertitude dans les situations où le patient semble « bien supporter » le médicament et de ne pas céder là où les médecins proches d'un pôle délégatif auront tendance à prolonger la prescription pour ne pas modifier son équilibre. Mettons aussi en évidence que lorsque la Dr Irène, tout comme les médecins de ce pôle non-délégatif, raconte ses stratégies de simplification et de nettoyage des ordonnances l'argument selon lequel la déprescription est difficile puisque les patients sont « attachés aux molécules » est absent. Ces médecins assument leur indépendance prescriptive et estiment réaliser une éducation thérapeutique du patient à travers la pratique de déprescription.

Il faut noter que la revue *Prescrire* apporte aux médecins une alternative de réflexion clinique différente des schémas dominants appris à la Faculté. Cette revue apporte aux médecins certaines clés pour comprendre les données des sciences et pouvoir jouer sur les contradictions des études sur les médicaments. Elle joue un rôle important dans la pratique des médecins du pôle non-délégatif, mais elle ne constitue pas la réponse aux difficultés de la prise en charge des personnes âgées. Si cette source d'information permet aux médecins d'affirmer leur opposition à certains médicaments, de justifier une déprescription et de constituer des réseaux informels de médecins ayant des pratiques similaires, nous voulons insister sur le fait que cette source d'information objective sur le médicament n'est pas le seul déterminant du travail de nettoyage d'ordonnances ou du niveau de prescriptions (puisque cela dépend

en grande partie du patient et de la particularité des cas cliniques). Les recommandations — de la revue *Prescrire* dans notre cas — restent un guide à usage pragmatique (Timmermans et Berg, 2003) par les médecins y compris les plus critiques. Voyons par exemple la description d’une démarche de gestion de prescriptions que nous avons obtenue auprès du directeur éditorial de la revue *Prescrire* lorsque nous l’avons interrogé sur les moyens d’améliorer la prise en charge de personnes âgées qui cumulent plusieurs médicaments dans leurs ordonnances :

*« Il faut avoir une sorte d’information objective sur les médicaments, il faut prendre le temps de dialoguer, de communiquer, de réfléchir, de partager la décision avec la personne, il faut prendre l’avis de la personne, il faut prendre l’avis aussi sans doute du pharmacien, qui est un expert du médicament. Ensuite, il faut surmonter les idées reçues. Souvent les patients comme les médecins, chacun à leur façon, ont tendance à surestimer l’efficacité du médicament et à sous-estimer leurs effets indésirables. Il y a chez les patients comme chez les médecins souvent, l’idée que “ah, ça va mieux, c’est grâce à ce médicament, on le continue”. Alors qu’en fait, souvent, ça va mieux parce que l’évolution naturelle, enfin, la personne est guérie, ou elle va mieux en soi pour d’autres motifs, voilà » [Entretien auprès de Bruno Toussaint, directeur éditorial de la revue *Prescrire*, novembre 2016].*

Nous observons ici la proximité du discours des médecins proches du pôle non-déléгатif lorsqu’ils nous racontent leurs démarches de gestion d’ordonnances avec celui du responsable de la revue *Prescrire*. Outre le suivi de formations et la sélection d’une information permettant de trier et de choisir des médicaments en fonction de leur nature, la spécificité du type de médecine que ces médecins pratiquent est de mettre au centre de la pratique le patient et de savoir ce qui semble lui convenir le mieux. C’est ainsi que ces médecins mettent en pratique une médecine générale caractérisée par la gestion d’incertitudes à leur niveau et tout en restant confrontée aux limites des savoirs de la médecine factuelle.

Nous pouvons prendre l’exemple de médicaments antalgiques pour comprendre la gestion des ordonnances du pôle non-déléгатif. Cette classe est particulièrement intéressante puisque parmi l’ensemble de nos enquêtés seule une minorité de médecins affirme intervenir sur celle-ci et évoquer la déprescription. La majorité des médecins généralistes mentionne ces médicaments — parmi d’autres (psychotropes, statines, AVK, médicaments hors norme ou hors marché)²⁸⁸ — comme étant problématiques et qu’ils souhaitent déprescrire même s’ils n’y arrivent que rarement. Nous avons montré dans le chapitre antérieur que les incertitudes liées aux antalgiques génèrent parfois de la frustration chez le médecin parce qu’il est mis en échec face à la difficulté de soulager la douleur. La gestion du traitement de la douleur à l’aide du médicament est un enjeu complexe (Queneau et Ostermann, 1998). Les antalgiques constituent une classe problématique, du fait de l’impossibilité de mesurer la douleur (le médecin est obligé d’écouter l’appel du patient, de croire), du fait de la difficulté de choisir le palier, puis la molécule, et ensuite d’adapter la dose par rapport à l’intensité de la

²⁸⁸ Nous avons abordé cette question dans le chapitre II sur les logiques de prise en charge des patients en cabinet.

douleur²⁸⁹, du fait des effets indésirables rapportés par le patient ou de son intolérance à la molécule corroborée par le médecin. Les incertitudes et le constat sur les risques de toxicité et d'addiction ainsi que de leur place dans les interactions médicamenteuses expliquent ainsi en partie la difficulté à gérer ces médicaments. Malgré leur présence dans les ordonnances à rallonge de patients atteints de plusieurs maladies chroniques, la grande majorité des médecins de notre enquête n'a pas exprimé une motivation à les arrêter. En dehors des modifications de la molécule ou de la posologie, il semble que les antalgiques forts sont des médicaments qu'on ne touche pas, ou peu, en médecine générale.

Cependant, à la différence d'un grand nombre de médecins qui affirment déléguer la gestion des ordonnances (notamment aux médecins hospitaliers), nous avons identifié une minorité qui se saisit de cette complexité en ville. Les médecins qui se rapprochent du modèle non-déléгатif se caractérisent ainsi par leur capacité de gestion de « patients problématiques », c'est-à-dire de la capacité à gérer des symptômes compliqués et des polypathologies auprès des personnes âgées en médecine générale. Examinons par exemple le rapport du Dr Louis à la morphine, qui montre la façon dont il dépasse les incertitudes liées aux effets des médicaments en arrêtant le médicament :

« Je me rappelle d'une patiente qui est devenue délirante sur morphine donc j'ai dû arrêter la morphine. Ça m'est arrivé deux fois sur les antidépresseurs aussi et les gens sont devenu complètement apathiques complètement hébétés et du coup j'ai dû les arrêter parce que même dans un certain nombre de cas j'ai pensé qu'à long terme ça ne pourrait pas leur faire du mal, mais comme ils me disaient je ne supporte pas j'ai dû arrêter en fait » (MG H-32).

Ce cas met en lumière la logique suivie par les médecins qui se rapprochent du modèle non-déléгатif lorsqu'ils pensent que la médecine ne pourra pas résoudre un problème. Face aux incertitudes des savoirs sur le médicament et donc, dans l'absence de recommandations spécifiques sur la prescription pharmaceutique à l'attention des personnes âgées, ces médecins s'efforcent dans le choix de médicaments dont ils connaissent les effets et déprescrivent en écoutant mieux le patient. La proximité entretenue avec le patient est une manière de maîtriser les effets indésirables. Ce médecin nous a par exemple raconté que lors de l'instauration du médicament il informe ses patients des effets indésirables susceptibles de survenir afin de les faire réagir sur les symptômes qu'ils ressentent et les encourager à s'exprimer en connaissance de cause.

À la différence des médecins du pôle déléгатif, qui facilitent la résolution des incertitudes pesant sur les médicaments en la renvoyant à d'autres professionnels, les médecins de ce groupe se caractérisent par leur sentiment de maîtrise des connaissances pharmacologiques et des normes de prescription et par leur volonté de gérer les incertitudes sur les médicaments avec les patients. Il faut noter que ce médecin n'a pas de mal à déprescrire la morphine, mais que c'est aussi l'un des

²⁸⁹ Afssaps, « Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses », recommandation mis au point en 2011.

médicaments antalgiques qu'il privilégie en respectant la règle « il vaut mieux un médicament fort que des médicaments différents à faible dose » :

« Les médicaments qui sont refusés, oui souvent la morphine puisqu'ils ont des expériences de délire, constipation, etc., sur la morphine qu'ils ont reçue à l'hôpital donc ils ont du mal à accepter et c'est plutôt moi qui leur propose quand ils ont des douleurs très intenses et que justement on ne peut pas leur donner des anti-inflammatoires, etc., parce que moi je suis quelqu'un qui n'hésite pas avec la morphine quand il y a besoin autant chez les jeunes que chez les personnes âgées. Parce que quand on met des antidouleurs de plus en plus forts ça veut dire que la classe en dessous ne marche pas en effet, que les dérivés de la morphine ne marchent pas et qu'il faut passer à la morphine elle-même ».

Le rapport du Dr Louis à la morphine permet de montrer qu'autant à l'introduction qu'à la déprescription ce médecin agit prenant fermement en compte les risques liés au médicament. Ce cas montre ainsi la spécificité du travail du médecin généraliste. L'introduction de la morphine implique une gestion du patient et son refus et donc un échange sur la base de règles de prescription qui tiennent compte de ce risque. La déprescription tient compte pour sa part de l'avis du patient, c'est-à-dire, qu'il s'agit donc de la prise en charge des effets indésirables évoqués par le patient. Une autre particularité du rapport du Dr Louis à la morphine est l'acceptation des incertitudes sur l'usage du médicament pour traiter tous les problèmes soulevés par les patients âgés :

« Souvent ce qui est difficile c'est les anti-inflammatoires. Souvent quand les personnes âgées elles font de poussés d'arthrose qu'on est obligé de mettre d'anti-inflammatoire parce que c'est préférable que soit de médicaments qui interagisse avec soit rein, qui ne réagit pas trop bien, soit de problèmes d'estomac, c'est vrai qu'on est plus prudent sur la mise sur anti-inflammatoire par rapport à des sujets jeunes à qui on leur adresse sans aucun souci. Mais malheureusement c'est eux qui ont plus de douleur d'arthrose que les jeunes et que du coup sont sous-traités à cause de ça parce qu'on ne peut pas leur donner d'anti-inflammatoires et que les antalgiques un peu plus fort ils ont du mal à le supporter » (MG H-32).

Le « sous-traitement » des personnes âgées douloureuses n'est pas appréhendé comme un échec de sa pratique, mais est compris comme une manifestation des limites de la biomédecine pour traiter ces cas complexes. Accepter un « sous-traitement » signifie aussi refuser l'instauration d'un médicament qui peut s'avérer dangereux. Mobiliser des savoirs experts et critiques sur les médicaments (notamment issus des recommandations officielles ou de la revue *Prescrire*), mais accepter les limites de la médecine est un élément important pour expliquer la motivation à déprescrire, et la gestion des prescriptions de ce groupe de médecins.

Le rapport du Dr Louis à la morphine nous permet ainsi de comprendre la façon dont certains médecins généralistes se saisissent des situations complexes qui relèvent à la fois d'une gestion du patient, de la difficulté d'établir le diagnostic et d'identifier et gérer les effets indésirables. Ces médecins se caractérisent à la fois par la mise en pratique d'une médecine entendue comme « la gestion de l'incertitude avec le patient » et par le maintien d'un rapport critique aux médicaments qui influe sur leur pratique et sur celle des spécialistes qui les aide à prendre en charge les patients.

Nous avons finalement mis en évidence l'existence de médecins qui ont une main mise plus forte sur l'ordonnance, qui s'appuient sur leurs expériences et, partant, sur une formation médicale consistante et sur une sélection de sources d'information sur le médicament. Cette pratique qui s'appuie sur l'expérience favorise et renforce la valorisation de leur métier et de leur rôle dans le système de santé. Le type de médecine qu'ils pratiquent ne semble cependant possible que grâce aux caractéristiques du territoire dans lequel ils exercent.

4. Territoire d'exercice : les conditions favorables à une gestion non-délégative de l'ordonnance

Nous pouvons enfin émettre l'hypothèse que l'un des éléments qui renforce ou qui affaiblit la capacité de gestion des ordonnances multiples est liée aux conditions de l'exercice de la médecine libérale dans un territoire de soins donné.

Isabelle Bourgeois constate que le rapport du médecin généraliste à son territoire diffère d'une part, selon *les caractéristiques de ce dernier* et, d'autre part, *selon les représentations que le médecin lui-même possède sur son rôle au sein de ce territoire* (Bourgeois, 2007 : 217). L'auteure suggère que si le médecin sélectionne les ressources qu'offre son territoire c'est, car il a la possibilité de le faire. Ainsi, les médecins généralistes urbains (qu'elle localise en Île-de-France) sélectionnent plus les ressources, car l'offre de soin dans leur territoire est plus dense et qu'ils ont donc un choix plus important que les généralistes ruraux (qu'elle localise dans le Nord et dans le Sud de la France). Néanmoins, chaque généraliste a une conception différente de son rôle et du statut qu'il accorde à son métier. Elle montre ainsi qu'un généraliste dans un territoire urbain qui conçoit son rôle dans une visée de démedicalisation du patient, c'est-à-dire de dépasser les solutions techniques, a tendance à limiter son recours.

En ce qui concerne notre enquête, l'ensemble des médecins exerce dans un territoire urbain en Île-de-France, mais les conditions d'exercice diffèrent entre Paris et Montrouge d'une part et Bobigny d'autre part. Cette enquête nous permet ainsi de caractériser la manière dont les conditions d'exercice s'accordent avec les modèles de gestion d'ordonnances que nous avons étudié dans les points précédents.

Les médecins que nous identifions comme étant le plus proches du modèle délégatif ont la particularité d'exercer dans des territoires de santé où l'offre de soins est vaste. Que ce soit à Paris ou à Montrouge, ces médecins sont en concurrence avec d'autres médecins généralistes et en contact permanent avec des spécialistes d'organe installés également en libéral. De plus, ces médecins ont la

particularité d'exercer auprès d'une patientèle qu'ils caractérisent d'emblée comme étant « aisée » économiquement. Ces sont ainsi des patients suivis par plusieurs spécialistes et qui n'ont pas de problèmes à faire valoir leur droit de choisir et de changer de médecin. Dans ce cadre, le risque de perdre le lien thérapeutique intervient plus facilement dans l'interaction de prescription entre le médecin et le patient. Dans ce territoire, les patients peuvent choisir parmi une grande offre de spécialistes auquel cas les généralistes (notamment la jeune génération) seront contraints de travailler avec des spécialistes différents dont ils ne connaissent pas forcément la démarche. Enfin, si la délégation du nettoyage de l'ordonnance et de la déprescription à des collègues jugés plus compétents, peut répondre à la crainte des effets indésirables et de perdre la clientèle en cas de désaccord du patient, elle est aussi en cohérence avec le rôle de faciliter la résolution d'incertitudes que les médecins proches de ce pôle s'accordent.

La banlieue nord-parisienne constitue un autre territoire en termes d'offre de soins et de patientèle. Pour caractériser leur patientèle âgée, les médecins exerçant en banlieue parisienne mettant davantage en évidence les caractéristiques socio-économiques, et plus spécifiquement la difficulté des patients à avoir accès aux spécialistes ou à avoir accès à des aides suffisantes à domicile. De plus, à la différence des médecins parisiens, les patients sont présentés comme ayant plusieurs pathologies, mais avec un suivi médical moins morcelé entre plusieurs intervenants. Selon nos enquêtés de banlieue, l'accès aux spécialistes est une difficulté en raison du manque de ressources financières des patients dans ces communes, et de la faiblesse de l'infrastructure médicale. Si ces manques restreignent le réseau formel et informel de soins du médecin ainsi que ceux du patient, ils élargissent en même temps l'étendue de l'activité du généraliste, renforçant aussi sa position de médecin de « premier recours ». L'accès des patients aux spécialistes tout comme le réseau de correspondants des médecins de la banlieue nord se construisent donc aussi en fonction du territoire, du profil économique du patient et de sa possibilité à pouvoir se déplacer pour avoir accès à des spécialistes à Paris ou dans une autre ville proche mieux lotie en services de santé.

Les médecins identifiés comme étant très proches du pôle non-déléгатif de gestion des ordonnances se trouvent majoritairement dans ce territoire de la banlieue du Nord de Paris. En effet, la Dr Irène, le Dr Louis et le Dr Antoine exercent dans les départements du 93.

Outre ses conséquences sur la patientèle, ce territoire moins bien loti en services de santé leur assure de fait une plus faible concurrence avec des médecins généralistes et avec les spécialistes d'organe qui exercent pour la plupart à l'hôpital.

Cette structuration du territoire garantit une plus grande stabilité de la patientèle et permet davantage aux médecins d'affirmer un rapport critique au médicament. Il faut noter que la limitation

de l'offre des médecins sur le territoire permet aussi à ces médecins de connaître rapidement les pratiques de leurs collègues :

« J'ai récupéré 2 ou 3 personnes, mais qui n'étaient pas forcément très âgées... mais qui venaient avec des médicaments et des prescriptions vraiment farfelues, mais vraiment farfelues, mais ça émanait d'une seule personne, d'un médecin qui était dans le 93, pour qui je ne comprenais pas 1, 2 prescriptions, 3ème prescription j'ai posé des questions à mon collègue (généraliste dans la MSP) qui m'a dit, celui-là il est connu pour ça, et du coup j'étais beaucoup plus vigilante en disant bah oui, mais tout ça ne veut rien dire, ça n'a pas de justification (...) il y a une absurdité de la situation et quand on voit l'absurdité on réagit » (MG F-52).

De plus, la motivation à changer les ordonnances ou à arrêter certains médicaments est moins contrariée dans ce territoire. En effet, ces médecins ont moins d'intérêt à fidéliser une clientèle âgée par le biais des médicaments. La disposition du territoire joue favorablement au maintien d'une relation asymétrique avec leurs patients en ce qui concerne les traitements médicamenteux et une position plutôt dominante par rapport aux spécialistes. L'éloignement géographique de ces derniers favorise également la limitation du nombre d'intervenants dans la prise en charge des personnes âgées.

Voyons par exemple le cas du « Dr Louis ». À côté des patients qu'il conserve depuis son exercice à Gennevilliers, il a une vaste patientèle âgée, qu'il a récupérée lors de son installation à Bobigny. Cette patientèle appartenait à un médecin de 75 ans, du quartier voisin, qui était parti à la retraite. S'agissant d'un grand nombre de patients de 80 ans en moyenne, le Dr Louis affirme ne pas rencontrer de difficultés à gérer les traitements instaurés par leur ancien médecin depuis une longue date :

« Ah bah moi j'ai fait des aménagements de traitements, c'est-à-dire que des choses qu'il avait l'habitude de prescrire moi j'essaie de les enlever et puis voilà à chacun sa pratique ! lui il prescrivait des médicaments princeps moi je prescris en générique par exemple. Mais les patients ne sont pas trop déboussolés parce qu'ils savaient qu'on avait à peu près la même approche humaine, alors même si au niveau médical ou habitudes de prescription on ne voit pas la même chose, au niveau humain ça se passe bien » (MG H-32).

Pour ce médecin le lien thérapeutique avec le patient est assuré. Il a donc la possibilité d'imposer son savoir généraliste sur la base de ce rapport humain. Il ne craint pas d'établir de s'opposer aux volontés de certains patients, ni de les perdre s'il ne se plie pas à leurs demandes ou s'ils refusent ses décisions de déprescription.

La confrontation aux savoirs et aux pratiques des spécialistes, l'affirmation d'une posture d'opposition sur certains médicaments qu'ils évoquent déprescrire et leur vision d'une médecine générale qui met en valeur ses atouts en se centrant davantage sur l'humain, plutôt que sur le succès technique, prennent tout leur sens dans la compréhension de leur territoire de soins. Il y a de ce fait une cohérence de leur action : la posture d'opposition qu'ils maintiennent sur le médicament participe de leur refus de subordination à l'expertise des spécialistes d'organe. C'est eux, en tant que généralistes qui déterminent la place des spécialistes. C'est ainsi qu'ils récupèrent la main sur l'ensemble des traitements de leurs patients et ont la capacité d'intégrer la gestion de l'ordonnance au cœur de leur

domaine de compétence. On peut donc affirmer que ces médecins ont des moyens particuliers de réduire deux grandes formes d'incertitudes structurelles de l'exercice de la médecine générale. La posture d'opposition, notamment appuyée sur la revue *Prescrire* mais aussi sur leur expérience et leurs formations régulières, leur permet d'affronter les incertitudes médicales, que ce soit sur les médicaments ou sur la prise en charge des personnes âgées. La disposition du territoire leur permet de surmonter la crainte de perdre leur clientèle et leur assure le pilotage de l'action d'autres intervenants dans la prise en charge.

On peut trouver chez ces médecins des caractéristiques similaires à la position d'un médecin analysé par Isabelle Bourgeois dans sa thèse sur les territoires de soin. Il s'agit d'un médecin exerçant en Yvelines (banlieue résidentielle), décrit comme étant proche des plaintes des patients, dans une logique de service rendu et de démedicalisation. Ce médecin soumet les acteurs de son territoire à un schéma de pratique qui le place en pivot de la prise en charge. Chez le médecin généraliste interrogé par Bourgeois, « le recours aux médecins spécialistes est essentiellement un recours à leurs techniques dans une logique d'instrumentalisation » (Bourgeois, 2007). Néanmoins, comme l'auteure le souligne, pour ce médecin généraliste, son espace relationnel repose sur un réseau familial et amical, soigneusement construit afin de « ne pas se faire piquer ses patients » par des spécialistes qu'il ne connaît pas. Sa valorisation des visiteurs médicaux est une caractéristique qui lui différencie aussi de notre groupe de médecins proche du modèle non-déléгатif.

Les médecins de notre enquête qui revendiquent le plus leur indépendance prescriptive, même s'ils affirment sélectionner les partenaires avec qui ils souhaitent échanger sont obligés de travailler avec les acteurs de leur territoire, puisque leur patientèle est également défavorisée et a des difficultés à se déplacer vers d'autres territoires et puisque la densité des spécialistes est plutôt faible. Voyons par exemple comment le Dr Louis, qui nous a raconté qu'il a choisi de s'installer sur ce territoire afin de renforcer l'offre de soin, caractérise les limites de son territoire de soin nous permettant de comprendre pourquoi son exercice auprès des patients âgés implique nécessairement une réduction du nombre d'intervenants :

« En fait ici on a très peu de spécialistes, il y a une cardiologue sur toute la ville de Bobigny, mais je crois que son cabinet n'est pas accessible donc du coup les personnes âgées ne vont pas chez elle. Il y a un neurologue à Drancy, mais pareil il n'est pas là tout le temps, il travaille à l'hôpital donc du coup c'est un peu biaisé, et l'autre argument de masse, c'est que les gens de manière globale ici dans le département n'ont pas d'argent, et donc quand les spécialistes mettent la consultation à 70 euros bah, la personne âgée 70 euros c'est avec quoi elle achète du shampoing, du gel de douche, etc., donc le mois elle ne va plus se laver, si c'est pour voir un cardiologue en ville » (MG H-40).

La faible densité de spécialistes installés en libéral dans le territoire de ces médecins limite, nous l'avons vu, la concurrence qu'ils pourraient avoir avec eux. S'ils sont amenés à coopérer avec ces derniers, les généralistes vont alors veiller à se maintenir en tant que pivot de la prise en charge.

Les caractéristiques des territoires dans lesquels exercent nos médecins non-délégatifs (patients à plus faibles revenus, faiblesse de l'offre médicale) peuvent d'ailleurs être rapprochés de celles du territoire rural – petite ville ou la ville moyenne (distanciés socialement des structures médicales les plus techniques et les plus spécialisées) – au sein duquel Claude Thiaudière (2012) repère la figure du médecin qui « ordonne » et qui « commande » des soins ou des actes à des acteurs spécialisés. L'auteur conçoit l'utilisation de la prescription comme moyen pour le médecin traitant de se consolider comme interlocuteur ayant le contrôle des différentes prestations médicales. Il faut cependant aussi souligner, en lien avec les caractéristiques du territoire, que l'indépendance prescriptive n'est pas seulement revendiquée pour commander des actes, mais aussi pour intervenir sur l'activité des spécialistes d'organes. Dans les décisions de déprescription ou de modification des prescriptions des spécialistes, on peut aussi repérer une volonté de contrôle de la trajectoire du patient et de ce que l'auteur qualifie comme de maintien de la position professionnelle.

- *Des territoires aux trajectoires*

Enfin, l'établissement de ces médecins ayant une pratique non-délégative dans des territoires de soins particuliers s'inscrit dans des trajectoires professionnelles qui partagent des caractéristiques communes, caractéristiques qui favorisent également la défense d'une certaine vision de leur métier. Il s'agit de médecins qui ont fait une formation ou un stage en gériatrie, qui ont travaillé dans un service de gériatrie ou qui exercent également en maison de retraite médicalisée. En s'appuyant sur leurs formations et expériences, ils revendiquent une expertise auprès de personnes âgées. Il s'agit d'ailleurs de médecins qui ont expérimenté des métiers moins prestigieux que celui de la médecine générale (aide-soignant ; infirmier) ou qui accumulent dans leur exercice en cabinet des expériences dans des secteurs ou domaines chargés d'une signification sociale et une fonction sociale importante (travail auprès de personnes handicapées, ou bien de recherche, propre aux sciences sociales ou à la santé publique). En outre, si la possibilité pour les médecins d'avoir une pratique non-délégative est liée aux caractéristiques du territoire dans lequel ils exercent, ce choix d'installation dans des territoires défavorisés en offre de soin et auprès d'une population également défavorisée en termes socio-économiques peut être lui-même interprété comme guidé par des considérations « politiques ». Une forme de méfiance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et une compréhension de la médecine générale comme médecine sociale sont dans ce cadre compréhensibles. Au-delà de ces spécificités territoriales et de trajectoires, nous souhaiterions pour conclure souligner qu'il est possible de voir leurs pratiques comme constituant un effort de définition, face aux limites de la biomédecine, d'un contre-modèle de médecine à destination des personnes âgées.

Conclusion :

Dans ce chapitre nous avons décrit deux groupes de médecins ayant des rapports différenciés à la prescription et aux ordonnances : d'une part, un pôle délégatif, plutôt non interventionniste sur l'ensemble de l'ordonnance et favorisant le maintien de médicaments et, d'autre part, un pôle non-délégatif, plutôt interventionniste et évoquant la déprescription. Ces types distincts de gestion d'ordonnances se structurent en fonction du rapport que les médecins ont à leur activité en tant que généralistes, du rapport aux autres professionnels et du rapport aux médicaments. Le pôle délégatif dans la gestion des ordonnances pratique un type de médecine techniciste étroitement liée à l'activité des différents spécialistes impliqués dans les soins. Les médecins qui le composent chargent ces spécialistes de répondre aux incertitudes générées par les limites de leurs connaissances et soignent leurs patients en acceptant les risques médicamenteux. Le pôle non-délégatif dans la gestion des ordonnances pratique une médecine qui gère directement l'incertitude auprès du patient et ses médecins orientent la pratique des autres intervenants impliqués dans les soins afin d'éviter les risques médicamenteux.

Nous avons ainsi mis en évidence l'existence des manières différentes de travailler et de concevoir ce qu'est et ce que devrait être la médecine générale. Dans le modèle « délégatif », l'action du médecin généraliste se base sur une conception résiduelle de son rôle par rapport à ses collègues spécialistes. Il assure la prise en charge de ses patients âgés en coopérant avec eux pour réduire les incertitudes et difficultés de cette prise en charge. Dans le modèle « non-délégatif », l'action du médecin généraliste se base sur le refus de s'identifier à un rôle subordonné dans la hiérarchie du travail médical. Il soutient au contraire une conception d'un rôle fort du médecin généraliste, revendique des savoirs généraux sur les différentes spécialités et défend le nettoyage des ordonnances comme relevant de son domaine de compétence. Le groupe minoritaire que nous avons identifié dans ce pôle non-délégatif se caractérise par un rapport critique aux données sur les médicaments et à l'industrie pharmaceutique, ce qui explique leur opposition à prescrire ou renouveler certains médicaments, et par le fait de revendiquer l'objectif de déprescription. Les difficultés de la prise en charge des personnes âgées sont une opportunité pour ces médecins d'en faire un domaine de compétences propre, ils y valorisent leurs missions de pilotage de l'action des différents intervenants et leur capacité de maîtrise de situations complexes.

En ce qui concerne le groupe minoritaire de médecins ayant un rapport non-délégatif à la gestion d'ordonnance nous avons montré les raisons individuelles et le contexte d'action qui rapproche les différents médecins (le rapport étroit avec le patient, la situation dans laquelle ils se trouvent, le rapport distant entretenu avec les spécialistes, les représentations du rôle de la médecine générale). Mais bien

sûr, outre ce contexte d'action qui les rapproche, ces médecins se construisent comme groupe par la création et recréation d'une conception pratique de leur métier qui est définie dans un dialogue et une opposition avec ceux qui défendent une vision contraire (leur opposition aux médecins proches des firmes, leur rejet à devenir des médecins technicistes, à se considérer comme des médecins qui réalisent des renouvellements systématiques de médicaments). Cette idée de conception pratique du métier fait écho à la notion philosophique d'identité pratique, avancée notamment par James Tully (2001) et définie de la manière suivante « *Une identité pratique s'acquiert et se maintient dans le cadre de relations dialogiques avec ceux qui la partagent et avec ceux qui ne se reconnaissent pas en elle. Toute identité pratique projette sur ceux qui ne se reconnaissent pas en elle une autre identité, non-X, qui réciproquement recherche reconnaissance et respect pour une identité qui est rarement celle que les autres leur attribuent* ».

3^{ÈME} PARTIE. – LE SAVOIR-FAIRE GÉRIATRIQUE ET LA « POLYPRESCRIPTION »

Cette partie explore les visions et les pratiques de prescription et de gestion d'ordonnances des médecins gériatres en partant de l'exemple des traitements pour la maladie d'Alzheimer. Il s'agit donc d'étudier la spécificité de cette discipline et la façon dont elle intervient dans la prise en charge des personnes âgées, tout en essayant de comprendre, au travers de sa trajectoire à l'hôpital, le rapport entre travail médico-social et pharmacie. Le cas de la maladie d'Alzheimer, qui s'inscrit depuis plusieurs décennies au cœur de la pratique gériatrique, est ainsi l'opportunité d'explorer la cohérence des discours, des pratiques et des capacités d'intervention d'une spécialité s'étant construite sur les bases d'un projet de « médicalisation hybride » (imbriquant travail médical et travail social).

Pendant le printemps et l'été 2017, dans un contexte de débats sur le déremboursement des médicaments pour le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer en France²⁹⁰, nous avons mené une enquête auprès de gériatres, principalement dans le cadre d'un type de prise en charge particulière qui est assurée au sein d'une structure hospitalière de l'AP-HP mais au travers de consultations de suivi en ambulatoire. La définition de cette enquête a été conditionnée par les difficultés de l'accès au terrain. L'idée initiale pour ce terrain était de pouvoir observer l'activité de gériatres au sein de l'hôpital de jour gériatrique (HDJ), en lien avec les consultations mémoire et d'interroger également les patients dans celle-ci. Notre entrée sur le terrain a été possible via la responsable de l'HDJ, après une instance de validation de notre projet de recherche auprès du Comité d'éthique de l'INSERM (où nous avons obtenu un CEEI favorable, IRB00003888)²⁹¹. Une convention de stage auprès de la direction de l'hôpital²⁹² a encadré et légitimé notre présence pendant le temps de l'enquête. Au cours de celle-ci nous avons eu l'opportunité de réaliser un nombre limité d'entretiens auprès de patients, puisque nous n'avons pas été autorisés à interroger des patients ayant « des troubles cognitifs ». Chaque jour passé sur ce terrain nous devions attendre l'autorisation du gériatre responsable de l'HDJ et l'indication d'un patient que nous pouvions interroger. Notre marge

²⁹⁰ À la suite d'une de longs débats scientifiques, médicaux et politiques, en mai 2018 la ministre de la Santé Agnès Buzyn annonce le déremboursement des quatre médicaments anti-Alzheimer (Aricept, Ebixa, Exelon, Reminyl) et de leurs génériques. À ce propos, voir Dalgalarondo et Hauray (2020).

²⁹¹ Avis N° 17-385 parvenu le 1^{er} juin 2017, dossier examiné lors de la réunion du CEEI du 23 mai 2017.

²⁹² Cette convention a été signée par l'intéressée, par le directeur de l'hôpital, par la responsable de l'HDJ, par l'un de nos directeurs de thèse et par le président de l'EHESS.

d'observation dans l'HDJ a également été restreinte. À la demande de la responsable, les médecins au sein de cette structure avaient la consigne de ne pas nous fournir des informations concernant des « cas cliniques ». Cette difficulté a été compensée par l'opportunité d'observer les consultations de suivi en ambulatoire entre gériatre, patient et accompagnant²⁹³. Dans ce cadre, toutes les observations de consultations prévues ont pu être réalisées et consignées à l'écrit sur un cahier et les entretiens auprès des gériatres enregistrées avec leur accord sur un support audio. Les patients et/ou leurs accompagnants nous ont accueillis avec bienveillance et nous ont encouragés dans notre recherche. Ces conditions et difficultés expliquent pourquoi cette partie s'appuie principalement sur le discours des gériatres et leur échange avec le patient et leur(s) accompagnant/s, observés au cours d'une trentaine de consultations de suivi en ambulatoire, et sur plusieurs entretiens (menés avec ces gériatres et avec une gériatre responsable de l'HDJ).

Dans le cadre de cette enquête, nous observons des professionnels qui ont un statut problématique dans le milieu médical, à mi-chemin entre généralistes qualifiés en gériatrie et spécialistes des généralités liées à la vieillesse. En 2017 se crée le DES (diplôme d'études spécialisé) de Gériatrie, ce qui signifie que les gériatres rencontrés sont des médecins généralistes ayant fait un DESC de type II (diplôme d'études spécialisé complémentaire) ou une Capacité de Gériatrie. Il s'agit donc de généralistes qui ont quitté une spécialité pour en intégrer une autre peu valorisée dans le milieu médical (Sainsaulieu, 2006). Basée sur les données ASIP-Santé RPPS, la DREES compte 1647 gériatres en exercice au 1^{er} janvier 2015 (densité : 2,5 pour 100 000 habitants)²⁹⁴. Ces professionnels ont 49,5 ans en moyenne, sont majoritairement des femmes (58 %), et exercent principalement en tant que salariés (94 %) dans des services hospitaliers, en Ehpad, notamment en tant que médecins coordonnateurs, et dans d'autres structures²⁹⁵. Sur ce total, une activité marginale en libéral ou mixte (6 %) se dégage : 49 praticiens ont un exercice libéral exclusif et 44 un exercice mixte (ils exercent une activité libérale, mais peuvent être en partie des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire). Ces gériatres

²⁹³ Par ailleurs, en consultation ambulatoire il a été convenu dans un premier temps, de porter une blouse blanche avec le symbole de l'hôpital et notre présence (en tant que « stagiaire sociologue réalisant une thèse sur la prise en charge médicamenteuse de multiples pathologies chez les personnes âgées ») a été introduite par le gériatre et rendue possible avec l'accord du patient et/ou son/ses accompagnant/s. Progressivement le port de la blouse blanche n'a plus été exigé sans créer des tensions significatives, certains gériatres n'étaient pas d'accord avec le port d'une blouse blanche par quelqu'un qui ne fait pas partie du personnel soignant. Pendant un certain temps, certains gériatres le demandaient et certains non. Ensuite un problème de fourniture de la blanchisserie a tranché la décision des gériatres qui exigeaient le port.

²⁹⁴ Voir le document DREES (2016), Portrait des professionnels de santé. Panoramas de la DREES Santé, Édition 2016 ; https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gfs-2016_mel_301117.pdf et Synthèse d'effectifs au 1^{er} janvier 2015 : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf

²⁹⁵ Des collectivités territoriales, État et organismes publics (médecins fonctionnaires, médecins-conseils des caisses d'assurance maladie), associations diverses (éducation pour la santé, lutte contre le cancer...), organismes de recherche comme l'INSERM, ou entreprises (médecins du travail, industrie pharmaceutique...).

en exercice sont majoritairement des médecins généralistes pouvant avoir un ou plusieurs diplômes en gériatrie²⁹⁶. Selon un dossier sur le choix de la gériatrie, publié par *Le quotidien du médecin* le 31 mars 2016, parmi les médecins exerçants en gériatrie, neuf médecins sur dix possèdent la Capacité de gériatrie les qualifiant en gériatrie (surtout des généralistes et des médecins à diplôme étranger), et un médecin sur dix est titulaire du DESC de gériatrie lui donnant le titre de spécialiste en gériatrie.

Les gériatres que nous avons observés proposent une expertise dans la prévention, le diagnostic et l'évaluation des personnes âgées ainsi que dans la surveillance de leurs médicaments. L'implication des gériatres dans la construction du problème public de la polymédication et dans le maintien à domicile des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs nous a amenés à nous demander dans quelle mesure le travail autour du médicament structure l'activité des gériatres et comment interviennent-ils sur le problème de la polyprescription.

Sur le terrain, les gériatres ont un discours général, sur la discipline gériatrique, sur l'expertise gériatrique et sur la façon dont ils se positionnent dans la prise en charge des personnes âgées qui implique fortement leur travail hospitalier de manière globale, sans faire la différence avec leur activité de consultation ambulatoire. Ce discours reflète l'image d'une gériatrie forte et homogène, d'une vision claire et commune de leur travail et de leur rôle dans la prise en charge des personnes âgées. Or, lorsqu'on enquête plus spécifiquement sur les médicaments, nous observons une hétérogénéité de visions et de pratiques qui se reflète de manière prononcée autour des médicaments anti-Alzheimer. Il s'agit donc pour nous d'explorer l'éthos commun de prise en charge gériatrique, les pratiques de prescription et la particularité des consultations de suivi en ambulatoire au sein de l'hôpital.

Nous faisons l'hypothèse que la gériatrie, en raison d'une place relativement intégrée et privilégiée par rapport à la biomédecine (Gaudillière, 2002) et de son insertion au sein de l'hôpital, a en théorie les compétences et la légitimité pour surveiller et intervenir sur l'ordonnance afin de répondre aux enjeux de la polyprescription, mais ne le fait que marginalement du fait de son rôle dans la coordination des soins et de l'inscription de son activité dans un contexte de faible reconnaissance sociale de cette spécialité.

Nous démontrerons notre propos à partir de deux chapitres connexes. Dans le chapitre IV, nous contrasterons l'image d'une gériatrie homogène et les idéaux communs de prise en charge avec la situation de la gériatrie lors de son insertion dans le processus de pharmaceuticalisation de la prise en

²⁹⁶ Une étude de la DREES de 2014, réalisée sur un échantillon de médecins généralistes révélé que plus d'un médecin généraliste sur dix déclare avoir un ou plusieurs diplômes en gériatrie, les hommes étant proportionnellement plus nombreux à indiquer qu'ils disposent de ces formations (13 % contre 8 % de leurs consœurs). Cette situation est également plus fréquente parmi les médecins exerçants en zone rurale (17 % contre 10 % des médecins exerçants en zone urbaine ou périurbaine). Par ailleurs, la part de généralistes diplômés en gériatrie augmente avec l'âge : 13 % parmi ceux âgés de plus de 56 ans contre 7 % parmi ceux âgés de moins de 49 ans (DREES, 2014a).

charge de la maladie d'Alzheimer. Dans le chapitre V, nous nous appuyerons principalement sur les pratiques de prescription et de gestion d'ordonnance des gériatres pour montrer des visions éclatées sur les médicaments anti-Alzheimer et une pluralité de logiques d'intervention sur les ordonnances. Cette étude des visions et pratiques nous permettra ainsi de rendre compte des tensions entre représentation professionnelle, projet « médico-social » et modes d'intervention qui expliquent la situation actuelle des gériatres par rapport à la polyprescription.

CHAPITRE IV. La pharmaceuticalisation d'Alzheimer : une victoire à la Pyrrhus pour la gériatrie

Ce chapitre s'attache à explorer les effets de la pharmaceuticalisation de la maladie d'Alzheimer sur la trajectoire d'une discipline porteuse d'un projet de médicalisation hybride de la vieillesse, qui, proposant une spécialité qui combine travail médical et travail social, se montrait attentive aux enjeux de la polyprescription des personnes âgées. Nous nous proposons ainsi d'étudier ce qu'est la discipline gériatrique et son rapport à la polyprescription à partir des tensions et contradictions entre l'image qu'elle projette sur son rôle, sa pratique et le difficile aboutissement de son projet historique à la suite de son implication dans le processus de pharmaceuticalisation de la vieillesse.

Aujourd'hui, la gériatrie est sur certains aspects privilégiée, puisque les gériatres exercent au sein de l'hôpital, milieu prestigieux, spécialisé et technique, où se conduisent les essais cliniques et où les professionnels sont salariés (Bungener et Baszanger, 2002). La gériatrie joue un rôle important dans des structures connectées²⁹⁷ entre la ville, la maison de retraite et l'hôpital nécessaires au maintien à domicile (Béliard et Sifer-Rivière, 2015). Dans ce cadre, la place de la gériatrie dans le travail d'organisation de la prise en charge des personnes âgées est reconnue. La vision commune qui se dégage des discours des gériatres reflète une image de la gériatrie comme discipline homogène, avec une activité médicale et sociale qui se développe sur un territoire de compétence propre et clairement défini. Plusieurs études en sciences sociales ont avancé que la gériatrie est peu valorisée dans le milieu médical (Sainsaulieu, 2006 ; Brossard, 2014) et que le monde de la maladie d'Alzheimer a été pour elle une opportunité de légitimation comme spécialité grâce au développement de compétences techniques spécifiques pour le diagnostic des démences neurodégénératives (Ngatcha-Ribert, 2007) ainsi que par l'introduction de thérapeutiques médicamenteuses (Ngatcha-Ribert, 2012). Nous pourrions ainsi voir ces médicaments à la fois comme rendant possible son mode d'existence, c'est-à-dire sa situation actuelle et sa place dans la prise en charge des personnes âgées, mais aussi comme élément de fragilisation de son projet de spécialité construite sur l'idée d'une « médicalisation hybride » et donc du rôle, notamment de frein, qu'elle serait censée jouer sur le phénomène de polyprescription. Rappelons que la gériatrie s'est constituée historiquement à partir d'une critique à la fois de la démission de la prise en charge médicale des personnes âgées et de la centralité des médicaments dans cette prise en charge. Comme nous le verrons, c'est surtout à la lumière du problème

²⁹⁷ Voir une illustration de la filière gériatrique dans le Graphique n° 6 intégré dans le premier point de ce chapitre.

de la polyprescription que le renforcement de la position de la gériatrie par le médicament semble avoir des effets paradoxaux.

Aborder le statut de la gériatrie à partir notamment de l'arrivée des médicaments anti-Alzheimer sur le marché à la fin des années 1990 et au début des années 2000 est ainsi une occasion de mieux comprendre la place de la gériatrie dans le milieu médical, son rapport aux autres disciplines et la façon dont elle se positionne vis-à-vis de controverses autour des médicaments. Cette étude est ainsi importante et nécessaire à la compréhension des positionnements des gériatres sur ces médicaments, que nous aborderons dans le chapitre suivant.

Nous présenterons tout d'abord le travail et le rôle des gériatres observés sur le terrain, à la fois la manière dont ils s'insèrent dans l'organisation globale du service gériatrique de l'hôpital et la manière dont ils conçoivent leur prise en charge et les objectifs de leur intervention définissant par là un « éthos » commun. Nous prendrons ensuite l'exemple de la maladie d'Alzheimer afin de montrer la fragilité de la gériatrie dans la réalisation de son projet : attirée vers la biomédecine elle se retrouve dans une place dominée dans le milieu médical, puisque subordonnée par la neurologie ; et d'une certaine manière aussi dans son rôle médico-social, puisque son activité ne concerne que la coordination des soins.

1. Travail et rôle des gériatres assurant des consultations ambulatoires encadrées par l'hôpital

1.1. Terrain d'enquête : gériatres assurant des consultations de suivi et responsable de l'HDJ

Du fait de la complexité produite par la réorganisation de l'hôpital conduite dans les années 2000, il est tout d'abord nécessaire de présenter le contexte dans lequel s'inscrit la « *filière gériatrique* »²⁹⁸. Ces structures d'accueil des personnes âgées deviennent une priorité d'actions des pouvoirs publics à la suite de la canicule de l'été 2003. En juin 2006, Philippe Bas, Secrétaire d'État aux personnes âgées, présente le Plan solidarité Grand-Âge 2007-2012 dans une visée d'amélioration de la prise en compte

²⁹⁸ La filière de soins gériatrique a été définie dans le cadre du « Plan solidarité-Grand Âge » 2007-2012 : « La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées » (Ministère de la Santé et des Solidarités, circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques).

des besoins des personnes âgées par une prise en charge gériatrique. Les 5 axes de la réforme sont : développement de la filière gériatrique et de services de soins et d'aide à domicile ; soutien aux aidants familiaux ; mise en place de services de gériatrie aiguë et des équipes mobiles en assurant une continuité entre l'hôpital, le domicile et la maison de retraite ; protection sociale face à la dépendance ; développement de la recherche et de la prévention avec notamment la création d'une nouvelle consultation pour détecter les pathologies liées au grand âge. De plus, la Circulaire DHOS/02 N° 2017-117 du 28 mars 2007²⁹⁹ relative à la filière de soins gériatriques, qui suit les objectifs de ce Plan national préconise une mission transversale aux différents maillons de la filière gériatrique : « équilibrer, surveiller et ajuster les thérapeutiques en cours »³⁰⁰. Dans le cadre de ces mesures qui préconisent d'éviter les ruptures entre domicile, maison de retraite et hôpital, les gériatres se posent comme objectif d'éviter le recours aux hospitalisations en urgence et à longs cours qui dégradent la qualité de vie des personnes âgées et leur autonomie, et de favoriser le maintien à domicile en évitant l'entrée en Ehpad³⁰¹.

Notre étude s'appuie sur l'observation d'une trentaine de consultations de suivi gériatrique, appelées également « consultations de suivi en ambulatoire » dans la structure d'un hôpital qui depuis 2001, est destiné aux personnes âgées. L'activité des gériatres au sein de ce type particulier de consultations diffère de l'activité de la gériatrie hospitalière la plus institutionnalisée. Dans cette dernière les gériatres ont en charge des patients hospitalisés à long terme et où le gériatre est le médecin référent du patient hospitalisé plusieurs jours ou semaines (Matiheu-Fritz et Esterle, 2013 ; Le Theule et *al.*, 2017). Les consultations de suivi en ambulatoire diffèrent aussi des consultations mémoire au sein desquelles le gériatre joue un rôle dans l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer (Béliard et Sifer-Rivière, 2015a). Ces consultations de suivi sont programmées à la sortie d'une hospitalisation ou sur appel des médecins traitants et durent entre 1 heure et demie et 2 heures et demie. À la sortie de chaque consultation observée, nous avons eu l'opportunité de poser des questions aux gériatres sur le cas vu en consultation et de compléter nos données d'observation sur les échanges entre le gériatre, le patient et son/ses accompagnant/s³⁰². Nous avons de plus réalisé des entretiens semi-directifs et individuels auprès des 3 gériatres assurant ces consultations. Il faut noter que l'une de ces gériatres,

²⁹⁹ Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. [En ligne] <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

³⁰⁰ Dans la totalité du texte, cette circulaire ne mentionne pas le mot « médicament », elle parle de « thérapeutiques en cours ».

³⁰¹ Jeandel C., Pfitzenmeyer P. et Vigouroux P. (2006), Un programme pour la gériatrie. Rapport commandé par Xavier BERTRAND, ministre de la Santé et des solidarités et par Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, avril 2006.

³⁰² Nous utilisons ici le mot « accompagnant » puisqu'il s'agit de l'accompagnant du patient en consultation, qui n'est pas toujours l'aidant ou l'aidante réelle.

praticienne à temps plein, est chef du service : « Gériatrie générale », et dans ce cadre est responsable à la fois des unités UF (unité fonctionnelle), SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), SLD (soins de longue durée), SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et Soins palliatifs. De plus, elle assure des consultations spécialisées en oncogériatrie, à la demande d'un oncologue ou d'un spécialiste d'organe³⁰³. Un deuxième gériatre, praticien à plein temps assurant les consultations que nous avons observées est responsable UF Court séjour et travaille dans le service de gériatrie aiguë. La troisième gériatre est une praticienne contractuelle qui exerce également à mi-temps en tant que médecin généraliste en cabinet libéral.

Nous avons enfin complété ce terrain par un entretien semi-directif avec une gériatre (médecin généraliste titulaire d'une Capacité en gériatrie et exerçant dans cet Hôpital depuis 2008), chef de service et responsable de l'Hôpital de jour de suivi gériatrique (HDJ)³⁰⁴, structure en relation étroite avec les consultations gériatriques et notamment les consultations mémoire qui conditionnent son accès³⁰⁵. Dans ce cadre, le gériatre est chargé du patient pendant une demi-journée.

En ce qui concerne la structure globale de cet hôpital, il propose une offre de soins gériatriques divisée entre deux grands services, l'un de Gériatrie Générale, et l'autre de Gériatrie à orientation psychiatrique (ou Psychogériatrie) et un secteur ambulatoire comprenant une équipe mobile de gériatrie externe et des consultations spécialisées (mémoire, neurologie, douleur, oncogériatrie, psychiatrie et évaluation). Ainsi, les gériatres assurant les consultations que nous avons observées sont souvent amenés à travailler dans différentes unités, auprès du même personnel, et auprès des mêmes patients et de leur entourage, suivant la même ligne de travail³⁰⁶, avec un objectif général commun de favoriser le maintien à domicile et d'organiser et d'adapter le suivi des problèmes dits « médico-psycho-sociaux »³⁰⁷ des personnes âgées sur une longue durée. Les différents services gériatriques s'inscrivent ainsi dans l'application des axes transversaux aux trois Plans Alzheimer et maladies apparentées,

³⁰³ Notre observation n'est pas cernée dans le service de « consultations spécialisées en oncogériatrie » disponible dans cet Hôpital et où cette gériatre est responsable. Néanmoins, nous assistons à des consultations auprès des personnes atteintes de cancer qui ont été envoyées par leur médecin traitant afin d'obtenir du gériatre un avis sur les contre-indications entre un traitement envisagé par le médecin traitant et le traitement pour le cancer.

³⁰⁴ L'hôpital de jour gériatrique est l'un des maillons de la filière gériatrique depuis 2007, au sein des structures développées par la politique de prise en charge de personnes âgées : Ministère de la Santé et des Solidarités, circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

³⁰⁵ 1 gériatre responsable local Secteur Ambulatoire Gériatrie ; 1 gériatre chef de service de gériatrie générale ; 1 gériatre responsable aussi des hospitalisations aiguës et 1 gériatre assurant les consultations.

³⁰⁶ Nous reprenons ici l'idée de « ligne de travail » proposé par Béliard et Sifer-Rivière (2015a) pour expliquer les activités de différents services d'un pôle gériatrique : travail de recueil d'informations, d'identification des aidants, de surveillance de la situation à domicile, travail pédagogique pour expliquer la maladie d'Alzheimer.

³⁰⁷ La circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise pour l'unité de consultations et d'hôpital de jour la mission de : « *Dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée* ».

successifs depuis 2001 ainsi qu'au Plan Maladies neurodégénératives 2014-2019 : l'amélioration du diagnostic et l'accompagnement des aidants³⁰⁸.

Or, la prise en charge des personnes âgées ne répond pas aux mêmes logiques dans les différents services ni dans les différents types de consultations. Les consultations que nous avons observées, assurées exclusivement par des gériatres, prennent en charge des patients qui soit arrivent pour la première fois en consultation gériatrique (envoyés par leurs médecins traitants en ville ou en maison de retraite³⁰⁹), soit sont en suivi d'hospitalisation pour s'assurer que le retour à domicile s'est bien déroulé et pour évaluer leurs traitements. Elles ne sont donc pas des consultations réalisées en urgence, mais programmées dans le cadre d'un suivi de 2 ou 3 fois par an. Les motifs de recours que nous avons observé varient entre la gestion d'aides à domicile ou la recherche d'un hébergement alternatif, l'évaluation de comorbidités et de contre-indications à un traitement médicamenteux, l'analyse d'examens complémentaires, ou encore la réalisation d'un bilan mémoire en cas de suspicion de troubles cognitifs ou de doutes sur le diagnostic de troubles cognitifs. Dans ce dernier cas, il faut savoir que ces « consultations de suivi » ne sont pas des consultations spécialisées « mémoire » (celles-ci sont par ailleurs assurées dans le service psycho-gériatrique sous la responsabilité d'un neurologue). Les gériatres que nous avons observés affirment voir les patients, avant tout, en amont du diagnostic de la maladie d'Alzheimer et, en cas de suspicion de leur part, les patients sont adressés en consultation mémoire et en hôpital de jour. Ils voient également les patients en aval du diagnostic, mais ils ne sont pas directement responsables du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit alors dans ce cas de l'évaluation de l'efficacité des traitements et du dépistage des effets secondaires. Tout motif de recours à ce type de consultation de suivi gériatrique confondu, les gériatres font le point sur l'ensemble des pathologies et des traitements médicamenteux du patient et sur sa situation à domicile (autonomie, environnement, aides, logement). Le gériatre est ensuite amené à revoir le patient généralement au bout de 6 mois.

Les consultations de suivi gériatrique en ambulatoire se déroulent à partir de ce que les acteurs appellent le « bilan gériatrique » ou « bilan médico-psycho-social ». Celui-ci est basé sur des protocoles standardisés qui s'appuient sur l'évaluation de la dénutrition, le bilan de chutes ainsi que le dépistage des problèmes de mémoire, de solitude et/ou de dépression. Le gériatre réalise de plus, une analyse clinique (interrogatoire médical, prise de poids, de tension, etc.), évalue les analyses complémentaires apportées par le patient et enquête son environnement de vie quotidienne, notamment sur ses aspects sociaux et économiques. Ce bilan gériatrique permet de « *surveiller au mieux les conditions du*

³⁰⁸ Voir documents relatifs aux Plans nationaux sur le site d'information institutionnelle et professionnelle de l'aide à l'autonomie, CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) : <https://www.cnsa.fr/>.

³⁰⁹ Nous pouvons les concevoir principalement comme une porte d'entrée vers la filière gériatrique des personnes âgées de 70 ans et plus, et comme une introduction au travail d'accompagnement des aidants principalement familiaux.

maintien à domicile et éventuellement faire sortir le patient du domicile si on voit que les conditions deviennent dangereuses pour lui » [Gériatre H-36]. Le suivi est assuré dans l'espace de l'hôpital, à partir de l'échange avec le patient et/ou son/ses accompagnant/s, du dossier du patient, de la lettre du médecin traitant ou du rapport de sortie d'hospitalisation. En ce qui concerne le/s accompagnant/s, nous analyserons dans le chapitre suivant les stratégies suivies par les gériatres en consultation afin d'assurer le maintien à domicile, et la place que peut y prendre le médicament. En ce qui concerne le dossier du patient, ayant un volet social et un volet médical, il est constitué par le CLIC (centres locaux d'information et de coordination), informatisé et remis aux gériatres sous papier par une secrétaire au moment de la consultation.

En cas de « suspicion » de troubles cognitifs, de difficultés à organiser le maintien à domicile ou de besoin d'approfondir un diagnostic, les gériatres assurant les consultations ambulatoires proposent de mobiliser différents services, qui vont eux proposer une stratégie de prise en charge « adaptée ». Ces services sont :

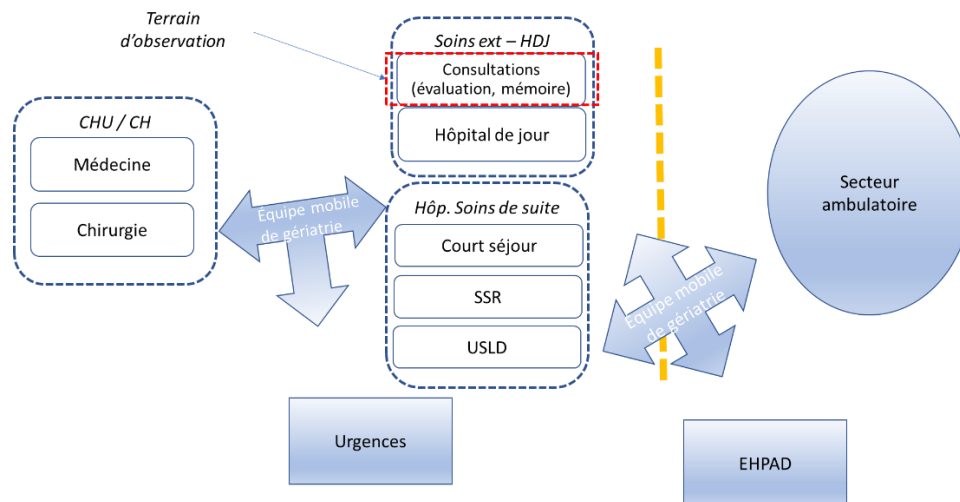
- L'Accueil de jour (ateliers de stimulation cognitive ayant également comme finalité l'accompagnement et la socialisation).
- La mise en place d'aides-paramédicales à domicile pour la toilette et l'aide à la prise de médicaments (auxiliaire de vie/infirmière).
- Dans certains cas, une hospitalisation en HDJ (Hôpital de jour gériatrique) est proposée, afin de passer différents tests d'évaluation de l'autonomie physique et psychique. Au cours de cette hospitalisation d'une demi-journée, le patient verra différents professionnels : un gériatre, un psychologue, un kinésithérapeute et un assistant social. La rencontre avec ces différents professionnels permet de faire un bilan approfondi sur les droits à la sécurité sociale, l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) ; d'identifier des aidants familiaux, de mettre en place des infirmières à domicile, etc. Dans le cas où aucun membre de la famille ou proche du patient n'a pas pu être identifié, l'HDJ peut être amené à travailler (dans l'espace de l'hôpital) avec l'Équipe mobile de gériatrie qui, selon la responsable de ce service, mobilise principalement des infirmières à domicile pour recueillir des informations. Selon la gériatre responsable de l'HDJ, ce sont « *forcément des personnes âgées qui ont besoin d'une évaluation qui ne peut pas se faire en consultation en ville, et pour lesquelles on essaye d'éviter une hospitalisation. On fait une évaluation ici, au cours d'une journée en HDJ, mais on est amené à les revoir après* » [Gériatre Resp. HDJ F-56]. Nous observons la place centrale de l'objectif de maintien à domicile, qui structure l'activité des gériatres en HDJ qui implique un travail d'accompagnement des accompagnants et qui recouvre l'idée de ce qu'Aude Béliard et

Lynda Sifer-Rivière (2015a) ont identifié sous les expressions « éviter les drames familiaux » et « éviter les crises » en gériatrie.

- Enfin, une hospitalisation traditionnelle de médecine gériatrique aiguë pour approfondir le diagnostic peut, en dernier recours, être proposée.

À la sortie d'une consultation de suivi gériatrique, les gériatres émettent une « ordonnance révisée » aux patients et/ou son/ses accompagnant/s. À ce propos, et en ce qui concerne la gestion des médicaments anti-Alzheimer par les gériatres, il faut noter que nous n'avons pas observé ni le démarrage ni l'arrêt de ce type de médicaments dans le cadre d'une consultation de suivi gériatrique en ambulatoire. Une fois la consultation terminée, ils enregistrent en support audio un rapport adressé au médecin qui envoie le patient. Ce rapport reprend ses antécédents, examen physique réalisé en consultation, modifications thérapeutiques et son avis général. Cet enregistrement est retranscrit par la secrétaire du service, mis sur le dossier du patient et envoyé à son correspondant. Nous avons noté ces informations afin de reconstruire le cas clinique vu par le gériatre en consultation.

Graphique n° VI. Représentation de la place de la consultation de suivi dans la filière gériatrique :



Graphique 6 : Consultations dans la filière gériatrique [Terrain d'observation]

Source : Elaboration propre à partir des observations recueillies sur le terrain d'observation

1.2. Les idéaux de la prise en charge gériatrique : la définition d'un « éthos » commun

Nous présenterons maintenant les idées, les valeurs et les objectifs communs sur lesquels les gériatres estiment fonder leur intervention. Les discours des gériatres nous permettront de comprendre la vision de la gériatrie qu'ils mobilisent et le rôle qu'ils s'assignent dans la prise en charge de personnes âgées. Nous montrerons que les gériatres ont une représentation commune de leur activité qu'on peut caractériser comme un « éthos commun de la prise en charge » qui valorise : une culture humaniste, un idéal de prise en charge globale et un objectif de révision des ordonnances.

- Une culture humaniste : agir sur le vieillissement

Les gériatres estiment inscrire leur activité dans une médecine humaine et sociale. Le gériatre estime soigner les personnes âgées que d'autres médecins ne prennent pas, ou pas suffisamment, en charge en ville, par manque de connaissance des spécificités de la vieillesse ou par généralisation des problèmes liés à l'avancée en âge. Voyons par exemple le discours d'une gériatre responsable de l'hôpital de jour :

« ... il y a une mauvaise connaissance par les médecins de ce qu'est un trouble cognitif quand ils ne sont pas spécialisés, ils ont l'image d'une maladie où les gens, s'ils n'ont plus d'autonomie ils sont condamnés à terminer comme un légume. Pour eux, ça va être pas d'acharnement [...] Il y a une image de la personne âgée démente alors qu'il n'y a pas "une" personne âgée démente qui se ressemble et que de surcroît il y a une personne encore. Donc on sous-traite on ne surtraite pas, mais il peut arriver, mais c'est beaucoup plus rare qu'au contraire, alors que la personne a une maladie très évoluée et qu'il faut surtout lui donner des soins de confort qu'il y a des médecins qui font 10 000 examens et ça je pense que ce n'est pas particulier au trouble cognitif, certains médecins ne prennent pas la peine de regarder où en est la personne et s'imaginent qu'il faut faire des examens même si en face on sait que la personne ne va pas en tirer un bénéfice. Je pense qu'ils ne savent pas estimer le bénéfice que pourrait en tirer la personne âgée, démente ou pas, des examens complémentaires, tu vois, il faut vraiment prendre le temps, savoir vraiment. Ces personnes, ses problèmes de santé et tout ça, ça demande trop de temps pour la majorité des médecins » [Gériatre Resp. HDJ, F-56].

Nous repérons dans le discours de cette gériatre, une critique humaniste de la prise en charge des personnes âgées en ville, proche de celle sur laquelle se fondait la discipline dans les années 1960 et 1970 qui dénonçait la ségrégation des « vieillards » dans l'hospice et leur manque de prise en charge médicale (Benoît-Lapierre, 1983). Ce discours souligne que les médecins en ville laissent tomber le patient âgé tandis que la gériatrie le prend en charge. D'autres travaux, réalisés en gériatrie aiguë, ont souligné l'activité de négociation permanente que les gériatres évoquent devoir faire vis-à-vis d'autres médecins au sein de l'hôpital afin de les convaincre de la valeur d'un patient âgé (Le Theule et al., 2017). De plus, cette culture humaniste qui met en valeur leur intervention est renouvelée par la mise en avant d'un savoir-faire spécialisé qui permet au gériatre de prendre en charge les personnes âgées avec leurs spécificités tout en sachant comment tirer bénéfice des examens médicaux. Il faut noter que la norme à laquelle les discours des gériatres renvoient est celle d'une médecine moins technique et

plus humaine, qui résiste à produire davantage des examens, mais c'est paradoxalement au nom d'une médecine plus humaine que des examens sont davantage réalisés (Kuty et Vrancken, 1994). Enfin, nous observons que cette intervention est justifiée non seulement par la maîtrise de techniques, mais aussi par le temps passé auprès du patient, que ce soit au sein de consultations longues ou dans le cadre d'une hospitalisation d'une demi-journée.

- Un idéal de prise en charge globale : la place du gériatre dans l'organisation de la prise en charge à domicile

En deuxième lieu, les gériatres estiment fonder leur activité sur la prise en charge du patient dans sa globalité, en s'appuyant sur une consultation longue afin d'explorer les aspects médicaux, sociaux et environnementaux de sa situation. Nous observons que cet idéal de prise en charge globale est un élément leur permettant de mettre en valeur le rôle social du gériatre dans le maintien à domicile des personnes âgées. À cet égard, le discours d'un gériatre assurant les consultations de suivi en ambulatoire est significatif :

« C'est d'abord faire un point médical complet. Souvent les personnes qui ont des troubles cognitifs n'ont pas forcément une plainte, ou ils ont une plainte à un instant donné, mais ils l'oublient donc il faut être vraiment exhaustif et s'assurer qu'il n'y a pas de maladie évolutive pour laquelle il n'y a pas de signe d'appel qui soit rapporté par le patient du fait du trouble de la mémoire et l'autre versant de la prise en charge est de s'assurer qu'il a un plan d'aide à la maison qui va lui permettre de rester à la maison dans les conditions qu'il faut, pour qu'il mange à sa faim, pour qu'il prenne les bons médicaments, qu'on puisse le changer ses protections... c'est une prise en charge qui va être globale ah, sur tous les aspects, et pas seulement quotidien, mais qu'il ait un support technique ou humain pour être autonome en tant que personne et pris en charge sur le plan médical » [Gériatre H-36].

Cette prise en charge globale est conçue comme un travail de soin qui permet d'anticiper la prise en charge à domicile. Sur le plan médical, il s'agit pour le gériatre à la fois de dépister les troubles de la mémoire et de ne pas « passer à côté » d'un problème médical qui n'est pas exprimé par la personne et/ou qui n'a pas été examiné en ville. Sur le plan social, il s'agit d'envisager l'organisation des aides permettant de maintenir « l'autonomie » de la personne. Cette approche implique d'enquêter sur le patient, à la fois auprès de lui, des intervenants de sa prise en charge, de la famille ou l'aidant à domicile. En raison des connexions étroites entre les différents services de la filière gériatrique, cette prise en charge globale est pensée comme un travail collectif et attaché à ces différents services. Ainsi, lorsque ce gériatre explique la mise en place concrète d'une prise en charge « médico-psycho-sociale » il parle du rôle de gériatre dans sa globalité, en faisant référence au travail d'enquête assuré par une équipe pluriprofessionnelle qui, dans le cadre d'une hospitalisation de court séjour (HDJ) et dans l'espace de l'hôpital, fait interface avec le réseau de la personne en ville :

« ... on interroge tous les intervenants quand on a un doute sur la qualité du maintien à domicile ou sur une problématique qui peut être rapportée par les enfants, si on se pose des questions sur la véracité de la problématique ou l'existence d'une problématique qui n'est pas rapportée on interroge l'entourage, les infirmières qu'on a, les auxiliaires de vie, les associations d'aide à domicile qui peuvent être en place, le médecin traitant, des fois ça nous arrive de solliciter le pharmacien si les ordonnances sont bien renouvelées, quels médicaments sont pris, on va solliciter le concierge d'immeuble pour avoir le maximum d'info » [Gériatre H-36].

Comme dans l'étude sur les pratiques d'accompagnement des patients et de leur entourage dans les services hospitaliers réalisée par Béliard et Sifer-Rivière (2015a), nous observons que les gériatres perçoivent l'intervention des familles, des proches et des aidants principaux, comme un élément qui s'articule à leur propre travail de soins pour rendre possible et efficace une prise en charge à domicile. Pour assurer leur rôle dans le maintien à domicile, les gériatres se posent comme objectif l'identification des proches et des aidants, mais aussi de tous les professionnels intervenant dans la prise en charge de la personne, comme le souligne la responsable de l'HDJ :

« Tu t'appuies énormément sur ceux qui ont un regard à la maison. Donc ça peut être la famille, les voisins, le concierge, l'infirmière qui aide à la maison, la femme de ménage. Parfois tu n'as pas. Ici, on a la chance d'avoir ce qu'on appelle une équipe mobile, c'est-à-dire des infirmières qui peuvent aller à la maison rencontrer aussi leurs voisins, tu as aussi le médecin généraliste, le pharmacien, tu essayes d'avoir les renseignements par le réseau autour de la personne, parce que tu vis dans une ville donc il y a des gens autour, mais parfois tu n'as personne » [Gériatre Resp. HDJ F-56].

L'idéal de prise en charge globale sur lequel les gériatres estiment fonder leur activité est comparable à celui défendu par les médecins généralistes dans le sens où les gériatres affirment appuyer leur pratique sur les informations de la vie quotidienne du patient, sur les aspects liés à son environnement social et à la façon dont il vit. Cependant, les gériatres interviennent à un moment particulier de la trajectoire d'un patient et le suivi « médico-psycho-social » est assuré dans l'espace de l'hôpital³¹⁰ — non pas dans le cadre d'une visite à domicile —. Par ailleurs, si l'approche globale du patient constitue, comme pour les généralistes, une ressource sur laquelle s'appuie le jugement médical (sur le diagnostic, les soins et les aides à domicile), l'activité du gériatre se focalise davantage sur l'investigation de « l'environnement à risque »³¹¹ pour la personne (Thomas, 2005), « objectivant ses capacités » afin de formuler restrictions et adaptations à la vie à domicile, à l'instar d'un médecin du travail en matière d'aptitude au travail des salariés (Dodier, 1991).

³¹⁰ La vision globale du patient à laquelle les gériatres ont accès peut être vue comme une photographie des aspects médicaux et sociaux à un moment donné de la trajectoire du patient et construite par plusieurs acteurs (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.)

³¹¹ Il s'agit par exemple de la présence de gaz à la maison, de la présence d'escalier et de l'absence d'ascenseur dans l'immeuble, etc.

- Un objectif de révision des ordonnances : dépister les effets secondaires et adapter les traitements

Les gériatres considèrent que l'objectif de révision d'ordonnances est central dans leur activité. Dans ce domaine ils estiment apporter une expertise singulière qui les différencie des médecins généralistes : celui de connaître les médicaments les plus « adaptés » aux personnes âgées et de reconnaître leurs effets indésirables. Mettant en exergue les modalités de leur exercice, encadré par l'hôpital et au sein de consultations longues, les gériatres affirment que tous les moments dans la trajectoire du patient au sein de la filière gériatrique sont une bonne opportunité pour évaluer les ordonnances. Cet objectif est donc revendiqué par les gériatres, et dans ce sens il est aussi une manière de légitimer leur expertise en tant que spécialistes de la polymédication. Voyons un discours significatif de la façon dont les gériatres se représentent leur activité de révision de l'ordonnance :

« C'est assez rare que les patients évoquent les effets des médicaments par eux même. En revanche c'est une partie très importante du travail du gériatre de dépister les effets indésirables de médicaments, de vérifier que tous les traitements ont une indication qui est validée : d'avoir des médicaments pour une cause médicale identifiée, de pas prendre un médicament alors qu'il n'y a pas d'indication ou au contraire de ne pas le prendre à la bonne dose, ça, c'est ce qu'on appelle le travail de "révision de l'ordonnance", c'est quelque chose de primordial du travail d'un gériatre. Soit en consultation, à l'HDJ, en hospitalisation tous ces moments-là sont privilégiés pour réviser l'ordonnance, une fois supplémentaire si besoin » [Gériatre H-36].

Dans cet objectif de révision de l'ordonnance, les gériatres se pensent aussi comme rendant un service aux médecins de ville pour deux raisons : d'une part, ils ont les savoirs pour adapter la pharmacologie à destination des personnes âgées et, d'autre part, leur exercice salarié leur permet d'avoir une pratique de prescription pertinente car elle s'écarte de toute relation clientéliste avec le patient :

« Il faudrait que ce soient les généralistes qui aient du temps pour ça, le problème c'est que beaucoup ne sont pas du tout formés en gériatrie et nous on est en position de force à l'hôpital, c'est très facile de faire le ménage dans les ordonnances, en ville il y a une pression aussi des patients pour avoir un truc pour régler la moindre bêtise. Donc il y a un peu une espèce de clientélisme qui se met en place et c'est difficile » [Gériatre F-47].

Les trois éléments sur lesquels les gériatres estiment fonder leur activité, se retrouvent dans la revendication historique d'une spécialité gériatrique construite sur la base de ce que nous avons nommé « médicalisation hybride », c'est-à-dire sur l'idée d'une imbrication du médical et du social. Ces éléments correspondent à la manière dont les gériatres conçoivent aujourd'hui les réponses aux problèmes de la prise en charge des personnes âgées. Nous observons que cet « éthos gériatrique » est principalement défini en opposition aux pratiques des médecins généralistes et s'appuie sur leurs expériences auprès des personnes âgées, l'expertise sur les maladies cognitives et leurs connaissances pharmacologiques. Les discours montrent finalement que les gériatres recherchent et sélectionnent

dans le passé de leur discipline, des éléments qui les unissent en tant que groupe et qui légitiment leur activité présente.

Notre identification d'un éthos commun de la prise en charge gériatrique fait écho à l'analyse réalisée par Olgierd Kutý et Didier Vrancken (1994) de la construction d'une identité nouvelle de la gériatrie en Belgique qui, au sein de l'hôpital, est traversée par un nouveau système symbolique axé sur « l'autonomie de la personne âgée ». Ces auteurs étudient les enjeux de « valeurs et de légitimité » professionnelle auprès d'une équipe de gériatrie et mettent en lumière une gériatrie qui reconstruit son identité face à sa difficulté à apparaître comme un acteur pertinent par rapport aux autres médecins. Ils soulignent ainsi l'existence d'un processus de recomposition, au sein duquel une situation nouvelle³¹² amène un acteur [l'équipe de gériatrie] à une sélection d'éléments identitaires antérieurs, c'est-à-dire d'éléments d'un passé commun qui ont acquis une légitimité et peuvent donc être « invoqués » dans le « jeu stratégique présent » (Kutý et Vrancken, 1994 : 367). Leur analyse souligne que ces éléments sont évoqués par les acteurs pour agir, pour négocier avec d'autres acteurs au sein de l'hôpital et pour imposer leurs intérêts professionnels.

2. La gériatrie et le médicament

Le cas de la maladie d'Alzheimer nous permet de nuancer l'image d'une gériatrie homogène et ayant une place et un rôle clairs et bien définis. L'arrivée de thérapeutiques anti-Alzheimer sur le marché, à un moment important de la discipline concernant sa quête de reconnaissance et de valorisation médicale, a eu des effets contraires pour celle-ci que nous illustrerons dans cette partie. L'implication de la gériatrie dans le processus de pharmaceuticalisation de la maladie d'Alzheimer a constitué certes une opportunité pour davantage établir son statut de spécialité médicale, mais cela n'a pas modifié fondamentalement sa place faible dans le milieu médical et a même, d'une certaine manière compromis la réalisation de son projet de médicalisation hybride.

³¹² Les auteurs expliquent cette situation nouvelle de la manière suivante : « Avec l'apparition d'une nouvelle définition des services gériatriques, le législateur privilégie la "revalidation" du patient et non plus le gardiennage institutionnel à long terme. L'hôpital doit dorénavant "stimuler" la personne âgée aux gestes quotidiens : marcher, manger, se laver, se rendre aux toilettes, etc. » (Kutý et Vrancken, 1994 : 363).

2.1. Alzheimer comme élément de fragilité du projet de « médicalisation hybride » de la gériatrie

Entre la fin du XVIII^e siècle et le milieu du XX^e, la spécialisation est devenue le mode dominant de l'exercice de la médecine dans les pays occidentaux. Les auteurs d'un état des lieux critique de la recherche contemporaine sur la sociologie politique de la santé, constatent à partir des travaux récents sur la spécialisation en médecine que « pas plus l'avènement de la clinique, qui décomposait le corps en organes, support présumé de la spécialisation, que les velléités professionnelles d'accroissement des revenus ne suffisaient à comprendre le processus de spécialisation » (Bergeron et Castel, 2014 : 178). Ces auteurs affirment que les causes générales de la spécialisation sont de tous ordres (scientifiques, techniques, économiques, politiques) et s'appuient sur le travail de Patrice Pinell (2005)³¹³ pour affirmer qu'il faut renoncer à trouver un modèle unique pour expliquer l'ensemble du processus de spécialisation. Nous prenons ici l'exemple de la maladie d'Alzheimer afin de tracer les difficultés de la gériatrie à se constituer comme spécialité légitime et reconnue dans le milieu médical.

Dans le contexte d'un processus accéléré de spécialisation après la Seconde Guerre mondiale au sein de l'hôpital français, la gériatrie est une discipline impulsée par des médecins qui se positionnent contre ce processus qui décomposerait le corps en organes en détriment d'une approche globale du malade. Le projet de la gériatrie était de définir comme étant son domaine d'intervention les « polypathologies », englobant toutes les affections de la vieillesse et parmi celles-ci la « démence sénile », considérée jusque-là comme l'exemple type d'affection irréversible et incurable (Benoît-Lapierre, 1983). Se focaliser sur le grand âge et la fin de vie — et donc sur des personnes âgées pour qui les difficultés de diagnostic en situation de polypathologies, les difficultés de prescription thérapeutique (dus à la pharmacocinétique propre aux personnes âgées et aux interactions médicamenteuses), ainsi que de guérison compliquait la tâche pour les médecins généralistes et spécialistes — était une opportunité de se constituer par différenciation à des spécialités concurrentes (médecine palliative, médecine urgentiste et humanitaire). L'une des raisons avancées par ces médecins au sein de l'hôpital moderniste pour constituer cette discipline est sous certains aspects professionnelle et technique, dans la mesure où ces médecins affichent une volonté d'améliorer l'image et le fonctionnement des services de moyen et long séjour qu'ils se voient attribuer et qui accueillent principalement des « vieillards »³¹⁴. L'autre logique est d'ordre politico-social. Benoît-Lapierre (1983)

³¹³ Pinell P. (2005), « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, pp. 4-36

³¹⁴ Benoît-Lapierre (1983) explique que la réforme hospitalo-universitaire de 1958 (dite Réforme Debré) lie les activités de soins, d'enseignement et de recherche dans les CHU (centres hospitalo-universitaires) qui constituent les lieux de plus

explique qu'à la faveur d'une évolution conjointe du monde médical hospitalier et du statut social des personnes âgées au moment de l'annonce d'une politique de la vieillesse par Pierre Laroque, le discours de constitution de la gériatrie se base sur une contestation de la relégation des vieillards dans l'appareil hospitalier. Ces médecins critiquent le renoncement de soins envers des personnes âgées effectué par la médecine dominante à l'hôpital.

Dans les années 1980, la gériatrie semble être bien placée pour se faire reconnaître autour de la maladie d'Alzheimer (encore appelée démence sénile), Benoît-Lapierre (1983) parle même d'une gériatrie « ennoblie ». En effet, les gériatres ont réussi à avoir des postes dans le long séjour, les maisons de retraite et les services aigus de l'hôpital. Au sein du processus où les démences séniles sont en train de se construire comme « maladie d'Alzheimer et apparentées »³¹⁵, ces gériatres se confrontent au suivi de patients concernés par plusieurs pathologies, y compris la « maladie d'Alzheimer » (Thomas, 2005 ; Ngatcha-Ribert, 2012). Qui plus est, les années 1980 et 1990 ont été identifiées dans les études de sciences sociales comme une période de montée du paradigme gériatrique et de son corollaire : « la dépendance » (Ennuyer, 2002), devenue la cible de la politique de la vieillesse (Martin, 2015). Installés dans des structures de soins de long séjour, les gériatres s'autoproclament experts de cette notion qu'une partie d'eux-mêmes a contribué à construire³¹⁶, en se chargeant de la « prescription » au

grand prestige dans le monde médical. Il accueille les investissements les plus importants, les équipements le plus sophistiqués et les malades les plus intéressants pour les étudiants en médecine du point de vue de leur carrière. Les vieillards sont rares. Cette évolution de l'appareil hospitalier induit une spécialisation croissante. Cette spécialisation est aussi plus technique, entraînant ainsi un accroissement des dépenses et une division encore plus marquée entre les secteurs de pointe et les autres, notamment les services de moyen et long séjour, occupés à 90 % par des personnes âgées, qui sont les plus défavorisées en équipement et en personnel et les moins « intéressantes pour les médecins. Dans les années 1960, les jeunes médecins qui au début de leur carrière se voient attribuer la direction de ces services, décident modifier son image : “un ‘choix’ limité les conduit là, plus qu’une vocation ou un intérêt préalable à l’égard du patient âgé” (Benoît-Lapierre, 1983 : 154). Ils l’ont ainsi transformé en postes de combat de la gériatrie où une nouvelle pratique médicale à l’égard des vieillards s’inaugure.

³¹⁵ Dans son ouvrage sur la construction sociale de la maladie d'Alzheimer, Ngatcha-Ribert (2012) identifie une dynamique de reconceptualisation de la démence sénile en termes de « maladie d'Alzheimer » à partir des années 1970 qui aboutit progressivement à rassembler un vaste ensemble de démences diverses sous le terme « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ».

³¹⁶ Plusieurs auteurs affirment que les médecins chargés de ces unités de long séjour gériatrique ont commencé à utiliser la dénomination « dépendant » en substituant peu à peu des dénominations d'« invalide », ou de « handicapé », utilisées jusque-là (Frinault, 2005 ; Caradec, 2008 ; Ennuyer, 2004 ; 2015). Nous, n'étudions pas ici les tensions à l'intérieur de la discipline gériatrique. Mais, il serait intéressant d'approfondir une recherche sur la constitution de groupes rivalisant à l'intérieur de la gériatrie. Par exemple, les gériatres autour de la création et de la défense de la catégorie de dépendance et de la politique qui lui a suivi. Plusieurs auteurs ont déjà affirmé l'existence de groupes de gériatres plus proche des acteurs politiques que d'autres (Benoît-Lapierre 1983 ; Ennuyer 2001 ; Frinault 2005 ; Ngatcha-Ribert, 2007). Frinault (2005) parle des « grandes gueules » de la gériatrie pour faire référence à ce groupe proche des pouvoirs publics et des administrations locales qui se sont fait porte-parole de la dépendance. Ngatcha-Ribert (2012) identifie parmi ceux-ci la professeure Françoise Forette, gériatre occupant le devant de la scène publique depuis les années 1980 : « *Liée à la fois aux espaces politique, étatique et scientifique : multiposition, médecin interne, chercheur INSERM, organisatrice de colloques PA, rédactrice en chef de la revue Gérontologie et société, écrit nombreux articles et livre, etc... active dans les controverses scientifiques internes à la discipline gériatrique dans la mesure où son parcours est imprimé dans le cheminement scientifique du paradigme bio-médical* ».

domicile des personnes âgées de plus de 60 ans ayant des incapacités (physiques ou psychologiques) pour accomplir seules les actes de la vie quotidienne³¹⁷, ainsi que de l'organisation de la prise en charge qui revient aux aidants familiaux. La maladie d'Alzheimer, englobée par la dépendance, apparaît ainsi comme un territoire que la gériatrie aurait pu mobiliser pour légitimer et cerner sa spécialité.

En 1994, la Tacrine (Cognex), le premier médicament présenté comme un début de solution face à la maladie d'Alzheimer est mis sur le marché français. Cette thérapeutique, par son effet inhibiteur de l'acétylcholinestérase promettait de corriger les déséquilibres moléculaires du cerveau, permettant ainsi d'atténuer les symptômes de la maladie sans forcément la guérir. L'introduction de ce médicament, qui était alors disponible seulement dans les hôpitaux, a constitué un élément significatif pour la reconnaissance médicale de la gériatrie. Les directeurs de la sécurité sociale, des hôpitaux et de la santé, qui signent la circulaire relative aux modalités de prescription et de surveillance pharmacologique du Cognex assignent sa prescription exclusive aux médecins spécialisés dans trois disciplines intervenant dans le monde de la maladie d'Alzheimer : neurologues, psychiatres ou médecins généralistes capacités en gériatrie. Les médecins généralistes ne sont autorisés qu'au renouvellement de la prescription. Selon Ngatcha-Ribert (2012), la gériatrie est mieux reconnue grâce au développement de ces traitements des maladies « dégénératives », même s'ils ne les guérissent pas. À partir de ce droit à la prescription d'une thérapeutique médicamenteuse, la gériatrie acquiert un véritable statut reconnu au sein du monde biomédical et non plus seulement définis par la délivrance de soins « médico-sociaux ». Cette autorisation de prescription instaure une hiérarchie entre les médecins généralistes et les gériatres : ces derniers disposent du pouvoir de prescrire un traitement anti-Alzheimer à différence des premiers. Cependant, ils n'obtiennent ni le monopole du diagnostic ni de la prescription. Les gériatres se retrouvent alors dans une position qui n'est plus centrale par rapport à la maladie d'Alzheimer. À partir du moment où des thérapeutiques ont été commercialisées, les neurologues se mobilisent fortement sur le diagnostic de la maladie et dans la mise en place de centres mémoire tandis que les gériatres soutiennent encore les structures de long séjour : « Ainsi, une opposition se serait établie entre d'une part la nécessité de repérer précocement les pathologies démentielles grâce à des structures spécifiques telles que les consultations mémoire, formulation défendue par les neurologues et d'autre part, le besoin de structures de prise en charge sur le long terme, les unités de long séjour, les gériatres arguant du fait qu'il sera toujours nécessaire de continuer à accompagner les personnes déjà malades » (Ngatcha-Ribert, 2012 : 143). De plus, la neurologie gagne une place significative vis-à-vis des autres disciplines intervenant dans le monde de la maladie d'Alzheimer pour plusieurs raisons : il s'agit d'une discipline « noble » placée dans le haut de la

³¹⁷ La notion de « dépendance » est consacrée en 1979 dans le rapport Arreckx, premier rapport officiel utilisant le mot et accréditant la définition médicale de la dépendance (Arreckx, 1979 : 17).

hiérarchie universitaire, spécialité constituée, prestigieuse et reconnue de la médecine, et surtout, car l'avancée des recherches sur Alzheimer se focalise sur les lésions du cerveau qui relève de son domaine de compétence. Un argument supplémentaire l'éloigne aussi des affections propres à la vieillesse par l'existence de malades plus jeunes que ceux que la gériatrie prend en charge en consultation.

Ces sont d'un côté, l'arrivée de nouvelles thérapeutiques et d'autre côté, la publication du rapport de Jean-François Girard en 2000, le premier rapport portant spécifiquement sur la maladie d'Alzheimer³¹⁸ qui vont finalement trancher sur les « divergences » entre la neurologie et la gériatrie.

Premièrement, il y a l'arrivée de nouvelles thérapies. À la fin des années 1990 et sous l'investissement des géants de l'industrie pharmaceutique qui entendent tenir la « promesse médicale » (Delgalarrondo et Hauray, 2015 ; 2020), quatre nouvelles thérapeutiques commencent à apparaître sur le marché français : le Donépézil (Aricept, d'Eisai, distribué par Pfizer) en 1998, la Rivastigmine (Exelon, de Novartis) en 1999, la Galantamine (Reminyl, de Cilag) en 2000, et la Mémantine (Ebixa, de Lundbeck) en 2003. Entre-temps, la Tacrine verra l'arrêt définitif de sa commercialisation en 2004, en raison de sa haute toxicité et des effets indésirables qu'elle induisait (des troubles digestifs et cardiaques). Ngatcha-Ribert (2012) parle du « tournant des thérapeutiques » qui ont pathologisé Alzheimer en la mettant clairement dans le règne de la maladie et non plus de la sénilité. Tout en mettant en avant leur efficacité discutable, cette auteure souligne les usages sociaux des thérapeutiques médicamenteuses : « elles ont surtout pour effet de diminuer les symptômes et d'améliorer le confort de l'existence de la personne malade et de son entourage ». Alzheimer devient une maladie traitable par des thérapeutiques médicamenteuses et les médecins qui étaient alors complètement démunis face à la maladie se sont vu légitimés face aux patients et aux familles. Il faut noter que l'association France Alzheimer³¹⁹ réussit à faire inscrire dans le second plan Alzheimer la maladie en tant qu'ALD spécifique, ce qui signifiera pour les familles l'accès à des soins de santé remboursés à 100 %. Le rapport Gallez sur « la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées » de 2005³²⁰ souligne que la France présente la plus forte proportion de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer traitées par

³¹⁸ Girard J-F. et Canestri A., La maladie d'Alzheimer. Rapport de mission, septembre 2000.

³¹⁹ L'Association France Alzheimer est acteur qui soutient fortement le remboursement de ces médicaments et leur place dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et apparentées jusqu'à présent. Voir : France Alzheimer, « Déremboursement des traitements symptomatiques dits "anti-Alzheimer" : une injustice difficile à comprendre », 20 décembre 2019 ; <https://www.francealzheimer.org/deremboursement-des-traitements-symptomatiques-dits-anti-alzheimer-une-injustice-difficile-comprendre/>

³²⁰ Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, juillet 2005.

ces médicaments (anticholinestérasiques) et que moins d'un tiers des sujets atteints de maladie d'Alzheimer seraient cependant traités en France³²¹.

Deuxièmement, en ce qui concerne le rapport Girard en 2000, il annonce l'objectif de « médicaliser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et démedicaliser sa prise en charge », un objectif qui vise plus spécifiquement la minimisation du rôle de l'hôpital, à partir du développement des consultations spécialisées, d'accueil de jour dans des structures non hospitalières et d'hébergement temporaire. Cette formule, qui a eu une grande visibilité publique et médiatique et a exposé les tensions entre la gériatrie et la neurologie, a surtout menacé l'identité de la gériatrie, toujours à la recherche de reconnaissance médicale, et donc sa place dans le long séjour (Ngatcha-Ribert, 2012). La « médicalisation du diagnostic » a signifié sa prise en main par les neurologues qui, à la tête des centres mémoires créés dans les années 2000, reçoivent des financements substantiels, notamment des firmes pharmaceutiques. Cette organisation crée ainsi des hiérarchies plus visibles entre gériatres et neurologues. Ces « centres experts », qui organisent le flux de malades d'Alzheimer, auront un rôle important dans la recherche thérapeutique et leurs responsables régionaux seront identifiés comme leaders français de la maladie et de la recherche (Dalgalarondo et Hauray, 2020). Pour sa part, la « démedicalisation de la prise en charge » renvoie à la tâche du gériatre. En effet, cette question enlève à la gériatrie la possibilité de s'affirmer comme une profession proprement « médicale » et se traduit, d'une certaine manière, par un retour vers le « médico-social » dans le sens où, même si elle aura une place dans le diagnostic, elle reste cantonnée à organiser la vie quotidienne du malade et l'Aide aux familles.

La gériatrie peut être caractérisée avec les termes qu'Andrew Abbott (1988) utilise pour définir une profession à savoir comme un groupe ayant des compétences spéciales, des tâches consacrées à améliorer des problèmes humains et des connaissances spécialisées, c'est-à-dire un savoir expert et des compétences techniques pour accomplir ces tâches. Or, les activités, compétences et domaines d'intervention que les gériatres revendiquent le sont aussi par d'autres spécialités dans le milieu médical. Il est encore aujourd'hui difficile de cerner le territoire d'action de la gériatrie, y compris pour le corps gériatrique. Proche de spécialités telles que la pédiatrie ou la gynécologie, la gériatrie porte sur un type de patient (les personnes âgées), doit remplir une mission sociale (l'organisation des soins à domicile) et de santé publique (la prévention et le dépistage). Le collège national des enseignants en gériatrie définit la gériatrie comme « la discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées malades comme la pédiatrie prend en charge les enfants malades. Il ne s'agit pas actuellement d'une

³²¹ Comme le souligne ce rapport les médicaments psychotropes sont également indiqués pour traiter les troubles de l'humeur et de comportements liées à la maladie.

spécialité d'exercice. Elle est moins définie par le fait de soigner des personnes que par la façon dont on le fait »³²². En 2004, la gériatrie a atteint le titre de spécialité par arrêté du 21/02/2004, et elle est indiquée dans les plaques professionnels et affichée en tant que telle sur le seuil des services gériatriques hospitaliers. Or, il leur est encore aujourd'hui difficile de se distinguer de la médecine interniste. On peut citer le discours d'un gériatre à la retraite interrogé par Ngatcha-Ribert qui a du mal à souligner ce qui est spécifique à la pratique des gériatres : *« c'est la complexité de l'interaction des problèmes, qu'ils soient médicaux, psychologiques, et sociaux. Mais après tout un bon interniste est capable d'appréhender tous les problèmes médicaux, les coûts sociaux, etc. Je veux dire en quoi est-ce que qu'il va se différencier d'un gériatre ? Et ça, c'est un grand problème »* (Ngatcha-Ribert, 2012 : 141). Le discours gériatrique fonde encore aujourd'hui sa légitimité sur le thème de la prise en charge « globale » du patient, avec la reconnaissance que lui confère son rôle dans l'organisation du maintien à domicile, avec la mission d'éviter l'hospitalisation et l'institutionnalisation des personnes âgées, et notamment grâce à son rôle auprès des aidants familiaux, acteurs stratégiques pour aboutir à cette mission (Béliard et Sifer-Rivière, 2015a). Ce titre de spécialité ne l'empêche ainsi pas d'avoir un statut problématique et de se vivre comme une spécialité couvrant un espace moins légitime que d'autres (comme la neurologie, ou la cardiologie) et ayant un rôle dominé par d'autres spécialités dans l'activité médicale³²³. Comme la médecine générale, elle fait face à un déficit d'attractivité. En 2017, 200 postes ont été ouverts en gériatrie et 40 postes sont restés vacants. Il serait intéressant d'approfondir la recherche sur les trajectoires des gériatres afin de comprendre leur choix. Nous pouvons faire l'hypothèse que lors de leur sixième année certains étudiants sont contraints de faire ce choix faute de places dans des spécialités plus prestigieuses³²⁴.

La gériatrie est donc une profession qui s'est vue impliquée dans le processus de médicalisation de la vieillesse par une demande de « care ». Depuis notamment la spécification d'une « filière

³²² Collège national des enseignants en gériatrie (2009) « Le vieillissement humain » Campus gériatrie, octobre 2009 [En ligne] ; <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/1.html>

³²³ Il faut par exemple noter la place dominée des gériatres dans l'organisation de l'activité médicale en oncogériatrie. À ce sujet voir notamment Sifer-Rivière (2010) et Sifer-Rivière et al. (2011).

³²⁴ Il faut noter que la gériatrie et la médecine du travail portant des problématiques sociales actuelles (plus que strictement biologico-médicales) se classent derniers en termes d'attractivité. La Médecine générale n'est pas le premier choix des étudiants, mais la gériatrie tout autant que la psychiatrie repousse les jeunes. Ce manque d'intérêt des étudiants par la gériatrie a été médiatisé avant et après la phase d'attribution des spécialités le 19 septembre 2017. Voir : *France Info* : « Crise des vocations en gériatrie. Les internes en médecine désertent les services de gériatrie pour des spécialités qu'ils considèrent comme plus prestigieuses » 12/09/2017 https://www.francetvinfo.fr/sante/senior/crise-des-vocations-en-geriatrie_2369381.html ; *Le Figaro* : « Les gériatres veulent séduire les jeunes internes » 25/08/2017 http://etudiant.lefigaro.fr/article/les-geriatres-veulent-seduire-les-jeunes-internes_63b0f092-88e2-11e7-8433-9e5dd088e998/ ; *Le Télégramme* : « Gériatrie. Un besoin urgent de vocations » 30/11/2017 <http://www.letelegramme.fr/france/geriatrie-un-besoin-urgent-de-vocations-30-11-2017-11760533.php> ; *BFMTV*, « Les spécialités et régions boudées par les étudiants en médecine » 25/09/2017 <http://www.bfmtv.com/sante/les-specialites-et-regions-boudees-par-les-etudiants-en-medecine-1263844.html>

gériatrique » au milieu des années 2000, la gériatrie réaffirme sa place dans le dispositif de prise en charge à domicile, un objectif par ailleurs largement partagé par la collectivité, et continue à fonder sa légitimité sur la poursuite de l'objectif de prise en charge globale du patient, avec l'idée que les soins à apporter aux personnes âgées malades ne sont pas seulement médicaux, mais aussi collectifs (aides familiales, sociales, financières, ménagères...). Ainsi, elle met en avant les enjeux sociaux du problème de la « dépendance », approche qui a par ailleurs de moins en moins d'adeptes dans la période récente³²⁵. Qui plus est, elle connaît bien les dispositifs de prise en charge à domicile et devient donc une profession qui peut jouer un rôle pivot dans l'organisation du parcours de soin des personnes âgées.

Cependant, comme nous le verrons à partir des débats sur le déremboursement des médicaments anti-Alzheimer, l'arrivée de ces médicaments a aussi été porteuse de remises en cause pour cette profession. Nous faisons ainsi l'hypothèse que la pharmaceuticalisation de la maladie d'Alzheimer représente une occasion manquée pour la gériatrie de mener jusqu'au bout son projet historique et de répondre aux enjeux collectifs liés au problème de la polyprescription.

2.2. La gériatrie face aux controverses sur les médicaments anti-Alzheimer

Avec la mise sur le marché des nouvelles thérapeutiques indiquées dans la maladie d'Alzheimer la gériatrie se retrouve au cœur du dispositif biomédical consacré à la maladie (Ngatcha-Ribert, 2012). À partir du milieu des années 2000, les évaluations publiques des médicaments Alzheimer, servant notamment à décider de leur remboursement et à l'élaboration des recommandations à destination des professionnels de santé, ont de plus en plus fortement pointé leur faible efficacité voire leur dangerosité (Dalgarrondo et Hauray, 2020). Dans ce processus biomédical³²⁶ qui a *pharmaceuticalisé* la maladie d'Alzheimer, la gériatrie a ainsi été confrontée aux controverses sur l'utilité et les effets des médicaments anti-Alzheimer. Elle s'est retrouvée ainsi face aux contradictions et incertitudes de l'EBM (médecine factuelle), c'est-à-dire aux limites des connaissances sur le rapport du bénéfice-risques réel des traitements pour les patients âgés qu'elle soigne, habitués à la polymédication. Ce

³²⁵ Voir par exemple le Rapport de la concertation nationale « Grand âge et autonomie » remis par Dominique Libault à la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn le 28 mars 2019 ayant fait 10 propositions pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie ».

³²⁶ Nous concevons ici la biomédecine dans les termes définis par Gaudillière (2002) comme « *un processus de reconfiguration des rapports* » entre l'État, les scientifiques et experts, les médecins et les entreprises du secteur de la santé. Selon cette définition, la biomédecine résulterait de la conjonction de trois tendances (Keating et Cambrosio, 2014 : 144) : la progression des savoirs moléculaires dans les sciences de la vie qui ont permis d'établir des liens entre le normal et le pathologique, le recours de plus en plus fréquent aux modèles animaux pour étudier les modifications pathologiques et enfin, le développement des essais cliniques et des études épidémiologiques à visée prospective, lequel a contribué à rendre plus expérimental la pratique clinique.

faisant, des tensions sont apparues au sein de la gériatrie sur solution médicamenteuse apportée à la maladie d'Alzheimer.

Après de nombreuses années de controverses, la ministre de la Santé Agnès Buzyn a finalement annoncé en mai 2018 le déremboursement des quatre médicaments anti-Alzheimer mis sur le marché (Aricept, Ebixa, Exelon, Reminyl) et de leurs génériques, en raison de leurs effets « plus nocifs que bénéfiques pour les patients »³²⁷. Cette question du déremboursement des traitements anti-Alzheimer, qui s'est affirmée à partir du milieu des années 2000, a alimenté un débat principalement centré sur l'utilité/efficacité de ces médicaments. Ce débat a ainsi révélé dans l'espace public le fait que, malgré des avis scientifiques pointant leurs effets secondaires importants, le remboursement avait été jusqu'à maintenant non sur la base de leur efficacité thérapeutique propre, mais principalement sur l'argument de préserver le lien thérapeutique avec le patient et son entourage. Malgré la mobilisation de certains acteurs publics, de certains professionnels et scientifiques autour de l'inutilité de ces médicaments, ces médicaments continuaient ainsi à être remboursés, promus et prescrits.

Depuis le début des années 2000, des acteurs publics ont alerté sur la prescription de ces médicaments, mettant l'accent sur le bénéfice limité qu'ils apportent et les effets secondaires qu'ils induisent³²⁸. Ces médicaments ont fait l'objet de réévaluations par la HAS en 2007, en 2011 et en 2016. En 2007, la HAS réévalue le SMR (service médical rendu) de ces médicaments, et estime que malgré un apport thérapeutique mineur, ils rendent un service médical important par leur effet « *structurant de la prise en charge* » globale de la maladie d'Alzheimer³²⁹. Accompagnant cet avis, un document de la HAS, élaboré la même année, met en exergue que la prise en charge de la maladie ne doit pas se limiter

³²⁷ Agnès Buzyn a confirmé, mercredi 30 mai 2018, sur le plateau du « 19/20 » de France 3, que les médicaments pour lutter contre la maladie d'Alzheimer « ne seront plus bientôt remboursés » en soulignant : « *Ce n'est pas pour des raisons budgétaires, a assuré la ministre de la Santé. Ces médicaments sont considérés par la Haute Autorité de santé comme étant néfastes et entraînant beaucoup d'effets secondaires, dont des fractures et des chutes.* »

³²⁸ En première ligne, la revue *Prescrire*, qui en 2003, basée sur l'évaluation des dossiers de médicaments annonce : « pas de médicaments miracle » pour la maladie d'Alzheimer (« Les anticholinestérasiques dans la maladie d'Alzheimer » *Rev Prescrire* 2003 ; vol. 23, n° 241, pp. 534-536) ; le Rapport de la Cour des Comptes 2003, relatif aux comptes de la sécurité sociale 2002, qui signale une efficacité minime de ces médicaments par rapport au placebo (<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/1603>) ; l'Afssaps aboutit à une conclusion similaire sur la Galantamine (Afssaps, « Reminyl® [galantamine] et mortalité : résultats de deux essais cliniques menés chez des patients atteints d'une altération modérée de la fonction cognitive », Communiqué du 24 janvier 2005.

³²⁹ La conclusion de la Commission de la transparence suite à la réévaluation de 2007 pour les Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ) et la Mémantine est la suivante : « *Malgré le rapport efficacité/effets indésirables modeste de ces médicaments, et compte tenu de la gravité de la maladie à traiter et du rôle structurant du médicament dans la prise en charge globale de la maladie d'Alzheimer, la Commission de la Transparence considère que le service médical rendu par les spécialités (...) dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer dans ses formes modérées à sévères reste important* » ; voir cette conclusion dans : HAS (2011), Commission de la Transparence, Rapport d'évaluation, 19 octobre 2011 ; 14 septembre 2011 ; https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rapport_evaluation_mdc_alzheimer_19-10-2011.pdf

au médicament, mais que leur prescription est une opportunité pour mettre en place une prise en charge « globale » (humaine et sociale) individualisée :

« Selon les experts, ils ont un rôle structurant : leur prescription représente une occasion privilégiée pour mettre en place une prise en charge thérapeutique à long terme médico-psycho-sociale individualisée (dont le médicament n'est qu'un des éléments) et pour favoriser un accompagnement personnalisé des patients avec le soutien des "aidants". La réévaluation régulière, par le médecin traitant, du bénéfice apporté par le médicament et de sa tolérance est l'occasion de faire le bilan de l'évolution de la maladie et d'évaluer l'efficacité des moyens thérapeutiques mis en œuvre »³³⁰.

À la suite de cet avis de la Commission de la Transparence de 2007, maintenant le remboursement des médicaments anti-Alzheimer, la HAS publie en 2008 ses recommandations sur la prise en charge des patients atteints de cette maladie³³¹. Les experts travaillant au sein de la HAS recommandent une évaluation cognitive globale basée sur le MMSE (Mini Mental Status Examination) version GRECO³³² et la prescription du traitement médicamenteux dans les stades légers à modérés, principalement selon le score des patients à ce MMSE. Il est également signalé qu'il revient aux médecins prescripteurs de prendre en compte le rapport bénéfice/risque pour le patient. Ces recommandations ont été fortement critiquées notamment en raison du fait que les experts au sein de la HAS avaient de liens d'intérêts avec les industriels concernés par ces médicaments. Cette critique a principalement été portée par des associations de consommateurs comme UFC-Que choisir et par des groupes organisés qui défendent leur indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique et leur opposition aux médicaments anti-Alzheimer, comme le Formindep et *Prescrire*³³³. Ces associations ont demandé à plusieurs reprises, mais sans succès, le déremboursement de ces médicaments, argumentant que l'argent supporté par la collectivité pourrait être utilisé en aide humaine pour les patients. Ce mouvement a néanmoins réussi à invalider les recommandations de la HAS de 2008 au motif d'un manquement aux règles sur les « conflits d'intérêts » des experts chargés de les rédiger (Dalgalarondo et Hauray, 2020).

À partir de la décennie 2010, les positionnements professionnels dans le débat sur l'utilité des médicaments se font de plus en plus visibles. Par exemple, sous la question « Ces médicaments servent-

³³⁰ HAS : "QUESTIONS/RÉPONSES ; Quelle place pour les médicaments anti-Alzheimer dans la prise en charge des patients ?", août 2007 ; http://www.sgca.fr/textes/anaes2007_antialz1.pdf

³³¹ HAS-2008, Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, mars 2008 ; http://www.sgca.fr/textes/HAS_Mars2008_Maladie_Alzheimer_Recommandations.pdf

³³² Sur l'origine du MMSE, son introduction et son adaptation en France voir : Brossard B. (2014), « Un test rudimentaire, mais pratique. Enquête sur le succès du *Mini-Mental State Examination* », *Sciences sociales et santé*, n° 4, vol. 32, pp. 34-70.

³³³ Voir UFC-Que choisir : « Loi sur la transparence de l'information médicale. Des enjeux majeurs », Publié le : 27/04/2009. Voir également l'article intitulé « HAS et conflits d'intérêts, des recommandations professionnelles peu recommandables » publié sur le site du FORMINDEP et disponible à l'adresse suivante : <http://www.formindep.org/Des-recommandations> Voir aussi l'article réalisé par la rédaction de la revue *Prescrire*, 2009, « Maladie d'Alzheimer et autres démences. Un guide HAS biaisé, des affirmations hasardeuses », *Prescrire*, 29, 304, 150.

ils à quelque chose ? » le journal *La Croix* met en discussion les avis contrastés entre d'une part, un médecin gériatre qui siégeait à la Commission de la Transparence de la HAS et très présent dans les médias, le Dr Jean-Marie Vetel qui affirme : « *Il est irresponsable de jeter le discrédit sur ces médicaments... Ces produits ont une efficacité moyenne, mais très variable d'un patient à l'autre. Chez certains, il y a des effets vraiment intéressants, notamment au niveau comportemental. Il y a même des cas où ils font baisser la consommation de neuroleptiques* », et d'autre part, le Président du syndicat de généralistes MG-France, Claude Leicher qui affirme « *Ces produits n'ont jamais fait la preuve de leur efficacité. Aujourd'hui, la collectivité dépense 280 millions d'euros pour les rembourser. On ferait mieux d'utiliser cet argent pour soutenir les aidants familiaux des malades* »³³⁴.

En octobre 2011, dans un contexte d'adoption de nouvelles politiques de transparence déclenché par la crise du Mediator (Hauray, 2018), la Commission de la Transparence de la HAS, en charge de l'évaluation des médicaments, a réévalué ces médicaments. À cette occasion l'avis de la HAS met en avant un intérêt thérapeutique faible pour les quatre médicaments dans leurs indications respectives et relativise le rôle structurant que les experts leur avaient accordé en 2007 : « *le possible effet structurant évoqué par plusieurs experts n'est pas établi. Les données disponibles ne permettent pas de comparer les performances respectives de ces médicaments. Il n'y a pas de preuve en faveur de la bithérapie IChE + mémantine ou entre IChE. La documentation de l'efficacité au-delà de 6 mois reste insuffisante. Leur intérêt à un stade évolué nécessitant l'institutionnalisation des patients (et à un stade pré-déméntiel) n'est pas établi* »³³⁵. Le Pr Olivier Saint-Jean, chef de service de gériatrie à l'Hôpital Georges Pompidou, qui intégrera la Commission de la Transparence en 2015, raconte qu'à la suite de cet avis de 2011 les prescriptions ont commencé à baisser au rythme de 10 % par an³³⁶. Pourtant, à la suite de cet avis, fortement critiqué par Formindep (en raison du manque d'efficacité³³⁷), les médicaments sont toujours remboursés et continuent à être prescrits.

En mai 2016 nous avons interrogé un médecin-conseil de l'Assurance maladie qui nous a donné son avis sur les médicaments disponibles pour traiter cette maladie : « *On sait qu'ils n'ont pas une*

³³⁴ *La Croix*, « L'utilité des médicaments anti-Alzheimer en débat », 21 septembre 2011.

³³⁵ HAS (2011), Commission de la Transparence, Rapport d'évaluation, 19 octobre 2011 ; 14 septembre 2011 ; https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rapport_evaluation_mdc_alzheimer_19-10-2011.pdf

³³⁶ Voir l'entretien auprès du Pr Saint-Jean dans : *Libération*, « Alzheimer : "Les produits prescrits ne sont pas utiles" », 19 octobre 2016

³³⁷ Contre l'avis de la Commission de la Transparence de 2011, dont la baisse de l'efficacité des médicaments anti-Alzheimer n'est pas prise en compte, *Formindep* soutient : « *Ce résultat est obtenu alors que la HAS prétend avoir mis en œuvre, sous les pressions des décisions du Conseil d'État et de l'action du Formindep, une politique plus stricte de gestion des conflits d'intérêts des experts. Contrairement à 2008 le groupe de travail ne comprend pas d'experts en situation de conflits d'intérêts majeurs, cependant certains des experts continuent de bénéficier du soutien de firmes pharmaceutiques concernées par les médicaments anti-Alzheimer au travers du financement de leurs associations (patients, formation), sociétés savantes et des congrès auxquels ils participent* ». Voir : Masquelier P., « La "nouvelle" recommandation Alzheimer 2011 », *Formindep*, 5/02/2012 [En ligne] <http://www.formindep.org/La-nouvelle-recommandation.html>

efficacité très importante... Après, c'est difficile de ne rien faire eh. Quand une famille vous dit "il y a des médicaments pour l'Alzheimer, etc."... soit vous savez que ça ne va pas changer grand-chose et c'est des médicaments qui coûtent cher, bon on sait que ça ne va pas changer énormément, est-ce que ça va peut-être leur ajouter quelque mois de vie ? ... Voilà. Mais si c'était votre mère, vous ferez quoi ? » [Médecin-conseil AM F-52]. Nous identifions ici la « pensée de l'homme malade », une conception ouverte à l'innovation et donc acceptant le risque couru par les patients en contrepartie d'un médicament nécessaire pour traiter la maladie (Hauray, 2006). Le constat sur l'inutilité de ces médicaments n'a donc longtemps pas été pris en compte par les pouvoirs publics qui, en matière de santé publique, entendent œuvrer en faveur des malades et des familles. À cet égard, le discours du Pr Saint-Jean, figure médiatique actuelle dans la critique de l'inefficacité de ces médicaments, est significatif : « Tous les documents scientifiques pointaient la non-efficacité, mais rien n'y a fait. Il y avait une sorte d'impossibilité symbolique à dire que l'on n'avait pas de médicament contre l'Alzheimer »³³⁸.

Derrière le long maintien du remboursement des médicaments anti-Alzheimer il faut souligner le poids des intérêts des industriels, qui ont été très tôt concernés par la recherche biomédicale autour de la maladie d'Alzheimer et des nouvelles thérapeutiques (Ngatcha-Ribert, 2012). Comme les neurologues, les gériatres ont été aussi visés par la panoplie de leurs stratégies d'influence. Les laboratoires pharmaceutiques ont diffusé « la promesse » des médicaments anti-Alzheimer que ce soit via la formation à la prise en charge des malades d'Alzheimer, l'information de futurs prescripteurs, la participation à des manifestations scientifiques et le travail de leaders d'opinion. Le directeur éditorial de la revue *Prescrire* nous explique dans un entretien la place de ces derniers dans le projet mené par les firmes pharmaceutiques afin de pousser à la prescription de ces médicaments à efficacité très minime et surtout porteurs d'effets secondaires pour les patients. En effet, dans les dernières décennies, les firmes se sont concentrées sur la promotion des médicaments à partir d'un travail sur les leaders d'opinion, c'est-à-dire, des professionnels ayant une reconnaissance et un prestige conférés par leur spécialité, par leur titre et par leur poste à l'hôpital. La promotion à travers ces leaders d'opinion a un effet multiplicateur de la prescription plus efficace que la pression directe sur le prescripteur via la visite médicale ou la publicité dans les revues médicales, car cela permet d'atteindre à la fois les prescripteurs et le grand public :

« Les spécialistes de la maladie d'Alzheimer qui sont des leaders d'opinion sont invités à intervenir dans tel et tel congrès, et c'est des gens que les firmes associent à leurs travaux, ils ont l'impression d'être de gens importants, et que oui, ils sont très au courant de la maladie d'Alzheimer, du traitement. Et souvent, ils ne se rendent pas compte à quel point ils sont manipulés et ils disent du bien de ces médicaments "non, mais quand même, tels essais, etc.". Et ça, ça fait de l'effet parce que bien sûr, le gériatre consent à en prescrire même s'ils n'ont pas tellement d'efficacité. Très vite l'entourage dit ah "le docteur", "le spécialiste a dit",

³³⁸ *Ibid.*

“le professeur tel a dit qu’il faut y aller quand même”, “qu’il y a quand même des chances que ça marche”. Ah, bah si le spécialiste l’a dit ! l’hôpital l’a dit ah ! c’est difficile de contraindre cette apparence d’expertise » [Entretien auprès du directeur éditorial de la revue Prescrire 21/10/2016].

La promotion des médicaments par l’industrie s’appuie sur un besoin manifeste dans le sens où il s’agit d’un problème majeur pour le patient et son entourage et nécessite une organisation du travail de care à la maison, et du personnel de soutien aux aidants, qui est coûteux. Malgré le manque de données scientifiques probantes, les firmes s’appuient dans leurs stratégies sur le fait que la maladie d’Alzheimer est une maladie reconnue, que la médecine n’est pas capable de soigner actuellement et qui représente un coût économique et humain important à la charge des familles. Selon le directeur éditorial de la revue *Prescrire*, les médecins prescripteurs comme les gériatres connaissent les contradictions et les incertitudes liées à ces médicaments, mais ils représentent pour les médecins une opportunité de dire : « on fait quelque chose » :

« Ces médicaments-là, ont donc dans les essais cliniques, un tout petit peu d’efficacité par rapport au placebo : 10 % de personnes environ ont un score, MMSE et compagnie là, qui sont un peu meilleur, pendant quelque mois [...]. Bon, pour autant, on fait quelque chose, on se dit bon, 10 % ce n’est pas beaucoup, mais peut-être que cette personne-là sera dans le 10 % au pif, c’est peut-être 20, on a envie d’y croire, le médecin a envie d’y croire. L’entourage, a envie qu’on fasse quelque chose, et les firmes qui vendent ces médicaments-là, jouent là-dessus, donc publient des essais, des commentaires des essais par des spécialistes de la maladie d’Alzheimer » [Entretien auprès du directeur éditorial de la revue Prescrire 21/10/2016].

Il faut mettre en exergue ici, le paradoxe autour des médicaments anti-Alzheimer. Ces médicaments conçus sous l’égide de l’Evidence Based Medicine, « *présentée comme un paradigme fondant le caractère scientifique et objectif de la médecine, en rupture avec l’idiosyncrasie et la casuistique propres à l’art médical* » (Bergeron et Castel, 2015), se maintiennent sur le marché, sont promus, recommandés, prescrits et remboursés jusqu’à récemment malgré la constitution d’un corpus de preuves en leur défaveur. A ce propos, le discours d’une figure emblématique dans le débat sur l’efficacité du médicament et dont l’expertise est reconnue et sollicitée par les autorités sanitaires est significatif. Bruno Dubois, professeur de neurologie à l’Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, où il dirige l’Institut de la Mémoire et de la Maladie d’Alzheimer, déclare, sur une émission de France Inter en janvier 2015 : « *il y a tellement de choses plus importantes que de parler des médicaments qui ne servent à rien, je le sais bien qu’ils ne servent à rien, mais non seulement je sais bien qu’ils ne servent à rien, mais je suis obligé de dire qu’ils servent un peu parce que sinon ça désespère les malades qui les prennent* »³³⁹.

L’avis de la Commission de la Transparence du 21 octobre 2016, basé sur des données nouvelles, confirmera finalement l’efficacité modeste des quatre médicaments du traitement symptomatique de la maladie d’Alzheimer ainsi que les risques d’effets indésirables qu’ils induisent et se prononcera pour

³³⁹ Extrait de l’émission : Alzheimer : les petits intérêts dans les grands », dimanche 11 janvier 2015. En ligne : minute 22 : 33 en allant sur ce lien : <https://www.franceinter.fr/emissions/interception/interception-11-janvier-2015>

leur déremboursement : « *Une efficacité au mieux modeste des médicaments de la maladie d’Alzheimer associée à leur mauvaise tolérance, la nécessité d’une prise en charge globale des patients et des aidants intégrant des approches non médicamenteuses : la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé estime que l’intérêt médical de ces médicaments est insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale. La HAS publiera dans les prochains mois un guide relatif au parcours de soins des patients concernés* »³⁴⁰.

Bien que l’arrivée des thérapeutiques ait progressivement renforcé la place de la gériatrie, cette pharmaceuticalisation de la maladie d’Alzheimer a fracturé le champ de la gériatrie entre les « anti-médicaments » et les « pro-médicaments » anti-Alzheimer. Alors que la gériatrie comptait s’établir en tant que spécialité sur ces thérapeutiques c’est un support qui s’est révélé très fragile du fait des controverses.

³⁴⁰ HAS (2016), « Médicaments de la maladie d’Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale ». COMMUNIQUÉ DE PRESSE — Mis en ligne le 21 oct. 2016 ; https://www.has-sante.fr/jcms/c_2679466/fr/medicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale

Conclusion :

Ce chapitre a permis de caractériser ce que nous avons appelé « éthos commun de la prise en charge gériatrique » qui met en valeur : — 1) l'importance d'une pratique médicale plus humaine et moins technique qui amène à « agir sur le vieillissement », — 2) l'appréhension de la personne dans sa globalité « médico-psycho-sociale » et — 3) la prévention des risques médicamenteux, qui renvoie à une action de « révision de l'ordonnance ». La gériatrie constitue ainsi une discipline susceptible d'être attentive aux enjeux de la polyprescription.

Par ailleurs, avec un rôle progressivement reconnu à l'hôpital, elle semblait être bien positionnée pour apporter une réponse aux problèmes de polymédication, qui sont le reflet des difficultés inhérentes à la prise en charge des personnes âgées. Elle a pris en effet dans la chaîne de soins une place stratégique, qui l'amène à coopérer avec des médecins généralistes et autres acteurs en ville et en Ehpad ainsi qu'avec des acteurs hospitaliers.

Cependant, force est de constater qu'elle n'a pas été en mesure d'affirmer ce rôle central vis-à-vis de la polyprescription. Son rapport aux médicaments anti-Alzheimer nous semble symptomatique des ambiguïtés et des difficultés de sa position. Certes, le problème principal actuel autour de la maladie d'Alzheimer n'est pas la « polyprescription », mais bien l'organisation de la prise en charge sociale et l'ouverture de libertés et d'opportunités aux malades et aux familles pour qu'ils puissent choisir le cours de vie qu'ils valorisent (Le Galès, Bungener & Capabilités, 2015). Mais l'exemple de la maladie d'Alzheimer ouvre des questionnements féconds sur le rapport de la pratique médicale à la vieillesse et, partant, des conditions qui amènent à une pratique de prescription multiple. Nous avons montré que la gériatrie s'est retrouvée mêlée au processus de pharmaceuticalisation de cette maladie, alors que cette discipline est historiquement l'un des principaux acteurs de la critique de la centralité du médicament dans la prise en charge des personnes âgées. L'implication de la gériatrie dans ce processus de pharmaceuticalisation — qui est ici entendue comme le recentrage de la stratégie de prise en charge sur le médicament (Abraham, 2010 ; 2011 ; Williams et *al.*, 2011) —, a eu une double conséquence pour les gériatres et leur positionnement, et a plutôt *in fine* fragilisé leur position et leur expertise dans le champ de la prise en charge médicamenteuse :

- D'une part, elle a participé à un mouvement de légitimation médicale : les gériatres ont acquis une plus grande légitimité médicale à travers l'acquisition du droit à la prescription des médicaments anti-Alzheimer et ils ont été, pour certains, mobilisés — et donc reconnus — par l'industrie pharmaceutique dans le développement de ces traitements et de leur usage, que ce soit comme expert ou leaders d'opinion.

- À l'inverse et dans le même temps, cette pharmaceuticalisation a entraîné l'implication et la montée en puissance sur cette thématique d'autres spécialistes, notamment les neurologues, qui ont participé à une nouvelle relégation des gériatres sur le volet médico-social de la prise en charge. Les gériatres peuvent prescrire des médicaments anti-Alzheimer à différence des médecins généralistes, mais subissent une subordination technique vis-à-vis du diagnostic de la maladie et à l'intérieur du monde de la maladie d'Alzheimer, ils ne sont finalement pas les acteurs principaux de la prise en charge médicale.

Le progressif consensus qui s'est établi ensuite sur la non-utilité des médicaments a accentué les difficultés des gériatres. D'un côté, le fait d'en avoir été les fervents promoteurs accroît la difficulté de reconnaître la possibilité d'avoir tort et donc une part de responsabilité dans la prescription de médicaments désormais critiqués comme inutiles et même dangereux. D'un autre côté, alors que les évaluations publiques se succédaient, la question de l'arrêt ou non de l'usage de ces traitements a fracturé la profession et donc sa capacité à porter un projet clair et commun pour la prise en charge des personnes âgées.

Les gériatres se sont alors individuellement retrouvés face à leurs patients à prescrire, ou à ne pas déprescrire, des médicaments controversés et dont ils doutaient eux-mêmes fortement de l'intérêt. Le chapitre suivant nous permettra d'explorer la manière dont ils se sont efforcés de gérer ces contradictions.

CHAPITRE V. La gériatrie face aux savoirs sur la vieillesse et les médicaments - Un éclatement des visions et des pratiques

Ce chapitre a pour objectif de montrer que la pratique des médecins gériatres se traduit par un éclatement des décisions prises en relation avec les traitements anti-Alzheimer et par une relégation au second plan de l'intervention de ces « spécialistes » de la polyprescription sur l'ensemble de l'ordonnance. Notre enquête a porté sur trois aspects de la pratique des gériatres : les positionnements variés qu'ils adoptent vis-à-vis des médicaments ; la manière dont ils gèrent les incertitudes dans leur utilisation ; la façon dont la prescription et la déprescription s'insèrent dans le contexte spécifique de leur activité au sein de l'hôpital. Il s'agit donc d'explorer les conditions de mise en œuvre de l'expertise gériatrique et les raisons qui font que leur intervention sur l'ensemble de l'ordonnance est parfois reléguée au deuxième plan dans leur activité.

Dans un entretien réalisé par Isabelle Mallon et Blanche Le Bihan-Youinou (2014) auprès de Nicolas Foureur (Médecin, Centre d'éthique clinique), ce dernier met en avant le fait qu'en gériatrie plus qu'ailleurs, les limites de la médecine sont floues et les gériatres tendent à vouloir en faire « ni trop, ni trop peu ». Ainsi, face aux incertitudes sur les bénéfices des interventions thérapeutiques pour les personnes âgées (le fait que celles-ci ne soient pas forcément fondées sur des preuves) la gériatrie a « la capacité de s'interroger sur le type de services rendu, à qui elle les rend et pour quelles raisons ». Cet entretien suggère que les gériatres ont pour spécificité d'évaluer ce qui est mieux pour le patient : *« La gériatrie a peut-être cette spécificité qui tend à évaluer cette balance bénéfices/risques au-delà de ce que seule la technique médicale apporte et au regard des arguments plus larges tels que la psychologie ou la situation sociale de la personne »* (Mallon et Le Bihan-Youinou, 2014 : 159). Notre enquête nous permet d'explorer la mise en œuvre de l'expertise gériatrique et pourquoi leur intervention sur l'ensemble de l'ordonnance est parfois reléguée au deuxième plan dans leur activité.

En ce qui concerne les médicaments anti-Alzheimer, notre enquête montre deux positionnements distincts : d'un côté, celui des gériatres qui les prescrivent, et de l'autre, celui de ceux qui ne les prescrivent pas. Elle montre aussi qu'il y a des gériatres qui, partant de la faiblesse des données scientifiques sur les médicaments anti-Alzheimer et des retours des malades ou leur entourage, sont convaincus de leur inefficacité, mais ne parviennent pas à les déprescrire. D'autres gériatres croient en l'utilité de ces médicaments et les prescrivent en s'appuyant sur les études scientifiques concluant à une efficacité. Dans un contexte controversé, la pratique avec les médicaments anti-Alzheimer révèle

donc des attitudes différentes vis-à-vis des données scientifiques (Timmermans et Angell, 2001) qui rendent compte de la prégnance de fortes incertitudes dans un groupe de professionnels pourtant spécialisés dans les savoirs sur la vieillesse et les médicaments pour les personnes âgées. Nous verrons aussi que pour certains gériatres le rôle dit « structurant » du lien thérapeutique qui a été assigné à ces médicaments n'est plus, ou est moins, utilisé pour justifier la prescription, mais qu'en revanche il reste un frein pour effectuer la déprescription.

Ce chapitre est divisé en trois parties. La première aborde les différents positionnements des gériatres vis-à-vis des médicaments anti-Alzheimer. La deuxième étudie comment la spécificité du travail gériatrique auprès des personnes âgées rend compte d'une pratique indirecte de gestion de l'ordonnance qui se révèle en tension avec les idéaux et objectifs sur lesquels les gériatres estiment fonder leur activité. Le dernier point s'attache à étudier les avantages de la pratique des gériatres au sein de l'hôpital et à montrer que leur manière de répondre au problème de la polyprescription relève moins d'une intervention sur l'ordonnance que d'une activité de coordination professionnelle.

1. Une différenciation de positionnements sur les médicaments anti-Alzheimer

Les gériatres estiment baser leur activité sur des principes et de valeurs communes de prise en charge. Leur conception de la prise en charge globale mobilise à la fois leurs connaissances et expériences auprès des patients ayant des troubles cognitifs et le recours à des protocoles standardisés, en particulier les grilles d'évaluation de la dépendance, des troubles cognitifs comme le MMSE, de l'état nutritif, de la dépression. Or, la question des médicaments Anti-Alzheimer révèle de profondes divisions entre gériatres. Même si leurs discours accordent tous une place importante à la « stimulation cognitive » et à « l'accompagnement » des malades, on observe une hétérogénéité de pratiques de prescription entre ceux qui sont en faveur et mettent en place les traitements médicamenteux, ceux qui ne leur sont pas favorables, mais qui ont des difficultés à imposer une déprescription et, enfin, ceux qui ont un rôle passif vis-à-vis des médicaments anti-Alzheimer et restent à l'écart de ces deux types de pratiques.

1.1. « Cela vaut la peine d’essayer » : une croyance forte dans les médicaments anti-Alzheimer

Alors qu’un certain consensus scientifique semble se dégager dans la sphère publique, suggérant que les médicaments anti-Alzheimer sont peu efficaces et produisent des effets secondaires importants, une gériatre assurant les consultations de suivi ambulatoire à l’hôpital, reconnaît les prescrire : *« Certains le prescrivent, d’autres non. Je fais partie de ces gens qui le prescrivent de temps en temps »* (Gériatre F-47). Examinons un extrait tiré de l’observation de la consultation de cette gériatre concernant le cas de Mme Wen et de son aidante à domicile afin de comprendre son positionnement et les conditions dans lesquelles se réalise le suivi du traitement. Il faut savoir que la consultation gériatrique est divisée en deux temps comprenant d’une part, le volet social et d’autre part, le volet médical du bilan gériatrique. Cet extrait, qui ne concerne que le volet médical, nous permet de voir que ce volet médical de la consultation démarre sur un échange à propos des médicaments :

Consultation de Mme Wen, femme âgée de 81 ans, d'origine indienne accompagnée d'une femme qui s'occupe d'elle à domicile. Le médicament Exelon (Rivastigmine), prescrit par la gériatre (qui la suit depuis un an et demi) n'a pas été administré selon son indication. L'accompagnante de la patiente avait diminué la dose par accident. Même si, selon l'accompagnante tout allait bien avec cette dose, la gériatre est déçue et considère qu'ils ont perdu du temps. Ensuite, elle augmente la dose. Le dialogue se passe principalement entre l'aidante qui s'occupe de Mme Wen et la gériatre :

Dr : Quoi de neuf depuis l'hospitalisation ? L'Exelon 3 milligrammes, elle a toujours une bonne tolérance deux fois par jour ?

Aidante : J'ai donné 1 matin et 1 soir 1,5 milligramme.

Dr : Vous êtes sûre ?

Aidante : Ce n'est pas le comprimé... ?

Dr : On a perdu du temps ce n'est pas bien ! Il y a eu des changements ?

Aidante : Elle est plus calme.

Dr : On va passer à 3 pendant 2 mois et après on va augmenter. Et le traitement pour la tension c'est fini ?

Aidante : Oui.

Dr : Elle a toujours le comportement de se laver tout le temps ?

Aidante : Oui.

Dr : Elle est moins agressive envers vous ?

Aidante : Oui. Je devais rester avec elle 1 mois pour l'accompagner mais elle n'a pas de la famille proche je ne vais pas la laisser seule.

La gériatre s'adresse à Mme Wen en anglais :

- *Dr : What are you doing at home ?*
- *Mme Wen : I clean the floor*
- *Dr : Do you have a good appetite ?*
- *Mme Wen : I eat ...when I'm hungry*

Dr : Elle parle anglais moins bien qu'avant !

Aidante : Elle oublie, elle cherche les mots. Elle parle le Tamoul plus couramment maintenant. Avec ces enfants qui vivent en Angleterre elle parle anglais.

Dr : Elle n'a pas perdu du poids ?

Aidante : Je ne crois pas non, elle fait 58.

Dr : (lit son ordonnance en voix haute) « Arrêt de l'Exelon 1,5 2 fois. Débuter Exelon 3 milligrammes le soir pendant un mois si bonne tolérance. Puis augmenter 4,5 matin et soir pendant 6 mois. Ces sont des pipettes, c'est vous qui adaptez les doses ? »

Aidante : Oui.

Dr : Si elle est énervée, vous redescendez à la dose antérieure. Si tolérance, 4,5 le matin et le soir, et on se revoie à la fin de l'année. Je suis contente qu'enfin on a réussi à la calmer...

A la fin de la consultation, la gériatre fait un rapport de consultation enregistré sur un support audio, elle explique qu'elle a augmenté la dose de l'Exelon, qu'elle retrouve sa patiente « calme et en équilibre » et que « la maladie ressemble fortement à une maladie d'Alzheimer ». Nous observons que le diagnostic de maladie d'Alzheimer pour lequel le médicament Exelon est indiqué, n'est pas clairement posé.

Tout d'abord cet extrait montre que le médicament structure l'échange médical entre la gériatre, la patiente et son aidante. De plus, l'échange sur le médicament, qui est la porte d'entrée sur le volet médical du bilan gériatrique, est principalement centré sur la « tolérance ». Le principal intérêt de la

gériatre est de savoir si le médicament a servi à changer les comportements de la patiente. Or, l'hypothèse d'une amélioration de l'état de la patiente grâce à la baisse n'est par ailleurs pas évoquée.

Nous pouvons légitimement supposer que cette gériatre prescrit et maintient les médicaments anti-Alzheimer, car elle croit à ces médicaments et estime agir selon les données scientifiques. À la sortie de cette consultation, nous posons des questions à cette gériatre afin de comprendre sa logique d'action. Nous demandons tout d'abord pourquoi elle augmente la posologie de l'Exelon et elle nous répond : « *Pour optimiser le traitement, il faut aller aux doses les plus fortes !* ». Alors, nous demandons pourquoi l'Exelon, alors qu'il a une efficacité discutée, et elle nous répond : « *Ça vaut la peine d'essayer, même si ça n'améliore qu'une personne sur 10 ça vaut la peine, et elle s'est améliorée ! Si elle se calme après avoir été agressive elle s'est améliorée* ». Face aux incertitudes et contradictions sur l'efficacité des médicaments anti-Alzheimer, son raisonnement l'amène donc à concevoir que cette patiente se retrouve parmi ces « sujets »³⁴¹ pour lesquels les médicaments fonctionnent. Mettant en relation ce positionnement avec la « nature du jugement médical » (Dodier, 1991) on notera que la gériatre a recours à deux formes d'objectivation différentes : d'un côté, elle s'appuie sur le récit de l'aidante, d'un autre côté, sur le test de langage réalisé à la patiente. Le moment d'enregistrement du résultat de la consultation médicale dans le rapport est une *reconstruction* de celle-ci qui a plusieurs conséquences (Dodier, 1991). D'un côté, elle permet de mettre un voile sur ce qui s'est passé pendant la visite (le changement observé par l'aidante après diminution de la dose). D'autre côté, elle permet à la gériatre de sortir d'un « régime de preuves » et de consigner son protocole d'administration (la successive augmentation du médicament améliore l'état de la patiente) qui justifie *in fine* la prescription médicamenteuse.

Il faut noter ici que la gériatre surveille la bonne réalisation des missions de gestion des médicaments attribuées à l'aidante dans le cadre de l'accompagnement à domicile. D'une certaine manière, le médicament est un élément qui permet au gériatre d'encadrer cet accompagnement. En effet, les gériatres doivent assurer un double suivi médical et social qui concerne à la fois la personne malade et son entourage proche. Aude Béliard et Lynda Sifer-Rivière (2015b) ont montré comment les aidants, notamment familiaux, sont un acteur stratégique pour les professionnels médicaux et paramédicaux afin de répondre à l'enjeu central du maintien à domicile, raison pour laquelle ils entretiennent avec eux des interactions étroites. À ce propos, nous observons que la gériatre interroge l'aidante sur le comportement quotidien de Mme Wen, sur les difficultés à la maison (si Mme Wen est agressive avec elle), et sur la charge de travail que la patiente représente (si elle continue à se laver tout le temps). La stratégie globale d'accompagnement des aidants à domicile est moins visible dans nos

³⁴¹ Nous faisons ici référence aux « sujets » inclus dans les études cliniques.

consultations que dans celles observées par Beliard et Sifer-Rivière. Dans le cas de Mme Wen, nous observons principalement le volet médical. En ce qui concerne la surveillance médicale auprès de l'aidante, qui a baissé la dose de l'Exelon par accident, la gériatre s'exclame : « *non ! on a perdu temps...* ». Cette remarque constitue une mise en cause de l'aidante, mais elle met aussi en lumière la place centrale du médicament, et de son administration précise, dans la solution que la gériatre estime pouvoir apporter.

Les critères d'évaluation du médicament que doit mettre en œuvre l'aidante afin de bien administrer le médicament traduisent l'espoir d'un effet bénéfique vis-à-vis de l'amélioration de la patiente et de son maintien à domicile : si tolérance = on augmente, si énervement = maintien de la dose antérieure. Au-delà du fait que la stratégie de surveillance du médicament n'est pas définie dans cette consultation, puisque l'on voit que les critères sont de nature distincte — l'un fait référence au comportement et l'autre à l'acceptation du médicament par l'organisme —, l'aidante est amenée à jouer un rôle essentiel dans la stratégie thérapeutique.

La croyance forte sur l'efficacité des médicaments anti-Alzheimer que nous identifions dans la pratique de cette gériatre suggère que le dit « rôle structurant du médicament dans la relation thérapeutique » n'est pas le moteur de la prescription. Comme nous venons de le voir, cela ne veut toutefois pas dire que le médicament ne participe pas à la stratégie d'accompagnement à domicile. Prenons-en un autre exemple qui montre que si cette gériatre réalise parfois des « nettoyages d'ordonnances » elle maintient ces médicaments anti-Alzheimer dans les prescriptions. Voyons le cas de Mme Zema qui arrive à la consultation accompagnée de son conjoint et pour laquelle cette gériatre a effectué un aménagement complet de l'ordonnance, mais qui a malgré tout conservé justement les médicaments pour traiter les troubles cognitifs :

Extrait de consultation de Mme Zema, femme âgée de 78 ans accompagnée de son conjoint.

À partir d'informations récupérées au long de la consultation et du rapport final du gériatre nous savons que Mme Zema a des troubles du langage, que la gériatre classe comme « maladie cognitive : aphasie primaire progressive ». Nous notons dans les termes utilisés par la gériatre qu'elle se trouve dans une situation de « perte d'autonomie », que son conjoint qui l'accompagne en consultation organise leur vie, lui fait à manger, organise son traitement et qu'ils ont « une vie sociale » (ils vont au restaurant et au marché aux puces). Lors de notre échange privé auprès de la gériatre, elle la décrit comme « quelqu'un qui avait beaucoup de médicaments et on l'a récupéré ». La diminution des médicaments qui l'a « remis sur pied » est reconnue par le conjoint comme une action exemplaire de la part du gériatre. Cet extrait d'observation montre qu'au moment où le conjoint de Mme Zema commence à poser des questions sur l'évolution de la maladie la gériatre met fin à la consultation. :

Dr : Comment elle dort la nuit ?

Conjoint : Tout se passe bien elle dort 12H. Le souci c'est qu'elle ne retrouve pas le rythme du pipi, sinon, elle se réveille, s'agite mais elle va bien en général. La Rivastigmine (anti-Alzheimer / anticholinestérasiques) et le Citalopram (Antidépresseur majeur) c'est tout ce que je lui donne et pas autre chose. J'ai apporté l'analyse de sang pour vous donner des renseignements.

Dr : (regarde le bilan sanguin) Elle a un petit peu de cholestérol, mais ça c'est bon c'est du bon cholestérol.

Conjoint : Vous l'avez remis sur pied au point comportemental, elle a plus de contact avec moi, et l'orthophoniste aussi fait que maintenant on a plus de contact. Croyez-vous que l'intelligence disparaisse en même temps que le langage ?

Dr : C'est difficile à savoir, ça dépend du type de maladie neuronale ; la compréhension des mots peut disparaître avec le langage. [Pèse et prend la tension de la patiente (annonce 11,7 en voix haute)].

Conjoint : Elle a fumé toute sa vie, puis elle a son opération au sein toute récente, c'est sûr je n'en prendrai pas une autre comme ça eh (rires)... J'essaye de la comprendre, alors pourquoi elle a fait caca sur le tapis du salon ? J'essaye de comprendre pour essayer d'améliorer sa vie.

Dr : L'instinct d'inhibition diminue.

Conjoint : Mais quand je lui fais la toilette, je mets la main et elle dit « non ».

Dr : Bon, elle a une bonne mine en tout cas. Je vous dis dans 6 mois ?

Il faut tout d'abord mettre en avant le travail de « nettoyage de l'ordonnance » qui a été effectué auparavant par cette gériatre où elle a maintenu spécifiquement le médicament anti-Alzheimer. Ce cas montre aussi la structuration de l'échange médical autour du médicament qui se voit à travers la mise à distance du gériatre vis-à-vis des questions posées par le conjoint de Mme Zema. Nous observons que la prescription de la gériatre vise avant tout les troubles du comportement de la patiente et qu'elle reconnaît ne pas savoir répondre aux questions posées par le conjoint de Mme Zema sur les liens entre la perte de la mémoire, qui est un diagnostic implicite dans la prescription du médicament anti-Alzheimer, et la perte du langage qui est la manifestation la plus visible de la maladie pour l'aidant familial ainsi que pour la gériatre. La consultation met aussi en lumière un décalage entre logique de prise en charge gériatrique et logique de prise en charge familiale. Si la gériatre vise une amélioration des comportements et se satisfait de savoir que pour l'instant ce médicament ne fait pas de mal, l'aidant familial essaye au contraire de comprendre et anticiper son comportement pour améliorer la vie à domicile. Elle rassure l'aidant familial sur « l'état global » en disant que la patiente a une « bonne mine », mais elle met fin à la consultation lorsque la prise en charge du malade à domicile et l'évolution

de la maladie sont abordées. Tout se passe comme si les comportements qui inquiètent l'aidant ne sont pas intégrés dans la décision médicale sur les traitements, mais bien des éléments de justification d'une décision de maintien déjà prise.

La consultation de cette gériatre illustre l'existence, après des années de controverse, d'un important groupe de professionnels qui prescrivent de médicaments anti-Alzheimer parce qu'ils croient en leur efficacité. Mais, si certains prescrivent, d'autres, ayant des positions contrastées ou nuancées, n'osent pas déprescrire.

1.2. « Cela ne sert à rien », mais « c'est difficile de déprescrire » : des gériatres pris en étau entre les prescripteurs et la famille

Nous analysons dans cette section le positionnement d'un gériatre assurant les consultations de suivi, responsable du UF court séjour et travaillant aussi en gériatrie aiguë, et celui de la responsable et chef de service de l'HDJ. Pour ces deux praticiens, les médicaments anti-Alzheimer n'ont pas d'efficacité ni d'utilité thérapeutique, mais, parce qu'ils interviennent en aval de la prescription, il leur est difficile de les déprescrire. S'ils déconstruisent les deux fondements de la prescription de ces médicaments, à savoir leur utilité médicale et leur « rôle structurant » dans la prise en charge à domicile, ils font ainsi part de deux difficultés dans la mise en œuvre de la déprescription : l'une est professionnelle, à savoir : « déjuger » les médecins prescripteurs, et l'autre sociale puisqu'elle concerne la démotivation du malade et de la famille. Leurs discours montrent qu'ils sont pris en étau entre d'une part les spécialistes qui prescrivent, et d'autre part les malades et leurs familles qui sont dans cette dynamique de l'espoir depuis de nombreuses années.

Nous verrons que, selon leur expérience, ils insistent davantage sur l'une ou l'autre de ces difficultés et qu'ils cherchent à dégager des marges de manœuvre pour parvenir à la déprescription.

Pour le gériatre assurant les consultations que nous avons observées, les médicaments anti-Alzheimer ne sont pas efficaces et il n'y a pas lieu de les prescrire :

« Il y a quand même clairement une difficulté sur la prescription de ce médicament-là, il y a l'étude DOMINO qui a montré une efficacité très modeste sur un paramètre bien précis, sur les patients qui recevaient un essai thérapeutique dit anti-Alzheimer, si on est vraiment très rigoureux sur le plan scientifique on ne peut pas retenir ces résultats comme pertinents sur le plan médical, donc prescrire ces médicaments-là aujourd'hui c'est compliqué. Alors parfois on a des patients, ou des familles de patients qui sont extrêmement demandeurs et pressent pour une prescription, et de temps en temps il faut peut-être trancher sur le plan thérapeutique pour ne pas rompre le lien médical avec la famille parce que ces patients là on est amené à les voir de façon régulière et c'est des patients qui vont s'inscrire dans une synergie gériatrique pour une longue période. [...] Parfois je peux comprendre que certains de mes confrères prescrivent ces médicaments-là pour ne pas perdre

de vu ce malade-là, chez des familles qui sont très demandeuses d'une prescription, je peux concevoir. Maintenant, moi je ne prescris pas » [Géiatre H-36].

La position de ce géiatre est claire. Pour lui, les médicaments anti-Alzheimer ne marchent pas et les études scientifiques qui annoncent une efficacité modérée ne sont pas recevables pour lui. Ce géiatre affirme ne pas prescrire ces médicaments, mais comprendre pourquoi ses collègues le font dans une logique de maintien du lien thérapeutique en invoquant le rôle dit « structurant » de ces médicaments pour la prise en charge à domicile. Nous observons que dans certains cas particuliers où les médecins n'ont pas d'autre solution à proposer et où la prise en charge à domicile est particulièrement compliquée pour la famille, ce géiatre n'est pas défavorable au maintien de ces médicaments dans l'ordonnance.

Ce géiatre affirme aussi déprescrire les médicaments anti-Alzheimer notamment dans les circonstances d'hospitalisation lorsqu'ils représentent un risque iatrogénique majeur pour les patients hospitalisés :

« Alors, ça nous arrive régulièrement de déprescrire ce traitement-là, soit parce qu'il y a toujours une petite indication il y a toujours un petit MMSE pour certains de ces traitements-là extrêmement précis, dès que l'indication n'est plus là on saute un peu sur l'occasion de l'arrêter et si on s'aperçoit qu'il y a des risques d'effets indésirables, notamment cardiologiques pour ce patient-là on essaye de proposer l'arrêt à la famille, d'arrêter le médicament lorsqu'on est en hospitalisation qu'on peut observer le patient et voilà, c'est vrai que c'est un peu un instant un peu privilégié pour faire un arrêt si l'opportunité se présente » [Géiatre H-36].

Les géiatres que nous avons observés dans le cadre des consultations de suivi ambulatoires occupent différents postes dans la filière gériatrique. Cela permet au géiatre d'évoquer l'hospitalisation pour affirmer que la gériatrie a un rôle à jouer dans la déprescription et qu'il essaye de déprescrire les médicaments anti-Alzheimer. Or, la déprescription n'est pas systématique chez les géiatres, et si elle peut être décidée dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle ou de court séjour (en gériatrie aiguë), lorsqu'ils peuvent « tout remettre à plat » et qu'ils ont le patient « sous la main » — pour reprendre les expressions des généralistes parlant des praticiens hospitaliers — ce choix n'est pas le résultat d'une opposition définie et tranchée vis-à-vis de ces médicaments, puisque la déprescription n'intervient que rarement, voire pas du tout dans le cadre des consultations de suivi gériatrique en ambulatoire. Pour aboutir à une déprescription, les géiatres convaincus de l'inutilité de médicaments anti-Alzheimer sont contraints de s'appuyer sur une « démonstration » (clinique) du risque qu'ils font encourir aux patients. La démonstration du risque, par exemple cardiaques (avec à l'appui d'un électrocardiogramme), est plus susceptible d'être prise en compte par le malade ou sa famille, ainsi que par le médecin qui a prescrit qu'un argument d'inutilité qui implique d'engager une discussion sur la nature des études cliniques. Cette démonstration ne semble cependant pouvoir être élaborée que dans le cadre d'une hospitalisation. En somme, les géiatres comptent sur l'hospitalisation

traditionnelle ou en gériatrie aiguë pour qu'un nettoyage d'ordonnance soit réalisé. Les gériatres semblent donc rencontrer les mêmes limites que les médecins généralistes en cabinet de ville alors même que ces derniers créditent les premiers d'une compétence particulière et les considèrent comme des experts de la révision d'ordonnances.

Pour la gériatre responsable de l'HDJ, les médicaments anti-Alzheimer ne servent pas à faire le lien avec la famille, puisque, partant de son expérience, elle argue que lorsque le diagnostic d'une maladie cognitive vient d'être annoncé, il est possible de faire accepter à la famille qu'il n'y a pas de traitement médicamenteux efficace pour cette maladie. Elle s'oppose à la prescription et souligne que celle-ci est effectuée par des médecins influencés par « le lobby » pharmaceutique :

« Est-ce que tu as vraiment besoin des médicaments pour faire du lien ? Tu peux déjà le faire en comprenant, en dialoguant, en aidant mieux, en étant là, en écoutant. On n'a pas besoin d'une pilule eh. Bien sûr qu'au départ, toi, moi quand on va voir un docteur on se dit j'ai un problème peut être qu'il y a la pilule qui va m'aider. Quand le médecin te dit que non, qu'il n'y a pas la pilule, mais qu'il y a d'autres choses, et que de toute façon on va continuer, on va suivre, etc. Tu ne vois pas des gens qui hurlent parce qu'ils n'avaient pas des médicaments, ce n'est pas ça. Tu cherches "quelque chose" avec ton médecin, pas forcément un médicament, sinon, tu peux aller voir un distributeur... ça sert pas du tout à faire du lien. Ce n'est pas vrai, ça sert aux médecins à se cacher, derrière "quelque chose" qui leur donne l'impression d'être actifs parce qu'ils ne savent pas comment être actifs autrement. Par manque de connaissance, je pense, ou d'implication [...] À partir des éléments de la littérature qu'on a, il n'y a aucune justification à mettre ces gens sous des traitements comme ça, ça il faut arrêter de se dire... c'est le lobby des laboratoires, c'est uniquement ça, bien sûr » » [Gériatre Resp. HDJ F-56].

En revanche, lorsque le médicament est déjà prescrit, depuis plusieurs mois ou plusieurs années, et que la famille refuse la déprescription il est compliqué pour cette gériatre, de dire que ce qui a été fait avant par ses collègues n'était pas pertinent. Le discours de cette gériatre qui justifie alors le maintien de la prescription par l'objectif d'éviter la détresse de la famille montre également qu'elle met en œuvre des leviers d'action pour déprescrire et que sa stratégie de déprescription s'appuie sur la construction des liens avec la famille :

« C'est très compliqué parce qu'à ce moment-là, tu déjuges, ça veut dire que tu remets en question ce qui a été fait avant, et donc c'est compliqué. C'est compliqué parce que tu n'as aucune envie d'aller dire que ton collègue est... mais pour autant tu ne peux pas laisser quelqu'un sur un médicament qui n'a pas d'efficacité. Parce que nous on les voit après qu'ils les ont eus, plusieurs mois, voire plusieurs années, et que ça n'a rien amélioré de leur état. La famille et la personne le savent, le disent quand tu leur poses la question, est-ce que depuis que vous prenez ça, ça va mieux ? et ils te disent non, et ils l'acceptent, très volontiers. Quand tu le dis bon, dans ce cas-là on va l'arrêter, parce que ça c'est du bon sens pour tout le monde, quand tu vois qu'un médicament ne te fait pas du bien tu comprends très bien qu'il faut l'arrêter. Donc là, je dirais non, dans la majorité des cas ça se passe bien. C'est exceptionnel quand il y a des refus, parce que tu sens qu'en face on t'a présenté ça comme quelque chose de miraculeux, que la personne du coup s'accroche. Il y a un imaginaire qui est excessivement important et que si on arrête... Voilà. Le traitement que nous on propose c'est la stimulation voilà. Sinon, on leur propose toujours des alternatives et parfois il peut arriver que tu ne puisses pas l'arrêter parce qu'en face tu sens que tu vas détruire moralement quelqu'un. À partir du moment où cette personne n'a pas d'effet indésirable, il faut que tu mettes tes convictions dans la poche et que tu lui laisses son traitement, parce qu'après c'est "que" des

convictions ce n'est pas de l'étude contre étude ; c'est toi, ce que tu dis et en face, ce que pense la personne, là c'est sur le plan humain, tu dois respecter, peu importe la science » [Gériatre Resp. HDJ F-56].

Le discours de cette gériatre montre qu'elle a une stratégie de déprescription qui se base sur un échange avec le patient et sa famille afin de savoir si à leurs yeux ces médicaments marchent.

Elle souligne que l'une des difficultés pour déprescrire les médicaments anti-Alzheimer est de « déjuger » des collègues spécialistes, qui ont la confiance du patient et de la famille. Il faut noter que ces médicaments sont instaurés après un diagnostic en consultation mémoire neurologique — secteur avec lequel cette gériatre responsable de l'HDJ travaille de manière étroite — et qu'elle retrouve les patients et la famille en aval de la prescription initiale³⁴².

Le deuxième argument de cette gériatre afin d'expliquer la difficulté à déprescrire est la volonté de ne pas affecter « le moral des familles ». Maintenir le médicament apparaît ainsi comme une manière d'éviter la détresse de la famille face à une maladie « encore mal connue par le grand public » (Ngatcha-Ribert, 2015) et que la médecine est dans l'incapacité de guérir. Nous observons ici une ambiguïté dans le discours, voire, une contradiction entre le travail de maintien à domicile des personnes âgées compris par cette gériatre comme un travail de soin, et le maintien de ces médicaments dans l'ordonnance. Même si la gériatre affirme que le médicament ne sert pas à faire le lien, elle n'ose pas prendre le risque de « saper le moral de la famille » alors que la famille a un rôle essentiel dans le maintien à domicile. Dans ce sens, le médicament constitue une manière de conserver le patient à domicile le plus longtemps possible tout en contrôlant la rupture que constitue l'entrée en Ehpad et les réactions émotionnelles des familles à cette entrée. Ce sujet a principalement été étudié par Béliard et Sifer-Rivière (2015a ; 2015b), qui expliquent qu'il existe en gériatrie une conviction que le domicile offre un cadre plus propice au maintien de l'autonomie des personnes âgées que l'Ehpad. Pourtant, certains spécialistes estiment que le maintien des médicaments anti-Alzheimer entre en contradiction avec cet idéal. Olivier Saint-Jean, Professeur de gériatrie, directeur du service de gériatrie de l'hôpital européen Georges-Pompidou, membre de la Commission de Transparence de la Haute Autorité de Santé, et enseignant à l'université Paris-Descartes, affirme que « *les personnes qui sont passées par les consultations mémoire et qui ont reçu des médicaments ont un plus mauvais pronostic et vont plus souvent que les autres en Ehpad* »³⁴³.

³⁴² Une étude approfondie autour de la profession serait intéressante, afin de savoir si des hiérarchies existent à l'intérieur même des gériatries selon les places occupées dans les différents services, notamment entre gériatres assurant différents types de consultations ambulatoires et des gériatres au sein de différents types d'hospitalisation. À ce propos nous pouvons noter, que la gériatre ayant une croyance forte dans les médicaments anti-Alzheimer et affirme que « cela vaut la peine d'essayer » est une gériatre qui assure plusieurs services et qui a plusieurs diplômes. Elle assure par exemple, le service de consultations en oncogériatrie.

³⁴³ *Libération*, « Alzheimer : Les produits prescrits ne sont pas utiles », 19 octobre 2016

Nous observons ici la vision d'une gériatre responsable de l'HDJ, qui travaille dans cet hôpital depuis 2008, qui constate l'inefficacité de ces médicaments, mais qui souligne des difficultés professionnelles et sociales pour effectuer la déprescription.

Pour ces deux gériatres la difficulté ne relève pas des tensions scientifiques ou intellectuelles, ne relève pas d'un jeu « étude contre étude », mais du fait qu'ils ont à faire face d'une part aux spécialistes qui ont prescrit ces médicaments et continuent de le prescrire, et d'autre part au malade et à sa famille, à qui il faut dire maintenant que ces médicaments ne servent à rien, et va même à l'encontre de l'objectif de soutien aux aidants. Parce que pendant plus de dix ans on a continué à promouvoir des médicaments anti-Alzheimer malgré les preuves de leur peu d'effets en s'appuyant sur le bénéfice apporté dans le cadre de la prise en charge à domicile, la déprescription est aujourd'hui prisonnière de ce « rôle structurant ». Ce n'est donc pas parce que ces gériatres connaissent les incertitudes sur l'usage du médicament et sont convaincus de leur inefficacité qui leur est facile de déprescrire. Autrement dit, le savoir pharmacologique n'est pas une solution suffisante pour transformer les pratiques.

1.3. « Ne jamais prescrire, mais ne jamais déprescrire » : une vision par défaut

Sur le terrain, nous avons pu observer les consultations d'une gériatre qui exerce dans cet hôpital à temps partiel et qui assure aussi des consultations de médecine générale à mi-temps en ville. Son discours laisse apparaître un rapport aux médicaments anti-Alzheimer qui est également prisonnier des controverses sur l'efficacité et qu'on peut définir comme une vision « par défaut » :

« Moi je n'ai jamais prescrit. Parce que j'ai rarement eu l'occasion et en consultation c'est plus le patient en amont du diagnostic, ce sont les médecins de l'HDJ qui font le diagnostic, et... moi je ne suis pas convaincue, c'est un traitement symptomatique qui ralentit les symptômes... mais quand un patient a ça je n'arrête pas ce traitement, mais ça ne m'est jamais arrivé d'initier... Si la démence est très élevée, je l'arrêtera, mais je pense qu'il n'y a pas tant de gens qui ont ces traitements-là » [Gériatre F-33].

Il est intéressant de remarquer que ce positionnement révèle une pratique délégitime proche de celle des médecins généralistes que nous avons rencontré en ville³⁴⁴. Il est possible d'affirmer que le maintien de ces médicaments sur le marché et le maintien de leur remboursement en 2017, rendent

³⁴⁴ Notons par exemple le discours sur les médicaments anti-Alzheimer d'un médecin généraliste que nous avons interrogé dans le cadre de notre enquête en cabinet de ville : « Alors j'y me connais très, très mal, je dirais, actuellement, vu l'état de mes connaissances je n'irai jamais prescrire, ce que j'en ai entendu c'est que c'était variable c'est-à-dire que si on mettait tôt il y a peut-être un effet, mais mis tôt dans la vie ou quoi que ce soit, en dehors de ça, ce n'est pas le cas très pertinent. Mais de tout façon en médecine générale, pour un patient qui a... une démence d'Alzheimer il est... suivi en gériatrie ou en neuro-gériatrie, donc du coup ce n'est pas moi qui mettrais ou pas. [...] Mais, je ne le déprescris pas, parce que quand ce n'est pas moi qui prescrit, comment dire, si je me dis ah non, il ne faut absolument pas le prescrire et évidemment je vais prescrire c'est une grosse erreur, mais si c'est quelque chose de discutable, là, qui peut avoir de bénéfices par exemple quand... qui n'a pas d'effets indésirables il faut quand même qu'il ait confiance dans le médecin, je ne vais pas l'arrêter brutalement, parce que je ne me connais pas assez en plus, et du coup si j'ai un doute eh, je vais faire une lettre ou communiquer avec le médecin sur place ou avec le spécialiste qui a mis le médicament » [MG F-32].

difficile, pour de nombreux gériatres, non seulement la déprescription mais aussi la formulation d'avis tranchés. Mener une autre étude aujourd'hui après le déremboursement définitif des médicaments anti-Alzheimer permettrait de voir si les visions sur ces médicaments ont changé et si les gériatres qui avaient une pratique encore « conservatrice » sont devenus des « déprescripteurs ». Enfin, nous retrouvons dans le rôle passif de cette gériatre par rapport à la déprescription les mêmes limites que celles qu'évoquent les médecins généralistes, c'est-à-dire le fait d'accepter que les incertitudes ne soient pas de son domaine de compétence et que cela relève de collègues plus spécialisés ou mieux formés.

De manière générale, nous observons une absence marquée de consensus avec des gériatres qui prescrivent des médicaments anti-Alzheimer lorsqu'ils ne sont pas sûrs de leur efficacité et des gériatres qui sont certains de leur inutilité mais n'arrivent à déprescrire, l'éthos commun de prise en charge gériatrique se révèle donc impuissant à fonder une homogénéité de vision et de pratique.

2. La pratique de prescription dans le cadre de la prise en charge gériatrique : une intervention indirecte sur l'ordonnance

Dans cette partie, nous présentons la façon dont les gériatres agissent sur l'ensemble de l'ordonnance des personnes âgées qu'ils prennent en charge. L'objectif est donc d'étudier les marges de manœuvre que les gériatres se donnent dans la gestion des ordonnances. Comme dans la section antérieure nous nous appuyons sur les discours et l'observation de consultations de suivi ambulatoire de gériatres. À ce propos il faut savoir que lorsque les gériatres parlent de leur activité et de leurs objectifs ils parlent de l'ensemble de leur activité au sein de l'hôpital sans faire la distinction entre l'activité hospitalière proprement dite et la prise en charge au sein des consultations de suivi en ambulatoire que nous avons observées. Ce discours général nous permet de comprendre la façon dont ils conçoivent la prise en charge en gériatrie et les marges de manœuvre qu'ils estiment — ou non — avoir au sein de consultations ambulatoires.

Nous montrerons que les gériatres mettent en œuvre différentes stratégies de révision de l'ordonnance et arrivent dans certaines conditions à imposer leur « expertise pharmacologique ». Cependant, nous montrerons aussi que les gériatres, comme les généralistes de ville, rencontrent des difficultés pour effectuer une gestion de l'ordonnance remettant en cause la pratique d'autres professionnels et que parfois leur activité de révision passe au deuxième plan de la prise en charge. Nous faisons donc l'hypothèse que les gériatres ont une vraie expertise sur les médicaments, une bonne connaissance des incertitudes (notamment sur l'usage des médicaments, effets secondaires et

interactions médicamenteuses) et une réelle expertise pharmacologique, mais que le manque de reconnaissance professionnelle et la place qu'ils occupent dans la chaîne de soins encouragent une pratique mineure dans ce domaine.

2.1. L'expertise gériatrique : les conceptions de la « révision d'ordonnance »

Comme nous l'avons montré dans le chapitre antérieur, les gériatres considèrent que la révision des ordonnances fait partie de leur métier, et ils estiment détenir une expertise originale leur permettant de dépister les effets secondaires et d'adapter les traitements médicamenteux « aux bonnes règles gériatriques ». Cet objectif est étroitement lié à un objectif général de la pratique gériatrique, qui est celui d'éviter les hospitalisations au long cours et les hospitalisations et réhospitalisations en urgence, ainsi que de prévenir les risques iatrogènes, qui dégradent l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées. Ces objectifs sont ainsi en accord avec les priorités de santé publique présentées dans la Circulaire relative à la filière de soins gériatriques de 2007³⁴⁵ et incluses dans les recommandations de la HAS adressées à l'ensemble des professionnels de santé et des établissements de soins prenant en charge des personnes âgées³⁴⁶. Il nous semble intéressant d'explorer ce que les gériatres entendent par « révision d'ordonnance » et comment cela se traduit en pratique, notamment en raison du fait que les gériatres sont l'un des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la consigne de « limiter la polymédication ».

La notion de « révision d'ordonnance » recouvre deux sens pour les gériatres. Le premier est celui d'un « nettoyage » et peut être interprété en termes quantitatifs comme une activité d'allègement ou de diminution du nombre de médicaments. Il s'agit ainsi d'une réduction des médicaments « inutiles » ou qui n'ont plus d'indication pertinente : *« Le gros problème des patients est le renouvellement d'ordonnances, de médicaments dont ils n'ont plus besoin. Ils ont donc régulièrement des ordonnances chargées, et inutilement chargées, et ça les gériatres, normalement c'est ce qu'on sait faire nettoyer les ordonnances » [Géiatre F-47]*. Nous retrouvons ici une vision de la révision de l'ordonnance similaire à celle des médecins généralistes ayant une motivation à déprescrire.

Le deuxième sens que prend la notion de « révision d'ordonnance » est celui d'un travail méticuleux sur le choix des molécules. Il peut être interprété en termes qualitatifs comme une activité

³⁴⁵ Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. [En ligne] <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

³⁴⁶ HAS (2017), « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées », septembre 2017. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf

d'adaptation générale de l'ordonnance concernant les doses et la surveillance des effets indésirables : *« On essaye de prendre des précautions, d'adapter les doses parfois selon les recommandations qui peuvent exister et puis d'être particulièrement vigilant dans la surveillance des effets indésirables... »* [Gériatre Resp. HDJ, F-56]. Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, il n'existe pas à l'heure actuelle de « pharmacologie gériatrique » à proprement parler. En raison du fait que les personnes âgées sont sous-représentées dans les essais cliniques de médicaments, cette pharmacologie fait donc l'objet d'une « adaptation » qui est ici revendiquée par le gériatre.

Les gériatres reconnaissent les limites des savoirs concernant l'utilisation des médicaments pour les personnes âgées et le manque d'outils disponibles pour appuyer la décision médicale. C'est face à ces limites que les gériatres fournissent un « service d'expert » (Abbott, 1988). Ils s'estiment être des « petits prescripteurs » et lorsqu'ils interviennent sur les ordonnances, notamment pour réaliser des modifications il s'agit pour eux de se restreindre à un nombre limité de classes thérapeutiques :

« En gériatrie on est souvent amené à utiliser des médicaments qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, il n'y a pas beaucoup d'études, il y en a peu, on a de plus en plus d'études qui essayent de s'attacher à la population âgée et de tester les médicaments sur la population âgée, en tout cas plus qu'avant et c'est pour ça que c'est compliqué, c'est pour ça qu'on prescrit normalement beaucoup moins de classes thérapeutiques différentes que nos autres confrères, peu de médicaments ou en tout cas le moins possible » [Gériatre H-36].

Maintenant que nous savons que la révision d'ordonnance concerne à la fois un travail d'allègement et d'adaptation, étudions comment ces objectifs se traduisent en pratique.

2.2. Logiques de mise en œuvre de l'expertise pharmacologique par les gériatres

Examinons maintenant la manière dont les gériatres accomplissent la révision d'ordonnance : quelles sont leurs stratégies d'intervention et les conditions dans lesquelles ils effectuent la déprescription ? La section qui suit montre que les gériatres ont différentes manières d'envisager une intervention sur les ordonnances des personnes âgées : en mettant en place une logique d'adaptation de l'ordonnance, en insistant sur les demandes de la famille, en adressant les patients aux services d'hospitalisation pour envisager une déprescription en cas de suspicion d'effets indésirables. Nous montrerons enfin que les gériatres ont tendance à agir sur l'ordonnance lorsque des conditions particulières sont réunies, qui impliquent la « mise en relation de confiance » avec le médecin traitant et avec le patient (Castel, 2005).

2.2.1. L'adaptation de l'ordonnance aux bonnes règles gériatriques : une logique pouvant amener au rajout de médicaments

La révision de l'ordonnance, lorsqu'elle est conduite en termes d'adaptation aux cas individuels, a des conséquences directes sur le nombre de médicaments. La gériatre responsable de l'HDJ dit par exemple accorder une importance particulière à la justification du médicament par rapport à la pathologie traitée et à la situation particulière du patient, une situation qui peut l'amener à une adaptation des doses, à l'arrêt d'un médicament ou même à l'introduction d'un nouveau médicament :

« Ce n'est pas toujours le nombre de médicaments qui est problématique, c'est "pourquoi ils sont donnés" et c'est ça la révision de l'ordonnance, s'ils sont donnés : est-ce qu'ils sont donnés sur une bonne dose, s'ils sont donnés pour une bonne indication : est-ce qu'ils sont donnés et pris, correctement. Ce n'est pas juste un nombre si tu as 4 maladies que tu dois traiter tu auras peut-être 4 médicaments différents, et peut être qu'après qu'elle soit ici à l'hôpital elle en aura 9 parce qu'on aura vu tous les autres problèmes de santé, ou un problème qui a été mal diagnostiqué... Quelquefois il y a des gens qui ont besoin de 10 médicaments et s'ils ne les ont pas, leur vie va être beaucoup plus mauvaise. Il faut vraiment retenir le message comme un risque d'interaction supplémentaire, et donc, plus de vigilance. Et donc plus de regard critique sur les médicaments, parce que même un médicament peut ficher ta vie en l'air. Il faut être beaucoup plus nuancé, le nombre de médicaments ne veut pas dire qu'on traite mal un patient, les études montrent le contraire, après quand tu passes en gériatrie tu ne diminues pas toujours le nombre de médicaments, parfois, même souvent, tu l'augmentes, parce que tu vois plus de problèmes de santé » [Gériatre Resp. HDJ F-56].

Pour cette gériatre, l'intervention du gériatre dans le domaine du médicament implique un *savoir-faire* qui ne se borne pas à un travail de réduction du nombre de médicaments dans l'ordonnance, mais suppose une activité de surveillances, d'adaptation, d'ajout et d'arrêt de médicaments.

Dans ce cas l'intervention dans la prise en charge des personnes âgées peut parfois aller contre l'objectif d'allègement quantitatif des ordonnances. Les gériatres estiment « agir sur le vieillissement », ce qui implique de repérer des problèmes non traités par d'autres professionnels, et dans ce travail de dépistage et de repérage de nouvelles maladies et de nouveaux symptômes se glissent aussi de nouvelles prescriptions médicamenteuses.

Notre enquête auprès des médecins généralistes assurant des consultations en ville montre que certains généralistes estiment que les gériatres apportent une expertise pour réduire les ordonnances à rallonge, d'autres estiment que les gériatres ne retirent que les médicaments dont les effets indésirables sont très visibles et représentent un danger majeur pour le patient. Notre enquête auprès des gériatres nous permet d'affirmer que si les gériatres revendiquent une stratégie particulière pour aboutir à la déprescription qui s'appuie sur l'approche globale du patient et sur un interrogatoire long, *in fine* les déprescriptions sont marginales. Voyons par exemple, comment une gériatre de l'HDJ raconte son

intervention sur une ordonnance auprès d'une patiente qui évoque des effets indésirables de médicaments qui n'ont pas été pris en compte par son cardiologue en ville :

« Bah écoute, je vais te raconter un [cas] d'hier, la dame elle avait 88 ans et elle disait très bien que depuis 2 ans elle a été vue pour une arythmie, des troubles du rythme cardiaque sous médicaments, elle en avait plusieurs, et qu'elle se sentait diminuée depuis, donc elle est allée voir son cardiologue alors elle disait bien que c'était un cardiologue très sympathique, mais qu'il avait qu'un quart d'heure en consultation, elle le plaignait, elle disait le pauvre ! donc elle lui a écrit une lettre, avant la consultation pour lui dire aussi que voilà ça n'allait pas depuis qu'elle avait les médicaments et depuis comme c'était une dame qui avait un appareil de mesure de tension, elle prenait sa tension à la maison et elle s'est aperçue que sa tension était au mieux à 10, donc elle lui avait écrit sa lettre [...] donc du coup, la consultation commence et puis elle me dit qu'elle lui a dit, "vous avez vu ma lettre ?" et il lui répond "mais quelle lettre ? je n'ai jamais vu de lettre". Alors, la dame qui est très gentille me dit, c'est normal il est jeune et il ne lit pas les lettres il ne lit que les SMS. Donc elle est repartie. Nous on l'a vu hier et la dame elle avait une tension à 10, et quand elle se levait la tension baissait à 9, donc du coup j'ai appelé le médecin et bon on a changé les médicaments, mais elle le disait bien les effets. Là elle n'a pas été entendue. Nous, là ce qu'on a fait c'est qu'on a baissé les médicaments qui baissaient sa tension. Donc c'est ça » [Gériatre Resp. HDJ F-56].

Nous constatons que lorsque les gériatres expliquent leur décision de rajouter un médicament ou d'arrêter un médicament ils mettent en avant l'éthos gériatrique que nous avons identifié dans le chapitre antérieur, notamment la valorisation d'une culture humaniste. La gériatre met bien l'accent sur le temps pris pour écouter la patiente et se pose comme acteur pertinent face aux autres médecins.

Le travail de révision de l'ordonnance est l'une des justifications de l'intervention des gériatres, mais la réduction de la prescription médicamenteuse n'apparaît pas centrale dans leur activité. Nous observons que la pratique des gériatres repose principalement sur des actions de surveillance, de vérification des indications ou de la justification de traitements, d'introduction d'un médicament supplémentaire, de contrôle de l'observance, d'adaptation des doses, etc. Même si la déprescription est censée être un objectif important de leur pratique, envisager une déprescription dans le cadre d'une consultation est compliqué. En effet, cela implique de chercher la preuve du danger ou de l'inutilité du médicament, de « déjuger » d'autres prescripteurs, et de remettre en cause leur rôle dans la prise en charge à domicile.

2.2.2. Répondre à la famille : une logique de prescription étroitement liée au rôle dans l'organisation des soins

Le rôle des gériatres dans le maintien à domicile des personnes âgées (évaluation de l'autonomie pour réaliser les actes de la vie quotidienne, soutien aux aidants familiaux) est un élément de valorisation de la discipline et occupe une partie importante de leur activité. Cependant, ce rôle social peut être vu comme un élément qui affaiblit leur rôle en tant que « spécialistes de la polymédication », c'est-à-dire, comme les seuls spécialistes de la pharmacologie gériatrique à même de gérer les

incertitudes sur l'usage des médicaments. La position et la pratique de prescription des gériatres dans le cas de la maladie d'Alzheimer nous a déjà montré que les gériatres suivent leurs propres règles de prise en charge sans avoir nécessairement une méthodologie commune d'action sur l'ordonnance. La double nature médico-sociale de leur travail, qui fortifie l'image et la reconnaissance de la gériatrie dans la société ainsi que son identité professionnelle, est aussi à l'origine de nouvelles prescriptions médicamenteuses.

Voyons par exemple un extrait de consultation d'une des gériatres assurant les consultations de suivi gériatrique où elle se propose de réaliser un réaménagement complet de l'ordonnance d'une patiente (Mme Dumont). Nous observons que ce réaménagement est décidé avec l'aidant familial et rendu possible grâce aux informations obtenues auprès de celui-ci. Dans cette consultation la gériatre réalise des modifications de médicaments en négociant la stratégie thérapeutique avec l'aidant familial et en faisant des choix de molécules qui conviennent mieux à l'accompagnement effectué par l'aidante à domicile. Nous voyons aussi que l'aidant, en l'occurrence le fils de Mme Dumont, demande un traitement spécifique pour pouvoir profiter de sa mère la journée, sans qu'elle soit « endormie », et pouvoir se « reposer » la nuit, pendant qu'elle dort. Dans l'ensemble des soins apportés, l'enjeu du gériatre est de répondre aussi à cette demande qui concerne non pas directement la patiente, mais la charge de travail qu'elle représente à la maison, condition implicite de son maintien à domicile :

Extrait d'observation de consultation Gériatre F-47

– Patiente : Mme Dumont, âgée de 87 ans, d'origine indienne, ne parlant pas français, ancienne femme de ménage. Elle est de retour à domicile après un passage aux urgences, arrive à la consultation de suivi gériatrique accompagnée de son fils. Ils apportent le compte rendu de l'hôpital et des examens complémentaires (radiographies du poignet, de son épaule et pulmonaires) qui sont regardés par la gériatre.

– Diagnostic selon les informations apportées par la gériatre : troubles cognitifs de type Alzheimer et troubles de comportement, elle est insomniaque et diabétique insulino-dépendante.

– Ordonnance : prescriptions des médicaments pour la douleur, pour le cœur, pour la tension et pour les troubles du sommeil.

– Motif de cette consultation selon enregistrement audio du gériatre : « Suite d'hospitalisation, perte d'autonomie, troubles du comportement et anxiété ».

– Situation : Le fils a arrêté de donner à sa mère un neuroleptique (Risperidone) qui lui a été prescrit, car cela lui « provoque beaucoup d'insistance et de confusion », il a également refusé la proposition du médecin traitant d'introduire un anxiolytique (Seresta) pour éviter que sa mère se retrouve endormie et demande à la gériatre « quelque chose » pour qu'il puisse dormir la nuit. De plus, l'ordonnance réalisée à Bichat comporte un antidiabétique jugé par la gériatre comme « inadapté pour la personne âgée ».

– Décision : la gériatre réalise un réaménagement complet de l'ordonnance et prescrit 2 nouveaux médicaments, une grosse dose de Seresta pour l'apaiser et du Stilnox (hypnotique) pour amorcer le sommeil.

Dr : Elle va mieux ?

Fils : Mais beaucoup d'insistance, beaucoup de confusion. Elle prend Risperidone (Neuroleptique), elle a beaucoup de confusion donc je l'ai arrêté parce que ça aggravait la confusion.

Dr : Le Neuroleptique Risperdal pour la calmer ça fait l'inverse ?

Fils : Oui.

Dr : Elle prend quoi ?

Fils : Rien. Son médecin traitant voulait donner du Seresta (anxiolytique)...

Dr : C'est un bon médicament, ça calme les angoisses.

Fils : ça va la faire dormir !

Dr : Ce n'est pas un médicament pour dormir. Elle prend quoi comme médicament ?

Fils : elle est insomniaque, je ne lui donnerai pas du Risperdal.

Dr : elle a du Circadin ? (Médicament avec mélatonine pour réguler le rythme veille-sommeil).

Fils : oui. Elle a de l'Inipomp 12 40 je crois que c'est arrêté et ils ont mis du Lanzoprazol à la place (inhibiteurs de la pompe à protons [IPP]).

Dr : Dimanche... c'est l'interne qui a fait une ordonnance.

Fils : Elle prend de l'insuline Novomix.

Dr : Oui je vois, mais l'insuline rapide est mauvaise pour la personne âgée, si elle ne mange pas bien ça a des répercussions sur son hypoglycémie favorise les troubles d'agitation et du sommeil. Quelle dose de Novomix ?

Fils : 18-16-20 matin et soir.

Dr : AH ! bah ! 1 seule fois par jour, c'est marqué.

Fils : Elle s'est trompée l'interne.

Dr : Le Detentiel, bêtabloquant, a été changé, on l'a changé par le Bisoprolol. On avait mis l'Atacand, est-ce que c'est l'Aprovel qui est resté ?

Fils : Non, L'Atacand.

Dr : dose ?

Fils : Je ne sais pas.

Dr : Elle prend autre chose ? Elle prend du Seresta ?

Fils : Seulement à Bichat, mais ça l'a endormi. Depuis qu'on est sorti de chez vous elle prend Bisoprolol (bêtabloquant) et Amlodipide 5 milligrammes (inhibiteur calcique).

Dr : Ce n'est pas clair l'ordonnance de l'interne... Bon, on va faire un peu de ménage !

Fils : J'ai ramené le compte rendu de ce jour et le rapport gériatrique pour constater parce qu'elle a fait une fugue. La Memantine (anti-Alzheimer) a été arrêté, le Risperdal ça n'a pas marché.

Dr : Ah bon, la Memantine avait fait ses preuves pourtant.

Fils : souvent elle a des douleurs au genou.

Dr : Elle a de l'arthrose ?

Fils : oui.

Dr : « Pour la problématique douleur, on va commencer par lui faire des radios, genou poignet et bras. »

Fils : Avec l'incident on a pensé à un infarctus, mais rien. Le souci principal c'est l'appétit, elle ne mange pas elle ne prend que du Lactimel. Elle est très calme et raisonnable là, mais quelquefois on ne sait pas comment réagir. Elle voit son conjoint qui est mort il y a 22 ans. Je vous demande, mais ce n'est pas qu'une demande, c'est juste qu'elle puisse dormir la nuit pour que je me repose un peu. Il faut quelque chose pour qu'elle puisse dormir.

Dr : L'hémoglobine glyquée est déséquilibrée, ce n'est pas bien équilibré au niveau de son diabète.

Glycémie 2 grammes 33.

Fils : Elle a bien Lactimel sans sucre et elle n'avait pas d'insuline

Dr : Le rein ne fonctionne pas trop mal. Elle boit un peu malgré la forte chaleur ?

Fils : non.

Dr : (Fait le bilan) Une radio du genou... mais de hanche en fait. Les gens disent avoir mal au genou, mais c'est un problème du bassin en fait. Traitements : maintenant vous oubliez tous les autres. On repart de ce que je fais. C'est vous qui adaptez les doses d'insuline, 2 en 2.

Fils : Oui.

Dr : L'antalgique elle ne tolère pas ?

Fils : NON.

Dr : Elle peut s'en passer ?

Fils : Non.

Dr : L'Ixprim ça vous dit quelque chose ?

Fils : Oui, j'en prends.

Dr : Vous voulez qu'on essaye ?

Fils : OK.

Dr : Levemir, insuline lente on lui met 1 par jour, elle est mieux tolérée chez la personne âgée, faut garder les notes dans un cahier et le ramener pour que je regarde.

- *Seresta on va lui mettre du Seresta, mais une grosse dose 1,5 le soir.*
- *et du Stilnox (hypnotique somnifère) une demie à l'heure du couché. Le but du Seresta est de l'apaiser, et l'hypnotique Stilnox amorce le sommeil et après hop ! Le Seresta c'est un anxiolytique. Si agité pendant la journée Seresta 10 1 comprimé 1 fois.*
- *Si elle a 10 de tension vous arrêtez le Amlor, si la tension continue basse vous arrêtez le Condesartan.*
- *Je veux savoir son marqueur de nutrition pour savoir où elle en est en termes de Vitamine C.... Donc, je pourrai aussi lui faire une ordonnance de vitamine C.*

Nous constatons que la révision de l'ordonnance est aussi une aide à l'accompagnement de la famille, acteur stratégique pour le maintien à domicile de la patiente (Béliard et Sifer-Rivière, 2015a). Il faut noter que la gériatre trouve ses informations sur l'état de santé de la patiente, sur sa vie quotidienne, sur les médicaments qu'elle prend et sur ceux qu'elle ne « tolère » pas auprès du fils de Mme Dumont. L'intégration de l'aidant dans la stratégie thérapeutique est un enjeu stratégique : la gériatre écoute la plainte du fils concernant les problèmes de médicament et les possibles effets secondaires qu'il observe dans le traitement de sa mère. La gériatre informe et forme le fils sur les médicaments et sur la manière de les administrer, puisqu'il est responsable de la surveillance médicale à domicile, mettant en place des stratégies pour « maximiser l'observance » (Velprey, 2008). Ainsi, la gériatre arrive à lui faire accepter l'introduction du Seresta (anxiolytique), médicament pour lequel il n'était pas favorable au départ et — au vu d'une intolérance aux antalgiques — elle propose d'expérimenter l'Ixprim (Tramadol, antalgique de palier II) qui est connu et déjà pris par le fils. Finalement, par rapport à la plainte du fils, le neuroleptique qui fait « endormir » sa mère pendant la journée n'est pas renouvelé. La gériatre demande aussi des examens complémentaires pour approfondir le diagnostic de la douleur. Cet extrait ne permet pas de le voir, mais la gériatre enquête sur la douleur, demande ce que Mme Dumont faisait comme métier auparavant pour savoir si elle aurait pu s'abîmer le dos en travaillant. Nous observons donc ici ce que les gériatres appellent une prise en charge « globale » au cours d'une consultation longue.

Ce cas montre un réaménagement de l'ordonnance où la gériatre modifie un médicament « inadapté » pour les personnes âgées, l'insuline rapide. Il s'agit pour la gériatre d'adapter l'ordonnance « aux bonnes règles de gériatrie », privilégiant les médicaments qui provoquent le moins d'effets indésirables pour assurer la qualité de vie de la personne. Or, malgré les risques d'interactions

problématiques, des médicaments sont rajoutés à l'ordonnance afin que le fils puisse se reposer la nuit. Nous observons finalement, une réponse médicamenteuse au problème de la prise en charge à domicile.

Ce cas est particulièrement éclairant du rapport qu'entretiennent gériatres-patients-aidants dans le cadre d'une consultation de suivi en gériatrie. On voit que cette consultation contribue à construire le rôle passif du patient même s'il est impliqué dans les soins à partir de l'échange avec son aidant. À l'instar de ce qui se passe dans une consultation de neurologie (Blum, 2012), lorsque le but de la consultation est l'évaluation de l'efficacité du traitement et le dépistage des effets indésirables (et non plus le diagnostic de troubles cognitifs) il s'agit pour le médecin de borner les demandes du patient ou de son entourage et de cadrer l'information obtenue par leurs récits. Ce type de relation thérapeutique donne au gériatre la possibilité de « construire son autorité médicale » (Heritage et Maynard, 2006).

Nous observons que le travail du gériatre dans le cadre de consultations de suivi relève moins d'une prise en charge médicale au sens strict de la clinique que de l'*organisation* d'une prise en charge médicale et sociale — ce qui est aussi le cas de la prise en charge en fin de vie en gériatrie aiguë (Le Theule et *al.*, 2017) —. Cette organisation de la prise en charge où le gériatre peut mettre en œuvre son *savoir-faire* et son expertise pharmacologique requiert une légitimité vis-à-vis des patients et leurs familles ainsi que la reconnaissance professionnelle des autres intervenants dans la chaîne de soin. Il faut noter que la famille, les proches, le médecin généraliste, certains spécialistes en ville, sont des partenaires nécessaires au « retour » du patient à domicile et surtout des « relais » (Kuty et Vrancken, 1994). Comme nous le verrons plus en avant, ces éléments de légitimité et de reconnaissance pèsent dans les opportunités d'intervention des gériatres, raison pour laquelle l'investissement auprès de certains types de patients et de certains types de professionnels est plus facile que d'autres.

2.2.3. Déprescription et modification des ordonnances envisagées dans le cadre de l'hospitalisation

Dans le cadre de nos observations de consultations de suivi en ambulatoire, notamment pour motif de suivi après sortie d'hospitalisation, nous avons été témoin du travail de modifications d'ordonnances des gériatres à partir de l'échange qu'ils entretiennent avec la famille du patient. Les cas au cours desquels nous avons observé que les gériatres avaient effectué des changements de molécule concernent principalement trois classes de médicaments : les antidiabétiques, les anticoagulants et les antihypertenseurs. En privilégiant des molécules qui exposent à moins d'effets indésirables, le changement vise une adaptation à l'organisme et au métabolisme (pharmacocinétique et pharmacodynamique) des personnes âgées. Par ailleurs, nous avons repéré que des changements et arrêts de certains médicaments, tels que les anticoagulants sont le plus souvent effectués par le gériatre

dans le cadre d'une hospitalisation précédant la consultation de suivi gériatrique que nous avons observée.

Comme nous l'avons souligné pour le cas des médicaments anti-Alzheimer, certains gériatres s'appuient sur leur position dans différents services de l'hôpital gériatrique pour essayer d'apporter des changements sur les ordonnances ou pour envisager une déprescription. Hormis le cas particulier des médicaments anti-Alzheimer, l'ensemble des gériatres que nous avons observés en consultation de suivi affirment aboutir à des modifications thérapeutiques et des déprescriptions médicamenteuses dans le cadre d'une hospitalisation de court séjour. Pour faire valoir l'autorité que confère la médecine hospitalière et pouvoir mettre en place une expertise pharmacologique visant une déprescription, le cadre de l'hospitalisation traditionnelle est plus avantageux que celui d'une consultation de suivi en ambulatoire. Ce cadre permet en particulier d'agir rapidement en cas de survenue d'effets indésirables liés au sevrage, mais aussi de faire la preuve du danger ou de l'inutilité du médicament en question.

Voyons par exemple le cas d'une gériatre, qui affirme effectuer des réaménagements de l'ordonnance principalement dans le cadre d'une hospitalisation :

« [les recommandations] c'est que du bon sens, limiter la prescription de psychotropes en termes de quantité, de durée, c'est que du bon sens, nous on essaye souvent d'enlever les psychotropes eh, en aigu, ce n'est pas toujours possible. Pour nous c'est facile de modifier les traitements, ce qui est compliqué c'est en ville... Nous on a le temps, ils sont là pour plusieurs jours donc on voit si ça marche ou si ça ne marche pas et puis on ose, on n'est pas là pour l'argent, ça change la donne ! » [Gériatre, F-47].

Le discours de cette gériatre montre bien que l'avantage de l'hospitalisation est de pouvoir faire l'expérience de l'arrêt de médicament et de pouvoir reprendre rapidement le patient derrière en cas de possibles effets indésirables liés au sevrage. Le cadre hospitalier met à disposition du gériatre le réseau et les ressources techniques de l'hôpital pour aboutir à cette action. Il est également possible d'affirmer qu'envisager une modification de l'ordonnance dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle ou de court séjour est plus confortable que le faire en consultation de suivi, puisque dans ce cadre les gériatres ont une légitimité d'action et une marge de manœuvre par rapport à la prescription d'autres intervenants dans la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013). Cette manière d'agir des gériatres fait écho aux difficultés de déprescription des médecins généralistes interrogés en ville.

Nous comprenons ici que la déprescription représente une difficulté pour les gériatres et qu'elle n'est pas facilement effectuée dans le cadre des consultations de suivi gériatrique en ambulatoire. Les gériatres que nous avons observés en consultation affirment déprescrire principalement dans le cadre d'une hospitalisation. Au regard de ce que nous avons analysé jusque-là dans notre travail de thèse nous observons des différenciations de pratiques entre médecins d'un même groupe professionnel et entre médecins de différents secteurs de soin (en ville et au sein de l'hôpital), mais aussi la persistance

de régularités dans la manière de gérer l'ordonnance : même si les médecins manquent des données scientifiques sur l'efficacité thérapeutique la déprescription semble devoir nécessairement s'appuyer sur la preuve scientifique de l'inutilité ou de l'inefficacité pour être effective.

Lorsque les gériatres rencontrent des situations problématiques autour des médicaments, comme l'identification d'effets indésirables ou, plus précisément, l'évocation de la survenue des effets indésirables par le patient ou son accompagnant dans le cadre de la consultation de suivi en ambulatoire, les gériatres adressent le plus souvent ces patients aux services d'hospitalisation.

Voyons l'exemple de la consultation de Monsieur Sy, (80 ans, ancien magasinier, d'origine sénégalaise), qui prend des corticoïdes depuis une longue période (renouvelé trois fois dans les quatre derniers mois et pris à chaque fois pendant 15 jours) et est de retour à domicile depuis une récente hospitalisation. Mr Sy arrive en consultation de suivi accompagné de son fils qui démarre l'échange avec le gériatre en évoquant le retour à domicile après l'hospitalisation à Saint Louis qui « *ne s'est pas bien passé, à cause des médicaments* » et affirme que « *le corticoïde lui provoque une grande confusion* ». Face aux symptômes décrits par le patient et son fils comme étant liés aux médicaments pris, le gériatre met en place un interrogatoire, réalise un examen clinique et lance une suite de tests mémoire, sans expliquer au patient et son fils pourquoi il procède de cette manière. Après un interrogatoire général, qui comporte aussi bien des questions sur les symptômes ressentis que sur la situation du patient à domicile, ou ses aides à la maison, etc., le gériatre fini pour annoncer que le patient sera pris « *quelques jours en hospitalisation pour approfondir l'examen* » et demande de faire une IRM cérébrale avant celle-ci. En raison de la longueur de cette consultation, et de sa richesse, qui illustre la prise en charge « globale » du patient sur laquelle le gériatre entend baser son activité, nous avons décidé de retranscrire longuement cet extrait en Annexes (n° VI) et nous nous contentons ici de constater que dans le cadre d'une consultation de suivi, outre la crainte des effets indésirables liés au sevrage, il est difficile pour le gériatre de faire la part entre symptômes d'effets indésirables du médicament, évoqués par le patient et son fils, et les symptômes d'une autre maladie. Ce cas montre aussi qu'il est d'autant plus difficile pour le gériatre de trancher que les effets indésirables sont décrits comme des syndromes « confusionnels » et qu'il soupçonne déjà chez ce patient la présence de troubles cognitifs.

A la fin de la consultation nous demandons au gériatre pourquoi il a lancé des tests mémoire et s'il s'agit du fait qu'il ne croit pas que ce soit un problème lié au médicament comme l'affirme le fils de Mr Sy. Nous obtenons des informations qui n'ont pas été données ni au patient ni à son fils en consultation et qui concernent ce soupçon de troubles cognitifs. Le gériatre raconte :

« Il a passé 3 mois au Sénégal, il a commencé à tomber, 3 chutes en 48 heures, il est allé aux urgences à Lariboisière, c'était un problème d'hypotension orthostatique. Il a fait une sarcoïdose et à Saint Louis on l'a

mis sous corticoïde et ils ont aussi fait un point cérébral. Il est sorti, pas de chutes ni de vertiges. Il a loupé le rendez-vous de suivi, il y a quelques jours il appelle pour dire que ça ne va pas... Là, ce n'est pas du tout lui, il a un déclin moteur, il rit de façon inadaptée... ça peut être le corticoïde, ou un AVC, ou un problème cérébral, il l'a déjà fait » [Gérialre H-36].

Dans le cadre de cette consultation, le gérialre ne partage pas son raisonnement et son avis sur la situation avec Mr Sy et son fils. Ils évoquent des effets indésirables du médicament et sont écoutés par le gérialre, mais le médicament en question n'est pas pour autant arrêté en consultation. Il faut noter, comme le soulignent Hardy et ses collègues (2018), que la prise en compte d'un problème lié aux effets indésirables de médicaments « se fait plus aisément en milieu hospitalier, parce qu'il devient possible de faire intervenir plusieurs disciplines et de créer des échanges autour de la question ».

Cette observation nous permet de constater que la mise en place d'un bilan gérialrique complet, dans le cadre d'une consultation longue (de 2 heures et demie) où le gérialre se montre à l'écoute du patient et de son fils, permet une approche « globale » du patient et l'organisation de la prise en charge à domicile. Mais, en ce qui concerne le médicament, la prise de décision est exclue du champ de la consultation et déléguée au service hospitalier le plus traditionnel. Le patient est envoyé à l'hôpital pour quelques jours. En ce qui concerne le médicament, les gérialres au sein de consultations gérialriques en ambulatoire agissent finalement de la même manière que les médecins généralistes assurant des consultations en cabinet de ville. Un point les différencie néanmoins nettement de médecins généralistes comme l'illustre cette consultation : dans le cadre d'une consultation de suivi en ambulatoire le gérialre, en raison de son positionnement dans l'organisation des soins, a les moyens d'agir rapidement sur une situation problématique, en partie au moins liée aux médicaments, en adressant plus rapidement le patient en question aux services de l'hôpital [nous reviendrons sur ce point dans la dernière section de ce chapitre].

2.3. Une tendance à agir sur les « coups sûrs » : contourner la difficulté à être reconnu

Nous avons montré jusque-là que l'intervention des gérialres sur l'ordonnance reste au deuxième plan de leur activité de prise en charge. Nous montrerons maintenant que dans un certain nombre de situations la gestion de l'ordonnance a tendance à être « résiduelle ». Selon les gérialres interrogés, l'une des limites de leur travail de révision est que les médecins de ville, et principalement les généralistes, ne suivent pas les modifications qu'ils apportent aux ordonnances. Au vu des stratégies qu'ils mettent en place afin de mener à bien leur objectif de révision d'ordonnance nous observons également que les gérialres considèrent que leur crédibilité auprès des patients est insuffisante et que ceux-ci n'acceptent pas toujours leur pratique. Nos interviews et nos observations indiquent que les

gériatres effectuent des modifications et des arrêts de médicaments lorsqu'ils ont de bonnes raisons de penser que le médecin et le patient vont suivre leurs objectifs de révision d'ordonnance.

Voyons par exemple le discours d'un gériatre assurant les consultations de suivi en ambulatoire, qui estime que son intervention sur l'ordonnance est un éternel recommencement, et qui montre que cette intervention est en effet interdépendante de celle d'autres médecins conformant le réseau du patient en ville :

« On est très souvent étonné par les ordonnances qu'on voit. Parce qu'on voit beaucoup d'interactions médicamenteuses qui sont incompatibles, on voit beaucoup de médicaments qui sont prescrits sans indication, on voit encore pareil, le médicament pour lequel il n'y a pas une preuve scientifique de quoi que ce soit et qui sont encore prescrits, non, non, les ordonnances pour les patients sont toujours une surprise, c'est une éternelle surprise et un éternel recommencement » [Gériatre H-36].

C'est également le cas de la responsable de l'HDJ, qui conçoit son intervention sur l'ordonnance comme une tâche interminable et la révision une sorte de « supplice de Sisyphe » :

« ... parfois leur charge de travail fait qu'ils n'ont pas le temps de lire le compte rendu qu'on leur adresse, et du coup le bilan reste ce qu'on appelle "lettre morte", ce qui veut dire que nous on l'a fait mais personne ne le regarde après, ça reste comme ça quoi » [Gériatre Resp. HDJ, F-56].

Pour une troisième gériatre, assurant les consultations de suivi, le travail de révision d'ordonnance est conçu comme un grand service rendu aux médecins de ville et pense que les raisons pour lesquelles certains médecins ne suivent pas les modifications viennent de la facilité à recopier l'ordonnance ou parce qu'ils ne comprennent pas les modifications :

« Ce sont souvent les généralistes en consultation qui les adressent ou d'autres collègues de spécialité différentes, en cancéro c'est le cancérologue qui les envoie, pour voir si le traitement proposé pour le cancer n'interfère pas avec les médicaments mis en place. En fait les médecins ils sont ravis qu'on fasse des révisions d'ordonnance parce qu'eux ils n'arrivent pas à le faire, quand on allège, ils sont plutôt ravis ah. Après quelquefois quand ils ne les suivent pas, c'est parce qu'ils n'ont pas compris l'ordonnance et qu'ils vont copier une vieille ordonnance ça, ça arrive aussi » [Gériatre F-47].

Cette gériatre met tout particulièrement en avant, que la difficulté principale pour aboutir à une révision d'ordonnance suivie d'effet, vient toutefois de l'acceptation des patients :

« ... leur faire accepter ce qu'on change ce n'est pas toujours simple, de leur faire accepter que maintenant c'est fini quoi, parce que nous on arrive des fois de façon très ponctuelle à changer les choses, donc il faut les persuader du bien-fondé de ce qu'on dit, parce qu'à côté ils ont leur médecin traitant qu'ils voient tous les 3 mois tous les 6 mois et depuis plusieurs années, et ils ne comprennent pas pourquoi nous on se permet de faire ça » [Gériatre F-47].

Tous les gériatres que nous avons interrogés dans le cadre de notre enquête affirment que les médecins généralistes ne suivent pas toujours leurs modifications. Nous les avons donc interrogés pour savoir comment ils font face à cette situation. C'est ainsi que nous avons identifié plusieurs stratégies d'intervention sur l'ordonnance qui varient en fonction de la singularité du rapport entretenu avec le

patient et avec les autres professionnels impliqués aussi dans leur prise en charge. Ces stratégies d'intervention pour faire face à la difficulté à être reconnu et suivi dans l'action que nous décrirons par la suite sont : communiquer davantage avec le médecin ; communiquer avec le médecin et le patient et communiquer davantage avec le patient.

- **Une stratégie basée sur la communication avec le médecin traitant**

Un des gériatres que nous avons interrogés nous explique ainsi que ces médecins n'ont pas le temps de lire le compte rendu envoyé, ne comprennent pas les modifications apportées, mais surtout qu'ils ont une relation avec leurs patients structurée autour du médicament :

« ... c'est quand même exceptionnel d'avoir 6 médicaments pour la tension pour des personnes âgées ça ne doit pas arriver, déjà pour le 3^e médicament il faut commencer à se poser des questions pour, soit des problèmes d'observance, des problèmes d'hypertenseurs qui ne sont pas essentiels en prévention secondaire et il faut mener une enquête. Il faut se poser des questions d'une hypertension liée à une autre maladie. Donc ça, ça fait partie aussi des choses pour lesquels on est vigilant. Parfois c'est compliqué parce que les médecins traitants voient la nouvelle ordonnance, voit le compte rendu d'hospitalisation, et pour autant ils voient, pour certains, ces nouvelles décisions sur les médicaments, comme une intrusion dans la relation qu'ils ont avec leurs patients. Et du coup, parfois, toutes les modifications qu'on fait, qu'on fait en consultation ou qu'on propose en consultation de gériatrie ou en hospitalisation, finalement ne sont pas suivies d'effet ou au bout d'un mois après la sortie ou après la consultation on s'aperçoit que tous les médicaments ont été repris comme avant... c'est aussi difficile le travail en médecine de ville ils ont peu de temps les médecins en ville eh, ça va vite, donc ils sont débordés, et du coup parfois ils ne trouvent pas simplement le temps de prendre de connaissance des éléments qui ont été modifiés » [Gériatre H-36].

La stratégie pour effectuer l'arrêt d'un médicament est alors de communiquer avec le médecin traitant. Cependant, les changements ne sont pas réalisés de manière systématique dans le cadre d'une décision commune entre le gériatre et le médecin traitant. Il faut savoir que tous les médecins traitants reçoivent le rapport ou compte rendu de consultation, accompagné parfois d'une lettre courte en cas d'indications précises, mais il n'y a de communication plus directe qu'avec certains d'entre eux. Ce gériatre ne communique de manière directe avec le médecin traitant que lorsqu'il le connaît et/ou tient à s'assurer que son changement dans l'ordonnance sera suivi d'effet :

« Ça nous arrive de proposer pour être sûr que ça va être suivi d'effet, parfois, on appelle le médecin traitant et on lui dit directement bah directement, je vous propose, si vous êtes d'accord on arrête ce médicament, parce qu'il y a tel effet indésirable ou on est embêté du fait de tel risque d'effet indésirable qui a fortes chances de survenir... on essaye d'avoir une "alliance thérapeutique" entre le médecin traitant et nous pour être sûr que la modification va être pérenne ».

Nous constatons également dans ce cas que la communication avec le médecin traitant ne se met en place que lorsque le médicament en question représente un risque majeur d'effet indésirable pour le patient.

L'extrait de consultation rapporté, ci-dessous, nous montre que lorsque ce gériatre constate que le médecin de ville n'a pas suivi sa modification d'ordonnance (diminution d'un médicament

antihypertenseur) il tente de passer par le patient et la famille. Il fait le choix de ne pas prendre contact directement avec le médecin généraliste, évite d'intervenir à nouveau sur l'ordonnance et transmet ses savoirs gériatriques pour la bonne prise en charge du patient :

Consultation de suivi de Mme Fièvre (81 ans) pour contrôle de retour à domicile après hospitalisation au sein du même hôpital [Géronte H-36]

Dr : comment ça va depuis qu'elle est sortie ?

Fille : Vous demandez à ma mère ou à moi ?

Mme Fièvre : Pas tellement bien, hier soir je suis tombée et ce matin j'ai la tête qui tourne.

Dr : Vous avez des vertiges ? Vous aviez une Hypotension orthostatique quand on s'est vu...

Fille : son médecin a augmenté son médicament anti-hypotenseur. La tension augmente 14 au lieu de 12 et des fois elle est à 5.

Dr : elle est sortie à 10.

- Interrogatoire (aides à domicile, APA etc.) et examen clinique : « Et l'appétit, ça va ? Vous êtes essoufflé, ça va quand même ? ». Le gériatre pèse la patiente et prend sa tension :

Dr : « elles ne mettent pas de bas de contention les infirmières ? »

Fille : non parce qu'il n'y a personne pour les enlever.

Dr : On va contrôler la tension assise et debout. 13-9 c'est bon.

- La fille montre les ordonnances et le gériatre les regarde et lit entre lignes à voix haute :

Dr : « Elle a des médicaments pour la tension, même si on a allégé la dernière fois... Indapamide (diurétique)... mais il le reste l'Acebutolol (le bêtabloquant). Bon, c'est le bas de contention le problème.

Fille : Vous allez me refaire toutes ces ordonnances ?

Dr : non, en théorie c'est au médecin traitant de le faire.

Fille : Mais le médecin traitant l'a vue à domicile.

Dr : lit à voix haute son ordonnance : "bande de compression veineuse" le bas de contention ça limite les vertiges.

Mme Fièvre : je peux l'enlever toute seule !

Dr : Oui, je ne suis pas contre.

Dr : Il faut aussi une ordonnance pour infirmière pour la piqûre d'insuline et pour tous les jours. Je fais une ordonnance pour 3 mois, mais d'ici la fin de l'année on se voit.

- Le gériatre remet à la fille son ordonnance "infirmière" et "bas de contention" et les ordonnances de médicaments gérées par le médecin traitant qu'il n'a pas modifiées.

Fille : De toute façon j'irai voir son médecin traitant c'est sûr.

Dr : C'est sûr. Il faut qu'il la voie régulièrement.

Fille : Qu'est-ce que vous voulez, les médecins traitants ne veulent pas venir à domicile.

Dr : C'est vrai que ce n'est pas valorisée la visite à domicile.

Après avoir diminué le médicament pour la tension et qu'il revoit la patiente le gériatre constate donc que son médecin traitant l'a de nouveau augmenté. Ce cas montre également qu'il évite donc de re-intervenir sur l'ordonnance. Il prescrit des « chaussettes de contention » pour 3 mois, ce qui est également une manière de « passer le message », au médecin traitant qu'il existe une solution non-médicamenteuse. Si l'intervention sur l'ordonnance reste résiduelle en ce qui concerne le volet médicament, nous constatons pourtant une transmission de savoirs gériatriques auprès de la patiente et de sa fille ainsi qu'envers l'infirmière (« *la bande de contention limite les vertiges* ») et une communication indirecte envers le médecin traitant (pas besoin d'augmenter l'antihypertenseur pour limiter les vertiges). Cette transmission de savoirs devient ainsi un moyen pour aboutir à « la bonne réalisation du diagnostic, du traitement et des soins » (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013). Outre la transmission de ces savoirs, il y a également des conseils pour le bon suivi de son parcours en ville (« il faut que le médecin traitant la voie régulièrement »).

- ***Une stratégie basée sur la communication avec le patient et le médecin traitant : une décision prise avec le médecin traitant lorsqu'il est « conciliant »***

Pour la gériatre de l'HDJ, le problème de la révision de l'ordonnance concerne à la fois le médecin traitant, qui n'accepte pas le changement effectué, et le patient qui reste « attaché à son traitement ». Sa stratégie est de communiquer auprès des deux :

« Les difficultés elles sont de croire qu'on peut réviser une ordonnance sans s'assurer que la personne et celui qui a prescrit des médicaments soient d'accord. Le souci qu'on a c'est que parfois malgré le réseau écrit aux prescripteurs de ville, celui-ci va remettre les médicaments. Donc le souci c'est que ce changement n'est pas toujours accepté, même quand il est justifié et expliqué par celui qui l'a prescrit, qui a ses propres convictions peut être et qui, voilà. Après, certaines personnes, certains patients ne veulent pas parce que pour eux ces médicaments restent importants » [Gériatre Resp. HDJ F-56].

Communiquer avec le médecin traitant afin de décider conjointement de la modification de l'ordonnance n'est cependant une stratégie mise en œuvre que dans le cas où cette gériatre connaît le médecin traitant, elle sait qu'il sera « conciliant » et/ou s'assure que celui-ci aura une réaction favorable vis-à-vis de sa décision de modification ou d'arrêt :

« Alors, on a certains médecins qui nous connaissent et qui parfois nous appellent pour avoir un avis. Mais c'est ceux-là avec lesquels ça fonctionne très bien. Ceux-là on peut les appeler, leur expliquer, voilà, c'est... On appelle parce que voilà on a besoin d'avoir tous les renseignements, sur la personne, on ne peut pas changer un médicament sans avoir des raisons. Donc voilà quelquefois on s'accorde d'arrêter parce qu'il n'y a pas de raison. Je pense qu'après ça tient à des individualités et il y a des gens qui ne supportent pas que d'autres puissent revoir ce qu'ils ont fait. Et puis, il y a des gens qui sont très satisfait de ce qu'ils font, et ils ne comprendront pas. Il y a de tout. Donc comme dans tout milieu il y a des gens qui sont conciliant qui peuvent bien discuter et il y en a d'autres... donc je ne suis pas sûre en tout cas, pour nous ici, que ce soit un défaut de communication parce qu'on appelle beaucoup et on est beaucoup dans l'interaction, après, c'est particulier... Parfois si tu sens que c'est un médecin mais qui a l'air un peu, que tu n'arrives pas à joindre, tu fais la modification en disant au patient qu'il aille revoir son médecin avec ça, pour voir si le médecin est d'accord, donc on prend beaucoup, beaucoup, de précaution, ... » [Gériatre Resp. HDJ F-56].

Dans le cas de cette gériatre, nous remarquons que les décisions de modification ou d'arrêt de médicaments sont décidées dans le cadre d'une communication et d'un échange avec des médecins traitants avec lesquels elle s'entend bien et qui sont ouverts à la négociation. À l'inverse, la communication avec les médecins traitants qui ne sont pas « conciliants » ou qui sont plus difficiles à joindre est indirecte et passe par l'intermédiaire des informations transmises au patient. Le suivi de la révision de l'ordonnance effectué par le gériatre est alors doublement fragilisé par cette communication indirecte mis en place et par la légitimité ainsi conférée au médecin généraliste.

- ***Une stratégie basée sur un échange avec le patient : une intervention sur l'ordonnance de patients « conciliants »***

Une troisième gériatre, assurant les consultations de suivi, ne soutient pas l'idée de la nécessité de « communiquer » avec les médecins intervenant en ville. Pour aboutir à une modification ou un arrêt de traitement, sa stratégie s'appuie exclusivement sur le patient et tout particulièrement sur des patients « conciliants » :

« ... des ordonnances qui étaient tout et n'importe quoi, des interactions médicamenteuses, 3 médicaments pour la même chose, abondance inutile, interaction médicamenteuse, pas d'indication pour certains médicaments... Bah je leur dis, ça c'était bon il y a 20 ans, maintenant vous avez vieilli, vos organes ont vieilli, là il faut l'enlever pour l'enlever, parce que ça va donner des effets indésirables, vous allez vous retrouver à l'hôpital. Après, ils disent oui, oui, puis pendant la consultation, mais qu'est-ce qui se passe après, si je les suis, ça m'arrive de voir que tout a été parfaitement suivi, quelquefois je me rends compte que le généraliste n'a pas du tout tenu compte des modifications et il a repris les ordonnances et ainsi de suite, et il y a quelques patients qu'on ne revoit pas, donc là je ne sais pas » [Gériatre F-47].

Cette gériatre n'intervient pas sur l'ordonnance lorsque le patient est perçu comme étant réticent au changement ou lorsqu'elle considère que l'information thérapeutique apportée n'aura pas d'impact favorable. Elle souligne les difficultés à prendre en charge certains patients, et dessine le portrait du « bon patient, autonome, observant et compilant » (Wils, 2015) à qui elle sait qu'elle pourra faire une révision de l'ordonnance :

« En consultation, le plus drôle que j'ai eu, j'ai une patiente qui avait une ordonnance avec plus de 40 médicaments, mais c'était tout et n'importe quoi, il y avait de l'allothérapie, de l'homéopathie, et ça partait dans tous les sens, je les ai comptés et elle me disait, ça c'est pour ça, ça c'est pour ça, ça c'est pour ça, et de toute façon on ne peut rien changer. C'était en consultation, c'était pour des troubles de la mémoire, elle avait surtout un problème de personnalité... hystérique quand même. On a dû lui expliquer qu'un certain nombre de choses ne sont pas utiles, moi je savais pertinemment que le message ne passerait pas, il y a des gens pour qui on sait très bien qu'on va pouvoir faire le ménage dans l'ordonnance et d'autres pas eh, voilà, je l'ai dit eh, dans le compte rendu j'ai expliqué à son médecin traitant qu'il est important d'enlever un certain nombre de médicaments, mais ça ne pouvait pas venir de moi » [Gériatre F-47].

Dans ce cas particulier, lorsque nous demandons à cette gériatre si elle communique avec le médecin traitant afin d'accomplir sa révision d'ordonnance, elle nous répond : « Non. Il y a eu un

courrier eh, je vais lui dire quoi à son médecin ? Arrête tes conneries ? C'est compliqué quand même... ». Il est intéressant de remarquer, dans le cas de cette gériatre, qu'elle évoque le fait que certains médecins ne suivent pas les modifications effectuées sur l'ordonnance alors qu'elle affirme de manière générale ne pas communiquer directement avec les médecins de ville pour décider ensemble d'un traitement ou pour clarifier une modification :

« Non, je n'ai pas le temps, je n'appelle pas, je fais un compte rendu et ils reçoivent. Imaginez qu'on n'a pas le temps d'appeler le généraliste, et qu'il n'est pas dans son cabinet ni devant son ordinateur, ils s'en fichent, si je les appelle pour parler de madame truc, qu'il n'a pas vu depuis 3 mois et il doit se souvenir de son traitement ah, ce n'est pas possible » [Gériatre F-47].

En ce qui concerne le rapport que les gériatres entretiennent avec les médecins généralistes, nous observons un double mouvement de concurrence et de coopération (Castel, 2005). De manière générale, pour les gériatres, les médecins de ville et notamment les généralistes représentent une contrainte dans la bonne réalisation de leur travail d'adaptation de l'ordonnance aux bonnes pratiques gériatriques. Les discours des gériatres montrent l'existence d'un sentiment de concurrence avec eux, une concurrence portant sur la bonne manière de prescrire. D'autre part, nous observons des dynamiques de coopération avec certains médecins qui acceptent de prendre en compte dans leurs pratiques les savoirs transmis par les gériatres. Dépendants du réseau de prise en charge en ville, les gériatres ont besoin des « renseignements » des médecins qui connaissent la personne depuis longtemps, mais ils ont aussi besoin que ces médecins, au ou moins celui qui est central dans le suivi assure la « bonne prise en charge » et prenne en compte leurs conseils.

Ce qui nous apprend l'étude des différents types de stratégies de révision d'ordonnance, au-delà d'une sélection de patients et de professionnels qui relève du traitement de situations particulières, est que les gériatres n'ont pas une intervention discrétionnaire sur l'ordonnance. Aboutir à une modification ou à un arrêt de traitement nécessite donc l'établissement de consensus entre médecins, et donc souvent des relations interpersonnelles entre les médecins engagés.

Cette tendance des gériatres à agir sur les « coups sûrs » montre que la reconnaissance de la pratique des gériatres par les généralistes n'est pas un acquis, mais doit être construite grâce aux différentes stratégies analysées ci-dessus. Dans leurs discours les gériatres reflètent un éthos commun tel que leur activité qui se construit en opposition et en hiérarchie vis-à-vis d'autres disciplines, principalement les médecins généralistes. Cependant notre enquête montre qu'ils doivent continuellement justifier et construire auprès des patients, des généralistes et des autres spécialistes leur légitimité à modifier l'ordonnance.

3. L'organisation des soins autour de l'ordonnance : une réponse aux problèmes de la prise en charge

L'examen des logiques de prescription et de gestion d'ordonnances des gériatres a montré une pratique qui résulte d'une part de leur place dans l'organisation des soins à domicile et qui est étroitement liée à l'activité de prévention et à l'évaluation de « l'autonomie » des personnes âgées et d'autre part d'une difficulté à se faire reconnaître comme acteur pertinent par les autres médecins et aussi par les patients. Cette analyse nous amène à défendre l'idée que l'intervention des gériatres sur l'ensemble de l'ordonnance n'est pas une activité prioritaire pour eux. Si notre étude permet de constater que les gériatres ont souvent de grandes difficultés à modifier les ordonnances, qu'ils ne sont pas nécessairement interventionnistes et que leur objectif n'est guère celui de la diminution de prescriptions pour les personnes âgées polymédiquées, nous observons néanmoins qu'ils sont attentifs aux enjeux de la prise en charge et à ce qui pose problème pour d'autres médecins.

Nous proposons donc ici de mieux comprendre le type de prise en charge gériatrique propre aux consultations de suivi en ambulatoire et d'analyser ce que cette activité apporte concrètement pour répondre aux enjeux sous-jacents au problème de la polyprescription. Dans un premier moment, nous allons revenir sur certaines des caractéristiques qui permettent aux gériatres d'être en position beaucoup plus interventionniste par rapport aux médecins généralistes. La possibilité pour les gériatres de se servir du réseau et de ressources qui les permet leur insertion dans le milieu hospitalier explique cette capacité de coordination forte. Dans un deuxième moment, nous discutons les apports concrets de la consultation de suivi au problème de la prise en charge des personnes âgées en général.

3.1. Savoirs sur la vieillesse, position à l'hôpital et exercice salarié : des points forts pour agir en contrepoint à des spécialités concurrentes

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre antérieur, la gériatrie rivalise avec d'autres professions pour la défense d'un même « domaine de juridiction » (Abbott, 1988). La médecine générale est le segment professionnel avec qui la gériatrie partage le plus de points en communs. Malgré cette concurrence, et la fragilité de leur statut de spécialité, les gériatres que nous avons observés se trouvent assez souvent dans une position privilégiée vis-à-vis des médecins généralistes.

Comme les médecins généralistes, les gériatres que nous avons observés s'occupent de « patients problématiques », c'est-à-dire font face à des situations de polypathologies, évoluant au long cours,

traitées par plusieurs médicaments dont les interactions sont difficiles à gérer, aggravées par des problèmes qui ne relèvent pas du strict champ médical curatif. Pour faire face à ces difficultés, les gériatres se servent de leur place à l'hôpital.

Le premier bénéfice que l'encadrement de leur activité par l'hôpital leur apporte est la possibilité de réorganiser rapidement le parcours de patients qui n'ont pas nécessairement été suivis sur le plan médical auparavant. En effet, du fait de leur position au sein de l'hôpital les gériatres prennent régulièrement en charge des patients sortis des urgences, des patients qui sont en rupture de lien avec leurs médecins ou leur famille, et ayant des problèmes sociaux et financiers. L'hôpital offre aussi la possibilité de mettre en place des consultations longues nécessaires à l'appréhension du patient de manière plus globale. Si le patient consulte un gériatre avec moins de fréquence que son médecin de ville (tous les 6 mois) les consultations durent en moyenne 2 heures. Avec un impératif de maintien à domicile tant que cela est possible, l'activité des gériatres est fortement conditionnée par la façon dont ces personnes sont prises en charge en ville et donc, par les informations fournies par les acteurs qui interviennent dans celle-ci. Rencontrant le patient à un moment précis de sa trajectoire dans la chaîne de soins, les gériatres sont contraints d'accepter de ne pas avoir les moyens de connaître tous les aspects de la vie de ses patients, comme c'est le cas d'un médecin généraliste. Ils se renseignent donc sur le patient et sa trajectoire auprès de la famille ou, à défaut, en mobilisant des équipes à sa disposition (équipes mobiles de gériatrie). Les gériatres interviennent ainsi souvent sur des problèmes qui ne relèvent pas du strict champ médical curatif, mais bien de l'organisation de la prise en charge. Leur activité de consultation peut donc être lue comme une activité qui cherche principalement à relier les acteurs impliqués dans le soin. Parmi les moyens de réalisation du travail de révision d'ordonnance, les gériatres soulignent ainsi l'importance du collectif, de l'identification des intervenants autour du patient ainsi que par la mise en place d'un travail « régulier » et « pluridisciplinaire » :

« La révision de l'ordonnance c'est un des rôles fondamentaux du gériatre eh, enfin de tout médecin en théorie, le médecin traitant devrait aussi le faire, de façon régulière, mais c'est vraiment une des missions du gériatre de réviser l'ordonnance, régulièrement et d'essayer justement d'identifier tous les interlocuteurs autour d'un patient, d'identifier toutes les prescriptions en cours, d'où l'importance parfois d'interroger les pharmaciens c'est de voir toutes les ordonnances en cours pour le patient et de pouvoir faire justement le ménage comme on dit, ce qui est utile, inutile, dangereux, ce qui ne devrait pas être prescrit parce qu'il n'y a pas d'indication, ce qui n'est pas forcément à la bonne dose, ce qu'on appelle « mésusage » etc., etc. » [Gériatre H-36]

Si l'objectif de révision d'ordonnance proprement dite relève souvent d'une pratique résiduelle il faut néanmoins mettre en exergue une autre activité réalisée « autour de l'ordonnance », qui est celle de l'identification des intervenants dans la prise en charge du patient. Cette activité « autour de l'ordonnance » relève de l'organisation et de la coopération, non pas avec tous ces acteurs, mais avant tout avec celui qui joue un rôle central dans le suivi du patient. Le gériatre se sert ainsi de sa position

dans une structure intermédiaire entre la ville, l'hôpital et l'Ehpad pour essayer d'organiser l'activité médicale autour de l'ordonnance.

Le deuxième bénéfice apporté par l'hôpital est l'exercice salarié, qui rend possible des consultations longues et limite les mécanismes de surprescription. Les gériatres mettent en exergue leur exercice salarié, puisqu'ils savent que les modalités de rémunération des médecins en ville, et donc le paiement à l'acte, sont source de multiplication de prescriptions médicamenteuses :

« Parfois il y a beaucoup de plainte des patients et les médecins traitants ils sont un peu démunis, et puis pour résoudre un problème c'est plus simple de prescrire un truc qui ne sert pas à grand-chose plutôt que d'écouter les gens, enfin c'est plus rapide. Puis c'est vrai qu'on n'a pas... moi je n'ai pas le même rapport en tant que médecin hospitalier et médecin traitant, ce n'est pas le même rapport, moi j'ai travaillé aussi dans le libéral, c'est vrai que si on fait des choses qui déplaisent au patient on perd le patient et donc des clients. Alors qu'à l'hôpital voilà on s'en fiche un peu, enfin il n'y a pas la relation client » [Gériatre F-33].

Au sein de l'hôpital et dans le cadre des consultations longues, les gériatres ont du temps pour réviser les ordonnances :

« ...les médecins traitants ne revoient pas les ordonnances, c'est souvent represcrit très vite, ils n'ont pas le temps, ils ne se posent pas pour revoir les indications, les ordonnances doivent être réévaluées, mais ils le font quasiment jamais, et puis le patient à la maison il réclame : quand il va voir le médecin sa réponse lui, qu'il attend, c'est un nouveau médicament, et s'il ressort sans médicament, il n'est pas content, donc il y a une sorte de pression, une sorte de clientélisme qui s'installe, et il faut savoir résister à ça, ce n'est pas simple eh !, à l'hôpital c'est simple ça, de ne pas céder, en ville c'est compliqué à mon avis » [Gériatre F-47].

Comme la littérature le souligne, la relation clientéliste que certains médecins généralistes peuvent entretenir avec les patients et le manque de temps sont sources de surprescription (Rosman, 2010 ; Vega, 2012). Mais la manière d'intervenir sur l'ordonnance est aussi, comme nous l'avons vu, fortement contrainte par le manque de savoir et les difficultés à utiliser une pharmacologie qui est rarement testée sur cette population.

Le troisième bénéfice de travailler au sein de l'hôpital est l'insertion dans un cadre propice à l'acquisition de savoirs concernant les nouvelles thérapies. L'exercice au sein de l'hôpital permet aux gériatres de se former de manière continue à partir de réunions informelles entre pairs ou des réunions de staff regroupant les professionnels d'un même service autour d'un dossier médical : *« Même à l'hôpital on a très peu de temps de formation et très peu de formations proposées... Donc, c'est assez individuel, et comment dire, c'est une mise en commun d'information, il y en a un qui va apprendre à l'autre » [Gériatre Resp. HDJ F-56].* De plus, les gériatres ont un socle de savoirs généraux sur les personnes âgées et leurs traitements médicamenteux qui les soude comme groupe professionnel à la différence des médecins généralistes. En d'autres termes, ils partagent un savoir spécialisé sur les pathologies des personnes âgées (Young, 1998). Qui plus est, au sein de l'hôpital, ils côtoient des

acteurs que nous avons qualifiés d'experts du problème de la polymédication, c'est-à-dire des professionnels ayant plusieurs postes, comme chefs de service en gériatrie et professeurs d'université, faisant partie à la fois des sociétés savantes de gériatrie et de gérontologie, et qui, pour certains, participent à l'élaboration d'outils pour la décision clinique (notamment avec la HAS). Les gériatres sont ainsi au cœur de la production des savoirs concernant les personnes âgées et leurs médicaments. À ce propos, les gériatres que nous avons rencontrés justifient le fait de ne pas avoir lu « la dernière recommandation » ou ne pas s'appuyer strictement sur une recommandation de bonne pratique, en estimant déjà maîtriser les connaissances qu'elles véhiculent, qui font selon eux partie de leur « culture gériatrique » :

« Les recommandations... ce sont des choses qu'on a déjà intégrées en gériatrie, ce qu'il faut faire, traitement d'entrée, de sortie et les changements, ça fait partie de la culture gériatrique. Nous, on a Silvie Legrain et du coup on a des staffs avec l'une de ses collègues, Bonnet Zamponi, qui nous a expliqué qu'elle a fait des tableaux récapitulatifs pour les médecins... Enfin, on a régulièrement des staffs médicaux avec les autres médecins une fois par semaine, chacun présente un article ou un médicament... » [Géiatre F-33].

Les gériatres observés et interrogés participent et/ou travaillent ainsi avec des acteurs qui élaborent des recommandations et des fiches de bonnes pratiques et de ce fait estiment être en « première ligne » vis-à-vis de la production de savoirs pharmacologiques en gériatrie et considèrent que : « *les recommandations c'est du bon sens* ».

3.2. Identification, sélection et orientation de la pratique des professionnels centraux pour le suivi du patient

Comme nous l'avons vu, l'identification des intervenants, dans la prise en charge des patients et la mise en relation à partir de la place occupée dans l'hôpital, est une activité centrale pour les gériatres. Si cette identification d'intervenants est évoquée comme importante pour la révision de l'ordonnance, la communication n'est pas assurée avec l'ensemble de ces intervenants, il y a en effet une sélection qui vise le renforcement du suivi du patient tout en dépassant les difficultés liées à la reconnaissance du travail gériatrique.

L'identification des intervenants principaux dans la prise en charge du patient n'est pas une activité évidente. Les gériatres ne connaissent pas forcément l'historique et la trajectoire du patient, qui arrive de la ville ou de l'Ehpad à un âge avancé, et les consultations de suivi en ambulatoire, qui se tiennent 2 ou 3 fois par an, restent ponctuelles. De plus, les gériatres sont contraints de coopérer avec les médecins choisis par ces patients. Voyons par exemple la façon dont une gériatre évoque les rapports avec les spécialistes d'organe :

« Le suivi sur le plan cardiologique et neurologique c'est nous qui faisons ça. S'il y a un souci, ils voient le cardiologue... les cardiologues qu'ils connaissent, alors là c'est complètement ouvert eh. Je n'ai pas de cardiologue privilégié. Et sur la prescription, on se positionne dans : est-ce que d'après vous il peut recevoir cette molécule, donc on leur demande leur avis, donc je n'ai jamais eu de tension avec eux » [Géiatre F-47].

Cette géiatre refuse d'être prestataire dans le schéma thérapeutique défini par d'autres professionnels, mais dans les faits, les géiatres en consultation de suivi ambulatoire doivent retourner le patient à l'envoyeur, qui est le plus souvent un médecin généraliste. Parallèlement, même si elle revendique le suivi clinique sur le plan cardiologique et neurologique elle n'estime pas garder le dernier mot concernant la décision sur les traitements médicamenteux. Dans ce sens, elle est cantonnée par d'autres spécialités dans un « engagement de non captant » dans le suivi clinique du patient (Bergeron et Castel, 2010). Or, dans le cadre de consultations de suivi ambulatoire, les géiatres ont tendance à choisir d'embrasser un « engagement captant » pour remplir, d'une certaine manière, une fonction de coordination laissée vacante par certains médecins généralistes (Robelet et *al.*, 2005).

En effet, dans le cas de patients qui ont été « lâchés » par leurs médecins dans leur trajectoire de soins, les géiatres cherchent à identifier le généraliste ou le spécialiste qui les connaît mieux afin de renforcer les liens entre ce patient et le professionnel estimé central dans son suivi.

Étudions maintenant, ce que les géiatres apportent concrètement aux patients et aux professionnels avec qui ils sont amenés à travailler en soulignant d'une manière globale les privilèges et les faiblesses d'une prise en charge en consultation de suivi en ambulatoire. Notre but est de montrer que les géiatres observés n'ont pas intérêt à intervenir d'emblée sur l'ordonnance. Ils réalisent un travail qui tire bénéfice de l'inscription à l'hôpital et de la connaissance de ce milieu pour organiser le travail médical autour du patient. Ce travail « autour de l'ordonnance », qui peut être conçu comme social, laisse accès au travail médical de plusieurs intervenants tout en essayant de dépasser la fragmentation des soins. Ce type d'activité de coordination « autour » (plutôt que d'intervention « sur ») l'ordonnance est une spécificité de la prise en charge géiatrique spécifique à la consultation de suivi en ambulatoire.

Prenons un exemple. Dans le résumé d'observation ci-dessous, une géiatre [F-33] voit un patient pour la première fois, et ne connaît ni son médecin traitant ni le spécialiste impliqué :

Résumé de notes de consultation de suivi géiatrique – Géiatre F-33 – 13/06/2017

Patient : Mr Trouvé, 90 ans, ancien rédacteur d'une revue spécialisée sur le camping, vit seul, mais a des aides ménagères pendant la journée. Son fils référent, qui l'accompagne lors de cette consultation vit dans le sud de la France. Mr Trouvé ne sort pas beaucoup, il a des difficultés à se mettre debout et à marcher, il a des problèmes de vertige, de somnolence et d'essoufflement pouvant selon son fils être lié à une arythmie. Ces problèmes sont expliqués pour Mr Trouvé comme les raisons pour lesquelles depuis 1 an il passe sa journée couché, endormi et avec la sensation d'avoir un « nuage dans la tête ».

Motifs de consultation : Mr Trouvé est envoyé en consultation géiatrique par son médecin traitant, qui l'envoie avec une lettre très courte expliquant principalement qu'à la suite d'un AVC il a des « troubles du vertige importants et persistants » et des « douleurs abdominales ». La lettre se termine par une question posée à la géiatre : « comment faire ? ».

D'autres intervenants : Mr Trouvé voit un cardiologue 2 fois par an, il l'a vu 6 mois avant cette consultation en gériatrie mais il estime que le cardiologue ne trouve jamais rien. Mr Trouvé a été deux fois hospitalisé en urgences. Il a fait un AVC en 2005 pour lequel il a eu comme principal traitement médicamenteux un anticoagulant. Il a fait un AVC hémorragique en 2015, raison pour laquelle cet anticoagulant a été arrêté.

Traitements médicamenteux : Sa dernière ordonnance date d'il y a un an. Mr Trouvé explique qu'il s'agit de son ordonnance actuelle puisqu'il prend les mêmes médicaments depuis un an. Cette ordonnance, réalisée dans le cadre de son hospitalisation en 2015 et réadaptée par le cardiologue est en effet renouvelée depuis par son médecin traitant. Il prend principalement deux médicaments qu'il ne considère pas aidant : un antalgique (paracétamol) pour des douleurs abdominales et des anti vertigineux pour le vertige (Chibro-Proscar et Tanganil).

La prise en charge du problème : Un long échange s'établit principalement entre la gériatre et Mr Trouvé, pour comprendre les motifs de la consultation, qui ne sont pas trop clairs pour la gériatre, suivent des questions concernant les symptômes ressentis, la vie quotidienne, l'environnement de vie, le mode de vie... Ensuite, la gériatre réalise un examen clinique. Elle regarde les examens complémentaires (notamment prise de sang) apportés par le patient, elle le pèse, l'ausculte la poitrine (le cœur, et les poumons), elle prend la tension assise et debout et conclue son diagnostic : « la tension baisse quand il s'assoie, on appelle ça une Hypotension orthostatique, le cerveau est moins bien irrigué, la tension baisse énormément ». Ensuite elle recommande à Mr Trouvé de prendre contact avec le cardiologue « Il faut regarder pour surveiller le cœur, parce que s'il y a une arythmie, il faudra un anticoagulant pour ralentir le cœur, mais pas pour l'AVC, donc il faut surveiller ça ».

La gériatre rajoute : « Je vous conseille de voir votre cardiologue pour adapter le traitement et, pour le bas de contention qu'il aille jusqu'en haut pour diminuer le volume de sang dans les jambes. On peut appeler une infirmière pour adapter la taille et pour qu'elle les mette. Ce que je vous propose est de stabiliser le plan cardio. Puis pour l'apnée du sommeil c'est difficile, il y a un médecin spécialisé pour personnes âgées donc on pourra faire un test pour l'apnée du sommeil ».

La gériatre demande au patient et à son fils le contact du cardiologue, prend une minute pour rédiger sur l'ordinateur une lettre adressée au cardiologue et ensuite explique à Mr Trouvé qu'il devra faire une échographie pour la ramener chez le cardiologue. Ensuite elle demande : « pensez-vous que vous allez avoir un RDV rapide pour le cardiologue ? Il ne faut pas que ça traîne, sinon appelez-moi pour pas qu'il ait une décompensation. Faudra faire une prise de sang et apporter les résultats au cardiologue. Pour l'essoufflement, ça fait déjà un bout de temps, je me fie à ce que vous me dites, c'est difficile d'hospitaliser un patient que je vois pour la première fois. Je vais voir avec mon collègue qui s'occupe de l'hospitalisation ».

La gériatre appelle par téléphone ses collègues du service de soins aigus et trouve une place pour le patient pour dans deux jours. Elle rédige l'ordonnance et prescrit un Lasilix (diurétique)³⁴⁷, médicament que Mr Trouvé connaît, mais la gériatre n'explique pas les raisons de cette prescription. Elle rajoute : « pour l'instant je ne vais rien mettre pour la tension basse, mais si jamais ça ne va pas il faut aller aux urgences vous avez une place réservée ».

Arrivés à la fin de la consultation Mr Trouvé manifeste qu'il n'a « plus envie de continuer à vivre ». La gériatre lui demande s'il a envisagé de voir une maison de retraite. Mr Trouvé dit que sa sœur lui a promis de le tenir chez lui jusqu'à la fin. La gériatre met fin la consultation en disant : « Il faut faire des examens pour remettre tout à plat. L'endormissement et l'essoufflement peuvent être un problème de cœur, on peut améliorer les symptômes... Vous êtes venu en taxi ? Je vous fais une prescription de taxi conventionné ».

La gériatre pose ici un diagnostic pour des maux restés sans réponse depuis un an. En effet, elle découvre un problème d'arythmie pour lequel elle considère qu'il faudrait mettre en place un traitement anticoagulant qui sera décidé par le cardiologue. Elle n'intervient cependant pas dans le rapport entre le patient et le cardiologue ni dans l'ordonnance du cardiologue. Ceci laisse penser qu'elle considère que les médicaments pour le cœur sont du domaine de compétence du cardiologue et qu'elle n'a pas à intervenir dans cette classe thérapeutique. Cependant, elle s'efforce d'encadrer l'action postérieure du cardiologue. Elle dirige le travail du spécialiste grâce à son diagnostic, en prescrivant un examen médical préalable et en soulignant l'enjeu de la prise en charge médicamenteuse. Elle sait que le patient ne voit pas souvent son cardiologue, mais elle saisit qu'il est *de facto* son véritable « médecin référent » et non pas son médecin traitant. Elle renforce ainsi le rapport du patient à ce cardiologue qui le connaît

³⁴⁷ En effet, ce médicament est prescrit dans les cas d'essoufflement accompagné d'apnées.

et qui a donc les renseignements nécessaires à la production d'un « jugement professionnel » plus poussé (Dodier, 1993a) — pouvant aboutir à la formulation d'un point de vue plus élaboré sur la situation du patient —.

La gériatre coordonne la prise en charge médicale rapide autour de plusieurs acteurs, dont des praticiens hospitaliers, en essayant de dépasser la fragmentation des soins. La gériatre donne ainsi des réponses à plusieurs problèmes. Elle prend d'abord en charge un problème de tension, pour lequel elle ne prescrit pas de médicament, mais des chaussettes de contention jusqu'en haut de la jambe et une infirmière à domicile pour aider la personne à les mettre. Ensuite, pour les problèmes d'endormissement et « d'essoufflement », elle contacte par téléphone ses collègues du service de gériatrie aiguë et lui trouve une place en hospitalisation d'urgence où le patient pourra également voir ses collègues gériatres spécialisés en « apnée du sommeil » pour approfondir le diagnostic.

La gériatre utilise l'échange épistolaire et l'ordonnance pour transmettre des savoirs et des savoir-faire médicaux et de soins aux autres professionnels (spécialiste et infirmière). À l'instar de ce qui a été observé dans le cadre de téléconsultations mettant en présence patient, spécialiste d'organe et gériatre la transmission des connaissances constitue un moyen critique pour aboutir à la bonne réalisation du diagnostic, du traitement et des soins (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013).

Le travail du gériatre « autour de l'ordonnance » peut être lu comme un travail qui assure le parcours de soin du patient à partir de la coopération avec le médecin identifié comme central dans le suivi clinique et de cette manière comme un travail indirect sur l'ordonnance. Il y a donc possibilité de coopération par « appariement » entre le gériatre assurant une activité ponctuelle et limitée à une étape de la trajectoire thérapeutique et le professionnel chargé du suivi du patient en ville³⁴⁸ (Bergeron et Castel, 2010). La gériatre maintient un positionnement non-curatif (dépassant l'approche de la biomédecine) et embrasse un engagement « captant » dans le sens où elle cherche à gagner une fonction de coordinateur et à maintenir le patient dans la « toile thérapeutique » (Bergeron et Castel, 2010). Par ailleurs, bien que la gériatre assume un rôle délégataire (puisqu'il répond à la demande de prise en charge d'autres professionnels) elle garde une forte autonomie dans son travail. Dans la consultation de suivi en ambulatoire, les interactions de gériatres avec d'autres professionnels ne se déroulent pas en face à face et cela évite le jugement expert de spécialistes (« plus spécialisés ») (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013 ; Sifer-Rivière, 2011). Or, comme il a été observé dans le travail de réseau entre un CHU et un hôpital de gériatrie, le gériatre se remet *in fine* au jugement du spécialiste, non pas forcément en

³⁴⁸ Il faut noter qu'il n'est pas question ici d'une situation de double référent. Nous avons d'un côté un professionnel qui adopte un engagement captant quant à la coordination d'intervenants en ville, et identifie par là le médecin référent, c'est-à-dire, le professionnel chargé de son suivi médical au sens strict de la clinique.

raison de l'existence d'une hiérarchie médicale et institutionnelle, mais aussi pour assurer le travail de coordination autour du patient (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013).

Finalement, dans ce type spécifique de prise en charge qu'est la consultation de suivi en ambulatoire, le volet médicamenteux passe au second plan. Certes, la gestion de l'ordonnance est le domaine d'intervention le plus susceptible d'être délégué, volontairement ou en raison des différentes contraintes professionnelles, à d'autres acteurs de la prise en charge médicale des personnes âgées. Mais c'est dans les bénéfices apportés à la coordination des acteurs autour du patient que nous identifions un élément important de réponse des gériatres aux problèmes de la prise en charge des personnes âgées et donc à celui de la polyprescription³⁴⁹.

Au sein des consultations de suivi en ambulatoire les gériatres ont la capacité de créer de nouveaux liens avec des professionnels exerçant en ville et n'étant pas positionnés et engagés de manière similaire dans la « stratégie thérapeutique » (Bergeron et Castel, 2010) ou encore dans la « politique de soin » (Castra, 2003b).

³⁴⁹ Le travail du gériatre s'effectue dans un esprit réticulaire et montre certains traits conçus comme positifs par les auteurs ayant étudié les réseaux formels de soin : une pratique qui reste centrée sur le patient ; un mode de travail transversal, susceptible de mobiliser les acteurs potentiels, de pallier les cloisonnements institutionnels et d'inventer des modalités d'intervention plus souples ; une vision non hiérarchique de l'organisation du travail, avec une promotion des professionnels de ville (Bungener et Poisson-Salomon, 1998 ; Schweyer, 2005 ; Lefebvre, 2010).

Conclusion

Ce chapitre a montré que la pratique des gériatres se caractérise par des visions et positionnements différenciés sur les médicaments et une intervention sur l'ordonnance qui est reléguée au deuxième plan de leur activité de prise en charge. Il a tout d'abord montré que l'implication de la gériatrie dans le processus de pharmaceuticalisation de la maladie d'Alzheimer a introduit de fortes tensions au sein de la profession entre : premièrement, ceux qui prescrivent et croient fortement dans l'utilité de ces médicaments malgré la faiblesse des preuves de leur efficacité ; deuxièmement, ceux qui considèrent que ces médicaments sont inutiles ou inefficaces, mais qui rencontrent des difficultés de nature professionnelle et sociale pour les déprescrire ; et troisièmement, ceux qui adoptent une position passive et un rôle « par défaut ». Nous avons mis en évidence que cette hétérogénéité de pratiques s'explique par la confrontation des gériatres aux controverses à propos de ces médicaments, mais aussi par le rôle social qu'implique leur activité. Cette analyse confirme qu'une profession spécialisée sur les personnes âgées est davantage confrontée aux incertitudes de la médecine et de la pharmacologie.

Ce travail a également montré que dans le cadre de la prise en charge gériatrique, l'intervention sur l'ordonnance demeure indirecte. Trois logiques de mise en œuvre de l'expertise gériatrique ont été identifiées : premièrement, une intervention sur l'ordonnance consistant à l'adaptation médicamenteuse (changement ou introduction d'un nouveau médicament) ; deuxièmement, une prescription qui répond au besoin de soutien des aidants à domicile des personnes malades ; troisièmement, une déprescription, le plus souvent impossible à effectuer lors de la consultation ambulatoire, est envisagée dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle ou de court séjour. Cette analyse de la gestion résiduelle de l'ordonnance nous a amenés à constater que la pratique de prescription et de déprescription se heurte à des difficultés de reconnaissance professionnelle dans le milieu médical ainsi que de légitimation vis-à-vis à des patients. Celles-ci amènent les gériatres à mettre en place des stratégies d'intervention en agissant sur les « coups sûrs ». Les gériatres ont ainsi tendance à être davantage interventionnistes sur l'ordonnance et à mettre en œuvre leur expertise pharmacologique lorsque les patients se montrent conciliants et qu'ils savent que les médecins chargés de leur prise en charge suivront les modifications proposées.

Enfin, ce travail a montré que les gériatres bénéficient des avantages du cadre protecteur de l'hôpital qui renforce leur position de groupe et leur permet malgré tout d'apporter des réponses aux problèmes de la prise en charge des personnes âgées. Ainsi, les gériatres tirent profit de la place qu'ils occupent dans des structures intermédiaires entre la ville et l'hôpital à travers des logiques de coopération avec certains des médecins généralistes et spécialistes d'organes impliqués dans la prise

en charge de leurs patients. Face au manque de reconnaissance professionnelle, qui complexifie l'intervention directe sur l'ordonnance, et afin de répondre aux enjeux posés par le problème de polyprescription des personnes âgées, leur activité relève d'une intervention « autour de l'ordonnance ». Les gériatres identifient et sélectionnent les professionnels centraux dans le suivi du patient et essayent de leur apporter leur expertise.

4^{ÈME} PARTIE. – L'ORGANISATION DE LA PRESCRIPTION EN EHPAD

Dans cette partie, nous proposons une analyse de l'organisation du travail autour de la prescription du médicament en Ehpad à partir des acteurs qui la composent. Cette analyse nous permettra de comprendre comment la prescription médicamenteuse à destination des personnes âgées est construite et façonnée par la dynamique des interactions qui conforment l'organisation de soin interne à l'Ehpad. Le fait de nous limiter à une dimension de la vie en Ehpad pour étudier l'interaction entre acteurs qui travaillent autour du médicament et de la prescription médicamenteuse nous amène à saisir l'Ehpad comme « organisation » et à nous éloigner de sa catégorisation comme « institution ». Nous faisons ainsi le choix de nous écarter de l'analyse du volet strictement médico-social intégrant le fonctionnement de l'accueil et de l'accompagnement au long cours. Dans la littérature de sciences sociales, le modèle d'« institution totale » proposé par Erving Goffman (1968) a servi à caractériser le fonctionnement des Ehpad comme lieu de vie et de soins. Les études ont retrouvé dans l'Ehpad des caractéristiques qui le rapprochent de ce modèle, comme celle du traitement collectif et de « *gardiennage des corps* » (Rimbert, 2011), ou des caractéristiques qui l'éloignent de ce modèle, telles que le changement de cadre normatif œuvrant en faveur de l'individualisation de l'accompagnement (Loffeier, 2015), ou encore les possibilités de résistance des résidents à l'emprise de l'institution (Mallon, 2005 ; 2007). Ces travaux ont le mérite d'avoir montré les changements historiques survenus au niveau de la vie des résidents et dans la position sociale du personnel, notamment infirmières et aides-soignants dont les activités se déroulent sous contrainte économique. Omniprésente dans la vie des résidents d'Ehpad, la prescription des médicaments est pourtant un objet d'études sociologiques rare. Les études sur la relation patients/soignants en Ehpad ont avant tout abordé le comportement des résidents et des soignants à partir de l'approche de la déviance. Les résultats de ces études, qui suggèrent que le « comportement perturbateur » des résidents est déviant des normes professionnelles et des routines de travail bien établies, se rapprochent des études réalisées en institution hospitalière (Lechevalier-Hurard, 2013 ; Lorber, 1975) et donc d'hébergement médicalisé de courte durée. Dans ce cadre, Valentine Trépied (2014) a mis en évidence le processus de catégorisation des comportements déviants en tant que souffrance psychique par le personnel des Ehpad. Elle a montré comment la remontée d'informations sur le comportement perturbateur de résidents, entre aides-soignants, infirmières et psychologue, concourt à transformer les troubles de comportement en souffrance psychique. Cependant, cette étude n'est pas centrée sur la prescription médicamenteuse, même si elle

soutient que ce processus de médicalisation³⁵⁰, orchestré par les acteurs de la déviance, est susceptible de placer le résident en service psychiatrique ou sous prescription de psychotrope. Ce travail met l'accent sur un processus de médicalisation de la vieillesse — dans le sens de Conrad (2005) — fondé sur la construction de catégories nosologiques liées à la psychiatrie. Il reste donc à explorer la production de la prescription dans ce contexte particulier de la pratique médicale.

La particularité de notre travail est de mettre au centre de l'analyse les interactions autour du médicament et de la prescription. L'une des raisons d'engager cette étude est l'importance même de la prescription médicamenteuse à l'attention des personnes âgées dans ce secteur de soin, soulignée par différentes études³⁵¹ et rapports publics. Le Rapport Verger sur *La politique du médicament en EHPAD* a mis en évidence en 2013 que les résidents « polypathologiques » sont « polymédicamentés » : la prise journalière est de 7 molécules par personne en moyenne et elle peut dans certains Ehpads dépasser 15 molécules. L'importance d'engager cette étude tient également au fait qu'il y a un type de prescription qui prédomine en Ehpads. Selon le Rapport Verger, les principales classes thérapeutiques utilisées sont les antidépresseurs (32 %) ; les anxiolytiques (27 %) ; les hypnotiques (22 %) ; les neuroleptiques (15 %) ; et les régulateurs de l'humeur (3 %). Selon ce rapport, la grande classe de psychotropes, très souvent prescrite au long cours pour « les troubles du comportement des personnes âgées », englobe à la fois les molécules les plus prescrites en Ehpads, parmi lesquelles se trouvent des médicaments clairement identifiés comme vecteurs d'effets indésirables (ex. neuroleptiques)³⁵². Nous soutenons que la surprescription de psychotropes est le phénomène à travers lequel la polyprescription se révèle comme problématique en Ehpads. Par leurs effets sur le comportement, notamment d'abrutissement et de somnolence³⁵³, les médicaments psychotropes concourent à concilier les intérêts divergents des acteurs sous contrainte dans une institution qui prend en charge des personnes 24/7 et au long cours.

Nous sommes face à un phénomène de pharmaceuticalisation. Selon Williams et ses collègues, le terme pharmaceuticalisation désigne « *la traduction ou la transformation des conditions humaines, des capacités et des compétences en opportunités d'intervention pharmaceutique* » (Williams et al.,

³⁵⁰ La notion de médicalisation retenue dans ce texte est celle de processus diffus par lequel on vient à définir et à traiter des problèmes principalement sociaux, comme des problèmes médicaux, et légitimés par un langage médical (Conrad, 2005).

³⁵¹ Nous pouvons compter à partir des enquêtes du CREDES en institution des années 1980, souligné en première partie de thèse.

³⁵² C'est l'une des classes médicamenteuses à risque avéré en termes de santé publique dont le Rapport Verger (2013) souligne qu'il convient « de faire porter tout l'effort de juste prescription ». Il ajoute que l'importance du service médical rendu est à nuancer pour les psychotropes, « Les psychotropes n'apportent dans ce cas que peu de bénéfices par rapport à des risques importants pour les résidents ».

³⁵³ Ces effets ont été signalés dans l'ouvrage de Baumann M., Alla F. et Empereur F. (2001), *Psychotropes et dépendance. Profil des consommateurs et trajectoires de leurs comportements*, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), mai 2001.

2011 : 711). Or, les théoriciens de la médicalisation proposent ce terme, qui est strictement lié à l'usage de médicaments, pour mettre l'accent sur l'influence des firmes pharmaceutiques dans le champ de la santé. Nous tenons à souligner une dimension qui a été en partie négligée par les théoriciens de la pharmaceuticalisation, qui est la dimension organisationnelle de la pharmaceuticalisation, au sens interactionniste de l'action sociale.

Notre observation en Ehpad nous a donné le moyen de révéler une production organisationnelle de la pharmaceuticalisation. Certains éléments d'analyse repris à la sociologie des organisations nous donnent l'opportunité d'aborder l'effet de la conjonction des actions des acteurs autour de la prescription à partir des relations de pouvoir qui existent entre eux et la façon dont ils construisent un système qui anticipe leurs comportements et qui imprime une direction à leurs actions (Crozier, 1963). Cette démarche focalisée sur les mécanismes organisationnels permet de rendre compte d'un phénomène lié aux prescriptions médicamenteuses qui échappe à la seule logique d'action du médecin ou d'un autre acteur particulier. Nous soutenons que l'action organisée autour de la prescription produit donc, par le biais d'un « jeu de stratégie d'acteurs » (Friedberg, 1997 ; Crozier, 1963), un phénomène de pharmaceuticalisation qui rend peu visible l'agrégation quotidienne de médicaments dans les ordonnances.

Cette dernière partie du travail s'attache donc à comprendre comment se produisent et se maintiennent les prescriptions médicamenteuses au sein d'un Ehpad. Explorer le domaine de psychotropes nous permet au surplus de montrer que les prescriptions de médicaments ont une fonctionnalité sociale dans l'organisation des soins auprès des personnes âgées en Ehpad. Elles permettent à l'organisation de faire face à des situations de débordement dans un contexte de surcharge de travail en adaptant le comportement des personnes âgées à leurs propres routines. Ainsi, la pharmaceuticalisation est dans notre thèse comprise comme un phénomène qui permet d'expliquer comment le médicament, dans un contexte où les acteurs de l'organisation interne des soins sont pris par des contraintes liées à de mauvaises conditions de travail, devient un moyen de pouvoir continuer à travailler. Nous tenons enfin à souligner que les problèmes organisationnels autour du médicament et de la prescription que nous allons analyser à présent dérivent de l'inscription de personnes âgées dans une forme d'institutionnalisation, c'est-à-dire, du fait qu'elles sont prises en charge en permanence.

CHAPITRE VI. La production organisationnelle de la pharmaceuticalisation en Ehpad

Ce chapitre s'attache à démontrer comment les interactions entre acteurs au sein d'un Ehpad participent à la production d'une pharmaceuticalisation de la prise en charge. Pour ce faire, nous allons répondre à deux questions liées : premièrement quelles sont les conditions spécifiques de prescription en Ehpad et comment est produite la surprescription ? Deuxièmement, pourquoi cette surprescription n'est-elle pas remise en cause et quels sont les facteurs qui participent au contraire à sa pérennisation ? Pour répondre à ces questions, nous conduirons une analyse des rapports sociaux entre les différents acteurs de l'Ehpad, et tout particulièrement de leurs coopérations et négociations dans la production des prescriptions.

Dans l'Ehpad étudié, les médecins, les infirmières, les A-S (aides-soignants), le médecin coordonnateur et la directrice interagissent pour prendre des décisions concernant la prescription et/ou la prise de médicaments. Notre analyse se base sur une enquête de terrain réalisée en 2016 principalement dans un Ehpad privé à but non lucratif (63 résidents), un bâtiment de 4 étages situé dans le département du Val-de-Marne³⁵⁴. Dans cet Ehpad nous avons observé la circulation du médicament, notamment à partir du suivi du travail des infirmières et d'un médecin traitant. Nous avons également réalisé des entretiens auprès de ces acteurs et des aides-soignants. Nous avons enfin participé à de nombreuses réunions, impliquant des acteurs à la fois internes et externes à l'Ehpad, cela notamment en suivant l'activité du médecin coordonnateur (MCo). Nous nous proposons de décrire l'intervention et le rôle de ces acteurs (médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmières, aides-soignants) au fur et à mesure de l'analyse. Nous renvoyons le lecteur à l'Annexe n° VII pour une description et une comparaison de la situation de l'Ehpad étudié (profil d'activité, profil des résidents, profil du médecin traitant, profil de consommation de médicaments) avec la situation d'autres Ehpad au niveau régional et national.

Notre enquête permet de mettre en lumière la spécificité de la prescription médicamenteuse en Ehpad, en explorant l'organisation de ce travail : depuis le positionnement de certains acteurs clés dans

³⁵⁴ Des entretiens réalisés dans d'autres maisons de retraite nous ont donné la possibilité de mettre en relation les données recueillies dans cet Ehpad. En effet, nous avons visité un Ehpad à Saint Laurent sur Sèvre dans la région Pays de la Loire et un Ehpad dans la région Île-de-France à Versailles. Afin de conserver l'anonymat des personnes interrogées, aucun nom n'a été retenu.

le contexte de la prise en charge médicamenteuse (préparation, administration, distribution et surveillance du traitement), en passant par les échanges entre acteurs et les logiques de coopération dans le processus de consultation du médecin, jusqu'aux actions d'un acteur particulier ayant pour mission de surveiller l'ensemble des ordonnances.

Le chapitre est divisé en deux parties. Dans un premier temps, nous allons étudier les logiques d'action des professionnels et les mécanismes organisationnels qui concourent à expliquer comment et pourquoi l'organisation produit et maintient une surprescription, c'est-à-dire un type de prescription qui ne répond pas aux besoins médicaux des résidents. Dans un second temps, nous étudierons les ressources disponibles au sein de cette organisation pour contrer ce phénomène.

1. Conditions de prescription et production de la surprescription dans le contexte de l'Ehpad

1.1. L'organisation du travail du personnel soignant autour du médicament

Il s'avère tout d'abord nécessaire de décrire l'organisation des tâches des «soignants» (Schepens, 2013)³⁵⁵, notamment des infirmières et aides-soignants (A-S), afin de comprendre l'ampleur de leur charge de travail et ses conséquences sur la manière dont ils agissent au sein de l'Ehpad. À l'instar de ce qui a été observé au sein des maisons de retraite, les résidents intègrent ce lieu consécutivement à des problèmes de santé et de perte d'autonomie, et ceci a des conséquences sur la manière dont ils sont abordés par le personnel soignant (Dupré-Lévêque, 2002). Le nouvel arrivant est abordé en tant que «patient», «malade», «dépendant», plutôt qu'en tant qu'individu. L'enquête EHPA 2015 a révélé que les personnes âgées rentrent plus tard et plus «dépendantes» en Ehpad (DREES, 2017b). Comme dans d'autres Ehpad, celui que nous avons étudié se caractérise par la présence de résidents âgés de 80 à 95 ans cumulant plusieurs maladies, souvent chroniques, dont les plus courantes sont les troubles cognitifs et les maladies cardiovasculaires. Selon les données, que nous avons obtenues auprès des délégués de l'Assurance maladie, la population de cet Ehpad se caractérise par des «résidents très dépendants, mais nécessitant des soins moins complexes que la moyenne régionale» (voir Annexes n° VII — Graphique 9). Or, cet Ehpad repose sur un personnel qui manque de temps pour accomplir les tâches attendues ainsi que de formation pour accueillir ce public. De manière générale, le manque de personnel et plus spécifiquement de personnel qualifié est une

³⁵⁵ Nous adhérons à l'utilisation de la notion de «soignants» au sens large, c'est-à-dire allant du médecin à l'aide-soignant, on nous accordant avec les auteurs de l'ouvrage dirigé par Florent Schepens : *Les soignants et la mort*. En outre, nous définissons dans ce chapitre la notion de soignants que nous mobilisons car l'Ehpad est le seul de nos terrains qui nous a permis d'observer les rapports entre médecins et professionnels paramédicaux.

caractéristique de cet Ehpad, comme bien d'autres (Trépied, 2014). La description de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse nous permettra de montrer les tâches des infirmières et des A-S, leurs intérêts et les négociations qu'elles entreprennent pour prendre en charge ce public et faire face aux difficultés de ce travail. Nous faisons l'hypothèse que leur vision du profil des résidents, qui retentit sur la manière dont ils les abordent, est profondément liée à l'ampleur et aux difficultés du travail en Ehpad.

1.1.1. Les « soignants » dans l'organisation du travail de l'Ehpad

L'Ehpad étudié dispose de 2 infirmières principales (un homme et une femme) et de 3 infirmières de différents statuts : « élève infirmière », « infirmière stagiaire » et « infirmière vacataire », qui alternent dans la semaine. Cet Ehpad dispose ainsi d'un faible taux d'infirmières par résident (1 infirmière principale, aidée par 1 élève infirmière, stagiaire ou vacataire, pour 62 résidents dans la journée). En conséquence, un jour donné seulement 2 infirmières sont en service dans l'Ehpad. Elles s'occupent des soins, de la distribution et de l'administration des médicaments ainsi que d'un grand nombre de tâches administratives (transmissions, contact avec l'hôpital, la pharmacie, les laboratoires d'analyse clinique, les familles, etc.).

On compte également dans l'Ehpad une dizaine d'aides-soignants, une AMP (aides médico psychologique), et 2 à 4 auxiliaires de vie pendant la journée. Ces soignants s'occupent principalement des soins d'hygiène, de la toilette, aident les résidents pendant les repas et durant la nuit. Elles travaillent de 8 h à 20 h et pendant la nuit les résidents restent sous la surveillance de deux aides-soignants appelés « veilleuses de nuit »³⁵⁶.

Les aides-soignants remplissent également des activités administratives. Tous les jours à 11 h 15 une réunion de transmissions, à laquelle participent les 2 infirmières en service dans la journée et 4 aides-soignants référentes de chaque étage, se tient dans cet Ehpad. Selon l'infirmier principal [H-42] : *« aides-soignants et infirmières se réunissent pour voir s'il y a un souci avec les résidents, sur leur prise en charge (selles, nutrition, etc.) »*. Pour cet infirmier, qui affirme le rôle de « soignant » des professionnels paramédicaux, les infirmières sont au centre de l'organisation du travail de soins et ce sont-elles qui gèrent les informations : *« ce sont les soignants qui remontent les informations parce que c'est eux qui sont plus proches des résidents et nous en tant qu'infirmiers on gère les informations, si l'on peut faire sur place, s'il faut remonter les informations, s'il faut appeler les médecins traitants, si c'est vraiment une urgence ou si l'on peut décaler un peu. C'est ça le rôle d'un infirmier. Donc c'est un peu une plaque tournante entre les soignants et les médecins »*. Ces réunions de transmission au

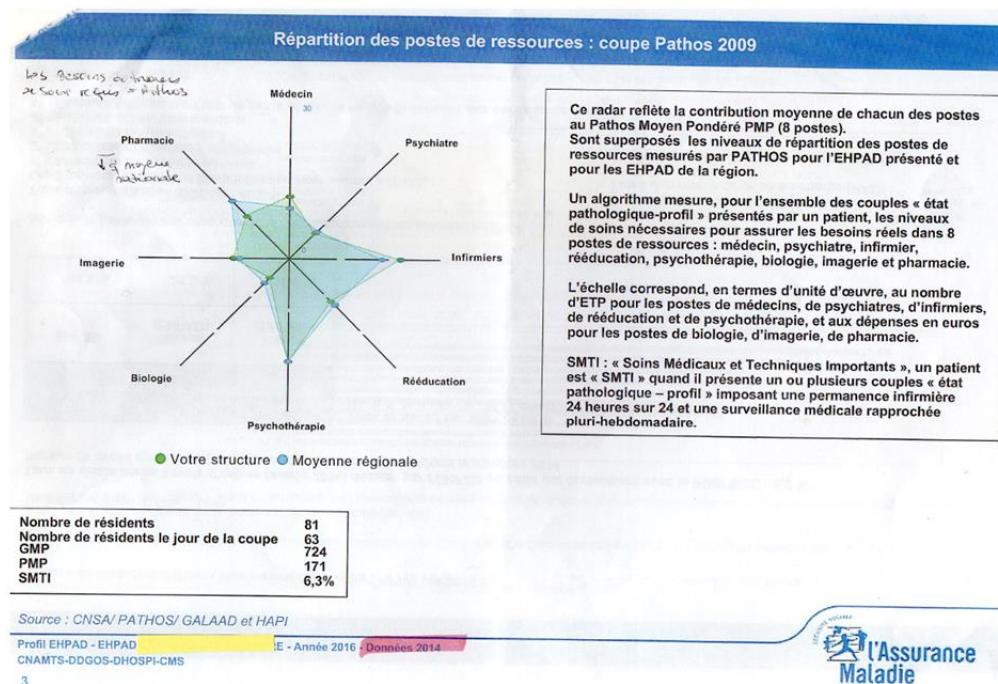
³⁵⁶ Il faut noter que notre observation ne concerne pas le travail de nuit. À ce propos voir : Cyntia Winter (2019), *Veilleuse de nuit en maison de retraite*, Coëtquen éditions.

sein de l'équipe soignante sont davantage un lieu de recueil d'informations par les infirmières plutôt que « de construction d'un savoir collectif sur l'individu » (Castra, 2000). Autrement dit, les infirmières deviennent dépositaires des savoirs des aides-soignants et en disposent, comme nous le verrons plus en avant, dans le processus de prescription. Au cours de cette réunion de transmissions, les infirmières notent dans un cahier les « transmissions et alertes » les plus importantes qui seront ensuite mises en commun dans le logiciel de soins de l'Ehpad. NetSoins est le logiciel à disposition de tous les professionnels, y compris des médecins traitants.

Lors de notre observation dans l'Ehpad, les délégués de l'Assurance Maladie ont présenté au personnel de l'encadrement, un « profil individualisé » de l'Ehpad³⁵⁷. En ce qui concerne les soins requis, ce profil montre des besoins humains sur le poste « infirmiers » aussi bien que sur le poste « pharmacie » (Graphique n° VII ci-bas). Il faut de plus noter que comme cet Ehpad n'a pas de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), les infirmières disposent d'un « bureau pharmacie », un local de stockage de médicaments reçus par la pharmacie d'officine (qu'elles gèrent), et s'occupent d'une grande partie de la prise en charge médicamenteuse. En conséquence, les infirmières ont une grande charge de travail et une grande responsabilité vis-à-vis des médicaments.

³⁵⁷ Comme nous l'avons souligné dans la première partie de ce travail, l'Assurance Maladie dans sa démarche de « maîtrise médicalisée » met en œuvre une démarche d'information ayant pour but d'agir sur les comportements des prescripteurs, via des entretiens auprès des médecins. C'est également dans ce but que le profil (d'activité, de consommation et de prescription) d'établissements de santé et médico-sociaux est présenté au personnel d'encadrement.

Graphique n° VII. Représentation de ressources insuffisantes en fonction du niveau de soins nécessaires dans un Ehpad



Graphique 7 : Profil individualisé - Ehpads du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]

Source : « Profil individualisé » réalisé par l'Assurance Maladie, Accompagnement des EHPAD – année 2016 – données 2014. Document obtenu au moment de l'observation de la présentation du profil individualisé de l'Ehpads étudié par les visiteurs de l'Assurance Maladie.

1.1.2. Organisation de la prise en charge médicamenteuse

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse³⁵⁸ dans l'Ehpads peut être saisie au travers de quatre moments que nous décrirons par la suite : la prescription (que nous allons analyser en détail plus en avant), la dispensation des médicaments par la pharmacie, l'administration des médicaments, le suivi et la réévaluation. Examinons maintenant ces moments dans la situation particulière de l'Ehpads étudié afin de montrer les problèmes auxquels les soignants, et notamment les infirmières, font face.

Pour l'organisation de la prise en charge médicamenteuse, l'Ehpads utilise un logiciel de prescription. Au moment de notre observation, un ancien logiciel a été remplacé par NetSoins. Celui-ci n'est pas seulement un logiciel de prescription, mais un logiciel de soins pour Ehpads ayant comme objectif d'optimiser la gestion quotidienne de son activité. Ce logiciel est censé favoriser la

³⁵⁸ Pour des données quantitatives concernant les pratiques et l'organisation de la prise en charge médicamenteuse dans les Ehpads de la région Île-de-France, voir notamment (De Saunière et al., 2016).

coordination et la traçabilité des actions autour du résident, ainsi que permettre la dématérialisation de la prescription. Il a plusieurs fonctionnalités à la fois, administratives, médicales et paramédicales. Il permet par exemple aux médecins traitants de rédiger les ordonnances tout en disposant des informations médico-sociales du patient³⁵⁹, aux infirmières de réaliser les transmissions (décrites plus haut) et d'enregistrer la prise de médicaments, et au médecin coordonnateur de disposer d'une base de données pour informer en interne ou auprès des autorités sanitaires sur la situation pathologique des résidents et sur la consommation de médicaments.

1. **Prescription** : Les médecins traitants consultent leurs patients en Ehpad avec une fréquence mensuelle, notamment pour réaliser le renouvellement de l'ordonnance. Au sein de l'Ehpad, les médecins intervenants ne disposent pas de bureau propre. La rédaction de l'ordonnance sur feuille papier ou informatisée se fait dans le « bureau des infirmières » après consultation du patient. Dans ce bureau, les soignants partagent un poste informatique qui intègre le logiciel de prescription. Nous analyserons en détail plus en avant les spécificités d'une consultation en Ehpad et nous contentons ici de souligner que les infirmières ont la responsabilité de vérifier et de corriger des erreurs de prescription pendant toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse. Or, comme le souligne leur responsable, l'infirmière-cadre, elles ont du mal à apporter des changements aux ordonnances lorsqu'elles ont détecté un problème :

« La semaine dernière, il y avait une des prescriptions c'était la faute du médecin, c'est-à-dire un médecin qui avait fait une prescription avec le nouveau logiciel, du Imovane, un médicament pour dormir à 8h du matin bon... [erreur] que le pharmacien n'a pas vu et il a préparé le médicament pour dormir à 8h [au lieu de 20h], et là l'erreur elle est du pharmacien mais, bah, l'erreur elle est du prescripteur, le pharmacien l'a pas vu, le dernier rempart c'est l'infirmière qui ne doit pas donner l'Imovane à 8h du matin. Donc, ils l'ont vu etc., mais mes infirmiers n'ont pas eu le réflexe d'appeler le pharmacien, de dire au médecin, vous avez fait une erreur, ou me dire à moi pour que je remette leur prescription à la bonne heure, donc pas dit au médecin, pas dit au pharmacien vous avez fait une erreur donc ça fait trois semaines que l'Imovane est le matin » [Entretien infirmière-cadre].

Ce discours montre l'implication des infirmières dans le devenir de la prescription du médecin et la complexité de ce circuit qui n'encourage pas la décision. Il montre ainsi comment les relations entre les acteurs se stabilisent autour du médicament et de la prescription en Ehpad.

2. **Dispensation** : Les ordonnances réalisées par les médecins dans le bureau des infirmières ainsi que celles rédigées par des médecins extérieurs à l'Ehpad (notamment au cours de séjours à l'hôpital) sont faxées à la pharmacie d'officine par les infirmières. Les médicaments sont livrés dans la journée par la pharmacie d'officine.

³⁵⁹ Il s'agit par exemple des informations sur ce que les patients mangent, s'ils portent des lunettes, s'ils participent aux activités d'animation réalisées par la psychologue, etc.

- a. **Pour la dispensation**, l'Ehpad a désigné un pharmacien d'officine (réfèrent de ville) avec qui, selon le médecin coordonnateur, des relations « *purement commerciales* » sont maintenues. Ce pharmacien n'intervient pas directement dans le projet de soin.
- b. **La préparation des doses à administrer** est assurée par ce pharmacien d'officine, qui prépare les médicaments de façon automatisée. L'Ehpad se fait livrer des sachets individuels réalisés par des robots et remis dans des rouleaux appelés « escargots ». Ces sachets contenant les doses à administrer (avec inscription « matin », « midi » et « soir ») pour une semaine de traitement sont identifiés avec nom et prénom du résident. Ceci remplace les anciens « piluliers ». Néanmoins, certains médicaments (tels que les orodispersibles et les capsules) n'étant pas manipulables par le robot, ils doivent être préparés par l'infirmière de façon manuelle.

Chargées de la pharmacie, les infirmières affrontent quotidiennement de nombreux problèmes remplissant ce double rôle à la fois d'infirmière et pharmacien :

« Il y a des moments où la livraison n'est pas conforme à la prescription. Il y a des moments où le médecin prescrit des médicaments qui n'existent pas, ils mettent par exemple "demi-capsule", c'est incohérent comme titre. Les capsules on ne peut pas les couper. Des fois il y a des comprimés à ne pas écraser, alors que les personnes ne peuvent pas avaler des comprimés en entier et alors c'est prescrit "ne pas écraser"... et après on corrige, on corrige, mais il y a toujours un décalage. Des fois la pharmacie ne livre pas à temps, le médecin prescrit le matin et le soir ce n'est pas encore livré alors qu'on a fait le nécessaire pour que ce soit livré... C'est de faire venir le médecin aussi qui pose des difficultés. Parce qu'ils prescrivent et puis ils reviennent dans une semaine, on les appelle et ils ne sont pas disponibles et donc la prescription par téléphone n'est pas toujours idéale » [Entretien auprès de l'infirmier principal].

Nous observons ainsi que les infirmières sont au centre de l'organisation des soins et aussi au centre de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse, en contact permanent avec des acteurs périphériques à l'Ehpad. En plus des savoirs sur la vie des résidents, elles concentrent de ce fait des informations concernant tous les acteurs autour du médicament et de la prescription.

3. **Administration** : L'administration des médicaments est réalisée par l'infirmière et les aides-soignants. Matin, midi et soir, le chariot de médicaments mené par les infirmières circule dans tous les étages du bâtiment. L'identité du résident est vérifiée au moment de l'administration par reconnaissance physique. L'administration des médicaments est inscrite manuellement par les infirmières sur une fiche papier et reportée dans le logiciel NetSoins. C'est cet enregistrement que les acteurs nomment « tracer » les médicaments administrés. Le « traçage » n'est cependant pas systématique. Il est fait en deux temps : d'abord les infirmières aidées par des A-S reportent les médicaments administrés sur une feuille papier, ensuite elles « cochent » sur le logiciel de prescription ce qui a été donné (mais pas forcément pris ou consommé). Le discours de l'infirmier principal [H-42] illustre bien l'ampleur et la difficulté de ce travail :

« ... j'aime les personnes âgées, j'aime bien travailler, mais dans ma tête je me dis c'est quoi ça ? On dirait des livraisons à La Poste sans savoir ce qu'on fait. Surtout c'est des médicaments, c'est quelque chose d'important dans la vie d'une personne. On devrait savoir : est-ce que ça apporte un effet ? Est-ce qu'il y a un effet qui dépasse ?, on devrait veiller à toutes ces choses-là, mais on ne peut pas, ça me donne mal au cœur, parce que là on est tuc, tuc, tuc, tuc, on dirait qu'on donne à manger et ce sont des médicaments eh, ce sont des produits chimiques donc ce n'est pas anodin, il y a des risques, même s'ils l'ont pris depuis des années il y a toujours des risques, mais on ne peut pas veiller à tout ça et en plus après il y a des trucs administratifs donc on travaille comme des robots et on fait des trucs sans adhérer à ce qu'on fait » [Entretien auprès de l'infirmier principal].

Le refus du patient n'est pas systématiquement noté. Pour l'infirmier principal, son activité d'administration rencontre aussi la difficulté de s'adapter aux différents résidents : *« un avantage peut-être c'est que quand les personnes âgées, les Alzheimer, au premier contact disent non, cinq minutes après vous pouvez venir et redonner et aucune réaction, ils acceptent, mais ça prend du temps, c'est peut-être un avantage, parce que les personnes normales dissent non et c'est non »*. En cas de refus, notamment des patients identifiés par les acteurs comme « Alzheimer », les infirmières insistent plusieurs fois avant de noter, ou délèguent aux A-S la surveillance de la prise. L'ampleur de cette activité amène les soignants à construire une vision du profil de résidents « malades » et « dépendants » qui complexifient le déroulement de leurs activités. L'extrait d'observation qui suit illustre la manière dont les médicaments sont distribués en Ehpad :

Extrait d'observation de la distribution des médicaments dans l'Ehpad du Val-de-Marne

Lors de l'observation ethnographique de plusieurs semaines en Ehpad, nous avons perçu dès les premiers jours que les journées des résidents sont remplies par les soins dispensés, principalement des activités vitales comme le repos, la toilette et les repas. Omniprésents dans la vie des résidents, les médicaments sont administrés en accompagnant ce rythme de vie, principalement aux heures du repas, en se confondant avec ceux-ci, comme éléments de survie.

Le matin, la distribution des médicaments est dispersée, parce que les résidents prennent leur petit déjeuner dans les différents salons communs de chacun de 4 étages du bâtiment ou dans leur chambre. Le midi et le soir, la plupart prennent le repas au restaurant. Au restaurant, une trentaine de résidents est assise à table et attend le repas. Ils sont assis autour de tables individuelles, ou dans des tables de quatre ou six personnes. Les plus « autonomes » mangent seuls et les « moins autonomes » sont aidées par les aides-soignants ou les auxiliaires de vie. Le chariot de médicaments est apporté par deux infirmières depuis le bureau « pharmacie » tenue par ces dernières. Elles l'installent à côté du buffet au centre de la salle, de manière similaire à une distribution de repas lors d'un voyage en avion. Les infirmières prennent dans le chariot les sachets individuels préparés par la pharmacie et éventuellement ceux qui ne sont pas manipulables par le robot et s'approchent de leur destinataire. Les infirmiers ouvrent le sachet et remettent les pilules dans la main du résident ou les posent directement sur la table : *« Bonjour Mme Tracy, voilà vos médicaments »*. Ce geste est celui que les acteurs comprennent comme un médicament « donné ». Les résidents disent « merci », et certains l'avalent rapidement, l'un après l'autre avec un grand verre d'eau posé sur la table.

Parfois, certains résidents demandent ce que c'est, et le prennent après réponse de l'infirmier : *« ce sont vos médicaments Madame ! »*. Néanmoins, ils ont le droit de refuser. Les cas de refus se traduisent par des négociations entre les infirmières ou entre A-S et patients : *« les personnes âgées quand tu présentes le médicament ils se posent aussi la question 'pourquoi est-ce que je prends ça ?' 'Est-ce que je suis malade ?' 'Est-ce obligatoire ?' Donc ça prend du temps de négocier tout le temps pour qu'ils l'avalent parce que sur le coup ils le mettent dans la bouche et puis ils le crachent après »* [Entretien auprès d'un infirmier principal]. Concernant les résidents « moins autonomes » les infirmières s'arrangent avec les aides-soignants qui les aident dans la prise des médicaments. Pour ceux qui mangent mixé, les médicaments écrasés sont mélangés avec la purée, ce qui se traduit par une longue prise de médicament par le résident.

Une fois les médicaments distribués au restaurant, les infirmières apportent le chariot pour administrer les médicaments aux personnes qui mangent dans leur chambre, les résidents identifiés comme « très dépendants », qui mangent dans un autre salon (un espace entre le restaurant et le hall central) avec la psychomotricienne (5 à 6 résidents) et auprès de ceux qui mangent accompagnés d'une AMP dans le local réservé à l'unité spéciale PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) (14 résidents).

4. **Suivi et réévaluation** : Le suivi des médicaments administrés, impliquant une surveillance de la prise ainsi que des bénéfices et des risques du médicament, permet la réévaluation de la thérapeutique, donnant lieu à un renouvellement ou pas de la prescription. L'Ehpad étudié ne dispose pas de procédure de déclaration d'évènements indésirables associée aux soins ni de procédure de gestion d'évènements indésirables médicamenteux. De plus, selon les informations obtenues auprès des acteurs de la gestion de cet Ehpad³⁶⁰, il présente une faible traçabilité de l'administration de médicaments notamment en ce qui concerne le refus du patient de prendre son traitement. Le suivi et la réévaluation reposent sur les infirmières. Cependant, cela demande une surveillance qui ne peut pas être toujours bien accomplie, comme le souligne l'infirmier principal [H-42] :

« C'est ça l'intérêt de travailler à l'hôpital, vous avez cinq personnes, vous suivez bien, vous connaissez bien la pathologie vous donnez les médicaments, vous veillez à l'effet, vous surveillez ce qu'on attend du médicament. Ici si quelqu'un se plaint de la fièvre vous donnez du paracétamol et c'est bon, on n'arrive même pas à suivre si ça a fait effet, est-ce qu'il n'a plus de fièvre ou non » [Entretien auprès de l'infirmier principal].

Cet extrait montre que l'infirmier n'arrive pas à suivre la trace des médicaments administrés, pour savoir ce qu'ils deviennent ou pour évaluer leur efficacité auprès des patients. Le manque de suivi individuel des effets du médicament (bénéfiques ou indésirables), du fait de la surcharge de travail évoquée, et de la difficulté de recueillir ce type de données, contrarie les infirmières qui sont pourtant censées remonter ces informations aux médecins traitants intervenants pour leur travail de renouvellement d'ordonnance.

1.1.3. Un volume de travail en Ehpad qui façonne les intérêts des infirmières et aides-soignants :

Des études ont souligné que le nouveau profil des résidents d'Ehpad, plus âgés et plus dépendants³⁶¹, a des conséquences sur les conditions de travail du personnel soignant et peut être source de souffrances (Gollac et al., 2014) et de pénibilité physique (DREES, 2016a).

³⁶⁰ Dans le cadre de notre terrain, nous avons accompagné le Médecin coordonnateur à une réunion encadrée par l'Association à but non lucratif qui gère cet Ehpad et qui gère d'autres 16 Ehpad en France, où nous avons obtenu ces informations.

³⁶¹ Selon un document de la DREES ce changement de profil tient de l'allongement de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nées dans l'entre-deux-guerres, voir : DREES (2018), « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées », L'aide et l'action sociale en France — Editions 2018.

Le personnel soignant de l'Ehpad étudié constate un alourdissement de la charge de travail du fait de nombreuses « pathologies » et de la forte dépendance des résidents. Une aide-soignante qui travaille dans l'Ehpad depuis 6 ans nous fait part — alors qu'elle sert le petit déjeuner à une résidente — de ces changements : *« Ça se renouvelle, ils n'ont pas les mêmes pathologies, depuis 5 ans ce n'est pas les mêmes résidents, là c'est Alzheimer, tous, des gens qui déambulent qui ne savent pas quoi faire, ils n'écoutent pas, chaussons pas adaptés, lunettes cassées, [indique du doigt des résidents] elle ne voit pas, elle mange la tête en l'air. 2010, 2011 il y avait moins de personnes âgées en fauteuil roulant, ils étaient plus autonomes on pouvait discuter »* [A-S F-38]. Elle souligne les conséquences de ce changement sur les interactions avec les résidents et sur sa charge de travail. Une étude de la DREES (2016b) sur les conditions de travail en Ehpad confirme que l'évolution du public des établissements conduit à un travail soignant de plus en plus basé sur la répétition du geste technique (le soin, l'hygiène, etc.) et moins sur l'accompagnement humain. La charge de travail est plus lourde aussi en raison de la « perte de mobilité » des résidents, ce qui accroît la pénibilité physique du travail du soignant relatif à l'accompagnement de l'habillement, des repas, du coucher ou des déplacements (DREES, 2016a).

Le manque de personnel a un impact direct sur le bien-être des soignants. Les difficultés à gérer un volume de travail important conduisent les personnels à trouver des arrangements qui sortent du cadre prévu de prise en charge, des arrangements qui sont vécus comme des risques. L'infirmier [H-42] que nous avons suivi travaille dans l'Ehpad depuis 2015, après avoir obtenu un diplôme de médecin à Madagascar. Il vit difficilement la délégation aux A-S de certaines des tâches qui lui incombent normalement : *« il n'y a pas de difficultés avec les personnes âgées, je m'adapte, je gère, c'est surtout le volume de travail qui est difficile ici en maison de retraite. On a trop de personnes à prendre en charge donc dans ma tête c'est difficile, j'avoue que ce n'est pas de la qualité, mais on fait ce qu'on peut faire, on ne peut pas prendre en charge avec la qualité nécessaire. Avant on était trois et après ils ont comprimé. Les aides-soignants ne sont pas responsables, c'est toujours l'infirmière qui est responsable après, c'est la loi. On fait confiance et on délègue... j'ai fait ça au début "ah je peux te donner les médicaments ?" parce que c'est eux qui donnent à manger donc je mets à côté et après le médicament est toujours là et la dame a fini de manger »*. Cet extrait montre que les infirmières cherchent constamment des moyens d'alléger leur charge de travail. Il montre aussi que le sentiment de ne pas fournir un soin de qualité et de déroger à la règle impacte le bien-être psychologique du soignant. Lors de l'entretien, cet infirmier revient souvent sur le fait de ne pas avoir le temps de faire son travail et d'avoir le sentiment de ne pas bien le faire : *« C'est un peu difficile. On est plutôt dans le truc à la va-vite... Si on a trois, cinq ou dix personnes en charge, on peut le faire, mais avec soixante-trois vous ne pouvez pas. J'avoue, et moi-même dans mon cœur, je le sens que ce n'est pas de la qualité »*

que je fais, c'est du tac, tac, tac, tac, dans ma tête je ne suis pas satisfait de ce qu'on fait pour ces gens-là ».

Comme cela a été repéré dans des travaux menés dans le cadre hospitalier, les infirmières manquent en général de temps pour écouter et accompagner les patients (Acker, 2000). Le contexte organisationnel de l'Ephad et la charge de travail en accompagnement que les personnes âgées représentent accentuent encore cette difficulté. Il faut noter qu'un jour, lors de notre observation, l'infirmier principal a reçu un rappel de la direction, car il avait la responsabilité de faire 4 perfusions dans la journée et n'en avait fait que 3. Il nous a expliqué qu'il avait écrit dans le cahier de transmissions ne pas avoir fait les 4 « par manque de temps ». Son objectif était de faire comprendre à ses supérieurs qu'il ne peut plus travailler dans ces conditions, mais cela a eu un effet contraire et il a failli être sanctionné. Comme nous le verrons à propos des médicaments, cet acteur particulier essaye de donner des signaux d'alerte sur plusieurs problèmes liés à la charge de travail qu'il rencontre dans l'organisation du travail en Ephad.

Par ailleurs, le manque de formalisation des activités et du temps qui doit être consacré à chaque tâche est un élément qui frustre le personnel soignant. La distribution d'un grand nombre de tâches dans un temps restreint est à l'origine d'incertitudes pour les infirmières et les aides-soignants sur ce qui a été fait ou doit l'être pour répondre aux besoins médicaux et sociaux des différents des résidents : *« C'est pour ça qu'on travaille en collaboration avec les aides-soignants. C'est eux qui disent "quand j'ai fait les soins ils se plaignaient de..." ». C'est pour ça qu'on a une transmission à 11 h 15 donc ils nous remontent des informations sur ce qu'ils ont vu la matinée, et nous infirmières de voir les trois, quatre personnes. S'il y a une personne qui n'a pas fait caca depuis cinq jours c'est à nous de venir et de donner des laxatifs. On appelle le médecin, telle personne tousse, telle personne a un truc rouge au sein... mais tout ça c'est à la va-vite, ce n'est pas bien précis »* [Entretien auprès de l'infirmier principal]. Comme l'étude de la DREES (2016a) le souligne, le personnel soignant en Ephad éprouve le sentiment que l'organisation en place empêche de réaliser un travail de qualité. Produire un travail de qualité est une manière de donner du sens à son action professionnelle, c'est pourquoi le sentiment de « ne pas bien faire son travail », voir le sentiment de « travail empêché » (Petit et Dugué, 2013) génère une forme de frustration chez ces soignants.

Cependant, si le fonctionnement de l'Ephad est vécu comme problématique par manque de temps et de formalisation des tâches, certains professionnels paramédicaux apprécient la grande autonomie dont ils bénéficient en Ephad, notamment par rapport à l'hôpital. Cette perception d'une plus grande autonomie est liée au fait qu'ils ne réalisent pas leur travail en présence de l'encadrement (infirmière-cadre IDE, médecins, directeur) ou de la famille. Une infirmière vacataire [F-23] ayant une expérience d'un an en hôpital nous raconte : *« Le plus difficile c'est l'hôpital, l'Ephad c'est comme à la maison,*

plus en confiance, plus en autonomie par rapport aux patients, on n'a pas toujours le médecin à côté, on prend des décisions seules. L'hôpital ce sont des personnes moins âgées. Il y a des familles qui ne veulent pas qu'on les envoie à l'hôpital, pas d'acharnement... ». Comme le souligne Isabelle Féroni (2000), la dépendance du travail infirmier au travail médical ne constitue plus le seul trait structurant de leur activité. En effet les soignants sont confrontés à des changements induits par les modes de dispensation des soins, mais aussi de régulation des activités sanitaires³⁶² (Féroni, 2000 : 35).

Comme l'écrit Delphine Dupré-Lévêque (2002) « La maison de retraite voit donc sa fonction initiale qu'est l'accueil et l'hébergement passer au second plan pour mettre en avant sa fonction sanitaire ». Or, le volume global de travail que représente l'accueil de personnes plus dépendantes et plus malades en termes d'organisation du travail de soin et de prise en charge médicamenteuse amène le personnel soignant à s'occuper en première ligne des enjeux de la vie collective qui alourdissent leur charge de travail. En d'autres termes, si l'activité des infirmières et aides-soignants est appelée à privilégier les activités techniques, administratives ainsi que celles associées aux soins curatifs et liées à la responsabilité avec les médicaments, les besoins accrus en accompagnement — auxquels elles souhaitent répondre — doivent être résolus d'une manière ou d'une autre. Nous faisons ainsi l'hypothèse que, dans le processus de prescription, les infirmières essayent d'influencer le travail du médecin pour qu'il priorise les problèmes liés à la dépendance et à la prise en charge de comportements collectifs, faisant passer au second plan les problèmes médicaux qui intéressent plus spécifiquement les médecins.

1.2. Le contexte de la prescription médicamenteuse en Ehpad

Nous saisisons le contexte de la prescription en Ehpad en abordant tout d'abord le cadre spécifique d'une consultation dans ce lieu. L'importance d'étudier ce cadre spécifique se doit au fait qu'il a des conséquences sur la prescription. Les études permettant d'expliquer le recours immédiat au médicament dans le cadre des consultations favorables à la polyprescription, se sont principalement appuyées sur la relation de soin en cabinet médical de ville (Rosman, 2010 ; Vega, 2012). De plus, ces études se centrent principalement sur des éléments qui influencent la relation de soin entre médecin et patient. Or, des modèles hétérogènes de relation thérapeutique coexistent dans le système des soins. Les relations de soin se transforment en fonction du type de pathologies, de patient et de contexte professionnel, qui produisent des relations entre acteurs variées (Bergeron, 2007). En Ehpad, la consultation médicale prend une forme particulière et différente d'une consultation « classique »,

³⁶² Parmi ces changements l'auteure met en avant : la référence croissante à des normes dans le domaine des soins, la protocolisation croissante de procédures de prise en charge et l'accélération de cadences de travail induites par la mise en œuvre de traitements qui affectent profondément leur identité.

notamment en ce qu'elle diffère d'une relation thérapeutique basée sur la « décision partagée entre médecin et patient » telle que la loi sur la relation médecin-patient du 4 mars 2002³⁶³ le préconise. Tenir compte de l'hétérogénéité des relations de soin nous permet de concevoir l'existence des spécificités de la consultation en Ehpad à l'origine des prescriptions médicamenteuses. Comme nous le verrons, le personnel qui accompagne au quotidien la vie des résidents est en effet intégré également au cadre de la consultation du médecin.

- ***L'organisation de la consultation du médecin : de la consultation clinique à la rédaction de l'ordonnance***

Parmi les sept médecins généralistes qui interviennent régulièrement³⁶⁴ dans l'Ehpad du Val-de-Marne en tant que médecins traitants, les consultations que nous avons observées sont conduites par un médecin, une femme de 52 ans prenant en charge 32 patients (plus de la moitié de résidents de l'Ehpad), et intervenant ici depuis plus d'une dizaine d'années. Il faut par ailleurs noter que cette praticienne affirme ne pas avoir « une formation en gériatrie » et se « former sur le tas ». Nous invitons le lecteur à regarder l'Annexe n° VII, expliquant pourquoi elle suit autant de résidents, et nous contentons ici de souligner que, comme les médecins généralistes ne sont pas nombreux à intervenir en Ehpad, l'entrée d'une personne dans cette structure représente le plus souvent une rupture avec son ancien médecin traitant³⁶⁵. Cette praticienne est, au sein de l'Ehpad, celle qui « récupère » la majorité des patients n'ayant pas de médecins traitants lors de leur arrivée.

Cette praticienne intervient un jour par semaine afin de voir tous ses patients au moins une fois par mois. Durant 4 heures un jour donné, elle reçoit 7 patients prévus, en plus des cas qui se présentent le jour de son intervention. Comme dans d'autres Ehpad, il y a trois grands moments dans la journée de cette praticienne. En premier lieu, ne disposant pas de son propre bureau, elle arrive dans le bureau des infirmières, où elle dispose d'un poste informatique et peut regarder les dossiers de tous les patients qu'elle va voir dans la journée. Dans ce bureau, les infirmières lui font la transmission sur l'état et la situation de ses patients. En deuxième lieu, elle va à la rencontre de ses patients, là où ils se trouvent, et elle enchaîne les consultations (en se déplaçant dans les 4 étages du bâtiment). Enfin, elle retourne

³⁶³ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

³⁶⁴ Au moment de l'enquête, les résidents de cet Ehpad comptent avec 7 médecins traitants libéraux dont 1 ayant plus de la moitié des résidents (32 patients). Ces sont des médecins généralistes choisis par le patient avant son arrivée en Ehpad ou assignés par l'Ehpad lorsque le médecin traitant en ville décide de ne pas suivre son patient en Ehpad. Néanmoins l'établissement a fait intervenir 20 médecins traitants libéraux pendant l'année 2016 – (en comptant tout médecin qui est intervenu pour un acte y compris les remplaçants).

³⁶⁵ On pourrait également noter la même situation de rupture avec ses anciens spécialistes qui, selon l'étude suivante, sont également de moins en moins nombreux à intervenir à domicile : URPS Médecins libéraux Île-de-France : « Enquête. Le médecin libéral au domicile du patient : Un enjeu de santé publique », janvier 2017 ; https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921_URPS-IDF_visites_a_domicile.pdf

dans le « bureau des infirmières » où elle rédige, sur ordinateur, les ordonnances de toutes les consultations effectuées.

Afin de montrer la situation spécifique de la consultation en Ehpad, nous nous appuyons sur le cas de « Mme Peny ». Il met en effet bien en lumière l'environnement de la consultation en Ehpad, le rapport du médecin au patient et avec les professionnels paramédicaux.

Mme Peny est une femme de 82 ans, diabétique, qui s'est récemment fracturé la jambe. Elle ne peut désormais se déplacer sans aide et reste souvent dans sa chambre. Tous les jours, elle reçoit les infirmières qui lui font le pansement pour le soin de la plaie. La porte de sa chambre est d'habitude ouverte et on l'entend souvent se plaindre d'avoir mal et de ne voir personne. Selon son médecin traitant, la patiente a une « longue liste de médicaments », parmi lesquels, des injections d'insuline, des antalgiques (Paracétamol, Tramadol), un antidépresseur et d'autres psychotropes. Celle-ci est en partie due à la prescription d'intervenants externes à l'Ehpad. Un neuroleptique (Risperidone) et un anxiolytique (Seresta) lui ont été prescrits à l'hôpital au moment de son séjour lié à la fracture. Son médecin traitant nous dit aussi que Mme Peny a encore d'autres médicaments et qu'il a l'intention de « tout arrêter ».

Ce cas nous permettra de rendre compte de l'organisation de la consultation, qui est marquée par deux moments : la consultation clinique du patient, d'une part, et la rédaction des ordonnances, d'autre part. Alors que la consultation est réalisée là où les patients se trouvent (chambre, couloir, salon...), souvent en présence des infirmières et A-S, la rédaction des ordonnances se fait au 2^o étage dans le « bureau des infirmières » et en l'absence du patient. Ce cas nous permettra de mettre en lumière les échanges et les négociations entre le médecin et les infirmières, qui se traduiront par des changements d'avis du médecin face à la décision d'arrêter le neuroleptique (Risperidone) et d'arrêter ou de diminuer la dose de l'anxiolytique (Seresta).

Examinons donc des extraits de la consultation de Mme Peny dans ces deux moments (la consultation clinique et la rédaction de l'ordonnance). Nous nous appuyerons sur celle-ci pour analyser les caractéristiques principales de la consultation du médecin traitant en Ehpad : l'absence de continuité dans la prise en charge ; le manque de discours direct et de relation individuelle avec le patient, et la présence d'un intermédiaire :

Première moment de la consultation : la consultation clinique auprès du patient

Transmission de l'élève-infirmière au médecin : « Mme Peny a mal au sein et à sa fracture, elle a une rougeur au sein et des cicatrices... ».

Consultation de Mme Peny dans sa chambre au RDC, une infirmière principale et une A-S présentes :

MT- (Elle s'approche de la patiente et examine sa rougeur à la jambe) *Comment allez-vous Mme Peny ? « ça fait mal ? »*

Mme Peny- *J'ai mal nulle part, avec le kiné des fois.*

MT- *C'est normal....(Elle examine la jambe.) Ça gratte ?... Pourquoi c'est rouge ? Ce n'est pas chaud...*

Mme Peny- *Je me suis tapée.*

Infirmière principale- *Il faudrait que le fauteuil roulant soit moussé. C'est dur (elle teste le fauteuil roulant qui est dans un coin de la chambre).*

MT- *Pourquoi c'est rouge ? Elle s'est tapée ? ... Elle n'a pas des chaussettes de contention ?*

Mme Peny- *Non, je ne les supporte plus !*

MT - *C'est vachement enflammé ! Ça fait mal ?*

Mme Peny - *Non, ça ne fait pas mal.*

A-S- *Et elle a des problèmes de respiration.*

MT- *Elle est sous anticoagulants ? (Le médecin regarde la rougeur au sein).*

Infirmière principale- *Non, il n'y a que deux [résidents] sous anticoagulants.*

MT- *Vous ne mangez pas bien...*

Mme Peny- *Normalement !*

Infirmière principale- *Mais il faut qu'on vous aide.*

MT- (ausculte Mme Peny). *On fera peut-être une radio.*

Mme Peny- *ça ne me fait pas mal, vraiment, sauf quand je bouge, quand je passe au lit.*

MT- *Faudra mettre des pansements alcoolisés peut être ?*

Infirmière principale- *Oui.*

MT- *Je ne sais pas, je te demande.*

Infirmière principale- *Oui, je vais voir.*

La relation thérapeutique en Ehpad relève donc d'une concertation entre le médecin traitant et le personnel paramédical, qui échappe en grande partie au patient. L'organisation de la consultation est de ce fait également fragmentée. Ce n'est qu'une heure plus tard, une fois que le médecin a consulté d'autres patients dans différents endroits de l'Ehpad, qu'il se dirige au bureau des infirmières pour rédiger toutes les ordonnances des patients qu'il a vus. Avant de mener notre analyse, voyons comment procède le médecin pour la rédaction de l'ordonnance de Mme Peny :

Deuxième moment de la consultation : la rédaction de l'ordonnance dans le bureau des infirmières

Dans le bureau des infirmières, trois infirmières entourent le médecin qui est assis face à l'ordinateur. Partageant la table du bureau avec le médecin, l'infirmière principale l'occupe pour remplir les fichiers d'hospitalisation, de radio et prise de sang des résidents. Elle explique à l'élève-infirmière comment faire le pansement alcoolisé de Mme Peny. Elle échange avec le médecin sur les résidents et sur les vacances. Des avis qui se traduisent par phrases sans finir comme « Mme Garret n'est plus comme avant, Mme Reno n'est plus comme avant » sont dites par l'infirmière pendant qu'elle remplit des fiches. L'infirmière cadre et l'élève-Infirmière vont et viennent par moment.

MT- Et Mme Peny, elle ne va pas bien eh...

Infirmière-cadre - Elle a quelque chose ?

MT- C'est bizarre elle va pas bien... Il y en a plusieurs qui ne vont pas bien eh ?!

Infirmière : Oué, non.

MT- Et Mme Peny elle a un traitement... psy eh ? Peut-être l'arrêter... Qu'est-ce qu'on va faire avec eux?... Est-ce qu'elle a besoin de Risperidone aussi Mme Peny? ...

Infirmière- Je ne sais pas.

Infirmière-cadre - On peut lui demander peut-être.

MT- Elle a du Seresta [anxiolytique], Risperidone [antipsychotique/neuroleptique] Elle a du Mianserine [antidépresseur] aussi, mais bon bah je laisse ça quand même, parce qu'elle est un peu... eh ? un peu... Et, il y a encore des médicaments. Je vais tout arrêter ah... Elle a du Seresta depuis un moment...

Infirmière principale - Peut-être ne pas tout arrêter d'un coup ! Parce qu'elle est assez...

MT : (sourit) C'est vrai, je vais faire un sevrage ...

Infirmière principale - Elle s'énerve vite aussi Mme Peny eh... !

MT- Bon j'arrête la Risperidone et le Seresta... on verra.

Infirmière principale - Oui, oui...

MT- Elle a du Xastral ! C'est un truc... bah normalement c'est pour la prostate, c'est un médicament qu'on donne aux hommes pour la prostate ! ... Elle fait pipi dans sa couche ? Elle fait pipi bien ?

Infirmière principale - Oui, oui.

MT- Ce n'est pas normal... eh ?

L'imprimante ne marche toujours pas très bien... L'infirmière passe des coups de téléphone aux familles. Entre temps, l'ordinateur utilisé par le médecin tombe en panne, les infirmières essayent d'actualiser les programmes, mais ça ne marche pas, elles décident d'attendre. 15 minutes plus tard, une fois l'ordinateur rallumé, le MT repère que Mme Peny a « encore » du Tramadol sur l'ordonnance alors qu'elle se rappelle lui avoir arrêté la semaine dernière pour en mettre du « Doliprane » à la place. L'élève-infirmière qui récupère les ordonnances que le médecin a envoyé imprimer ne comprends pas l'ordonnance de Mme Peny et le médecin non plus. Elle constate finalement que les ordonnances de deux patients différents ont été mélangées :

Elève-Infirmière - « Oui ! c'est Mr San et Mme Peny ensemble, vous avez mélangé les deux. »

- *Les caractéristiques du processus d'une consultation en Ehpad :*

- a. *Absence de continuité dans la prise en charge*

Tout d'abord, l'organisation de la consultation du médecin en Ehpad se caractérise par une absence de continuité dans la prise en charge (ou fragmentation du travail du médecin) due à la fragmentation géotemporelle entre la consultation clinique et la rédaction de l'ordonnance.

En effet, l'organisation de la consultation amène le médecin à aller trouver ses patients là où ils sont, dans leurs chambres, au salon ou dans le couloir. Ce travail de consultation est *de facto* opéré sans que le médecin ait accès au dossier du patient. Les dossiers papier des patients sont archivés dans

une petite bibliothèque dans le « bureau des infirmières » et ne sont pas amenés auprès des patients lors de leurs consultations cliniques. Ne disposant pas d'un ordinateur portable, les dossiers numérisés ne sont également pas mobilisés par le médecin. Ce manque d'accès aux dossiers des patients est d'autant plus problématique que comme nous l'avons souligné, les médecins généralistes intervenant en Ehpad ne sont généralement pas les anciens médecins des résidents et n'ont donc pas une connaissance importante de leur historique. Dans le cas présenté, la praticienne ne sait ainsi pas à quoi est due la rougeur à la jambe et au sein de Mme Peny. De plus, à ce manque de connaissance de la vie quotidienne des patients s'ajoutent leurs limites à exprimer clairement des plaintes. En outre, pour optimiser ses visites (Vega, 2012), elle voit plusieurs patients de suite, avant de finalement rédiger l'ensemble des ordonnances. Pour cela, elle ne s'appuie pas sur un outil dédié, mais sur de simples aide-mémoire, des bouts de papier ou des post-its, où elle note quelques informations quand elle voit ses patients.

La consultation telle qu'elle est organisée est donc traversée par des incertitudes chez le médecin, sur l'état de santé des résidents ainsi que sur les traitements pris. La manière de gérer cela, comme le souligne le médecin, consiste à s'appuyer sur les acteurs les plus proches de la vie des résidents : « *[Les avis sur les patients] ils sont tous basés sur l'examen clinique et sur le vécu des soignants, ce qu'ils ont pu remarquer dans les jours. Parce qu'on ne peut pas se fier à l'interrogatoire, ils ne se plaignent pas, ils ne savent pas s'ils ont mal voilà. Les soignants qui sont là tous les jours voient s'il y a un changement dans la vie* » [MT F-52]. Cette situation dans laquelle se trouve le médecin en Ehpad nous amène à nuancer le résultat de certains travaux ethnographiques réalisés au sein des maisons de retraite au milieu des années 1990 (Dupré-Lévêque, 2002) qui observaient le moment de la consultation médicale comme faisant l'objet de négociation entre le médecin et le résident sur la prescription médicamenteuse.

Dans un endroit et dans un temps différent à celui de la consultation clinique, le devenir des traitements médicamenteux est discuté non pas avec les patients, mais avec les infirmières présentes. De plus, ce qui est décidé en termes de traitements n'est pas toujours une réponse au cas clinique vu en consultation. Par exemple, la consultation de Mme Peny concerne une rougeur sur la peau, alors que dans le « bureau des infirmières » le renouvellement mensuel de l'ordonnance est au cœur des échanges, impliquant des décisions sur l'évaluation de médicaments, notamment de psychotropes, qui ne sont pas abordées avec la patiente. À ce propos il faut aussi noter que le médecin traitant ne connaît pas les motifs exacts de la prescription des acteurs extérieurs à la prise en charge en Ehpad. Quand nous l'avons questionné sur la prescription initiale des psychotropes, elle a répondu : « *je pense que quand elle a été hospitalisée pour sa fracture elle a dû être agitée et voilà* » [MT F-52].

Par ailleurs, le « bureau des infirmières » est un lieu bruyant où les conversations sur plusieurs sujets se mêlent, alors même que des décisions importantes y sont prises concernant les médicaments

prescrits aux patients. Outre cet environnement peu favorable à la réflexion, ces choix s'inscrivent dans des conditions plus larges de prise en charge qui sont propices à la production d'erreurs ou d'oublis. Il faut par exemple noter les difficultés informatiques (le fait de disposer d'un seul poste informatique pour plusieurs professionnels, des dysfonctionnements fréquents de l'ordinateur et de l'imprimante). Celles-ci interviennent fortement dans la pratique du médecin et ont des conséquences sur la gestion des ordonnances. Nous pouvons noter dans le cas présenté que le remplacement de médicaments (Tramadol par Doliprane) n'est pas effectif d'une semaine à l'autre, et l'ordonnance de Mme Peny contient parfois des médicaments prescrits pour Mr San. N'ayant pas l'intention de faire une sociologie de l'usage des techniques³⁶⁶, nous nous limiterons à remarquer que, par le travail avec les machines et autres types d'objets (comme le nouveau logiciel), le processus de prescription dans le bureau des infirmières ouvre une « arène des habiletés techniques » (Dodier, 1993b) rendant l'accompagnement des infirmières indispensable au travail de prescription du médecin.

b. Manque de discours direct et de rapport individualisé

Le deuxième trait significatif d'une consultation en Ehpad est le manque de discours direct et de rapport individualisé impliquant la perte de contrôle de la prise en charge par le patient.

Pendant la consultation, les échanges entre médecin et patient sont limités en raison d'un manque d'interrogatoire direct. Les recherches de Sylvie Fainzang (2009) en milieu hospitalier ont mis en relief que les décisions du médecin de donner ou pas certaines informations aux patients se fondent sur des critères sociaux et notamment sur l'impression que le patient renvoie en termes d'appartenance sociale. En Ehpad, on pourrait penser que l'absence de discours direct est soutenue par le soupçon que les médecins ont de la « capacité cognitive » du patient. Les modalités de désignation des résidents par les professionnels semblent aller dans ce sens. Quand nous avons demandé au médecin coordonnateur ayant une vision globale de l'Ehpad, quelle est la particularité des résidents dans cet Ehpad, il nous a répondu : « *Comme dans tous les Ehpad, ils ont perdu la tête pour à peu près 70 % des troubles de fonction supérieure plus au moins importants [...] Les gens rentrent plus tard et plus dépendants en maison de retraite, et ce n'est pas mon impression seulement. Ils sont polypathologiques, la plupart du temps ils n'ont pas toute leur tête* ». Ou encore, quand nous avons demandé au médecin traitant principal si ses patients ont tendance à refuser les traitements elle nous a répondu : « *Non ! ils n'ont pas la tête à pouvoir agir ici. En ville oui, parce qu'ils sont âgés, mais ils ont leur tête, plus qu'ici c'est sûr* » [MT F-52]. Pour cette praticienne l'échange n'est pas facile avec les patients présentant des troubles cognitifs et ce constat est mobilisé pour justifier le manque d'interrogatoire : « *Beaucoup ont*

³⁶⁶ A ce propos voir notamment : Akrich Madeleine (1990), « De la sociologie des techniques à une sociologie des usages », *Techniques et Culture*, n° 16, pp. 83-110.

des troubles cognitifs, donc ce n'est pas facile de gérer l'interrogatoire il faut se baser sur l'examen clinique et la prise de sang et puis sur les soignants qui peuvent aussi m'aider à voir ce qui se passe ». Or, la perception de la patricienne, sur la difficulté à établir un interrogatoire « fiable » peut aussi l'amener à standardiser la prise en charge de la grande majorité de résidents donnant un caractère paternaliste à l'interaction. Dans le cas présenté, nous observons par exemple que ce que la patiente dit n'est pas toujours écouté ou pris en compte par la praticienne, car les questions qu'elle pose sont plutôt adressées aux infirmières et aux A-S (« *Pourquoi c'est rouge ?* » — « *Je me suis tapée* » ; « *Elle s'est tapée ?* »). Il faut de plus noter qu'en Ehpad, les médecins ne disposent pas d'un cabinet ou d'un local exclusif à la consultation, de même que celle-ci n'est pas toujours annoncée en tant que telle auprès des patients. Les consultations se déroulent en l'absence d'intimité et de discrétion qui sont censées caractériser le « colloque singulier » (Parsons, 1955). Ce type de consultation s'éloigne ainsi complètement du modèle de relation médecin-patient compris comme un « colloque singulier » par les médecins français (Hardy, 2013)³⁶⁷.

Outre le manque d'interrogatoire direct, la consultation n'intègre pas un retour des décisions de prescription auprès du patient en fin de consultation, comme on peut l'observer en cabinet libéral. Les décisions sur les traitements ne sont pas partagées et les ordonnances rédigées ne sont pas toujours communiquées au patient dans le cadre de cette consultation. Cette organisation fragmentée, associée au manque d'échange avec le patient, implique du point de vue du patient la difficulté à savoir ce qu'il se passe, de concevoir le fait d'être dans un *rendez-vous* médical, et notamment de pouvoir comprendre, sans parler de remettre en cause ses traitements. Ce manque de rapport individualisé et d'interrogatoire direct peut être compris dans certains cas comme une forme de contrainte dans la pratique de soin (Velpry et Eyraud, 2014), où l'adhésion de la personne aux soins n'est pas recherchée pour l'exécution de la prise en charge. Comme le soulignent Velpry et Eyraud, les textes qui encadrent une pratique plus éthique et visant la participation de la personne dans les soins demeurent non obligatoires et en outre sont difficiles à appliquer³⁶⁸.

C. Présence d'un intermédiaire

Une troisième caractéristique de l'organisation de la consultation du médecin en Ehpad est la présence d'un intermédiaire ayant une position privilégiée dans les décisions thérapeutiques.

³⁶⁷ Sur l'évolution historique et les dimensions déontologiques et éthiques du « colloque singulier » voir la première partie de l'ouvrage de Anne-Chantal Hardy (2013), *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, EHESP, series : « Recherche santé social ».

³⁶⁸ Outre la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, Velpry et Eyraud (2014) donnent les exemples des recommandations suivantes : « Limiter les risques de contention », ANAES, 2000 ; « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », FHF, 2004.

À la différence d'une consultation en cabinet de ville, la consultation en Ehpad est constituée d'au moins 3 types d'acteurs : le médecin, le patient et une ou deux infirmières et/ou A-S. Les infirmières et A-S sont pour le médecin source d'information sur le patient. Le rôle des infirmières et A-S en Ehpad fait écho au rôle stratégique qu'ont les familles pour les gériatres afin d'accomplir leur mission de maintien à domicile (Béliard et Sifer-Rivière, 2015b). De la même manière, pour les médecins généralistes qui interviennent en Ehpad, les infirmières et aides-soignants qui sont proches des résidents au quotidien sont des intermédiaires nécessaires pour obtenir les informations indispensables à sa pratique et reconstituer l'historique du patient.

Cependant seules les infirmières sont ses interlocutrices privilégiées dans son travail de prescription. Comme dans le cadre des soins palliatifs au sein des structures hospitalières, la restitution des informations faite par les infirmières est capitale pour le travail de prescription du médecin (Castrà, 2000). Celles-ci connaissent bien les résidents, comme les A-S, car elles partagent leur quotidien, mais elles administrent aussi les médicaments et possèdent des informations plus importantes sur le rapport des patients aux traitements du fait de leur responsabilité dans la surveillance médicale. Cette intermédiation, qui donne au médecin une information « globale » du patient vient combler une partie des incertitudes de la consultation : séjours hospitaliers et contenu des comptes rendus hospitaliers, processus de guérison de plaies, évolution de l'état de santé, appétit, prise et besoin de médicaments, changements de comportements, etc. Il faut noter que les incertitudes sur l'état de santé du patient au moment de la consultation, et sur la réaction aux traitements, s'intensifient au moment de la rédaction des ordonnances en raison de la situation du médecin et de l'organisation de son travail. Par exemple, dans le cas présenté, la praticienne n'a pas une maîtrise totale de la consultation, car elle méconnaît la situation quotidienne de la patiente, elle se renseigne alors auprès des infirmières (*« elle s'est tapée ? » ; « est-ce qu'elle est sous anticoagulants ? » ; « elle est sortie avec un compte rendu ? »*). Le processus de prescription repose sur l'échange avec les infirmières. Ce dialogue avec les infirmières porte sur l'état de santé du patient et sur le « besoin » de ses médicaments — l'apparition de nouveaux symptômes et la façon dont les infirmières ressentent les comportements des résidents et leurs changements — mais il n'aborde pas frontalement les diagnostics et les maladies. Le médecin préserve les apparences de son indépendance prescriptive³⁶⁹, mais dans les faits les infirmières orientent une partie de son travail en fonction de leurs intérêts. Pour reprendre l'exemple de Mme Peny, lorsque le médecin traitant demande aux infirmières si sa patiente a besoin du psychotrope qu'elle prend en ce

³⁶⁹ Une enquête réalisée par la DREES (2014b) souligne qu'un tiers de médecins généralistes se déclare favorable à des coopérations avec un infirmier, c'est-à-dire à un « transfert de tâches » à un infirmier. Or, il en ressort aussi que « les tâches relevant des compétences réglementaires du médecin, comme les prescriptions, seraient moins volontiers confiées à un infirmier, contrairement aux actes d'éducation thérapeutique ou de surveillance de la tension artérielle ».

moment, les infirmières mettent en cause son comportement, exerçant de ce fait une pression favorable au maintien du médicament (*Infirmière* — « Elle s'énerve vite aussi Mme Peny eh... ! » MT — « Bon le Seresta je laisse... puis on verra... »).

Avant de décrire les effets de l'organisation du travail du médecin sur le modèle de prescription en Ehpad nous allons donc examiner le rôle des infirmières dans le processus de décisions thérapeutiques.

1.3. Le rôle des infirmières dans le processus de prescription

Notre enquête nous a permis de constater que, comme tout le personnel soignant, les infirmières travaillent dans des conditions de contrainte économique et de réduction de personnel qui ne leur permettent pas d'apporter aux personnes âgées l'accompagnement et les soins médico-sociaux qu'elles estiment être les plus adaptés à leur prise en charge. Dans ce contexte contraint, nous soutenons que l'intervention des infirmières dans le processus de décision thérapeutique est structurée autour de la tentative de conciliation de deux objectifs au moins en partie antagonistes : 1) permettre au médecin d'agir de manière pertinente sur la prise en charge médicamenteuse des patients ; 2) faire de cette prescription médicamenteuse un outil au service de la nécessaire réduction de leur charge de travail au quotidien. En se liant au médecin prescripteur, elles essayent de répondre aux problèmes que la prise en charge de besoins accrus en accompagnement des résidents pose à l'organisation des soins en influençant sur la prescription de médicaments psychotropes³⁷⁰. Le médicament devient ainsi un moyen pour pouvoir travailler malgré tout. Les psychotropes ne visent donc pas nécessairement ou exclusivement l'obtention de « *la disponibilité des corps des patients nécessaire pour les soins* » (Lechevalier-Hurard, 2013). Autrement dit, le contrôle social n'est pas le but ultime. Dans les hébergements de soins de moyenne ou courte durée comme l'hôpital, la prescription de psychotropes pour traiter les patients « perturbateurs » de routines de travail bien établies est ponctuelle (Lorber, 1975). En revanche, l'hébergement médicalisé au long cours favorise le prolongement et le maintien de ces médicaments. L'objectif est donc plus large, puisque les effets des psychotropes permettent aux infirmières et A-S de réaliser le maximum des tâches administratives en tranquillité — et non seulement l'application de soins. Leurs négociations avec les médecins dans le processus de prescription visent donc à obtenir ce « privilège » de pouvoir travailler dans des conditions qu'elles estiment préférables.

³⁷⁰ Comme nous le verrons, le médicament devient un moyen plus accepté que la contention physique, qui est remis en question par la plupart des acteurs dans cet Ehpad et qui n'est utilisé qu'en dernier recours.

À certains moments, les infirmières peuvent être amenées à exercer une pression importante dans le processus de décision thérapeutique, avec des conséquences particulièrement visibles sur la prescription de psychotropes. La légitimité des infirmières dans leur rapport avec les médecins dans ce domaine vient notamment de la place du médicament dans leur métier. Elles sont en quelque sorte les « gardiennes du médicament »³⁷¹, non seulement parce que ce qui concerne les médicaments (administration, préparation et surveillance d'accidents médicamenteux) est leur responsabilité majeure sur le plan juridique, mais aussi parce que cette responsabilité est importante pour elles et qu'elles la revendiquent. Si les A-S font fonctionner l'Ehpad comme lieu de service médico-social, les infirmières sont au cœur de la vie des médicaments dans l'établissement. Nous décrirons maintenant l'influence que les infirmières ont dans le processus de prescription du médecin et dans quels cas elles ont un impact prépondérant sur les choix des médecins.

1.3.1. L'intérêt des infirmières à alléger leur charge de travail : une influence dans la prescription de psychotropes

Les infirmières ont un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées en Ehpad. Comme nous l'avons souligné, elles influencent le travail du médecin. Il faut savoir que cette influence peut avoir un double impact dans le processus de prescription. Nous montrerons tout d'abord dans quels cas cette influence devient une pression à la prescription. Elles peuvent aussi parfois jouer un rôle d'alerte sur le médicament — par exemple sur des effets secondaires — et participer de ce fait à des logiques de déprescription.

L'un des problèmes majeurs pour les soignants en Ehpad est de « gérer » les comportements des résidents. Cette difficulté découle du fait qu'il y a au sein de l'Ehpad des personnes qui demandent plus de soin que les autres, des personnes qui peuvent crier très fort pendant longtemps, pour manifester qu'elles ont mal, leur mécontentement, ou qu'elles ne veulent pas être là, des personnes qui peuvent blesser des soignants, des personnes qui marchent dans tous les sens ou qui cherchent à dialoguer avec des soignants pendant qu'ils s'occupent d'une autre personne ou pendant qu'ils travaillent sur l'ordinateur... Les soignants font face au quotidien à une demande forte d'accompagnement et de

³⁷¹ Cette dénomination que nous assignons aux infirmières a vocation à souligner un statut qui est formaté par le caractère médicalisé du lieu dont elles travaillent. À l'origine de la dénomination des soignants on en trouve pour les hôpitaux du Moyen Âge la dénomination de « gardienne » ou « gardien de l'hôpital », qui vont préfigurer les « gardes-malades » en place de la fin du XVIIIe siècle. Pour savoir plus sur l'histoire et la dénomination des soignants voir : Clémence Dallaire (dir.) (2008), *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*, Gaëtan Morin éditeur. Cet ouvrage met en avant que les pratiques du « prendre soin » composant la discipline professionnelle soignante ont commencé à se standardiser bien avant l'arrivée de la culture médicale à l'hôpital. Le lien sémantique entre gardien et soin fait que le gardien est celui qui prend soin de garder, et garder c'est avoir soin de quelque chose (*Op. Cit.* p.34).

care de la part des résidents et cela constitue ainsi un enjeu majeur pour l'organisation du travail. Nous avons par exemple régulièrement entendu les professionnels médicaux et paramédicaux dire d'un résident qu'il était « agité », ou dire à un résident « *allez vous asseoir...* ». La façon dont les infirmières répondent à ces situations et à ces comportements permet d'interpréter la manière dont elles se positionnent par rapport au médicament et s'efforcent d'influencer le processus de prescription. En effet, il est essentiel pour les infirmières d'accompagner les résidents dans l'environnement le plus « apaisé » possible. La prescription de médicaments est alors un moyen pour elles de limiter ce type de comportements (agitation, énervement, perturbation, mécontentement, déambulation) qui alourdissent la charge de travail.

L'organisation fragmentée de la consultation du médecin génère une « zone d'incertitude » (Crozier et Friedberg, 1977), un espace de négociations qui donne aux infirmières un pouvoir³⁷² important. Les infirmières exercent un pouvoir par rapport aux décisions du médecin parce qu'elles disposent d'une ressource essentielle, des informations sur le patient qui lui sont indispensables. Les infirmières maîtrisent en effet les savoirs sur l'état réel des patients et leur mode de vie dans la temporalité longue de l'Ehpad. Lorsque dans le processus de décisions thérapeutiques elles s'expriment à propos des prescriptions, elles sont écoutées par le médecin.

Examinons un discours qui illustre bien l'implication des infirmières dans le travail de prescription. Quand nous avons interrogé une infirmière vacataire pour savoir si elle avait déjà encouragé un médecin à changer un traitement pour un résident qui réagissait mal au médicament, elle a répondu :

« Oui, ce n'est pas changer un médicament, mais ajouter un médicament. Souvent dans les Ehpad les personnes âgées, surtout les personnes âgées qui ont Alzheimer, elles ont tendance à être agitées par moment, souvent au moment des repas ou au moment de se coucher le soir parce qu'elles savent qu'elles vont être seules donc ça se déclenche à ce moment-là, c'est psychologique je ne sais pas, je ne connais pas le tableau. Mais il y a des moments où les personnes sont un peu plus agitées et donc les infirmières, comme on est en contact permanent avec le résident, on peut conseiller aux médecins de rajouter un traitement pour calmer la personne à certains moments de la journée donc souvent sur l'ordonnance tu vas voir noté par exemple du Seresta [anxiolytique] qui est un comprimé qui permet de détendre la personne, à 18 h "si besoin". Donc le médecin il te le prescrit et tu l'administres en fonction de l'état de la personne donc quelquefois tu es amenée à demander au médecin de prescrire de choses parce qu'il n'y pense pas lui-même » [Entretien auprès d'une infirmière vacataire].

Pour cette infirmière, l'ajout de médicaments psychotropes a pour fonction de transformer la situation « d'agitation » en situation « normale ». Il est intéressant de noter dans son discours la phrase « *le médecin il te le prescrit* », laquelle montre que certaines infirmières assument le fait d'inciter le

³⁷² Dans une organisation où les acteurs sont en interdépendance, le pouvoir est pris au sens d'un « échange déséquilibré de possibilités d'action », c'est-à-dire de comportements entre un ensemble d'acteurs individuels et/ou collectifs (Friedberg, 1997 : 123).

médecin à la prescription de ces médicaments. Pour elle, les médicaments psychotropes sont utiles dans le but d'apaiser le comportement des patients et de son corollaire, alléger ses activités au quotidien.

Un autre acteur, l'infirmière-cadre, incite également la prescription de psychotropes, par exemple somnifères ou hypnotiques, mais le justifie comme étant une transmission des « besoins de santé des résidents » :

« C'est pour ça que le médecin principal aime bien que je sois là, parce qu'on discute des traitements, par exemple, j'ai une dame qui est rentrée il y a un mois et demi et qui est typiquement en inversion aujourd'hui, elle dort la journée et elle ne dort pas la nuit, elle déambule toutes les nuits, elle est résidente Alzheimer, j'ai guetté le médecin et, je lui ai dit, cette dame il faut qu'on fasse quelque chose parce qu'elle dort la journée et elle déambule toutes les nuits donc elle a besoin de quelque chose le soir pour la remettre en face nuit et jour donc. Les médecins ne sont pas là toute la journée, ils ont besoin de savoir ce qui se passe c'est notre rôle, on les voit tous les jours donc on transmet l'état de santé des résidents » [Entretien auprès de l'infirmière-cadre].

Si lors de l'entretien cet acteur revient souvent sur le fait que son but est d'accompagner les résidents y compris dans leur déambulation, il incite néanmoins la prescription d'un médicament pour répondre à ce comportement. L'absence du discours du résident expliquant par exemple une insomnie vécue comme insupportable indique que cette incitation à la prescription vise l'adaptation des résidents aux horaires de veille et de sommeil de l'Ehpad.

Outre l'incitation à la prescription de psychotropes, les infirmières découragent également la déprescription de ces médicaments. Pour illustrer la façon dont cette dynamique se met en place, nous nous appuyons sur le cas de « Mme Reno », une autre patiente du médecin traitant principal. Cette femme de 86 ans est en fauteuil roulant avec une contention physique. Au moment de l'observation, cette femme porte un *pacemaker* depuis quelques semaines. Quand ce *pacemaker* a été posé à l'hôpital, le Seresta (anxiolytique prescrit par son médecin traitant) a été arrêté à l'hôpital et ensuite represcrit à nouveau par son médecin traitant après sa sortie. La semaine précédant cette consultation, cette patiente s'est évanouie et a été envoyée de nouveau à l'hôpital en urgence. À l'hôpital, on lui a diminué le Seresta. À son retour à l'Ehpad, les infirmières avaient transmis au médecin que Mme Reno était « agitée ». Lors d'une consultation auprès de cette dernière, dans un couloir, le médecin perçoit qu'elle est un peu agitée et informe à l'infirmier principal qu'il ne souhaite pas lui prescrire un neuroleptique, ce avec quoi l'infirmier est d'accord. Dans le bureau des infirmières, l'infirmière-élève qui travaillait en binôme avec l'infirmier principal ce jour-là estime au contraire que Mme Reno est « perturbée » et « agitée ». Face à son insistance, le médecin finit tout de même par prescrire un neuroleptique pendant une semaine et augmente la dose du Seresta pour le matin. Une semaine plus tard, au cours d'une consultation de 2 minutes dans le couloir, le médecin trouve la femme « souriante », « calme » et « tranquille » et décide de supprimer le neuroleptique. Ce choix crée alors des tensions, notamment

avec un autre acteur souvent présent dans le bureau des infirmières, l'infirmière-cadre (IDE), qui essaye de conserver les médicaments pour « calmer » cette femme qu'elle considère être dans un état « d'hyper agitation » :

MT — « Mme Reno aussi elle va arrêter ses antipsychotiques. »

Infirmière-cadre — « Ah oui ? Vu qu'elle est comme ça... ? »

MT — « Mais elle a l'air bien, Mme Reno ! Elle est souriante ! »

Infirmière-cadre — « Oui, oui quand vous la voyez comme ça, mais quand elle voit son fils elle pleure la nuit. Et avec son fils elle est méchante et... elle n'est pas bien elle est hyper agitée en fin de journée, ce matin elle était comme ça... je ne sais pas elle avait 10 de tension, je ne sais pas comment faire, le fils dit que quand elle est hospitalisée elle est comme ça... Vous lui aviez laissé le Seresta, vous l'aviez remonté le matin, vous ne l'avez pas monté le soir... et le soir elle est... ce n'est pas grave eh. En même temps ce que je ne m'explique pas c'est pourquoi d'un seul coup elle se met... elle transpire, elle est froide, elle a une toute petite tension, il faut voir quoi... »

MT — « Mais là elle est très souriante, eh ? »

Infirmière-cadre — « Non, non, non, elle n'est pas toujours comme ça. »

MT — « Oui elle sourit eh ! »

Infirmière-cadre — « Quand elle voit ses deux fils elle les injurie... les deux... les pauvres ! Il y a deux jours elle a voulu descendre dans le jardin, elle descend, elle a voulu qu'on la remonte, on la remonte et comme ça, et les fils ils ne faisaient que ça et en même temps ils se faisaient traiter de tout ! Et elle a fini par crier "espèce d'alcoolique ! ... Voleurs ! Tout mon argent ! « Non, non, non, le fils n'avait pas l'air heureux ! »

Le cas de Mme Reno montre que les tensions entre le médecin et les infirmières sur l'arrêt du neuroleptique sont basées sur une évaluation différente du patient : ce que le médecin voit pendant la journée et au cours de consultations courtes n'est pas ce que les infirmières voient et ressentent au quotidien. Cette temporalité de l'évaluation a des implications sur les décisions de prescrire de nouveaux médicaments ainsi que sur la non-remise en cause par le médecin des traitements déjà prescrits. Par exemple, face à la décision du médecin d'arrêter l'antipsychotique, l'infirmière-cadre fait obstacle et essaye de négocier l'augmentation de la posologie du Seresta pour le soir. Ainsi, la déprescription de psychotropes est délicate pour le médecin, car ces médicaments ont des effets sur le comportement qui sont difficiles à connaître en quelques minutes de consultation et en l'absence d'interrogatoire auprès du patient.

La présence temporellement longue des infirmières leur permet de disposer d'une vision de l'ensemble de la vie du patient, et cette vision globale, qui est un outil précieux pour le médecin, devient dans certaines conditions un élément de négociation pour elles. La présence sur la longue durée des infirmières explique ainsi la place laissée par le médecin traitant principal à leur expertise. Les logiques de coopération entre le médecin traitant principal et les infirmières, qui prennent en charge un grand nombre de patients, bénéficient aux deux parties. Participer à la décision thérapeutique de ce médecin

traitant principal est pour les infirmières l'occasion de vérifier les traitements qu'elles estiment nécessaires aux résidents — ce dont ils ont « besoin » — mais aussi de s'assurer que ces traitements leur permettront de réaliser leur travail dans des conditions correctes. Pour le médecin traitant principal, cette coopération permet de prendre en charge un grand flux de patients rapidement. Le temps total d'intervention du médecin principal pour prendre en charge une trentaine de patients est supérieur à celui des médecins traitants qui n'ont qu'un ou deux patient(s). Les arrangements et les négociations avec les infirmières sont de ce fait plus développés. Les infirmières se lient principalement au travail des médecins qui suivent plusieurs patients en Ehpad afin de pouvoir gérer le maximum des activités au quotidien et, en retour, les médecins intervenant beaucoup en Ehpad ont davantage intérêt à coopérer avec les infirmières du fait de l'impact plus important de celles-ci sur leur activité.

Comme nous l'avons vu, les savoirs des infirmières sur la situation et sur les comportements des patients dans le temps long de l'organisation sont généralement pris en compte dans la décision du médecin de prescrire ou de s'abstenir d'arrêter un psychotrope. Dans cet Ehpad, l'existence d'un critère de distinction entre comportement normal et anormal des résidents structure les jugements sur ce qu'il est bon de faire³⁷³. Il faut rappeler que, lorsque les infirmières font la différence entre « gens normaux » et « Alzheimer », elles font référence à leur vie dans l'organisation et au travail que ces personnes représentent. Tout comportement pouvant alléger leur travail (être calme, tranquille, assis, dormir, accepter les médicaments, adhérer aux soins pratiqués par l'infirmière), est une manière de normaliser le déroulement de leur activité. Il faut de plus noter que, dans l'interaction de prescription entre le médecin traitant et les infirmières, on parle peu de « pathologies » ou de « troubles » mentaux ; la prescription du médecin répond plus directement à la vie du patient dans l'organisation à partir de la transmission faite par les infirmières. La conception du « comportement normal » cadre donc la prescription dans l'Ehpad et le rapport à la vie au sein de l'organisation favorise de facto l'accumulation des psychotropes dans les ordonnances.

Ces logiques sont d'autant plus problématiques que la prescription de psychotropes est l'une des principales préoccupations des organismes sanitaires en raison de leurs effets indésirables. Plusieurs textes ont été écrits sur la prise en charge non-médicamenteuse des personnes âgées³⁷⁴ et ensuite adressés aux médecins afin de diminuer leur utilisation. Par exemple, la HAS recommande de « *limiter la prescription de psychotropes (neuroleptiques et tranquillisants) chez la personne âgée confuse*

³⁷³ Il ne faut pas ici confondre le comportement normal et anormal en organisation avec la distinction des états biologiques entre normal/pathologique théorisée par Canguilhem (1943). Or, si le médicament est utilisé pour « *adapter l'individu à un nouveau système normatif* », les acteurs visent moins la modification directe de normes biologiques que l'effet indirect sur le comportement organisationnel, où les infirmières sont expertes des normes sociales.

³⁷⁴ Par exemple, HAS, *Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ?*, 2017 ; https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie

agitée et chez le patient Alzheimer présentant des troubles du comportement perturbateurs »³⁷⁵. Dans le cadre de l'Ehpad, ces textes sont une manière d'encadrer la contrainte dans la pratique de soins (Velpry et Eyraud, 2014). Cependant, non seulement leurs préconisations demeurent non obligatoires, mais elles sont de plus difficiles à appliquer. Les médicaments psychotropes ne sont pas seulement un cas paradigmatique des limites et incertitudes inhérentes aux recommandations et à la difficulté des médecins à gérer des « symptômes » complexes, ils révèlent aussi des contradictions entre les messages des autorités sanitaires visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées (en limitant notamment la prescription) et le manque de personnel alloué pour réaliser une démedicalisation de l'accompagnement. À ce propos, le discours d'un médecin-conseil de l'Assurance Maladie, chargée de synthétiser les recommandations de la HAS sous forme de fiches opérationnelles, que nous avons interviewée, est significatif :

« Il y a beaucoup de choses écrites sur l'accompagnement de la prise en charge non-médicamenteuse mais c'est difficile de le mettre en place parce que les gens n'ont pas les moyens de suivre et voilà... maintenant on sait beaucoup de choses sur l'accompagnement des personnes sur toutes ces mesures dites non-médicamenteuses qui existent, mais souvent on a tendance à minimiser les besoins en humain que ça représente. Je pense qu'on peut vraiment arriver à diminuer beaucoup la consommation médicamenteuse de la personne âgée, mais il y a des choses à mettre en place qui ont aussi un coût, même si ce n'est pas le même poste de dépense, mais je ne suis pas sûre que pour l'instant la société soit prête à accepter le coût que ça représente de bien prendre en charge la personne âgée, la dépendance. Sur les médicaments il y a de choses à régler, mais on y arrivera. Je ne suis pas très pessimiste sur la gestion du médicament de la personne âgée, sur la pertinence de la prescription... mais sur la prise en charge globale de la personne âgée, parce que de toute façon on a la difficulté de ne pas pouvoir faire face à des problématiques à traiter malgré tout » [Médecin-conseil AM, F-56].

Les médicaments psychotropes, que nous avons repérés comme étant constitutifs du problème de la « polymédication » pour les acteurs de la sphère étatique (Voir Partie I), sont ainsi utilisés pour résoudre en partie un problème de surcharge de travail. Les recommandations visant la réduction de leur utilisation ne fonctionnent pas dans le cadre de l'Ehpad, puisque les psychotropes sont un outil de travail à part entière. Les médecins connaissent ces textes, mais ils ont aussi la liberté de ne pas les suivre dans leurs prescriptions. Ils se basent ainsi avant tout sur les informations et l'expertise d'acteurs qui sont plus proches de la vie des patients, et sont donc amenés, même s'ils connaissent leurs dangers, à instrumentaliser les médicaments. Dès lors, notre enquête démontre que les médicaments psychotropes sont un élément structurant de l'organisation de soins.

³⁷⁵ Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, HAS, 2009 ; Avis de l'EREMA, 2012.

1.3.2. Le rôle de surveillance des infirmières : une influence dans la déprescription du médecin

Les infirmières ont une capacité de surveillance des médicaments qu'elles valorisent, elles la mettent selon elles au service des patients et estiment que cette activité est une dimension importante de leur travail. Lorsqu'elles détectent un problème avec un médicament, elles jouent un rôle d'alerte qui peut aboutir à une déprescription. Plus largement, en raison de la responsabilité que les infirmières ont vis-à-vis de la surveillance médicale en Ehpad, elles peuvent parfois favoriser des décisions de médecins de déprescrire un médicament.

Les infirmières connaissent les effets des médicaments psychotropes et leur tendance à apaiser les résidents. Si ces effets sont souvent recherchés pour calmer des résidents qui perturbent le bon déroulement des activités quotidiennes, les infirmières sont formées à la surveillance des effets des traitements. Elles sont ainsi amenées à rendre compte de suspicions d'effets indésirables, comme lorsqu'un patient se montre « trop calme » ou « perdu », « trop endormi », ou quand se manifestent d'autres effets connus des psychotropes tels que les chutes.

Examinons par exemple le cas de Mme Garret, une femme diagnostiquée comme souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, qui nous permettra de mettre en lumière le rôle de surveillance des médicaments joué par les infirmières et leurs conséquences potentielles sur la déprescription par le médecin. Mme Garret est d'origine antillaise, elle déambule pendant la journée et la nuit et rentre même dans de nombreuses chambres. Son comportement est fréquemment désapprouvé par le personnel soignant et par les résidents, qui lui demandent avec opiniâtreté d'aller s'asseoir. Au début de notre observation de terrain, Mme Garret parlait en français, même si elle divaguait par moment. Deux semaines plus tard, le personnel constate qu'elle commence à avoir « l'air perdue et effrayée », elle pleurniche pendant des heures et passe ses après-midi endormie sur le canapé du salon. Lorsque le médecin s'installe dans le bureau des infirmières, Mme Garret s'approche de la porte et essaye de parler, ce n'est plus du français, mais une autre langue, « *certainement du créole* » d'après les dires des infirmières. Le médecin traitant réagit : « *Allez vous asseoir, Mme Garret ! Je ne comprends pas ce qu'elle dit... on ne comprend plus rien de ce qu'elle dit !* ».

En désaccord avec la présence d'un anxiolytique (Seresta) dans l'ordonnance de Mme Garret, l'infirmier principal prend la décision d'arrêter de le lui donner. Il se confie à nous pour expliquer que cette décision a été prise compte tenu de l'aggravation de sa maladie. L'infirmier principal, même s'il affirme parfois perdre le sens de son travail et être poussé à agir comme un « robot » exprime plus clairement ses réflexions sur les conditions de son exercice et sa position par rapport aux effets des médicaments. C'est la perception de l'évolution de l'état de la patiente, permise par une surveillance

au long court qui échappe *de facto* au médecin, qui l'amène à transgresser les règles. C'est lui qui ainsi pèse le rapport bénéfice-risques des médicaments prescrits dans la vie réelle, dans un contexte de décisions ambiguës et d'incertitudes fortes sur l'effet du médicament. Le lendemain de la décision prise par cet infirmier, jour qui coïncide avec la visite du médecin traitant, Mme Garret fait une chute. Ce jour-là, l'infirmier principal, responsable de l'arrêt du médicament n'est pas présent. C'est une infirmière travaillant en binôme avec une élève infirmière qui prend le relais :

Transmission de l'élève infirmière au médecin — « Il faut ajouter Mme Garret, elle est bizarre, elle n'est pas dans son état normal, elle a fait un malaise ce matin et elle s'est cassé quelque chose, je crois. »

Mme Garret est dans le salon, assise à une table à côté d'autres résidents dans une ambiance joyeuse. Elle a l'air angoissée et triste, elle parle et répète de choses à voix très basse, mais personne ne comprend ce qu'elle dit.

Infirmière — « Elle ne marche plus, elle n'a plus de forces, elle est déjà tombée une fois ici. C'est la main droite qui est gonflée. Elle est gênée, on le voit. »

MT — Examine sa main, la regarde dans ses yeux et dit « Qu'est-ce qu'il y a ? »

Mme Garret —

Une résidente assise à la même table intervient — Elle ne dit rien, elle fout la trouille ! (rires)

Infirmière — « Elle mange quand même. »

MT — « Vous avez mal ? »

Mme Garret — ... bbbbrzzzz... [On entend des onomatopées]

Infirmière — « Vous trouvez que c'est normal sa main ? »

MT — « Elle dit des choses, mais je ne comprends pas. Vous comprenez-vous ? »

Infirmière — « Je ne peux pas vous dire, je ne comprends pas [...] Regardez son doigt, ici c'est gonflé. »

MT — « On va faire une radio puis une prise de sang pour être tranquilles. »

Dans le bureau des infirmières, lieu de rédaction des ordonnances, le médecin et l'infirmière présente lors de la consultation discutent des ordonnances des différents patients en même temps. L'infirmière-cadre rentre :

Infirmière-cadre — « Et Mme Garret elle ne va pas bien non plus. »

MT — « On va faire une radio, puis je ne sais pas, je suis en train de revoir tous ses médicaments, pour voir ! ... Elle est trop choquée là. »

Infirmière-cadre — « On ne lui a pas donné du Seresta (anxiolytique) là hier, eh ? »

Infirmière — « Je ne sais pas, je n'étais pas là hier. »

Infirmière-cadre — « Ah non, hier, l'infirmier ne lui a pas donné, il a dit « je ne lui donne pas du Seresta ! ». »

MT — Bon (elle rit). « On va faire une prise de sang pour voir, mais c'est embêtant elle ne peut pas dire où c'est en fait. »

Infirmière-cadre — « Et son fils qui est venu, il a demandé « quand est-ce qu'elle va marcher ? ». » [L'infirmière imite le fils d'un ton entre la peine et la moquerie]. « Il réalise partiellement l'idée qu'elle est... Et l'infirmier ne lui a pas donné le Seresta à 16 h, et ce n'est vraiment pas la peine eh... »

Le médecin passe de l'ordonnance d'un patient à un autre en discutant avec les infirmières, qui parlent de « l'agitation » et de « l'énervement » quotidien de leurs patients.

MT — « Donc Mme Garret elle a Risperdal (neuroleptique) un demi à 8 h. »

Infirmière — « Bon, mais il faut ajouter "un si besoin", même si ce n'est pas systématique... on ne le donne pas, mais, si jamais... »

MT — « Le Seresta elle a un le soir à 17 h... »

Infirmière-cadre — « Mais déjà hier, on ne lui a pas donné donc, je ne sais pas... »

Nous observons que la chute de Mme Garret conduit le médecin à revoir tous ses traitements. On remarque aussi que les infirmières s'efforcent de faire comprendre au médecin que l'anxiolytique Seresta n'est plus utile pour l'état de Mme Garret. Elles préconisent le remplacement du Seresta par un neuroleptique à utiliser uniquement en cas de « besoin ». L'infirmière-cadre soutient le choix de l'infirmier principal de ne pas lui donner ce médicament dont l'effet tranquillisant n'est plus utile. Cette situation montre comment les infirmières s'efforcent de maintenir un équilibre entre normalisation de comportements et modération de la prescription : il faut que les résidents soient calmes pour permettre aux infirmières de travailler, mais il s'agit en même temps de surveiller les risques médicamenteux encourus par les patients. Ce cas montre ainsi que les infirmières sont fortement impliquées dans le suivi des effets réels des médicaments, qu'elles conduisent en s'appuyant sur leurs savoirs pharmacologiques et sur leur connaissance fine du comportement et de la trajectoire des patients. Cette activité « compense » ainsi en quelques sortes l'absence de pharmacien et les limites de la prise en charge des médecins.

Les infirmières jouent un rôle d'alerte parmi une pluralité d'acteurs qui interviennent dans les décisions sur les médicaments. Étudions une autre situation qui montre que le rapport aux médicaments des infirmières n'est pas univoque, qu'il n'est bien sûr pas uniquement défini par une volonté de contrôle social. Cette situation concerne des discussions entre, d'un côté, le personnel de l'encadrement médical, c'est-à-dire l'infirmière-cadre et le médecin coordonnateur, et, de l'autre côté, la directrice de l'Ehpad à propos de l'adaptation d'une nouvelle résidente. Il faut savoir que la directrice est responsable de la gestion financière, administrative et logistique de l'Ehpad, ainsi que de la rédaction et de l'adaptation du projet de soin de l'établissement. Au vu de sa fonction de *manager*, elle n'est pas une interlocutrice privilégiée des médecins. Le médecin coordonnateur (MCo) et l'infirmière-cadre, qui se situent au même niveau hiérarchique sous la responsabilité directe de la directrice, assurent la communication avec les médecins traitants. En ce qui concerne la femme qui vient de rentrer en Ehpad, le problème traité par ces acteurs est son état « colérique » le soir et son refus de prendre son traitement pour l'estomac puisqu'elle pense qu'on la « drogue ». En effet, cette personne n'est pas au courant qu'elle restera en Ehpad pour une longue période. Son entrée est estimée problématique par l'infirmière-cadre notamment parce que sa famille a demandé au personnel de l'encadrement d'attendre une semaine avant de le lui annoncer et qu'entre-temps la famille lui a menti et dit qu'elle ne sera là que pour une journée. Cette femme, que nous avons vue dans le cadre d'une observation à la journée, est souvent assise dans le hall près de la porte de sortie du bâtiment avec son sac à main sur ses genoux, prête à partir. Lorsque les soignants lui demandent ce qu'elle fait là avec son sac à main, elle répond : « *je pars, ma fille vient me chercher bientôt* ». Personne n'ose pour l'instant lui dire la vérité.

Le discours de l'infirmière-cadre lors de la réunion du personnel de l'encadrement nous permettra de souligner que, dans des situations complexes où la « contrainte de soin »³⁷⁶ est en jeu, la mission d'accompagnement médico-social au quotidien peut l'emporter sur l'intérêt organisationnel à voir disparaître les comportements « perturbateurs ». Ainsi, elle peut être amenée à négocier la meilleure solution pour le patient :

« [...] on est là pour les accompagner.... Par exemple cette dame avec son traitement qui finalement ne l'a pas pris parce qu'elle est en colère, la réaction...c'est que la directrice disait 'est-ce qu'on ne peut pas lui donner quelque chose pour qu'elle soit calmée le soir, elle sera mieux la nuit parce qu'elle n'est pas bien'. Bah oui elle n'est pas bien, mais elle a le droit d'être pas bien, elle a le droit de dire qu'elle est en colère parce qu'elle ne veut pas être ici, donc, lui donner un médicament pour qu'elle ne soit plus en colère ce n'est pas résoudre son problème, c'est l'aider à vivre ici et une solution ce n'est pas forcément un médicament. Pour rester sur le médicament, alors c'est vrai que la solution de facilité c'est parfois le médicament ou c'est la contention, on attache et vous avez peut-être entendu la discussion qu'on a eu autour de cette dame qui ne reste pas en place, qui perturbe tout et qu'il fallait qu'on l'attache juste pour manger et le médecin coordonnateur n'était pas d'accord, et moi je n'étais pas d'accord non plus parce que ce n'est pas la solution. Notre travail c'est de l'accompagner dans sa déambulation aussi [...]. La plus grande difficulté est de faire accepter ça aux soignants et ce n'est pas travailler avec la personne âgée en soit. Et bon, c'est ça qui est intéressant aussi, si c'est que pour distribuer des cachets bah, ça n'a pas d'intérêt » [Entretien auprès de l'infirmière-cadre].

Il faut noter que l'infirmière-cadre s'oppose à l'ajout d'un médicament « calmant ». Elle réfléchit à la position du patient alors que la directrice se focalise sur son comportement, ce qui la conduit à conseiller la prescription d'un médicament « calmant » afin que le personnel soignant puisse accomplir son travail la nuit. Cette infirmière a ensuite négocié auprès du médecin traitant le changement d'horaire de la prescription du médicament pour l'estomac (du soir au matin), afin que la femme le prenne sans opposer de refus lorsqu'elle est plus calme, plutôt que de la calmer artificiellement le soir avec un médicament psychotrope.

Cette situation montre un cas où les objectifs des infirmières s'alignent avec l'intérêt du patient : l'infirmière-cadre, forte de son statut et de sa relation avec le médecin coordonnateur, impose une prise en charge non-thérapeutique contraire aux conseils de la directrice, et également susceptible de générer une charge de travail supplémentaire pour les A-S. Ce cas montre ainsi que l'infirmière-cadre détient une partie de sa légitimité, et de son autorité, dans sa capacité à proposer, parfois, des alternatives aux prises en charges médicamenteuses. Si l'infirmière a ainsi plus souvent tendance à encourager les prescriptions de psychotropes, cette situation, plus rare, illustre ainsi la maîtrise de la gestion de ce volet de l'ordonnance par l'infirmière-cadre qui peut imposer ses conseils à la direction et aux A-S.

³⁷⁶ Lechevalier-Hurard a défini le travail de contrainte que réalise le personnel soignant à l'hôpital, comme « l'ensemble de pratiques encadrées par des négociations formelles et informelles entre les professionnels, qui visent à maîtriser les corps des patients dans la perspective de leur administrer des soins » (Lechevalier-Hurard, 2013 :283).

1.4. Les effets de l'organisation sur le modèle de prescription :

L'interaction des acteurs intervenant dans la prise en charge de personnes âgées en Ehpad produit des effets sur le modèle de prescription. Il est possible d'identifier trois effets distincts, que nous présenterons par la suite : un effet d'accumulation et de maintien de prescriptions, une inertie des actions autour du médicament ; une évaluation partielle des effets du médicament.

- ***Un effet d'accumulation et de maintien***

L'organisation dans laquelle s'insère le travail de prescription du médecin produit tout d'abord un effet d'accumulation et de maintien des médicaments. La discontinuité entre le traitement clinique et la gestion de l'ordonnance encourage le rajout de médicaments pour chaque symptôme aux dépens du traitement de la personne dans son ensemble.

De plus, le travail du médecin, appuyé principalement sur l'expertise des infirmières, encourage le renouvellement de l'ordonnance sans réflexivité et génère une forte continuité dans ce qui est prescrit. On voit un médecin, qui, face à l'expertise et aux savoirs des infirmières, perd, en quelque sorte, sa propre « juridiction professionnelle » (Abbott, 1988). Ceci génère un manque de remise en question des ordonnances, c'est-à-dire un manque d'évaluation propre de l'efficacité et l'utilité des médicaments prescrits. C'est une gestion souple de l'ordonnance qui s'installe en coopération avec les infirmières : lorsque le médecin ne sait guère quoi faire au cours d'une consultation courte, il décide de remettre la décision à la fois suivante.

Cette gestion souple des ordonnances sans remise en question des prescriptions par le médecin empêche *in fine* de concevoir un problème d'accumulation quotidienne. La perte de la juridiction professionnelle du médecin peut s'expliquer par la nature du travail médical au sein du secteur médico-social, qui comme en « soins palliatifs » au sein de structures hospitalières se caractérise par « une faible technicité et un registre très proche du travail infirmier » (Castrà, 2000). Un autre ensemble d'éléments concourent à expliquer la difficulté de faire marche arrière : les incertitudes sur l'usage du médicament, le manque de formation pharmacologique dans le cursus de médecine, la faible coopération avec d'autres acteurs au quotidien (un pharmacien, le médecin coordonnateur). Enfin, le manque de communication et de compréhension, voire de prise d'information, sur les prescriptions émanant de prescripteurs externes à l'Ehpad, notamment à l'hôpital.

Si l'expertise des infirmières est pour le médecin un moyen d'obtenir une vision plus complète de la situation du patient, elle permet aussi au médecin de prendre en charge un grand flux de patients rapidement. Les mécanismes de multiplication et d'accumulation des prescriptions ne sont pas le seul

résultat des actions des infirmières. Nous avons vu qu'elles jouent aussi un rôle d'alerte, et peuvent influencer la déprescription. Cependant, elles ont un intérêt fort à alléger leur charge de travail et envisagent donc, malgré tout, les médicaments comme outil de gestion des comportements.

- ***Une inertie des actions autour du médicament***

Les infirmières détiennent les informations sur les médicaments et en réceptionnent les livraisons ; elles appellent la pharmacie et communiquent avec le médecin en cas d'erreurs ou de problèmes dans la prise en charge. Elles se trouvent dans une position privilégiée par rapport aux médicaments, mais le médicament lui-même est au cœur d'un système qu'elles ne contrôlent pas. Il y a, comme nous l'avons mis en avant à propos d'un médicament pour dormir prescrit au réveil qui est resté sur l'ordonnance pendant plusieurs semaines, le respect d'une hiérarchie propre à l'organisation. Le maintien de médicaments sur l'ordonnance, s'il correspond parfois aux intérêts des infirmières, résulte aussi souvent de la difficulté à apporter des changements dans un contexte de surcharge de travail. Qui plus est, toute modification d'une prescription implique des transformations de pratiques de nombreux acteurs dans l'organisation des soins. Modifier une prescription établie implique un coût, en temps et en énergie, que les équipes soignantes ne peuvent pas toujours se permettre : solliciter le médecin pour proposer une modification de l'ordonnance, s'assurer que cette ordonnance modifiée est bien prise en compte par la pharmacie, partager l'information de cette modification avec tous les acteurs de l'Ehpad. Si ces modifications sont bien sûr possibles, elles ne sont donc réalisées qu'à la marge (pour des situations bien spécifiques, comme la prescription d'un somnifère au réveil par exemple) en raison du coût qu'implique l'intégration de ces modifications au sein du circuit du médicament de l'Ehpad. Il y a donc une inertie de l'organisation, stabilisée autour du médicament et de la prescription.

Les infirmières ont une grande responsabilité dans le circuit du médicament en Ehpad, d'autant plus qu'il n'y a pas de pharmacie interne, mais elles travaillent sous contrainte de temps et ont aussi d'autres tâches à accomplir. Cette organisation contribue à une inertie dans les interactions rendant difficile le changement de l'ordonnance. C'est dans ce sens qu'on peut concevoir ici le médicament comme une ressource organisationnelle, dont la fonction est de permettre à l'organisation d'être stable au détriment de certains de ses membres.

- ***Une évaluation partielle des effets du médicament***

L'organisation du travail du médecin en Ehpad ne favorise pas un échange avec le patient pour savoir ce qu'il pense des médicaments qui lui sont prescrits. Nous l'avons vu, le manque général d'interaction avec le patient à propos de la prescription se traduit par une très faible, voire une absence

d'échange sur le contenu de l'ordonnance. Outre la discontinuité entre la consultation clinique et le processus de prescription, la distribution des médicaments n'est pas suivie d'une surveillance individuelle des résidents à cette fin.

Les infirmières ont un pouvoir de surveillance des effets indésirables, qui est important, mais, n'étant pas nombreuses, elles ne peuvent pas gérer un grand flux de patients. Une des tâches centrales des infirmières en Ehpad est la traçabilité des médicaments administrés, qui comme nous l'avons vu demande une surveillance des effets indésirables qui ne peut pas être toujours bien accomplie. Le peu de prise en compte des refus des patients et le manque de traçabilité de l'administration ne permet pas aux acteurs de suffisamment connaître les médicaments que les patients ne tolèrent pas ou dont ils n'ont plus besoin. Nous sommes donc face à une organisation favorable à l'accumulation de prescriptions de médicaments dont l'évaluation des effets ne peut pas être assurée.

Par ailleurs, cette faiblesse de l'évaluation des effets du médicament associée à un faible suivi de leur administration se traduit par une absence de production de savoirs sur l'ensemble des effets des médicaments pour les personnes âgées. La question de l'introduction d'un dispositif efficace de recueil de données pour connaître la réaction des patients aux médicaments est posée par certains acteurs internes et externes à l'Ehpad. Lors de notre enquête, nous avons eu l'opportunité de suivre le médecin coordonnateur et d'assister à une réunion entre médecins coordonnateurs (MCo) appartenant à plusieurs Ehpad, où le sujet de la sécurisation du circuit du médicament en Ehpad a été abordé. Dans ce cadre, plusieurs médecins coordonnateurs ont déploré l'absence de traçage systématique de l'administration de médicaments à l'aide d'une grille dans leurs Ehpad. Le médecin coordonnateur de notre Ehpad met en exergue le manque de procédure de déclaration d'événements indésirables et la difficulté à les repérer dans les situations de polypathologies et polymédication. Il propose ainsi de « tracer par le négatif », c'est-à-dire de *« cocher ce qu'on n'a pas donné » : « Parce qu'il y a des personnes âgées qui disent c'est juste celui-là, le petit bleu qui me fait dormir, je ne veux pas ! »*. Ce médecin souligne ainsi l'avantage de réutiliser des dispositifs déjà en place au sein de l'Ehpad pour améliorer la prise en charge médicamenteuse. En même temps, il propose de mettre en valeur la compétence des infirmières pour intégrer un dispositif de suivi des effets indésirables des médicaments. Il faut aussi noter, que la volonté d'améliorer le circuit du médicament et la prise en charge médicamenteuse en Ehpad, en accord avec la politique du médicament, répond aussi à des objectifs d'une meilleure prise en compte du point de vue des patients. Mais, comme nous le verrons ce médecin coordonnateur n'arrive pas à imposer aux acteurs son objectif, qui est celui de modifier la situation de surprescription.

2. Contrôler la pharmaceuticalisation

Une fois analysés les mécanismes organisationnels qui génèrent et renforcent la pharmaceuticalisation des soins en Ehpad, nous analysons dans cette section les dispositifs mis en place pour s'efforcer d'en contrer les effets.

2.1. La faiblesse des acteurs qui pourraient remettre en cause la surprescription

Le pharmacien :

En premier lieu, le pharmacien en tant que garant de la sécurité du circuit médicamenteux en Ehpad pourrait être un acteur fondamental pour contrôler les effets négatifs de la surprescription et encourager la remise en question des prescriptions³⁷⁷. Cependant, dans cet Ehpad, qui ne compte pas de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), l'implication du pharmacien d'officine est limitée. Il ne participe pas aux réunions de commission gériatrique (qui pourraient amener à l'élaboration d'une liste de médicaments à utiliser de façon essentielle pour les personnes âgées). Nous avons constaté pendant notre observation que les rares fois où il intervient dans le suivi du traitement des résidents, il s'agit de s'assurer que les déprescriptions de médicaments dans les ordonnances ne sont pas des oublis ou des erreurs de la part du médecin ou des infirmières. Il n'est donc pas un moteur de changement des processus de prescriptions. Qui plus est, la non-remise en cause de certains médicaments par le médecin est soutenue par la pharmacie. Les appels téléphoniques de la pharmacie sont ainsi des « rappels à l'ordre » qui renforcent la production organisationnelle de la pharmaceuticalisation.

Le patient :

Le deuxième acteur qui pourrait s'impliquer dans la modification des processus de surprescription est le patient lui-même³⁷⁸. Cependant, comme nous l'avons constaté, les patients âgés en Ehpad n'ont pas l'opportunité de s'exprimer sur leur traitement au moment de la prescription, tant par manque d'interrogatoire au cours de la consultation médicale que par manque de suivi individuel par les infirmières.

³⁷⁷ Par ailleurs, la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) précise son rôle essentiel avec la mise en place du pharmacien référent. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 (HPST) relative à la politique de santé publique inscrit la prévention et la réduction de la iatrogénie médicamenteuse comme une priorité de santé publique. Dans ce cadre, les établissements de soin doivent mettre en œuvre et renforcer les démarches d'amélioration de la sécurité des soins au patient en gérant les risques liés à leurs activités.

³⁷⁸ Par ailleurs la Loi du 4 mars 2004 protège son implication dans sa propre prise en charge.

En Ehpad, les patients ne peuvent guère peser sur le système qui favorise la multiplication des prescriptions pour au moins trois autres raisons. Premièrement, l'administration de médicaments devient pour les infirmières un geste automatique. Elles s'estiment être « *dans la course à l'administration de médicaments* » et doivent accomplir le maximum d'activités sans avoir le temps de comprendre à quoi sont dus les refus des patients.

En deuxième lieu, les patients considérés comme plus autonomes (30 % des résidents selon le médecin coordonnateur) ont un pouvoir de refus de la prise de médicaments qui est plus important mais qui n'est pas respecté de la même manière par tout le personnel. Dans cet Ehpad on observe des contradictions persistantes entre les objectifs de respect de l'autonomie du patient et ceux d'application des règles de surveillance de l'administration de médicaments, appris par le personnel paramédical à la faculté. L'infirmière-cadre nous raconte par exemple qu'il y a des personnes en capacité d'exprimer leur refus qui n'arrivent pas à faire valoir leur droit face aux soignants : « ... *cette dame, on lui laisse ses médicaments et elle gère ses médicaments, c'est une dame qui est tout à fait en état de gérer ses médicaments et si elle veut se suicider avec ses médicaments je ne vois pas quel est notre droit de l'empêcher, alors c'est compliqué de dire ça à un jeune diplômé, mais c'est vrai que pour moi c'est de la maltraitance d'obliger cette dame à prendre les médicaments devant l'aide-soignant de nuit* » [Entretien auprès de l'infirmière-cadre].

En troisième lieu, le rapport le plus intime du patient avec le médicament est méconnu par les médecins et par les infirmières. Les infirmières donnent les médicaments aux résidents et parfois négocient pour qu'ils l'avalent, mais certaines personnes peuvent le cracher après. Selon l'infirmière-cadre cette situation est un dilemme : « *En tout cas après les problèmes avec les médicaments il y en a, des résidents qui recrachent les médicaments, bah même s'ils ont Alzheimer bah ils l'ont tout craché on fait quoi ?* » Comme dans d'autres Ehpad, le personnel retrouve par exemple des traitements par terre dans la salle à manger après le repas. C'est ce que nous raconte le MCo d'un Ehpad dans la Loire, qui estime parler du point de vue des résidents et comprendre leur raisonnement : « *« Ils me le donnent donc c'est bien » et dans le fond d'eux même : « ils me le donnent, mais ça ne sert à rien d'ailleurs je ne le prends pas ». Beaucoup de médicaments sont recrachés. Ah oui, puis ils se les échangent parce que « c'est des bonbons »* » [MCo — EHPAD de la Loire]. Pour contextualiser, le propos de ce médecin coordonnateur, il faut noter que, pour lui, certaines personnes reçoivent des prescriptions inutiles de médicaments. D'un côté il est possible d'affirmer que le statut de « patient » et de « malade » avec qui il serait impossible de raisonner encourage la non-prise en compte du rejet de la prise de médicaments. D'un autre côté, il est possible de considérer que les patients mettent en œuvre des tactiques profanes pour lutter contre la iatrogénie, des tactiques que l'on fait semblant de ne pas voir, qui n'ont, de ce fait, pas de conséquences sur le modèle de prescription. Ces tactiques peuvent par

ailleurs se reprocher de ce que Erving Goffman appelle « adaptation secondaire », c'est-à-dire le développement d'une vie clandestine pour préserver leur moi, à travers lequel, celui-ci y voit « la preuve importante qu'il est encore son propre maître et qu'il dispose d'un certain pouvoir sur son milieu » (Goffman, 1968 : 98-99). Ces tactiques peuvent également se rapprocher des formes « d'aménagements » auxquels les résidents procèdent pour construire un « chez-soi » dans cette collectivité particulière (Mallon, 2005).

La famille ou les proches :

Un autre acteur qui pourrait encourager la remise en question de la surprescription est les familles ou les proches. Nous n'avons pas pu observer la présence de famille ou de proches de résidents dans l'Ehpad. Le temps passé en son sein nous a néanmoins permis d'observer que la famille est souvent contactée, que ce soit pour lui communiquer l'état de santé du résident, bien sûr en cas d'hospitalisation ou de besoin des examens ; ou pour ce qui concerne le renouvellement des affaires personnelles des résidents (le changement de chaussures, de lunettes, etc.). Selon l'infirmier principal les demandes des familles relèvent d'une attente en termes de soins.

La famille peut demander aux médecins, lorsqu'ils sont présents dans l'Ehpad, des informations sur tel changement de médicament, mais, selon les acteurs interrogés, généralement elle ne remet pas en question les traitements. Le médecin coordonnateur est d'un avis similaire à celui de l'infirmier et souligne que la principale préoccupation des familles porte sur le *care*, sur l'accueil et l'accompagnement et non pas sur les médicaments : *« Il y a des familles difficiles à gérer, qui essayent de piéger les aides-soignants, mettent un papier de bonbon sous le lit puis quand ils reviennent des jours après regardent pour voir si le lit a été bien fait, si la couche a été bien changée, des familles qui sont très inquisitrices, qui sont très dans le reproche [...] c'est rare que la famille trouve que le patient a trop de médicaments, parce que l'on croit encore beaucoup aux médicaments. Le médicament devient le témoin que l'on s'occupe de la personne »* [Entretien MCo — EHPAD Val-de-Marne].

Les échanges entre les familles et le médecin traitant ou les infirmières, qui ont les informations sur les traitements des résidents, sont éphémères. Elles s'adressent le plus souvent aux aides-soignants qui sont plus disponibles, comme le souligne l'infirmière-cadre : *« elles vont directement parler avec les aides-soignants, mais c'est toujours bon de se repositionner. Alors je ne peux pas avoir toujours les familles dans mon bureau. Bon, les familles elles savent qu'elles peuvent me parler il y en a qui savent très bien venir me voir, moi je vais les voir et je leur dis que je suis là, mais c'est vrai qu'il faut savoir trouver la distance pour qu'effectivement je n'aie pas des familles toute la journée dans mon bureau »*. Néanmoins, la famille pose tout de même des questions par rapport aux médicaments. Durant notre observation l'implication la plus significative a été le fait de la fille d'une femme qui a demandé à l'infirmière si on avait donné un « calmant » à sa mère parce qu'elle la trouvait endormie, ce que

l'infirmière a réfuté. Ce doute n'est pas sans fondement. Conformément aux recherches de Fainzang (2009) sur le mensonge dans la relation de soin, il est en effet possible de faire l'hypothèse que les soignants ne donnent pas toujours toute l'information dont ils disposent à la famille. Par ailleurs, il peut être difficile pour les infirmières de communiquer aux familles ce qu'elles savent sur le quotidien du patient et son rapport au médicament. En outre, déceler les effets indésirables des médicaments et imputer un problème de santé à un médicament administré est souvent difficile :

« [...] par exemple il y a une dame qui dort trop et c'est fort probable que c'est le médicament qui lui fait ça. Déjà l'Alzheimer ça fait inverser le rythme du sommeil donc ils dorment le jour et la nuit ils déambulent et puis des fois c'est aussi le médicament qui fait dormir. Mais là on signale toujours au médecin et à eux de réguler le dosage, de changer de molécule. Il y a des gens qui toute la journée ils crient, et là il faut essayer d'augmenter un peu la dose, oui, il dort, mais après il devient dépendant parce que si tu arrêtes le médicament ça reprend. Les effets secondaires, en général ils ne se plaignent pas, mais c'est à vous de voir où c'est l'effet bénéfique attendu. Parce que les médecins ils prescrivent pour mater la personne, pour qu'ils dorment parce qu'ils bougent trop dans la journée, ça gêne les autres, donc ils mettent des médicaments forts pour assommer la personne. Et des fois c'est un effet plus intense qu'attendu. On veut le calmer et ils dorment donc ce n'est plus ce qu'on attend » [Entretien auprès de l'infirmier principal].

Les familles ne sont pas un facteur permettant de changer les rapports au médicament dans l'organisation interne à l'Ehpad, car elles ne sont pas intégrées dans la planification thérapeutique quotidienne du résident.

2.2. Un dispositif « d'encadrement des ordonnances » mis en place par le MCo

Il y a néanmoins un acteur dont les moyens d'action pourraient encourager des modifications d'ordonnances. Les médecins coordonnateurs d'Ehpad (MCo) ont cette capacité en raison de leurs missions de santé publique et, dans le cadre de notre enquête, en raison aussi de leurs engagements personnels³⁷⁹. Le MCo a un rôle fondamental dans le processus de prescription, mais il faut savoir qu'il n'a pas les mêmes prérogatives que les autres médecins intervenants. En effet, il n'est pas impliqué dans une démarche clinique ou curative envers les résidents et, de ce fait, n'a le droit de prescrire des médicaments qu'en situation d'urgence ou de risques vitaux. La loi du 9 août 2004 est censée faire du MCo un acteur incontournable de la politique de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Dans l'obligation d'appliquer les règles dictées par le décret concernant son activité, et en accord avec un objectif de santé publique, le MCo doit contribuer à coordonner l'intervention des médecins

³⁷⁹ Les MCo que nous avons pu interroger notamment dans le Val-de-Marne et dans la Loire se définissent comme étant critiques des firmes pharmaceutiques en faisant des relectures de la bibliographie médicale et en s'engageant dans des sociétés de formation et de recherche indépendantes de l'industrie pharmaceutique. Ils ont également un discours critique sur les habitudes de prescription des médecins généralistes et sur les médicaments utilisés de façon inutile pour les personnes âgées, notamment les médicaments anti-Alzheimer. Enfin, ils sont dans une démarche d'allègement des ordonnances même s'ils considèrent que le problème de polymédication ne devrait pas être abordé en termes de nombre de médicaments, mais bien de qualité de la prescription.

généralistes et des autres professionnels intervenants à titre libéral dans l'établissement ; en outre, il doit promouvoir « *la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques* ». Dans ce cadre, le coordonnateur est chargé par exemple de l'encadrement des actes de prescription, ce qui passe par l'élaboration, en collaboration avec le médecin traitant et le pharmacien, d'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions faites aux résidents. Il est également chargé d'organiser une Commission de Coordination Gériatrique (CCG) en se mettant en relation avec tous les médecins libéraux intervenant en Ehpad.

Dans l'Ehpad, le travail du MCo semble être le seul espace de réflexion sur les ordonnances multiples et sur la surprescription dans l'Ehpad. Cependant, le MCo n'aboutit pas toujours à cet objectif, même si, comme nous le verrons, il parvient par moments à mettre en place des leviers d'action pour modifier certaines ordonnances ou pour réduire le nombre de médicaments qu'il considère comme nocifs, inutiles ou inadaptés. En raison des limites que la réglementation impose à la pratique du MCo, ses tâches sont difficiles à mener à bien. Elles demandent en effet un important travail de négociation et de mise en relation de confiance (Castel, 2005) auprès des médecins intervenants dans l'Ehpad et génèrent des rapports de forces entre le MCo et les médecins traitants qui sont au cœur des enjeux de la prescription en Ehpad.

Avant d'aborder ces leviers d'action nous allons discuter certains traits significatifs du rôle du MCo qui nous permettront de comprendre la relation qu'il entretient les médecins traitants. Nous tenons à souligner que cette section ne s'appuie pas seulement sur le discours et les pratiques du MCo de l'Ehpad du Val-de-Marne, elle s'appuie aussi sur les entretiens réalisés auprès des MCo d'autres Ehpad (dans la région Pays de la Loire et à Versailles) afin de mettre en évidence certaines régularités dans leurs manières d'agir.

2.2.1. Le rôle du MCo : une expertise gériatrique qui ne s'impose que partiellement aux médecins traitants

Le médecin coordonnateur d'Ehpad apparaît dans le droit en 1999³⁸⁰. Son rôle est fixé par décret, et réaffirmé par l'attribution de missions spécifiques qui ont évolué au cours du temps³⁸¹. Ses fonctions concernent, entre autres, l'élaboration du projet de soins de l'Ehpad, l'animation de l'équipe soignante sous la responsabilité du directeur ; la coordination de l'intervention des médecins généralistes et

³⁸⁰ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

³⁸¹ Code de l'action sociale et des familles (CASF), art. L313-12 et D312-156 à 159.

d'autres praticiens libéraux et la prescription en cas d'urgence ou de risques vitaux, sans pour autant se substituer au médecin traitant du résident.

Le MCo est devenu obligatoire dans tous les Ehpad en 2005³⁸². En tant que « gériatre », il appartient à une nouvelle spécialité médicale en cours de professionnalisation. Son introduction dans l'Ehpad et l'évolution de ses missions étaient censées apporter des solutions au problème de la segmentation du travail médical et notamment à l'intervention de plusieurs prescripteurs dans la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées. Son activité est salariée et à temps partiel (ETP déterminée en fonction du nombre de résidents hébergés), et peut être exercée dans plusieurs Ehpad par le même médecin. Il peut aussi exercer une activité thérapeutique au sein de l'Ehpad, en libéral ou salariée, mais dans des temps différents et avec un contrat différent de ses fonctions de médecin coordonnateur. Pour exercer cette fonction, le médecin doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, de la capacité de gériatrie, d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur, d'une attestation de formation continue ou bien s'engager à l'obtenir dans un délai de 3 ans une fois recruté en Ehpad. Le médecin MCo de l'Ehpad du Val-de-Marne (H-64 ans) est un médecin généraliste ayant fait sa capacité en gériatrie après 12 ans d'installation et exerce également en tant que médecin généraliste libéral à mi-temps en cabinet de ville (il n'est le médecin traitant d'aucun résident au sein de l'Ehpad).

Le MCo se trouve au centre de l'articulation entre l'organisation interne de la prescription et les demandes des organismes sanitaires et institutions de la santé publique dont l'Ehpad dépend. Il est ainsi garant d'une prise en charge adaptée aux résidents et d'une maîtrise des dépenses de santé, répondant ainsi à un objectif de santé publique : *« Il contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. À cette fin, il élabore une liste, par classe pharmacothérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent »*³⁸³. En outre, il est l'interlocuteur médical du directeur de l'Ehpad ainsi que d'autres administrations locales dont l'Ehpad dépend, notamment les caisses d'Assurance maladie, l'ARS et le Conseil Général. Il est possible de soutenir qu'une des difficultés de mise en œuvre de son expertise pharmacologique vient de son immersion dans ce cadre institutionnel.

En effet, son rôle repose sur une double position, d'une part, de praticien et donc de « confrère » des médecins intervenants et, d'autre part, d'interlocuteur des agences sanitaires et donc d'« agent » au

³⁸² Décret N° 2011-1047 du 2 septembre 2011 et Circulaire N° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012.

³⁸³ Article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, et D3123-158,6 du CASF.

même titre que les médecins-conseils de l'Assurance Maladie (AM). Les MCo et les agents de l'AM partagent le « problème » de l'accompagnement des médecins à travers la promotion des recommandations pour améliorer leurs prescriptions. Il faut noter que la promotion de bonnes pratiques au sein du circuit du médicament est une priorité pour l'ARS. Le MCo a un rôle central dans la politique sanitaire de l'Ehpad. Par exemple, son travail en matière de prévention de la iatrogénie et de sécurité du médicament, que nous aborderons à partir de ses « leviers d'action », sont des points évalués lors des renouvellements d'autorisations des Ehpad³⁸⁴.

En tant que garant du bon usage des médicaments, le MCo est l'interlocuteur des acteurs administratifs et institutionnels, mais également des médecins traitants intervenant en Ehpad. Ce rôle dual des MCo aide à comprendre les tensions qui traversent leur relation avec les médecins traitants. Les tensions sont visibles dans la manière dont ces MCo évoquent les pratiques des médecins traitants. Voyons par exemple le discours du MCo d'un Ehpad dans la Loire qui s'étonne du nombre de médicaments dans les ordonnances :

« Ça devient un problème sociétal pour la santé publique, ça devient un problème pour l'iatrogénie ça devient un problème pour le résident pour les avaler. Le record c'est de 21 médicaments par jours dans cet Ehpad. 21 lignes, ça veut dire qu'on multiplie après par le nombre de prises et moi je dis bravo au médecin parce que 21 lignes de médicaments sur une ordonnance et tu ne l'as pas tué ! La deuxième est que ça les fait boire parce qu'il faut avaler les 21 eh ! Donc, en été c'est très bien (rires). En étant un peu moins sarcastique, c'est une catastrophe, ce n'est pas criminel, mais je pense qu'on est dans la maltraitance chimique, je pense qu'on est dans l'intoxication. Dans notre projet de soin c'est marqué "prescription raisonnée" et pas de l'émotion : "A Mme Unetelle je lui ai donné un sirop à basse de cystéine parce que je suis très compétent et je suis un petit chimiste", ça, c'est de l'émotion, la raison c'est prescrire de la kiné pour qu'elle crache ; ou l'humidificateur en hiver sur le radiateur ça marche très bien » [MCo — EHPAD privé associatif de la Loire].

En effet, les MCo désapprouvent les pratiques des médecins intervenant en Ehpad, mais ils ont peu des moyens pour les sensibiliser sur les risques médicamenteux encourus par les patients et les orienter vers une pratique qu'ils estiment plus « raisonnée ». Le rôle de médecin coordonnateur est décrit pour eux-mêmes comme « difficile » ou « délicat » du fait d'un « manque de hiérarchie » par rapport aux médecins généralistes. Lorsqu'ils parlent de leur rôle, ils mettent en avant leur position tiraillée par une double pression émanant du pouvoir réglementaire d'une part, et de la liberté de prescription de leurs confrères et consœurs de l'autre part :

« L'état de médecin coordonnateur c'est quelque chose de très compliqué. On nous demande de contrôler les traitements en sachant qu'il n'y a pas de lien hiérarchique et qu'on ne fait pas les prescriptions et qu'on ne peut pas les modifier. Donc, c'est quelque chose de complètement paradoxal et qui est quelque chose d'hallucinant et d'absurde. Alors, le seul moyen c'est par une reconnaissance de nos pairs et des généralistes

³⁸⁴ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, portant sur les activités et la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (CASF), l'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies (cf.- décret n° 2007-975 du 15 mai 2007, rubrique « Outils »).

avec qui on travaille qui retrouvent en nous une expertise, mais être expert ça ne se décrète pas. [...] On est là pour les orienter les conseiller, leur proposer tout en délicatesse parce que de toute façon le médecin traitant est responsable de ses prescriptions et qu'on n'a pas à lui dire ce qu'il fait... ce serait mal sur un plan déontologique. Donc, on est sur une discussion un petit peu permanente où effectivement il faut lui amener une connaissance une expertise sur un domaine un peu particulier, mais qui est forcément un domaine que moi je connais mieux parce que c'est mon quotidien » [MCo — EHPAD public, Versailles].

Ce qui semble être un paradoxe au niveau relationnel est en partie réglementé au niveau institutionnel. Pour faciliter la fonction de coordination de soins du médecin coordonnateur, la législation prévoit que les médecins libéraux intervenants dans l'Ehpad adhèrent au projet de l'institution élaboré par le médecin coordonnateur. Par un contrat conclu entre les professionnels de santé et le directeur de l'établissement, les premiers s'engagent « à adhérer aux objectifs du projet de soins de l'Ehpad, à respecter le règlement de fonctionnement, à assurer la continuité des soins [...] à mettre en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques, à prescrire préférentiellement au sein de la liste des médicaments par classe pharmacothérapeutique... »³⁸⁵. Mais il est également attendu que l'existence de cette « coordination » ne remette pas en cause les principes déontologiques de l'indépendance professionnelle et de la liberté de prescription du médecin traitant.

Le positionnement du MCo par rapport aux médecins généralistes est également difficile à analyser. Cet acteur apporte une expertise en gériatrie et des règles qui demeurent non-obligatoires. Les domaines où le MCo peut intervenir sur les prescriptions dans l'Ehpad concernent les protocoles de soin et la politique de l'établissement ainsi que les recommandations de bonnes pratiques gériatriques dont ils sont garants. Comme nous le verrons, les stratégies d'orientation de la prescription sont négociées de façon permanente afin d'inciter les médecins traitants à modifier leurs comportements de prescription.

2.2.2. Les leviers d'action des MCo pour orienter les prescriptions

Notre observation nous a permis de repérer trois leviers d'action mis en place par les MCo pour orienter les prescriptions des médecins libéraux intervenants en Ehpad, et notamment celui des médecins traitants, que nous décrirons par la suite. Nous nous concentrerons tout d'abord sur ceux privilégiés par le MCo de l'Ehpad du Val-de-Marne — qui consistent d'une part, à faire des remarques sur les ordonnances et, d'autre part à adresser aux médecins traitants un profil de leurs prescriptions —

³⁸⁵ Le décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010, codifiés aux articles R. 313-30-1 à R. 313-30-4 du CASF, a précisé que les modalités d'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans ces structures faisaient l'objet d'un contrat conclu entre le professionnel de santé et le directeur de l'établissement.

nous présenterons finalement un levier mis en avant par les MCo de la Loire et de Versailles qui consiste à intervenir sur l'ordonnance dans les cas d'urgence.

- *Les MCo profitent de la constitution du dossier d'admission et du PAP (projet de vie personnalisé) pour faire des remarques sur l'ordonnance*

Le premier levier d'action mis en place par les MCo est de faire « des remarques » sur les ordonnances des personnes âgées au moment de leur entrée en Ehpad et tout au long de leur vie dans ce lieu. Les MCo profitent de la constitution du dossier d'admission et de la réunion du PAP (projet d'accompagnement personnalisé) pour faire des remarques sur les ordonnances, destinées au médecin traitant.

En effet, parmi les missions déjà mentionnées, les médecins coordonnateurs ont des charges médico-administratives qui concernent le financement de la structure, les visites de préadmission ou la relation avec les familles. Dès l'entrée d'un nouveau résident dans l'Ehpad du Val-de-Marne, le MCo profite de l'élaboration du dossier médical pour « signaler » des médicaments problématiques, afin de faire réagir le médecin traitant sur l'utilité de la prescription :

« C'est une activité très importante, de voir les résidents avant l'admission, de les rencontrer avec leurs familles généralement et là de faire le premier élément du dossier médical qui va le suivre dans l'Ehpad c'est-à-dire modes de vie, habitudes, où est-ce qu'ils sont nés, et puis, évidemment leurs antécédents et le traitement qu'ils prennent avant l'entrée et même parfois à ce moment-là il m'arrive de dire je ne vois pas trop l'indication de ce médicament je tends une perche disons au médecin qui est le prescripteur au sein de la maison de retraite, je lui tends un peu une perche pour qu'il arrête quelque chose, ou pour qu'il commence quelque chose [...] Alors dans ce moment-là je dis pour mon confrère qui va le prendre en charge, tel et tel médicament sont-ils bien utiles ? Voilà, mais je ne peux pas l'arrêter moi-même. Je ne peux que conseiller qu'attirer l'attention, d'abord parce que je le vois avant l'admission donc ils sont encore sous le traitement voilà, je ne peux rien faire. Lors de l'admission je ne peux rien faire non plus sauf d'avoir écrit sur ce papier est-il bien utile de continuer tel et tel truc voilà. Après, soit le médecin, qui va prendre en charge ce résident, il se saisit de ma remarque et il s'appuie dessus soit il ne la voit même pas » [MCo — EHPAD Val-de-Marne].

De plus, le MCo profite des réunions du PAP (projet d'accompagnement personnalisé) destiné à la prise en charge médico-social du résident³⁸⁶ pour faire connaître son avis. Ce procédé est conçu par le MCo comme un moyen de « faire passer aux prescripteurs quelques éléments de révision d'ordonnance ». Il est intéressant de voir qui sont les acteurs participant à l'élaboration de ce document,

³⁸⁶ Le PAP est le plan de vie du résident dans l'EHPAD. Aux origines du PAP se trouve la volonté de reconnaître les personnes âgées comme acteurs de la société et de protéger leurs droits et libertés. Aujourd'hui le PAP est censé exprimer les souhaits des résidents sur leur prise en charge ou leur accompagnement. Dans l'EHPAD dont j'ai enquêté, l'équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, cadre de santé, psychologue, infirmière, aide-soignante, animatrice, aide-soignant/aide médico psychologique...) se réunit tous les mardis afin d'élaborer le PAP d'un résident particulier.

comment les conseils de modification d'ordonnance du MCo sont mis en place et quels moyens sont utilisés par le MCo pour essayer d'orienter la prescription du médecin. Dans l'encadré (ci-dessous), on peut apprécier un extrait de la réunion du PAP où l'on discute le cas d'une femme de 89 ans, dont les problèmes — hétéroclites — identifiés par le MCo sont : maladie d'Alzheimer, troubles de comportement, HTA, lunettes cassées et chutes répétées. Au cours de cette réunion, le MCo saisit une opportunité pour conseiller l'arrêt d'un neuroleptique prescrit, pour lequel il ne trouve pas d'indication valable et qu'il estime inapproprié pour cette personne :

Extrait d'une réunion d'élaboration d'un PAP

Après une réunion de transmissions, le groupe composé par le MCo, l'infirmière-cadre, trois A-S, une psychologue et une animatrice se réunit comme chaque mardi pour aborder la situation d'une personne et élaborer le PAP. Le PAP (projet d'accompagnement personnalisé), ou PVI (projet de vie individuel) est une instance qui reprend l'historique de quelques résidents pour améliorer leur prise en charge. Il a la particularité de se faire en l'absence de la personne âgée. Nous sommes assis autour de la psychologue qui enregistre l'information sur l'ordinateur et pose les questions au groupe selon un protocole pré-écrit dans le logiciel : elle dicte à voix haute les questions écrites puis elle note les réponses du groupe. Les questions concernent par exemple la façon dont la personne dort, comment elle mange, si elle participe à des animations. Enfin, ce protocole fournit un espace pour se poser des objectifs. C'est là que le MCo trouve un interstice pour conseiller au Médecin traitant d'arrêter un médicament :

- Psy : « Autonomie » : elle mange seule ?
- A-S : Oui mais il faut quand même l'aider.
- Psy : « Centre d'intérêt » Elle regarde des films ?
- Animatrice : Oui.
- Infirmière-cadre : Madame a Alzheimer ! Le film n'est pas recommandé, car le problème avec l'Alzheimer c'est qu'elle peut interpréter dans le réel ce qu'elle voit dans le film !
- Animatrice : Je ne me pose pas ce problème.
- Infirmière-cadre : Oui mais il faut faire attention !
- Psy : Moment de se fixer des objectifs !
- A-S : Mme Conte et Mme Monte il faut les séparer, parce qu'elles sont toutes les deux perdues.
- Infirmière cadre : Mais, elles ont des points de repère, l'une pour l'autre.
- Animatrice : « Oui, je ne pense pas qu'il faut les séparer, elles font des activités ensemble, elles se contiennent. »
- Psy : « Puis il faut vérifier les objectifs » Alors : objectif : « lutter contre le risque de chute » Moyen : « Voir sa famille pour changement de chaussure et de lunettes. »
- Mco : (*première intervention*) : Il faut demander d'arrêter le Neuroleptique Risperidone.
- Psy : il est marqué que Galentamine a été arrêté.
- MCo : Oui, c'est moi qui avais demandé d'arrêter et ça a été arrêté à bon escient. Parce qu'elle avait 2 médicaments anti-Alzheimer et les médicaments pour la démence augmentent la mortalité.

[Notes d'observation. Extrait du PAP 20/09/2016 EHPAD — Val-de-Marne]

Il faut noter qu'une réunion de PAP entre l'infirmière, le MCo, les aides-soignants et la psychologue dure environ une demi-heure et que le document pré-rempli aborde principalement des questions relatives au volet social de la prise en charge d'une personne en Ehpad. Une seule question, abordant « les risques de chute », permet au MCo de souligner un point relatif aux médicaments. Pour ce faire le MCo prépare en avance un document sur la base d'un modèle de révision d'ordonnance (Tableau n° II), qu'il considère comme « *un outil pour réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse* », et consiste à lister tous les problèmes présentés par le patient et de mettre en face la liste de ses traitements afin de réviser l'indication des médicaments prescrits :

Tableau n° II. Outil de révision d'ordonnance dans un cas concret au sein d'un Ehpad du Val-de-Marne

Problème	Médicament	Commentaires
Maladie Alzheimer	Mémantine	La Galantamine a été arrêtée à juste titre
Troubles du comportement	Risperidone Paroxétine Contention	Déambule souvent mais n'est pas notée agressive sur les transmissions. Ne peut-on pas arrêter le neuroleptique ? Contention : une seule barrière
HTA	Coversyl 5 depuis 07/16	DGFC= 74 ml/mm (MDRD le 17/07 pas d'antériorité)
Lunettes cassées		
Chutes sans conséquences		

Tableau 2: Révision d'une ordonnance au sein d'un Ehpad du Val-de-Marne [observation de terrain]

Source : Outil réalisé par le MCo de l'Ehpad du Val-de-Marne et utilisé à la réunion PAP le 20/09/2016. Document fourni au cours de l'observation de terrain par le MCo.

Nous pouvons remarquer que ce MCo connaît bien la procédure, mais aussi sa position faible dans cette démarche, ce qui l'amène à préparer en avance son intervention. Il connaît les logiques de prescription des psychotropes dans cet Ehpad (et tout particulièrement le recours à ces derniers pour répondre à des problèmes de comportement), puisqu'il signale dans son document d'appui à la déprescription : « déambule... mais pas noté agressive ». Un rapport critique au médicament, très attentif aux effets indésirables de ces derniers, soutient la posture professionnelle de ce MCo et son engagement personnel, et explique sa pratique de gestion des ordonnances. En effet, ce MCo est « lecteur émérite » de la revue *Prescrire*, participe au réseau *Presage*, l'observatoire régional dédié à la surveillance pharmacologique, en ville et en Ehpad, des médicaments à destination des personnes âgées de 80 ans et plus (dispositif indépendant de l'industrie), de même qu'il est adhérent à la SFTG (société scientifique de médecine générale indépendante de l'industrie du médicament et de l'université).

Il faut par ailleurs noter que le modèle de révision d'ordonnance mobilisé par le MCo a également été utilisé dans le programme OMAGE³⁸⁷ (Optimisation des médicaments chez les sujets âgés), que nous avons vu dans la première partie de ce travail, et auquel il a participé : *« Là, depuis quelque temps, fort de ma formation OMAGE, je l'applique à ce moment-là et j'essaye de reprendre le diagnostic, de le dater et de prendre les traitements qui sont mis en face et je fais des commentaires, je ne peux pas arrêter ni commencer un traitement, mais je fais des commentaires. Bon je n'en ai fait que trois, mais je pense que les médecins vont lire ça et vont peut-être en tenir compte »* [Entretien MCo — EHPAD Val-de-Marne]. Il s'agit donc d'un modèle de révision d'ordonnance intégré au savoir-faire gériatrique et validé par les institutions du système de santé. À la différence d'OMAGE cependant, l'instance d'optimisation des ordonnances mise en place par le MCo ne se fait pas en concertation ni avec le patient, ni avec un pharmacien, ni en présence du médecin traitant. Il faut également noter qu'une fois que les documents du PAP sont finalisés, ils sont enregistrés dans le logiciel NetSoins, commun aux acteurs de la prise en charge, et qu'ils peuvent donc être vérifiés par les médecins traitants.

Dans le cadre du PAP, les informations sur les médicaments sont donc partagées avec des acteurs qui n'interviennent pas directement dans le processus de prescription et qui n'y auraient pas accès autrement. Ces informations restent disponibles dans l'Ehpad et peuvent par exemple être rappelées aux médecins par les infirmières ou les A-S en cas de besoin. Cependant, selon le MCo, elles sont généralement négligées. Le MCo a donc la possibilité d'intervenir dans la prescription, de conseiller sa modification sous la forme d'une révision individuelle à l'entrée et dans le suivi du PAP, mais ces modifications n'étant pas décidées de façon collective, elles ont peu de chances d'être prises en compte par le médecin traitant ou d'autres médecins intervenants.

Enfin, comme nous l'avons souligné, le MCo fait des remarques sur les ordonnances des résidents tout au long de leur vie en Ehpad. Il nous raconte par exemple un cas particulier où il a dû intervenir :

« Il y a une dame qui chute régulièrement et j'ai souligné dans son traitement trois médicaments qui font tomber et qu'elle a depuis très longtemps. Alors, j'ai dit il faut peut-être le réduire un par un, bon alors il y a eu un problème parce que son médecin habituel est en arrêt maladie pour pendant trois mois, donc c'était un autre médecin qui la remplace donc ce n'est pas tant à un autre médecin de réduire le traitement, mais je l'ai quand même dit, et l'infirmière m'a dit "mais oui je vais lui dire au médecin", c'était une infirmière un peu boum boum, et bon je verrai si ça marche. Il ne faut pas non plus tout arrêter du jour au lendemain parce que c'est des médicaments neurotropes qui réagissent au cerveau, si on arrête du jour au lendemain trois médicaments elle va être en manque, elle va être très mal » [Mco — EHPAD du Val-de-Marne].

³⁸⁷ Ce programme a eu comme finalité de réduire les réhospitalisations en urgences des sujets âgés hospitalisés en urgence, en optimisant le diagnostic et le traitement de leurs maladies.

Ce discours montre que le MCo essaye d'orienter la prescription du médecin traitant en agissant par différents canaux : en soulignant sur l'ordonnance, en rappelant au médecin remplaçant, en utilisant l'infirmière comme intermédiaire de la communication pour s'assurer que ses conseils soient suivis d'effet. Outre le manque d'échange direct entre MCo et le médecin traitant œuvrant de manière régulière dans l'Ehpad ce discours montre aussi les contraintes médicales et pharmacologiques qui impliquent d'arrêter progressivement certains médicaments.

- *Les MCo adressent aux médecins un profil de leur prescription pour essayer de changer leurs habitudes*

Pour les MCo, montrer aux médecins traitants des données globales de prescription est la meilleure façon de leur faire prendre conscience des problèmes liés aux médicaments. Cette approche pédagogique est mise en place dans un type particulier de réunion. Les Ehpad mettent en place des CCG (Commission de Coordination Gériatrique). Les CCG sont des réunions organisées par le médecin coordonnateur en collaboration avec le directeur, et visant la coordination des professionnels de santé libéraux et salariés intervenant dans l'Ehpad. Selon le cadre législatif, ces commissions doivent aborder des questions relatives au circuit du médicament³⁸⁸. Il faut également noter que ces commissions sont l'un des rares moments où les MCo rencontrent les médecins traitants en face à face. Les MCo doivent organiser deux commissions par an, mais les médecins ne sont rémunérés que pour la participation à une seule d'entre elles. Le MCo de l'Ehpad du Val-de-Marne constate que les médecins traitants ne participent *de facto* qu'à une seule de ces deux réunions, raison pour laquelle il annule souvent la deuxième. Pour les MCo, cette réunion est le moment de présenter aux médecins les données globales de prescription médicamenteuse dans l'Ehpad.

Nous pouvons observer ci-dessous (Tableau n° III ; Graphique n° 8) un modèle de tableau réalisé par le MCo à partir du nombre de prescriptions par résident au juin 2016 :

³⁸⁸ Selon les données de l'ARS Ile-de-France, les commissions de coordination gériatrique (CCG) n'ont été mises en place que dans 62 % des établissements : davantage instituées dans les établissements privés lucratifs (73 %), faisant intervenir de nombreux médecins libéraux, que dans les établissements hospitaliers (44 %). Le circuit du médicament n'y est pas systématiquement abordé (abordé dans 64 % des cas) contrairement à ce qui est stipulé dans l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique. Par ailleurs, l'assiduité et l'implication des médecins libéraux dans ces CCG sont très faibles (De Saunière et *al.*, 2016).

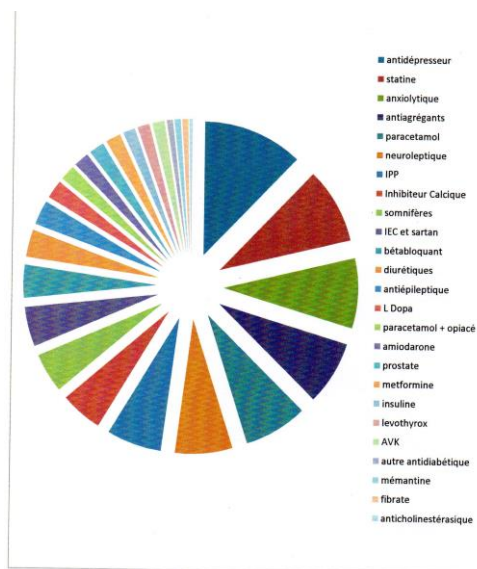
Tableau n° III. Nombre de prescriptions par classe thérapeutique dans l'Ehpad- Val-de-Marne, juin 2016

antidépresseur	33
statine	25
anxiolytique	23
antiagrégants	21
paracetamol	21
neuroleptique	19
IPP	18
Inhibiteur Calcique	14
somnifères	13
IEC et sartan	13
bétabloquant	11
diurétiques	9
antiépileptiques	8
L Dopa	6
AVK	6
amlodarone	5
paracetamol + opiacé	5
metformine	5
prostate	5
levothyrox	4
Insuline	4
autre antidiabétique	2
mémantine	2
fibrate	2
anticholinestérasique	1

Tableau 3 : Nombre de prescriptions par classe dans un Ehpad du Val-de-Marne [Document de terrain]

Source : Chiffres élaborés et fournis par le Médecin coordonnateur de l'Ehpad étudié

Graphique n° VIII. Répartition des prescriptions dans l'Ehpad- Val-de-Marne, juin 2016



Graphique 8 : Répartition des prescriptions dans un Ehpad de Val-de-Marne [Document de terrain]

Source : Chiffres élaborés et fournis par le Médecin coordonnateur de l'Ehpad étudié

Ce type de tableau statistique permet au MCo de repérer rapidement les classes thérapeutiques les plus prescrites aux résidents et d'évaluer leur pertinence en mettant en face la liste des pathologies

avant d'élaborer un discours pour agir contre certaines prescriptions qu'il estime inutiles³⁸⁹. Il faut savoir que ces données de prescription sont ensuite comparées avec les données de prescription des années précédentes et interprétées en tenant compte de l'état de santé des résidents, de la régularité des intervenants, des maladies saisonnières ou des épidémies, etc. Ces données sont en effet utilisées pour l'élaboration de tableaux plus complexes permettant de voir l'évolution de la prescription dans l'Ehpad. D'autres types de tableaux qui détaillent par exemple les différents médicaments par classe thérapeutique sont également élaborés par le MCo. Le MCo élabore ainsi le profil de prescription de l'Ehpad et a des informations supplémentaires sur le profil de prescription de chaque intervenant. Dans les réunions de CCG, les MCo font circuler des photocopies de ces tableaux statistiques adjointes à des fiches de recommandation pour améliorer la qualité de la prescription réalisées par les autorités sanitaires, notamment la HAS³⁹⁰.

Comme nous l'avons également observé dans d'autres Ehpad, en adoptant une stratégie similaire à celle des délégués de l'Assurance Maladie (DAM)³⁹¹, les MCo produisent les chiffres globaux de prescription dans l'Ehpad et les montrent à l'ensemble des médecins qui assistent à la CCG en espérant inverser la courbe de prescriptions de certains médicaments et essayer aussi de « changer leurs habitudes ». Cette démarche pédagogique, qui est un levier d'action à long terme a cependant peu d'impact sur les prescripteurs, comme l'évoque le MCo de cet Ehpad :

« Il y a deux missions écrites dans le décret. La première chose est d'adapter la prise en charge des résidents aux bonnes règles de gériatrie et la deuxième chose est qu'il y a à créer la liste de médicaments à utiliser préférentiellement. Alors, j'ai fait ça mais ça n'a servi à rien. Alors, j'ai repris toutes les prescriptions qui existaient dans la maison de retraite et plutôt qu'avoir 4 médicaments de la même famille j'ai dit bah, celui-là vous le prescrivez 8 fois, celui-là 4 fois, celui-là 2 fois et celui-là 1 fois. Pourquoi pas tout le temps prescrire le premier. C'est la même chose, ça n'a rien changé... J'ai dit vaut mieux quitte à prescrire une benzodiazépine par exemple des anxiolytiques, autant prescrire une demi-vie courte, et il y a toujours une demi-vie longue. Voilà, ça ne sert à rien. Mais j'avais fait un travail assez important parce que, j'avais suivi les médecins et j'avais regardé ce qui s'est passé 10 mois plus tard. Exactement pareil quasiment. C'est très difficile à expliquer. Il y a une "sacro-sainte liberté de prescription" en France contre laquelle on ne peut pas, ou très difficilement... Les médecins pensent qu'ils font bien ! » [Mco — EHPAD du Val-de-Marne].

Ce discours montre que le MCo essaye d'apporter une réponse non seulement au problème de la multiplication et du nombre de prescriptions, mais aussi à celui de la « pertinence de la prescription », c'est-à-dire du choix de la molécule.

³⁸⁹ Le MCo de l'Ehpad du Val-de-Marne évalue les prescriptions réalisées dans l'établissement à l'aide de la liste des critères Stopp/Start afin de dépister les prescriptions inappropriées chez les personnes âgées.

³⁹⁰ Par exemple, lors de notre observation d'une Commission, le MCo a fait circuler la Fiche « Réflexe iatrogène » faisant partie du programme PMSA de la HAS.

³⁹¹ Comme nous l'avons abordé dans la première partie, dans le cadre d'une démarche de maîtrise médicalisée, ces délégués via des entretiens auprès des médecins mettent en œuvre une démarche d'information ayant pour but d'agir sur les comportements des prescripteurs.

Il faut donc souligner pour conclure sur la pratique de ce MCo de l'Ehpad du Val-de-Marne que, comme les médecins gériatres que nous avons étudiés dans la troisième partie de cette thèse, le MCo constate que les médecins généralistes ne suivent pas ses conseils et ne se servent pas de son expertise pharmacologique pour améliorer leurs pratiques. Il a donc un impact faible sur leurs pratiques. Garant de la « bonne pratique gériatrique » le MCo parle au nom de toute une chaîne d'institutions sanitaires, mais il n'a pour autant pas de pouvoir auprès des médecins traitants pour faire appliquer leurs recommandations. Or ces éléments très administratifs sont considérés par certains médecins critiques vis-à-vis des acteurs du système de santé comme une contrainte à la liberté de prescription. Loin de les accueillir comme une aide utile, ils manifestent donc envers eux une importante hostilité.

- *Les MCo profitent des cas d'urgence pour changer ou arrêter des médicaments*

Un troisième levier d'action, peu évoqué par le MCo de l'Ehpad de Val-de-Marne est mentionné par les MCo de l'Ehpad de La Loire et de Versailles. À côté des leviers d'action déjà mentionnés, ces coordonnateurs profitent aussi des cas d'urgence lors desquels ils ont le droit de prescrire, pour modifier les ordonnances, notamment pour arrêter des médicaments qu'ils estiment inutiles ou nocifs. Voyons par exemple le discours de ce coordonnateur : *« il faut savoir que c'est le médecin traitant qui prescrit et qui est responsable des traitements, moi en théorie je n'ai pas à modifier et je n'ai pas à introduire, etc., moi je suis un peu interventionniste c'est-à-dire que j'ai tendance un petit peu à intervenir sur les ordonnances de fait très délicates, très ponctuelles en observant des circonstances, des urgences où là j'ai plus de légitimité »* [MCo — EHPAD public Versailles]. Il apparaît ainsi que les cas d'urgence, qui ouvrent aux MCo le droit à la prescription, sont des espaces privilégiés pour orienter les pratiques de prescription. Mais, tout se passe comme si le fait de remettre en cause la prescription d'un médecin traitant n'était pas une mission explicite du médecin coordonnateur.

L'intervention dans les cas d'urgence est une manière pour les MCo de pouvoir accomplir eux-mêmes ce qu'ils n'arrivent pas à faire faire aux médecins traitants. Comme nous l'avons souligné, les MCo sont tenus d'élaborer avec un pharmacien une liste de médicaments à utiliser de façon préférentielle chez la personne âgée. Cependant, ils n'ont pas l'opportunité de la faire appliquer aux médecins traitants. Les trois MCo que nous avons interrogés nous ont fait part du fait qu'ils ont proposé une « liste de médicaments essentiels » à utiliser de préférence dans leurs Ehpad, mais qu'elle a été refusée par les médecins intervenants. C'est ce que nous raconte par exemple le médecin coordonnateur de Versailles :

« On avait fait une liste et de toute façon les médecins disaient oui d'accord on fait une liste, mais de toute façon si j'ai envie de prescrire je prescrirai, voilà. Bah tant qu'on n'a pas un système qui bloque avec

une pharmacie à usage interne voilà, on est un peu bloqué quoi, il y a qu'à l'hôpital où finalement on bloque complètement où il y a une pharmacie interne, donc quand il n'y a pas de médicaments dans l'Ehpad on ne l'a pas » [MCo — EHPAD public, Versailles].

Une enquête de l'ARS Île-de-France révèle que les médecins intervenant dans les Ehpad de la région s'opposent à l'utilisation d'une liste de médicaments essentiels³⁹², et explique que le sentiment de limitation de la liberté de prescription par les médecins libéraux et les difficultés de consensus sur les molécules à utiliser jouent un rôle négatif dans leur utilisation (De Saunière et *al.*, 2016). Certains MCo, ne parvenant pas à instaurer une telle liste, s'attachent à leur utilisation dans les cas d'urgence où ils ont plus de légitimité pour agir. C'est ce que nous montre le discours du MCo de l'Ehpad de la Loire :

« Le médecin Co lorsqu'il est appelé en urgence pour dépanner le manque d'un médecin il s'autorise à revoir complètement l'ordonnance alors là ça tape. Parce que là tout d'un coup j'introduis les médicaments essentiels. Donc il m'est arrivé de faire une ordonnance d'une personne qui avait 17 médicaments ! [...] j'en ai enlevé 12 et ça s'est très bien passé et j'ai écrit un rapport à mes confrères parce que sinon je suis en faute déontologique. Donc j'ai prévenu, "lors de ton absence, j'ai été sollicité en urgence pour Mme Atel qui n'avait plus de traitement, point. Comme tu le sais selon le protocole, dont tu as été destinataire, le 8 janvier 2012, je me suis restreint aux 'médicaments essentiels', point". Et je n'ai pas dit que le reste c'était de la foutaise, j'ai dit que je me suis restreint aux médicaments essentiels "je te laisse le soin de la revoir dès ton retour". C'est-à-dire qu'il revient. Cette lettre-là il ne peut rien en faire, il ne peut pas l'amener au Conseil de l'Ordre parce que ça lui dit fais ton boulot, et en plus ça lui dit tu ne prescris pas très bien » [MCo — EHPAD privé associatif de la Loire].

La liste de médicaments essentiels devient pour le coordonnateur un élément justificatif de son action, voire une preuve de bonne action, que ce soit de remise en question de la prescription du médecin traitant ou de changement d'un traitement. Le discours de ce MCo montre qu'il use de moyens détournés pour ne pas être confronté directement aux médecins. Comme nous l'avons vu pour les coordonnateurs présentés précédemment, la difficulté majeure de la révision de l'ordonnance est l'acceptation par le médecin traitant. Cependant, nous constatons qu'ils ont rarement l'occasion de travailler ensemble. Étant donné que les MCo et les médecins traitants ont des emplois de temps différents et se croisent rarement au sein de la structure, nous observons que le travail du MCo est solitaire et peu partagé avec les médecins intervenant dans l'Ehpad.

Les différents MCo que nous avons étudiés essayent d'apporter une réponse au problème de la polyprescription en Ehpad. Mais, ils n'y parviennent pas toujours, non seulement par manque de rapport avec les médecins, mais aussi en raison de l'absence de décisions collectives, et de l'existence d'intérêts et d'objectifs différenciés des acteurs. Pour le cas des médicaments psychotropes, où le

³⁹² Selon les données ARS Île-de-France (De Saunière et *al.*, 2016) : les établissements disposent dans 36 % des cas d'une liste de médicaments adaptés à la personne âgée (liste préférentielle ou livret thérapeutique) et 37 % d'entre eux l'utilisent systématiquement. Plus des deux tiers des établissements (77 %) ont mis en place des protocoles de PECM (plus fréquents dans les établissements avec PUI). Ces protocoles concernent les anticoagulants (84 %), les antalgiques (75 %), les antidiabétiques (62 %), les antibiotiques (36 %), les psychotropes (28 %).

médecin traitant est amené à accepter de prendre en compte des problèmes majeurs de l'organisation des soins qui intéressent les infirmières il ne s'agit pas d'une décision collective, mais davantage d'un compromis issu de contraintes organisationnelles.

Conclusion :

Le contexte de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques en Ehpad nous a permis de rendre compte de l'articulation de deux grandes dimensions de la pharmaceuticalisation de soin. D'une part, une organisation des soins qui produit une multiplication des lignes de prescription et qui, d'autre part, rend peu probable leur remise en question.

L'enquête en Ehpad a permis de décrire les traits significatifs de l'organisation de la consultation de personnes âgées dans ce contexte particulier. Ces consultations se caractérisent par une absence de continuité dans la prise en charge du médecin et par un manque de rapport individuel au patient, lié à un manque de discours direct avec lui. Lorsqu'on analyse les interactions prenant place autour de la prescription, on voit ressortir une dissociation entre la prise en charge clinique et la prise en charge médicamenteuse dont les conséquences sont subies principalement par les patients. En parallèle de cette discontinuité, la consultation se caractérise par une forte continuité dans ce qui est prescrit : les médicaments prescrits sont rarement changés ou déprescrits. L'observation de consultations a mis en avant la présence des infirmières comme acteurs stratégiques dans l'Ehpad, intervenant directement dans la rédaction des ordonnances. Les infirmières ont un double positionnement : d'un côté une position privilégiée dans les décisions thérapeutiques puisqu'elles maîtrisent les savoirs sur la vie et l'état des patients et de l'autre côté une position de surveillance pharmacologique. Leur positionnement par rapport aux médicaments et leur surcharge de travail conduisent parfois à ce qu'elles demandent le rajout ou le maintien de prescriptions dans les ordonnances, mais elles jouent aussi un rôle d'alerte et font un travail de suivi qui n'est pas réalisé par le médecin.

L'étude de ces caractéristiques et de leurs conséquences sur la prescription nous a permis de mettre en évidence une série de mécanismes qui expliquent les liens entre l'organisation du travail du médecin et le phénomène de multiplication de prescriptions. Tout d'abord, nous avons montré la rareté des remises en question des traitements, laquelle génère empilement et maintien de ce qui est prescrit. En deuxième lieu, on constate un manque d'évaluation réelle des effets (bénéfiques ou nocifs) du médicament laquelle n'encourageant pas la production de savoirs intégrant l'évaluation de leurs traitements par les personnes âgées. Enfin, l'inertie de l'organisation stabilisée autour du médicament et des prescriptions.

Cette analyse a également mis en lumière, à travers les actions du MCo, la difficulté à trouver les moyens de remettre en cause les situations propices à la pharmaceuticalisation. L'organisation ne permet pas de freiner le phénomène de surprescription car, résultat d'un système, elle s'avère relativement fonctionnelle. Elle permet au personnel soignant de réduire leur charge de travail auprès des personnes âgées au quotidien et d'une certaine manière de pallier le manque de personnel et de

formation pour accueillir un public plus malade et plus dépendant. Elle permet aussi aux médecins de réduire leur charge de travail, en passant moins de temps auprès des patients et en se reposant sur les avis et l'expertise des infirmières. Si les infirmières ont des informations stratégiques pour sa prise en charge, ce rapprochement se fait au détriment d'une coopération avec le MCo, d'une demande de collaboration avec le pharmacien d'officine et d'une remise en cause de la prescription.

Finalement, cette enquête a permis de comprendre comment une configuration institutionnelle de prise en charge des personnes âgées très dépendantes entretient la polyprescription et rend très difficile le réexamen des ordonnances.

Une sociologie de la prescription inscrite dans le travail médical

En introduction à cette thèse, nous avons avancé l'hypothèse selon laquelle la combinaison de deux registres de transformations sociales avait rendu possible la problématisation d'une partie des difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes âgées en termes de polyprescription, à savoir : l'entrée des personnes âgées dans les dispositifs de soin et le recentrage des stratégies thérapeutiques sur les médicaments. Afin de mettre à l'épreuve cette manière d'aborder la construction de la polyprescription comme enjeu de politiques publiques, cette thèse a privilégié une approche par les pratiques de prise en charge et pris pour cible les pratiques de prescription des médecins. L'enjeu de notre enquête était donc de comprendre comment des praticiens œuvrant dans des contextes institutionnels et médicaux différents prescrivent quand ils ont à s'occuper de personnes âgées polypathologiques et comment ils se confrontent à ce problème de polyprescription. Quels en sont les résultats les plus saillants ?

Cette étude a, premièrement, démontré les limites d'une problématisation qui revient souvent (en particulier lorsqu'elle est en prise directe sur la définition de normes d'intervention ou de recommandations) à faire de la polyprescription une affaire de nombres.

Depuis une vingtaine d'années, un discours public sur la polyprescription chez les personnes âgées, centré sur le nombre de prescriptions médicamenteuses, s'est constitué en France. Insistant sur les enjeux économiques et sanitaires propres au contexte de surconsommation de médicaments en volume, ce discours a conduit à promouvoir une politique de rationalisation et de limitation de la prescription médicamenteuse. La principale limite de ce discours est qu'il ne s'intéresse que très peu aux pratiques des médecins. Partant des chiffres globaux de prescription, les autorités sanitaires cherchent à inciter les médecins à réduire globalement le nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées sans entrer dans une réflexion sur les circonstances de leurs pratiques et donc sans tenir compte des spécificités des cas qu'ils ont à prendre en charge. Les patients et leurs trajectoires de soin sont ainsi laissés en dehors du registre de problématisation qu'autorisent ces chiffres.

En contrepoint, l'étude sociologique du comportement de polyprescription que nous avons entrepris révèle des dimensions ou des aspects de la prise en charge des personnes âgées différents. Elle révèle aussi et surtout que la principale difficulté que rencontrent les médecins lorsqu'il s'agit de

modifier leurs pratiques pour obéir à ces injonctions est la relation de soin qu'il entretiennent avec leurs patients. Comprendre le problème sociologique de la polyprescription implique donc de documenter et d'analyser les situations concrètes qui amènent les médecins à prescrire ou pas ; ce n'est que sur cette base qu'il est possible de réfléchir au pourquoi ils rencontrent de grandes difficultés à agir sur l'ensemble de l'ordonnance que les différents prescripteurs construisent pour leurs patients âgés. Nous avons donc fait le choix de déplacer l'analyse au profit d'une sociologie de la prescription en relation avec la prise en charge médicale des personnes âgées.

Deuxièmement, et il s'agit là d'un résultat directement lié à ce choix, notre thèse a démontré l'intérêt d'une sociologie des pratiques visant l'articulation entre trois registres d'action qui impactent le travail de prescription : celui de la profession médicale et de ses régulations, celui de la production et de la circulation des savoirs, celui des institutions et de l'organisation du soin.

Nous avons ainsi constaté que comprendre les pratiques signifie comprendre la profession, les savoirs et l'organisation de la prise en charge.

Pour conduire nos analyses et saisir ces pratiques, nous nous sommes donc appuyés sur trois axes. Le premier est celui du « segment professionnel » et plus spécifiquement de la façon dont l'appartenance à tel ou tel spécialité, le travail dans tel ou tel site de la chaîne de soin détermine la conception que le médecin a de son rôle la représentation qu'il se fait de sa position et celle des autres professionnels avec qui il doit interagir. Prendre en compte cet axe nous a amenés à regarder la mise en œuvre de savoirs ou de compétences propres aux métiers d'appartenance de ces médecins. Le deuxième axe est celui des savoirs, des incertitudes résultant des conditions et choix faits dans leur production, des injonctions contradictoires résultant des processus d'expertise au cœur de l'élaboration des recommandations et finalement des conditions de mise à disposition des médecins des connaissances concernant les médicaments et leur utilité clinique. Cet axe nous a conduit à nous intéresser à ce qui éloigne la médecine des personnes âgées — telle que pratiquée par les généralistes, les gériatres ou les médecins travaillant en Ehpad — des canons de la biomédecine qu'il s'agisse des manières de saisir la globalité de la personne en consultation, des effets combinés des différentes pathologies, mais aussi de l'impact de l'ensemble des conditions de vie ; ou encore des stratégies de réduction d'incertitudes associées aux modalités d'insertion des patients dans une chaîne de soins mobilisant — quand il s'agit de la place qu'y occupent les médicaments —, plusieurs intervenants, médecins et non-médecins. Le troisième axe est celui de l'organisation et concerne les cadres institutionnels du travail du médecin ainsi que les modes dominants de prise en charge médicamenteuse au sein d'un secteur de soin donné. Cet axe nous a conduits à explorer les logiques de coopération professionnelle, les objectifs interprofessionnels et la négociation d'intérêts divergents entre des acteurs de soins amenés à travailler ensemble.

Les pratiques étudiées dans ce travail ne concernent donc pas seulement l'acte de prescrire ou de ne pas prescrire un traitement dans l'interaction avec le patient, de renouveler ou d'arrêter un traitement à la suite d'une évaluation de l'efficacité du médicament, de modifier ou de changer une prescription à la suite d'une réévaluation de la situation du patient. La sociologie de la pratique que nous développons revendique une conception large de la notion de « pratique » laquelle intègre tous les éléments qui viennent informer l'acte de prescription proprement dit : depuis les représentations que les médecins se font de leurs patients, de la vieillesse et des polypathologies, jusqu'à la manière dont ils conçoivent les pratiques de l'industrie pharmaceutique, les risques et bénéfices des médicaments, en passant par la manière dont ils conçoivent la répartition de tâches entre soignants. Cela nous a amenés à analyser l'articulation de ces trois dimensions de la pratique de prescription dans ces trois grands secteurs/lieux du soin aux personnes âgées que sont le cabinet de médecine générale en ville, la consultation de suivi à l'hôpital et le suivi médical en Ehpad.

Avant de revenir plus précisément sur certains de nos résultats, il nous faut souligner que ceux-ci ne concernent pas que les personnes âgées : les déterminants de la prescription, les difficultés de sa conduite, dont nous avons pu pointer l'importance ne leur sont en effet pas spécifiques, ils concernent, plus généralement, toutes les situations de polypathologies, et donc aussi la prise en charge de nombreux patients atteints de maladies chroniques évolutives.

Les pratiques des médecins généralistes en cabinet de ville se caractérisent par le temps pris pour prendre en charge le patient, par l'intérêt porté pour la spécificité de leurs conditions de vie, par l'importance donnée au contexte social dans l'interprétation des pathologies et la gestion de leur évolution. La spécificité du travail médical en cabinet de ville peut se comprendre comme un effet de la gestion de cas cliniques qui sont mis en relation avec une personne, connue et suivie tout au long d'une trajectoire de soins qui se déploie dans le temps. La médecine générale est ainsi le segment professionnel le plus concerné par la gestion du problème des polypathologies dans un contexte de vieillissement. De tous les praticiens intervenants dans la chaîne de soin, c'est le généraliste qui se trouve confronté au résultat des multiples consultations et doit « faire avec » les ordonnances de médicaments multiples en relation avec le patient et son contexte de vie, en mobilisant sa connaissance de son histoire, c'est-à-dire de ses problèmes médicaux, sociaux et humains.

Du fait de la généralité de ce travail médical, la médecine du même nom est confrontée à des formes d'incertitude qui lui sont propres, irréductibles aux paramètres généraux de l'incertitude médicale tels que Renée Fox a pu les décrire. Confrontés à l'arrivée d'une multiplicité de problèmes et de polypathologies, les médecins généralistes font face à un déficit particulier de connaissances qui tient au fait que l'étude des pathologies par la biomédecine tout comme celle des médicaments par la

pharmacologie peine à prendre en compte les patients âgés et surtout procède en silo, sans pouvoir objectiver les interactions, synergies et effets cumulatifs.

L'incertitude est ainsi une dimension structurante de leur activité et sa gestion le cœur même des compétences revendiquées dans l'exercice de leur métier. Prescrire ou renouveler de nombreux médicaments qui répondent à l'exigence de cas complexes alors même que leurs effets à long terme ou leurs effets combinés sont méconnus tout en tenant compte de son espérance de vie et de son mode de vie : voici ce qui pose problème au quotidien et constitue une règle de base du métier de généraliste. Nous avons mis en évidence que pour approcher le patient de manière globale, ces médecins mettent en œuvre des logiques d'appréhension intuitive du « bon état » et de la « fragilité ». Leur objectif est finalement moins de gérer une ordonnance, des données biologiques, des limites et contradictions des savoirs objectifs de la science, que de gérer une personne ici et là, ce qui est finalement une manière de trouver des prises pour dépasser les incertitudes générées par la pauvreté des connaissances que celle-ci soit ou non jugée réductible. Autrement dit, le généraliste ne gère pas la polyprescription, il gère, dans le temps, des vies avec de multiples pathologies et avec les incertitudes qui leur sont associées. Cette gestion de la complexité explique certains freins à la déprescription qui rendent difficile la modification des ordonnances.

Ce travail nous a également permis de montrer que les pratiques se diversifient non seulement en raison de la spécificité des cas cliniques, mais aussi en raison de l'existence de configurations d'exercice et de formation qui font que différents médecins généralistes vont avoir des visions de leur métier et des manières de travailler que l'on peut décrire comme relevant de deux pôles distincts, repérables à travers les pratiques de gestion des ordonnances. Ces deux pôles — le « pôle délégatif » et le « pôle non-délégatif » — montrent à quel point la manière dont les généralistes appréhendent la prise en charge des personnes âgées est conditionnée par les rapports qu'ils entretiennent avec ces autres professionnels que sont les différents spécialistes d'une part, avec le médicament et l'industrie pharmaceutique d'autre part. Comme nous l'avons donné à voir, les pratiques des médecins se déplacent entre l'un et l'autre de ces pôles de la pratique. Notre analyse met ainsi en évidence l'existence de médecins généralistes qui interviennent beaucoup plus facilement sur l'ordonnance médicamenteuse. Ces médecins acceptent et se donnent les moyens de gérer les incertitudes à leur niveau et cherchent à orienter l'activité des spécialistes pour la mettre au service d'une médecine moins technique.

Les médecins généralistes appartiennent au segment professionnel choisi par le système de santé pour se charger de la coordination des soins des patients, et c'est en raison du caractère social de leur activité médicale qu'ils accomplissent et valorisent cette mission. Être le médecin référent à la tête du parcours de soins du patient, se traduit aussi par des manières différentes de pratiquer la médecine.

Gérer les prescriptions et avoir la main sur des ordonnances pléthoriques constituées par plusieurs intervenants peut ainsi devenir un atout pour certains médecins qui font le choix de dire que les difficultés de la prise en charge des personnes âgées sont un de leurs domaines privilégiés de compétences. Comme nous l'avons constaté pour les médecins ayant une pratique « non-délégative », l'appréhension de ces difficultés implique, la revendication d'une revalorisation de leur métier, passe par un investissement fort dans la formation médicale, par une sélection critique des sources d'information sur le médicament mettant à distance le marketing pharmaceutique et par la recherche de conditions d'exercice favorables au développement d'une médecine des personnes âgées à même de reconnaître les limites de la biomédecine.

La construction de ce type de médecine des personnes âgées est aussi un enjeu pour la gériatrie. La pratique des gériatres assurant les consultations de suivi au sein de structures hospitalières est conditionnée par une tension fondamentale entre prise en charge biomédicale et prise en charge médico-sociale qui se reflète autant dans leur vision particulière de la vieillesse que dans le statut de leur activité. D'une part, les gériatres revendiquent un rôle de premier plan dans la conduite des politiques de l'autonomie et dans l'évaluation des capacités de l'individu à mener une vie digne du point de vue humain et social. En même temps, ils appartiennent à une spécialité en cours de construction professionnelle et en mal de reconnaissance dans le champ de la biomédecine. L'approche des patients en gériatrie est plus globale que celle des spécialistes d'organe, puisque les gériatres ont un œil sur l'organisation et la diversité des soins à domicile. En ce sens, la gériatrie se rapproche de la médecine générale, mais elle ne voit pas le « tout-venant » sans filtrage à l'entrée (Rosman, 2010) puisqu'elle focalise son activité sur les problèmes liés à la perte d'autonomie.

Notre enquête a ainsi permis de caractériser ce que l'on pourrait appeler un éthos commun de la prise en charge qui valorise l'appréhension de la personne dans une totalité définie comme « médico-psycho-sociale » et insiste sur la prévention des risques médicamenteux, et donc — *a priori* — sur une attention aux dangers de la polyprescription. Nous avons surtout montré qu'en pratique ces idéaux collectifs entrent en tension avec les contraintes de leur insertion dans l'univers de la biomédecine hospitalière.

Loin de refléter une activité homogène sur une juridiction propre et clairement définie, les pratiques des gériatres, comme celles des médecins généralistes, se différencient selon leurs rapports aux médicaments et les particularités des cas pris en charge. Par rapport à la médecine générale en cabinet de ville, les incertitudes sur les savoirs semblent être plus prégnantes, parce qu'ils sont spécialisés sur les personnes âgées. Intégrés à l'hôpital, les gériatres sont en première ligne concernant la production des savoirs sur la vieillesse et sur les médicaments destinés aux personnes âgées. Paradoxalement, en raison de cette implication, ils sont directement confrontés aux limites des savoirs de la médecine, par exemple en matière de recrutement et de design des essais cliniques. Ceci a pour

conséquence un éclatement des positionnements concernant l'utilité et l'usage des médicaments : le rapport des gériatres aux médicaments anti-Alzheimer illustre bien cette situation de tension entre professionnels au sein d'une même spécialité.

La pratique des gériatres est conditionnée par la position qu'ils occupent dans la chaîne de soins. Amenés à se coordonner avec des professionnels travaillant en ville, à l'hôpital et en Ehpad, leur activité est ainsi très dépendante de celle d'autres intervenants. Comme nous l'avons mis en évidence dans ce travail, les gériatres constatent que leurs propositions de révision d'ordonnances ne sont pas toujours suivies. Le rôle qu'ils revendiquent est donc moins d'agir de manière isolée que de dépasser la fragmentation des soins. Le gériatre a les moyens d'agir sur l'ordonnance, mais son action n'est possible qu'en coordination avec ces autres professionnels, par exemple en orientant leur pratique par la formulation d'hypothèses diagnostiques et de propositions de traitements. Les gériatres sélectionnent les professionnels qui leur paraissent les mieux à même d'assurer le suivi du patient et s'efforcent de solidifier la relation thérapeutique du patient avec ces professionnels. Ces conditions d'exercice expliquent que parfois la révision de l'ordonnance passe au second plan de la prise en charge.

Les pratiques de prescription des gériatres sont également conditionnées par la temporalité de leur intervention. Le gériatre consulte avec moins de fréquence qu'un médecin de ville. Il découvre un patient avancé en âge dans le cadre hospitalier, sans lien avec ses conditions de vie autre que les renseignements qu'il prend auprès des proches quand ceux-ci sont présents dans le périmètre de l'hôpital ou par la mobilisation d'une équipe qui se met en contact avec un autre réseau d'acteurs à domicile. Le gériatre est finalement contraint d'appréhender ses patients dans le strict cadre du travail hospitalier : par la lecture du dossier médical avec son complément social, par la prescription d'une suite d'exams ou par une décision d'hospitalisation.

La gériatrie a un rôle reconnu dans l'organisation de la prise en charge des patients atteints de maladies cognitives et de l'aide à leurs familles. Elle a pour objectif historique d'éviter ou au moins de retarder l'hospitalisation et l'hébergement définitif en institution source de dépendance. La révision de l'ordonnance est soumise aux impératifs de ce maintien à domicile. Paradoxalement, comme on l'a vu, cette activité de soutien aux familles qui accompagnent les patients atteints de maladies cognitives dans un contexte où la biomédecine a peu de réponses à offrir amène une partie des gériatres à insister sur la prescription comme moyen de maintenir la relation thérapeutique et donc à prôner le recours à des médicaments dont le bénéfice clinique est marginal ou contesté. Ce positionnement rend improbable un engagement fort dans les pratiques de limitation de la polymédication.

Le médecin généraliste travaillant en Ehpad doit s'insérer dans une organisation qui va fortement structurer sa pratique. L'enjeu est de soigner un flux de patients sur place que le médecin ne connaît

pas nécessairement. Dans ce secteur, les problèmes d'organisation des soins s'imposent à la pratique de prescription de telle sorte que l'acte technique de prescrire est le résultat d'un processus de négociation et de délégation en lien avec l'activité des soignants. Les activités gravitant autour du médicament et de la prescription constituent un domaine privilégié des infirmières en Ehpad. Leur connaissance de la vie des patients, leur expérience des effets des médicaments — qu'elles administrent et dont elles surveillent les conséquences — sont une ressource stratégique pour le travail de prescription, pour les décisions de renouvellement ou déprescription que doivent/peuvent prendre les médecins.

La pratique des médecins traitants en Ehpad s'inscrit dans un contexte structuré par le problème de la « dépendance » et par la gestion des comportements collectifs au sein de l'institution. Ces enjeux qui viennent s'ajouter aux exigences du soin sont d'autant plus prégnants que les Ehpad manquent de personnel qualifié pour prendre en charge des personnes très âgées, et très dépendantes. En d'autres termes, le médecin traitant est — de façon plus ou moins volontaire — amené à prendre en compte et intégrer à ses vues sur l'état clinique des personnes, ces enjeux d'organisation de la vie collective en Ehpad. Le médecin va ainsi être amené à gérer en priorité des problèmes de cycle du sommeil, de déambulation, d'agitation générée souvent par le mécontentement, autrement dit des comportements qui intéressent les soignants, car ils amplifient leur charge globale de travail. Nous avons montré dans ce travail à quel point l'activité de prescription en Ehpad dépasse ainsi la logique médicale d'action tout en participant à la production d'un problème de pharmaceuticalisation que cette organisation ne peut pas résoudre. L'exemple de la prescription de psychotropes nous a permis de montrer comment cette dynamique aboutit à une surprescription de ces médicaments et comment la façon dont le travail du médecin en Ehpad est organisé contribue au maintien de cette surprescription.

La situation du médecin généraliste dans ce secteur est aussi caractérisée par un manque de continuité entre l'activité de suivi clinique et la gestion de l'ordonnance. Alors que l'infirmière — qui contextualise la situation du patient au moment du suivi clinique — est toujours présente, la gestion de l'ordonnance est, le plus souvent, réalisée en l'absence du patient. Le médecin a une approche fragmentée du patient, dont il n'était le plus souvent pas le médecin traitant avant son arrivée en Ehpad, tandis que les infirmières maîtrisent le temps long et la continuité des vies. Puisqu'elles sont là au quotidien connaissent leur état de santé, leur mode de vie et leur rapport aux différents médicaments.

Ce travail a également mis en évidence un autre aspect de la pratique de prescription en Ehpad qui concerne l'impuissance des autres acteurs à rendre visible et intervenir sur le phénomène de surprescription. Tout d'abord, le pharmacien d'officine qui connaît les ordonnances et assure le suivi pharmaceutique a un impact faible sur les pratiques de prescription en raison de sa position

périphérique dans la vie de l'Ehpad. Ensuite, les patients qui prennent les médicaments et leurs familles n'ont qu'un rôle secondaire, voire inexistant, dans la prise de décision.

Enfin et surtout, le seul acteur qui, au sein de l'Ehpad, a une vision globale du problème, et concrètement pour fonction de s'occuper de la polymédication a un impact très faible sur les pratiques de prescription. Notre enquête a en effet montré que le médecin coordonnateur d'Ehpad dont la mission est de coordonner les actions des différents médecins intervenants sur les ordonnances et d'adapter les prescriptions médicamenteuses, a peu influence sur la pratique de prescription des médecins. Les raisons de cette incapacité sont multiples : ce médecin coordonnateur est limité dans sa propre action de prescription ; il est immergé dans un cadre institutionnel qui ne favorise pas l'établissement d'une relation de confiance avec les médecins intervenants ; les opportunités de rencontre directe avec ces médecins sont rares et son expertise gériatrique est difficilement reconnue par ces derniers. Cette présence évanescence des médecins coordinateurs au sein des Ehpad rappelle de manière paradigmatique que la coopération ne peut pas être « décrétée » par des règles formelles. Leur impuissance est aussi un rappel douloureux du fait que le problème de la surprescription dans la prise en charge des personnes âgées en institution dépasse les enjeux de sécurisation du circuit du médicament dont ces médecins sont les garants puisqu'il concerne aussi les conditions de travail des soignants. Finalement, notre travail sur la production organisationnelle de la prescription dans les périmètres d'un Ehpad a mis en évidence que pour comprendre le problème de la polyprescription de manière globale il faut prendre en considération les dimensions collectives de l'action, c'est-à-dire, replacer les pratiques individuelles dans le construit social au sein duquel elles se déroulent.

Des médicaments aux soins

Avec la pratique de prescription pour les personnes âgées, nous avons donc un cas paradigmatique des difficultés du travail médical lorsqu'il s'agit de gérer des situations complexes qui mélangent singularité des cas cliniques, multiplicité des maladies et des médicaments, aggravation progressive des états de santé avec un impact fort sur les modes de vie et sur l'autonomie, prise en charge éclatée entre plusieurs acteurs (généraliste, spécialistes d'organe, infirmières, A-S, proches, etc.). Nous l'avons vu, les grandes difficultés à prescrire ou à déprescrire découlent avant tout de cette complexité d'une situation de soin qui inscrit le travail médical dans deux grandes formes de contraintes. La première concerne les incertitudes fondamentales des savoirs pour traiter la « polypathologie » ; incertitudes dont nous avons vu qu'elles sont découplées par le fait même que les dispositifs de production de connaissances de la biomédecine peinent à prendre en compte les interactions entre maladies ou entre médicaments. La deuxième concerne la coordination

problématique entre différentes spécialités médicales qui, constituées sur le schéma de « système d'organes », ont une vision segmentée de la maladie. L'inadéquation des relations entre les différents intervenants est ainsi fréquente dans les situations de « multimorbidité » (Starfield, 2011).

S'ajoutent enfin les contingences qui découlent du fait que le travail de soin dans le cadre de l'accumulation de pathologies, mais surtout de la chronicité de maladies, est avant tout un travail de longue durée avec et sur la personne. Cette dimension temporelle de la maladie fait appel à une approche globale, rempart contre la multiplication des incertitudes (Bischoff et *al.*, 2016). En d'autres termes, conscient des limites du médicament, c'est-à-dire du fait qu'une pratique qui s'appuierait exclusivement sur les effets de la seule administration de médicaments est destinée à échouer, le praticien a recours à sa « sagesse pratique » en parallèle aux informations collectivement sanctionnées pour faire face aux contraintes (Champy, 2015). Dans la mesure où la pratique est ainsi structurée par des éléments qui échappent aux dynamiques d'objectivation de la biomédecine, une réorganisation du travail des médecins pour améliorer la pertinence de la prescription ne peut donc pas simplement relever de cette dernière et de l'application des règles d'usage issue de l'expérimentation pharmacologique. La même contradiction vaut pour la gestion des interactions complexes entre pathologies puisque les savoirs restent pour l'essentiel structurés par pathologie. La biomédecine permet la production de connaissances sur des pathologies isolées dont le fonctionnement en silo est porté par la diversification des spécialités médicales (Bonetti, 2006 ; Grenne, 2007 ; Duerden et *al.*, 2013). Elle rencontre ainsi les plus grandes difficultés à faire face à la « polypathologie ».

Le médicament est un « point focal » de coordination tacite entre acteurs (Schelling, 1960) et l'ordonnance un moyen de formaliser les échanges entre malade et soignant aussi bien qu'entre professionnels (spécialistes d'organes, généralistes, pharmaciens, infirmiers, etc.) ou acteurs du soin (Gramain-Kibleur, 2001). Quelle que soit l'ampleur de la pharmaceuticalisation, le travail humain et le travail collectif sont toujours présents et nécessaires, dans la formation de jugement professionnel, dans la prise de décision, dans le suivi du parcours des patients, mais aussi et surtout dans la réalisation concrète des soins au sein des dispositifs médicaux. Si le traitement de polypathologies — où la dichotomie entre travail médical et travail médico-social est particulièrement difficile à mettre en œuvre — révèle les incertitudes fondamentales des savoirs et les limites prégnantes des logiques de coordination ne serait-il pas intéressant de mobiliser ces résultats pour interroger certains aspects d'autres trajectoires de maladies complexes, à commencer par les maladies chroniques touchant une large palette d'âges ?

Reste pour finir, encore et toujours, la question de la personne. À sa manière, ce travail de thèse met en exergue la tension « essentielle » entre une pratique médicale qui concerne la personne et des dispositifs de production des connaissances biomédicales qui supposent une forme de réductibilité de

l'être vivant aux interactions moléculaires à l'origine des processus biologiques caractéristiques du fonctionnement des organes. En alternative, Canguilhem (1965) défend l'idée que comprendre l'être vivant comme un « tout » implique de tenir compte de la « totalité de l'organisme » qui constitue l'individu et par laquelle tous les phénomènes physiologiques sont intégrés et interagissent. Dans le même ordre d'idées, prendre au sérieux les modes d'existence des polypathologies obligerait à repenser les dimensions humaines de la prise en charge et donc l'organisation de nos systèmes de santé.

Sources primaires scientifiques, professionnelles, administratives et institutionnelles

- Littérature scientifique et spécialisée sur les pathologies, la consommation et/ou la prescription médicamenteuse des personnes âgées

Auvray L. et Sermet C. (2002), « Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. Un état des lieux », *Gérontologie et société*, vol. 4, n° 103, pp. 13-27.

Bataillon R. et Grenier C. (2017), « La médecine de parcours : l'exemple de la prise en charge des sujets âgés », *La revue du praticien*, vol 67, novembre, pp. 955-959.

Bouchon J.P. (1979), « La prescription médicamenteuse aux personnes âgées », *Revue du Praticien*, vol. 29, pp. 1.

Bouchon JP. (1984), « 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? », *Revue du Praticien*, vol. 34, pp. 888-892.

Chapuy P. (1979), Vieillesse pathologique, allocution dans le XXème Journée régionale de gérontologie sociale, mercredi 9 mai 1979, organisée par le CRIAS (Centre du Rhône d'Information et d'Action Sanitaire et Sociale en faveur des Personnes Agées), Palais des congrès Lyon ; *Archives de la Société Auvergne-Rhône-Alpes de Gérontologie*.

Chapuy P., Verroust F, Boggio M, Bonnier P, Delomier y et al. (1978), « Consommation médicamenteuse des malades âgés dans plusieurs services gériatriques hospitaliers et institutions de la région Rhône-Alpes », *Revue de Gériatrie*, vol. 3, pp. 57-59.

Colvez A. et Gardent H. (Eds) (1990), *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie*, Paris : CTNRHI, diffusion PUF/INSERM.

Couturier D. et Mornex R. (coord.) (2007), « Séance thématique sur les stratégies médicales chez les sujets âgés », *Bull Acad Natle Med*, n° 2, Tome 191, février, pp. 235-236.

Dartigues J-F. (2001), « L'étude Paquid, 1988-2001 », *Revue Neurologique*, vol. 157, n° 10, octobre 2001, pp. 437.

Dartigues J.F., Helmer C., Letenneur L. et al. (2012), « Paquid 2012 : illustration et bilan », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, vol. 10, n°3, pp. 325-331.

Desplanques-Leperre A., Legrain S., Emeriau J-P. et Chabot JM. (2006), « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé », *Revue du Praticien*, vol. 20, pp. 720-721.

- Doucet J., Capet C., Jegou A., et al. (1999), « Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé: épidémiologie et prévention: médicaments et sujets âgés », *Press Med*, octobre, vol. 28, n° 32, pp. 1789-1793.
- Doucet J., Chassagne P., Trivalle C., Landrin I., Pauty M.D., et al., (1996), « Drug-drug interactions related to hospital admissions in older adults : a prospective study of 1000 patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 44, pp. 944-948.
- Doucet J., Montagne O., Guérin O., et Queneau P. (2011) « Le bon usage du médicament chez le sujet âgé », in : Bouvenot G. et Caulin C. (dir.), *Le Bon usage du médicament*, 2^e édition, Agnès Aubert, pp. 57-71.
- Doucet J. et Queneau P. (2005), « Effets indésirables de médicaments chez les sujets âgés », Communication scientifique, *Bull. Acad. Natl. Méd*, vol.189, pp.1693-1709.
- Emeriau J., Fourrier A., Dartigues J-F., et Bégaud B. (1998), « Prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées », *Bull. Acad. Natl. Méd*, vol. 182, n° 7, pp. 1419-1428.
- Fourrier A., Letenneur L., Dartigues J-F., Decamps A. et Bégaud B. (1996) « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la polymédication et utilisation des psychotropes », *La Revue de gériatrie*, vol. 21, pp. 447-501.
- Fourrier A., Letenneur L., Dartigues J-F, Moore N. et Bégaud B. (2001), « Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use », *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 57, pp. 419-425.
- Gonthier R., Cathebras P. (1999), « Polypathologies du sujet âgé et réponses thérapeutiques : les pièges à éviter », *Presse Med*, vol. 28, pp. 1780 -1788.
- Gonthier R., Cathebras P., Delhomme M. et al. (1994), « Iatrogénèse médicamenteuse à l'origine d'une hospitalisation après 70 ans », *La Revue de Méd Interne*, vol. 15, suppl. 3, pp. 343.
- Grymonpre RE., Mitenko PA., Sitar DS., Aoki FY. et Montgomery PR. (1988), « Drug-associated hospital admissions in older patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 36, pp. 1092-1098.
- Hugonot R. (1978), Les Conditions d'hospitalisation des personnes âgées dans l'agglomération grenobloise et le département de l'Isère, Rapport UDIAGE, 21 juin 1978.
- Jeandel C., Doucet J. et Dupont JL. (1999), « Polymédication et iatropathologie du sujet âgé », *Annales médicales de Nancy, Gériatrie*, vol. 38, n° 2, pp. 56-71.

- Kuntzmann F. (1980), « Objectif de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées », *Revue de Gériatrie*, vol. 5, n° 8, p. 364.
- Lagnaoui R., Bégaud B., Moore N., Chaslerie A., Fourrier A., Letenneur L., et al. (2002), « Benzodiazepine use and risk of dementia : a nested case-control study », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 55, n° 3, pp. 314-318.
- Laroche M.-L., Bouthier F., Merle L., Charmes J.-P. (2009), « Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française », *La Revue de médecine interne*, vol. 30, pp. 592-601.
- Lechevallier-Michel N., Gautier-Gertrand M., Alperovitch A. et al. (2005), « Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population : results from the 3C Study », *European Journal of Clinical Pharmacology*, janvier, vol. 60, n°11, pp. 813-819.
- Lecomte T. (1981), La consommation pharmaceutique des personnes âgées en institution, CREDOC, N° SOU 1981-2649, mai.
- Lecomte T. (1996), « Importance des pathologies chroniques dans l'ensemble de la morbidité », in : *Recherche et innovation pharmaceutique à l'approche du 3e millénaire*, 8 janvier 1996, Collection Congrès et colloques, John Libbey Eurotext, pp. 15-22.
- Legrain S. (2005), Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance, HAS, Synthèse bibliographique dans le cadre du programme PMSA (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) [En ligne] ; www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf.
- Legrain S. (2007), « Mieux prescrire chez le sujet âgé en diminuant l'« underuse », la iatrogénie et en améliorant l'observance », *Bull. Acad. Nat. Méd*, Tome 191, février, n° 2, pp. 259-270.
- Legrain S. et Lacaille S. (2005), « Prescription médicamenteuse du sujet âgé », *EMC-Médecine*, vol. 2, n° 2, pp. 127-136.
- Le Pape A. et Sermet C. (1997), La polypathologie des personnes âgées quelle prise en charge à domicile ?, CREDES, Biblio n° 1182, août.
- Leroux R. (1994), *L'évaluation gériatrique. De la théorie à la pratique*. Rennes : Editions ENSP.
- Mizrahi A. (1978), « Micro-économie de la consommation médicale », CREDOC n° 4637, juillet 1978

- Pequignot H., Voisin P., et coll. (1969), « Pathologie du sujet âgé en milieu hospitalier », *L'Hôpital à Paris*, vol. 59, septembre-octobre, pp. 541-548.
- Perochon JM., Barberis S. et al. (1999), Etude prospective des admissions de personnes âgées pour iatrogénie médicamenteuse en Poitou-Charentes. Etude URCAM-Union nationale des caisses d'assurance maladie.
- Queneau P. (1978), « Conduites thérapeutiques chez le vieillard en pratique médicale », *Concours Médical*, vol. 100, pp. 4003-4020.
- Queneau P., Bannwarth B., Carpentier F. *et al.* (2003), « Effets indésirables médicamenteux observés dans des services d'accueil et d'urgences français (Etude prospective de l'APNET et propositions pour des mesures préventives) », *Bull. Acad. Nat. Méd*, vol.187, n°4, pp. 647-670.
- Queneau P., Bannwarth B., Carpentier C., Guliana JM., Bouget J., et al. (2007), « Emergency department visits caused by adverse drug effects: results of a french survey », *Drug Safety*, vol. 30, n°1, pp. 81-88.
- Queneau P., Doucet J. et Paille F. (2006), Complications de la polymédication, en particulier chez les personnes âgées. Consequences of polymedication. Special emphasis on elderly subjects, *Bull Acad Royale Méd Belg*, Communication à l'Académie royale de médecine de Belgique (séance du 24 juin 2006).
- Queneau P., Doucet J., Paille F. (2007) « Quand “déprescrire ” les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? », *Bull. Acad. Nat. Méd*, Tome 191, février, n° 2, pp. 271-286.
- Queneau P., Trombert B., Carpentier F., Trinh-Duc A., Bannwarth B., APNET et al., (2005) « Accidents médicamenteux (À propos d'une étude prospective de l'APNET réalisée dans 7 services d'accueil et d'urgences français) ». Propositions pour des mesures préventives », *Annales pharmaceutiques françaises*, vol. 63, pp. 131-42.
- Sermet C. (1994), La polypathologie des personnes âgées, Publication CREDES n°1021, juin 1994.
- Tavernier B., Richard D. et Gaudet M. (1983), « La pathologie iatrogène du sujet âgé. Résultats d'une enquête prospective de 12 mois sur 1164 sujets en milieu court séjour », *Revue de Médecine*, vol. 24, pp. 239.

- Documents, rapports publics, lois, circulaires

Arreckx M. (1979), L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, Paris, *Assemblée nationale*.

Afssaps (2005), Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Bon usage, Recommandations, juin 2005.

Afssaps (2008), « Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude nationale. Point sur la nouvelle campagne d'information sur les traitements anticoagulants antivitamine K », *Les matinées avec la Presse*, Le rendez-vous presse de l'Afssaps, 25 septembre 2008 ; [En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf>

Bégaud B. et Castagliola (2013), Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. Synthèse de la mission sur la « pharmacosurveillance » confiée par la ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Madame Marisol Touraine le 26 février 2013 ; https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Castagliola.pdf

Bégaud B. Polton D. et von Lennep F. (2017), Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé. L'exemple du médicament. Rapport réalisé à la demande de Mme la ministre de la santé Marisol Touraine, mai 2017 ; https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_donnees_de_vie_reelle_medicaments_mai_2017vf.pdf

Briot M. (2006), Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, par Mme Maryvonne Briot, Députée, Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS), juin 2006.

CCNE (1998), Rapport sur le vieillissement. Comité consultatif national d'éthique, Rapport N°59 - 25 mai 1998.

CCSS (2012), Fiche éclairage « maladie », Extrait du rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, octobre 2012 ; www.securite-sociale.fr/Rapports-de-la-CCSS

CGSP (2014), Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? Commissariat général à la stratégie et à la prospective, *La Note d'Analyse* n°9, mars 2014 ; <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>

Circulaire DHOS/DGS n° 2002-215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires ; <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-18/a0181729.htm>

Conférence de presse de M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, sur le « Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles », Paris le 20 mars 2002 ; <https://www.vie-publique.fr/discours/128638-conference-de-presse-de-m-bernard-kouchner-ministre-delegue-la-sante>

CNAMTS (2003), « Poly-médication des personnes âgées : un enjeu de santé publique », *dossier de presse de l'Assurance Maladie*, 4 septembre 2003 ; https://framework.agevillage.com/documents/old_images/AgeNet/upload/polymedication_cnam.pdf

CNAMTS (2005), « Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale », IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, février 2005 https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf

CNAMTS (2006a), « Prévention des risques médicamenteuse : l'Assurance Maladie s'engage pour prévenir la iatrogénie », mardi 11 juillet 2006 ; https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp10072006.pdf

CNAMTS (2007a), « Prévention. Le rôle clé du médecin traitant », Dossier Médecin traitant et prévention, 8 mars 2007, https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_PREVENTION.pdf;

CNAMTS (2007b), « Consommation et dépenses de médicaments : Comparaison des pratiques françaises et européennes », *Point d'information mensuel*, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, 19 octobre 2007 ; http://www.puppem.com/documents/Cnamts_consommation_depenses_med_Europe_10-2007.pdf

CNAMTS (2008), « Prévenir le risque iatrogène médicamenteux chez la personne âgée », dossier CAPI Programme d'évolution des pratiques, Champ Prévention-Dépistage des pathologies chroniques, https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/capi-iatrogenie.pdf.

CNAMTS (2009), « Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention », Point d'information de l'Assurance Maladie du 22 janvier 2009 ; https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf

- CNAMTS (2013), « Usage des statines : une structure de consommation à améliorer, un potentiel d'économies majeur pour le système de soins », *Point d'information*, 29 mai 2013 ; https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/29052013_DP_Usage_statines_mai_2013_vdef.pdf
- CNAMTS (2015), « Maitrise médicalisée des dépenses de soins et soutenabilité du système de santé : L'assurance maladie intensifie sa mobilisation », *Dossier de presse*, 15 octobre 2015 ; https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_maitrise_medicalisee_VF.pdf
- CNAMTS (2019), Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance maladie pour 2020. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2020 (loi du 13 août 2004), juillet 2019.
- Cour des Comptes (2003), Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) pour 2003, chapitre XII, « Santé et couverture maladie des personnes âgées », pp. 361-403.
- Cour des Comptes (2005), Rapport : « La Sécurité sociale », septembre 2005 ; <https://www.ccomptes.fr/fr>
- Cour des Comptes (2012), « La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents », Rapport public annuel 2012, février, pp. 179-209 ; <https://www.ccomptes.fr/fr>
- Cour des Comptes (2013), « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie », Rapport public annuel 2013 ; <https://www.ccomptes.fr/fr>
- Daniel C. et al. (2006), Contrôle et évaluation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR). Rapport l'IGAS n° 2006 022, mai.
- DGOS (2012), Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?, Direction générale de l'Offre de soins, Ministère en charge de la santé, octobre 2012.
- DREES (2013a), « 60 années de dépenses de santé. Une rétrospective des Comptes de la santé de 1950 à 2010 ». *Etudes et Résultats* n° 831, février 2013 ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er831.pdf>
- DREES (2013b), Rapport : Les comptes nationaux de la santé en 2012 - Edition 2013 - ; <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat185-synthese.pdf>

- DREES (2014b), « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », *Etudes et résultats*, n° 873, février 2014.
- DREES (2017a), « Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes », *Etudes et résultats*, n° 1036, octobre 2017 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_103.pdf
- HAS (2005), Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé, Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance », par Sylvie Legrain, https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf
- HAS (2006), Prescrire chez le sujet âgé (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polypathologique), Evaluation et amélioration des pratiques. Programme PMSA ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/traceur_has_fichesynt_sujetage.pdf
- HAS (2007a), « Audition publique dossier participant, Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins », jeudi 1er et vendredi 2 février 2007 ; https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/audition_publicue_abus_dependance_19-02-07.pdf
- HAS (et partenaires) (2007b), « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Propositions d'actions concertées », Démarche participative de la HAS, octobre 2007 ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_psychotropes_version_longue_190208.pdf
- HAS (2011), Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) - Programme Pilote 2006-2013, Article HAS, Mis en ligne le 14 nov. 2011 ; https://www.has-sante.fr/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013
- HAS (2012a), Plate-forme d'échanges HAS PMSA Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé - Prévention de la iatrogénie. Projets d'amélioration de la prescription, 29 novembre 2012 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/2.2_has_rex_projets_amelioration_prescription_sujet_age_nov_2012.pdf
- HAS (2012b), Impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité (PMSA). Plénière HAS : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé - Prévention de la iatrogénie - Plateforme professionnelle - Indicateurs d'alerte et de maîtrise - Saint-Denis, 29 novembre 2012, Haute autorité de santé ; http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_927433/de-l-experienceclinique-a-l-amelioration-des-pratiques-pmsa

HAS (2014), Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Points clés, solutions et organisation des parcours, septembre 2014 ; https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf

- « Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? », Note méthodologique et de synthèse documentaire ; https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/note_methodo_fpcs_prescription_web_2014-10-27_11-55-59_934.pdf

HAS (2015) documents et outils liés aux expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa) :

Note méthodologique et de synthèse documentaire, « Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires », Points clés, organisation des parcours, mars 2015 ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

« Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires », Outils d'amélioration des pratiques professionnelles, Mis en ligne le 04 juin 2015.

Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA, Guide maladie chronique, Mis en ligne le 21 déc. 2015 ; https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

« Modèle de Plan Personnalisé de Santé (PPS) », HAS/ Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, Septembre 2015.

HCAAM (2006), Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie sur la description de la situation financière et la présentation des principales évolutions en matière de reste à charge et d'accès aux soins ; <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2006/RAPPORT/HCAAM-2006-JUILLET-RAPPORT-RAPPORT DU HAUT CONSEIL.pdf>

HCAAM (2007), Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 24 mai 2007; <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2007/ANNEXE/HCAAM-2007-MAI-NOTE-ANNEXE A LA NOTE SUR LES CONDITIONS D-EXERCICE ET DE REVENUS DES MEDECINS LIBERAUX.pdf>

HCAAM (2010), Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie « Vieillesse, longévité et Assurance maladie. Constats et orientations », 22 avril 2010.

HCAAM (2011), Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie « Assurance maladie et perte d'autonomie : Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées », 23 juin 2011, pp. 85-86.

HCAAM (2018), Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030, Avis adopté à l'unanimité le 22 novembre 2018 ; https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_personnes_agees_-_hcaam_-_22_novembre_2018.pdf

HCSP (2009), Rapport du Haut Conseil de santé publique « Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique », décembre 2009.

IGAS (2005a), Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées. Rapport n° 2005 022, présenté par Deloménie P. et Fontanel-Lassalle M., mars 2005.

IGAS, (2005b), « Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins », Rapport n° 2005 053 présenté par le docteur Anne-Chantal Rousseau-Giral et Jean Paul Bastianelli, mai 2005.

IGAS (2006a), Mission relative à l'organisation juridique et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales. Rapport n°2006 002, présenté par Autume C. et Postel-Vinay D., janvier 2006.

IGAS (2006b), Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : l'enseignement des expériences étrangères de disease management. Rapport présenté par PL. Bras, G. Duhamel et E. Grass, Rapport n° RM2006-136P, septembre 2006.

IGAS (2007), L'information des médecins généralistes sur le médicament, Rapport n° RM 2007-136P, présenté par Bras P-L, Ricordeau P., Rousille B. et Saintoyant V., septembre 2007.

IGAS (2012), Evaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD. Rapport établi par M. Thierry, IGAS RM2012-144P.

Jeandel C. (Coo.) et al., (2011), *Livre blanc de la gériatrie française*, Collège professionnel des gériatres français, Gériatrie 2011.

Jeandel C., Pfitzenmeyer P., Vigouroux P., (2006), Un programme pour la gériatrie. 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. Rapport commandé par Xavier

- Bertrand, ministre de la santé et des solidarités et par Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.
- Legrain M. (1990), Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France, Paris : SNIP (Syndicat national de l'industrie pharmaceutique).
- Lemorton C. (2008), Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Présenté par La Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 avril 2008 ; http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P299_42059
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Lecadet J., Bidal P., Baris B., Vallier N., Fender P. et Allemand H. (2003), « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine : I-Données nationales, 2000 », *Rev Méd Assur Mal*, vol. 34, n°2, pp. 75-84.
- Queneau P. et Grandmottet P. (1998), La Iatrogénie médicamenteuse et sa prévention. Rapport au Secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner Secrétariat d'Etat à la santé.
- Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie, « personnes âgées et médicaments », adressé au président de la république Jacques Chirac, juin 2005.
- Rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » de Dominique Libault, remis à la ministre des Solidarités et de la santé Agnès Buzyn le 28 mars 2019.
- Sénat (2010), La surconsommation de médicaments, un problème de santé publique, Réponse du Ministère de la Santé et des Sports publiée dans le JO Sénat du 25/03/2010, p. 766, 13^e législature ; <https://www.senat.fr/questions/base/2009/qSEQ090709333.html>
- Vergier P. (2013), La politique du médicament en EHPAD. Rapport remis au Ministère des Affaires sociales et de la santé. Décembre 2013.
- Zarifian E. (1996), Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Rapport public, mars 1996, Ministère du Travail et des Affaires sociales.

- Sélection d'articles du quotidien *Sud-Ouest*

Sud-Ouest, « Tranquillisants. La France abuse », jeudi 10 mai 1990.

Sud-Ouest, « Médicaments et personnes âgées : Attention danger. Résultats d'une étude menée en Dordogne », mercredi 28 octobre 1992.

Sud-Ouest, « DÉPENSES DE SANTÉ. Des réserves sur le plan Veil », lundi 8 novembre 1993.

Sud-Ouest, « TROISIÈME ÂGE. Gare aux médicaments ! », jeudi 29 septembre 1994.

Sud-Ouest, « Le vieillissement », vendredi 26 janvier 1996.

Sud-Ouest, « Cocktails du troisième âge », dimanche 21 septembre 1997.

Sud-Ouest, « La gériatrie fait recette », vendredi 20 mars 1998.

Sud-Ouest, « Aux bons soins des « référents » », mercredi 11 mars 1998.

Sud-Ouest, « La médecine des extrêmes », Claire Talgorn, vendredi 18 juin 1999.

Sud-Ouest, « Accepter le vieillissement », Sébastien Lamarque, mardi 18 mars 2003.

Sud-Ouest, « Du bon usage des médicaments », Béarn, mardi 27 novembre 2007.

Sud-Ouest, « Sport et médicaments : une étude expérimentale », vendredi 28 septembre 2007.

Sud-Ouest, « Des ateliers prévention et santé pour bien vieillir », lundi 23 mars 2009.

Sud-Ouest, « Des ateliers pour préserver son « bien vieillir », mercredi 23 septembre 2009.

Sud-Ouest, « Des ateliers pour informer les seniors, mercredi 20 avril 2011.

Sud-Ouest, « Comment bien vieillir », mercredi 20 juin 2012.

Sud-Ouest, « Mieux dormir mais sans prendre de Médicaments », Nancy Ladde, vendredi 19 octobre 2012.

Sud-Ouest, « Excès de remèdes. Éviter les faux pas », Isabelle Castéra, lundi 1 décembre 2014

Sud-Ouest, « L'accompagnement et non les médicaments », Michel Laffargue, mercredi 22 octobre 2014.

Sud-Ouest, « Une cure pour diminuer les Médicaments », Saujon, jeudi 6 mars 2014.

Sud-Ouest, « Ils sont bourrés de médicaments. La parole aux coordonnateurs d'EHPAD », samedi 14 février 2015.

Sud-ouest, « Santé : en France, les personnes âgées prennent trop de médicaments », jeudi 21 septembre 2017.

Sud-Ouest, « Une thérapie qui évite les Médicaments », lundi 11 juin 2018.

Sud-Ouest, « La Mutualité sociale agricole reste à l'écoute », Martine Lacout-Loustalet, vendredi 29 juin 2018.

Sud-Ouest, « Plus de sécurité pour les patients », lundi 25 novembre 2019.

Bibliographie Générale

- Abbott A. (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Abecassis P. et Coutinet N. (2008), « Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques », *Horizons stratégiques*, vol. 7, n° 1, pp. 111-139; <https://www.cairn.info/revue-horizons-strategiques-2008-1-page-111.htm>
- Abraham J. (2007), « Bulding on sociological understanding on the pharmaceutical industry or reinventing the wheel? Response to Joan Busfield's Pills, power, people' », *Sociology*, vol. 41, n° 4, pp. 727-736.
- Abraham J. (2010), « Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions », *Sociology*, vol. 44, n° 4, pp. 603-622.
- Abraham, J. (2011), « Evolving sociological analyses of "Pharmaceuticalisation": a response to Williams, Martin and Gabe », *Sociology of Health & Illness*, vol. 33, pp. 726-728.
- Acker F. (2000), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, pp. 161-181.
- Afssaps (2005), Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Recommandations de Bon Usage, juin 2005.
- Akrich M. et Méadel C. (2002), « Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électronique », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, pp. 89-114.
- Alpérovitch A. (2012), « Les cohortes 'historiques' en France », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 78, mars, pp. 37-44.
- Alvarez S. (2014), *Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du « bien vieillir »*, Thèse de doctorat en Sociologie, soutenue le 1^{er} décembre 2014, Université de Grenoble.
- Alvarez S. (2012), « La fragilité : le jeu des représentations. Pour une étude de la fragilité inscrite dans une gérontologie sociale », in : Gucher C. (dir.), *La gérontologie sociale. Héritages et réflexions contemporaines*, Paris, L'Harmattan, pp. 199-212.
- Alvarez S. (2016), « Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse », *La Revue de l'Ires*, vol. 1, n° 88, pp. 33-61.

- Ankri J. (1999), « Risque iatrogène et population âgée », *Médicament et risque, Actualité et Dossier en Santé Publique, actualité et dossier en santé publique*, n° 27, juin, pp. 41-43.
- Ankri J. (2002), « Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé », *Gérontologie et société*, vol. 4, n° 103, pp. 93-106.
- Anthierens S., Tansens A., Petrovic M. et Christiaens T. (2010), « Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy », *BMC Fam Pract*, vol. 11, pp. 65.
- Argourd D. (2014), « Les politiques locales : la difficile constitution d'un espace autonome entre territorialisation et recentralisation », in: Hummel C., Mallon I et Caradec C., (dir.), *Vieillesse et Vieillissements. Regards sociologiques*, Presse universitaire de Rennes, pp. 49-60.
- Arliaud M. (1987), *Les médecins*, Paris, La Découverte, « Repères ».
- Aries P. (1977), *L'homme devant la mort*, Paris, Seuil.
- Aronowitz R. A. (2011), « The Framingham heart study and the emergence of the risk factor approach to coronary heart disease, 1947–1970 », *Revue d'histoire des sciences*, vol. 2 (Tome 64), pp. 263-295.
- Atkinson P. (1995), *Medical Talk and Medical Work: The Liturgy of the Clinic*, Londres, Sage Publications.
- Attias-Donfout C. (1982), « Vie et mort des centres de jour », in: Henrard J-C. (dir.), *Santé publique et vieillissement*. Colloque, Les Éditions INSERM, vol. 101, pp. 265-274.
- Auvray L. et Sermet C. (2002), « Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. Un état des lieux », *Gérontologie et société*, vol. 4, n° 103, pp. 13-27.
- Barbot J. (2002), *Les malades en mouvement*, Paris, Balland.
- Baruk H. (1975), *Des hommes comme nous : mémoires d'un neuropsychiatre*, Robert Lafont, coll. « Vécu »
- Bas P. (2006), Plan solidarité — Grand Âge, Présenté par Philippe BAS, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 27 juin 2006 ; https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
- Baszanger I. (1979), *Des généralistes en particulier : une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*. Thèse de doctorat de IIIe cycle, Paris, EHESS, octobre 1979.
- Baszanger I. (1981), « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, vol. 22, n° 2, pp. 223-245.
- Baszanger I. (1983), « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du Travail*, vol. 3, pp. 275-294.

- Baszanger I. (1986), « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1. pp. 3-27.
- Baszanger I. (1991), « Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale », *Sciences sociales et santé*, vol. 9, n°2, Professionnels en acte, pp. 31-78.
- Baszanger I. (1995), *Douleur et médecine, La fin d'un oubli*, Editions du Seuil.
- Baszanger I. (2008), « Douleur : une invisibilité paradoxale », in : Beaulieu P. (dir.), *Repenser la douleur : Actes Du Premier Colloque Francophone Sur la Douleur*, Presses de l'Université de Montréal, pp. 171-185.
- Baszanger I., Bungener M. et Paillet A. (dir.) (2002), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute.
- Bayat S., Cuggia M., Le Duff F. et Mauduit N. (2001), « Les bases de données épidémiologiques », *Les Cahiers du numérique*, vol. 2, n° 2, pp. 155-176.
- Becker H S. (1985), *Outsiders. Etude de sociologie de la déviance*, Ed. A.-M. Métaillé, Traduit de l'anglais par J.-P. Briand et J.-M. Chapoulie, Paris.
- Bégaud B. et Castagliola (2013), Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France, synthèse de la mission sur la « pharmacosurveillance » confiée par la ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Madame Marisol Touraine le 26 février 2013 ; https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf
- Béliard A. (2008). « Théories diagnostiques et prise en charge : le recours à une consultation mémoire », *Retraite et société*, vol. 53, n° 1, pp. 147-165.
- Béliard A. et Sifer-Rivière L. (2015a), « Les pratiques de double accompagnement des patients et de l'entourage dans les services hospitaliers », in: Le Galès, C., Bungener, M., & le groupe Capabilités. *Alzheimer : Préserver ce qui importe. Les capacités dans l'accompagnement à domicile de la maladie d'Alzheimer*, Presses Universitaires de Rennes, pp. 299-326.
- Béliard A. et Sifer-Rivière L. (2015b), « Aider "les aidants familiaux" : l'autre façon d'encadrer l'accompagnement à domicile », in: Le Galès, C., Bungener, M., & le groupe Capabilités, *Alzheimer : Préserver ce qui importe. Les capacités dans l'accompagnement à domicile de la maladie d'Alzheimer*, Presses Universitaires de Rennes, pp. 237-349.
- Bell S. et Figert A. E. (2012), « Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections : Looking backward, sideways and forward », *Social Science & Medicine*, vol. 75, pp. 775-783.

- Bell S. et Figert A. E. (2015), *Reimagining (Bio) Medicalization, Pharmaceuticals and Genetics : Old Critiques and New Engagements*, New York, Routledge.
- Benoît-Lapierre N. (1983), « Guérir de vieillesse », *Communications*, n° 37, numéro thématique : Le continent gris, Vieillesse et vieillissement, pp. 149-165 ; https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1983_num_37_1_1558
- Berg M. (1992), « The Construction of Medical Disposals. Medical Sociology and Medical Problem Solving in Clinical Practice », *Sociology & Health and Illness*, vol. 14, n° 2, pp. 151-180.
- Berg M. (1995), « Tourning a Practice Into a Science : Reconceptualizing Postwar Medical Practice », *Social Studies of Science*, vol. 25, n° 3, pp. 437-476.
- Bergeron H. (2007), « Les transformations du “colloque singulier” médecin/patient : quelques perspectives sociologiques », Communication présentée au Colloque *Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard*, le 1^{er} mars 2007. Colloque organisé par la Chaire santé de Sciences Po et le Collectif interassociatif sur la Santé.
- Bergeron H. et Castel P. (2010), « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du Travail*, vol. 52, n° 4, pp.441-460.
- Bergeron H. et Castel P. (2014), *Sociologie politique de la santé*, Puf, « Quadrige Manuels ».
- Bergeron H. et Castel P. (2015), « Evidence-based medicine », in: Henry E., Gilbert C., Jouzel J-N. et Marichalar P. (dir.), *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Presses de Sciences Po, pp. 140-148.
- Berlivet L. (2001) « Déchiffrer la maladie », in: Dozon J-P. et Fassin D. (dir), *Critique de la santé publique Une approche anthropologique*, Éditions Balland, pp. 75-102.
- Bigot F. et Rivard T. (2015), « L'évolution des modes de prise en charge et des métiers de la dépendance », in: Martin C. (dir), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Presse Universitaire de Rennes, pp. 157-174.
- Biollaz J. et Buclin T. (2005), « Polypathologies : faut-il tout traiter ? », *Rev Med Suisse*, vol. 1, n° 14, [En ligne] ; <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-14/30290>
- Bischoff T., Herzig L., Sommer JM. et Haller DM. (2016), « Multimorbidité : une opportunité pour changer de regard », *Revue médicale suisse*, vol. 12, n°. 518, p. 915.
- Blanchet V. (2009), *Le protocole : Vers une nouvelle rationalité en médecine ?*, Mémoire de Master de Philosophie pratique, « Éthique médicale et hospitalière » Parcours professionnel, Université Paris Est,

4 septembre 2009 ; http://www.le-cercle-ethique.fr/resources/MEMOIRES_M1/Le.protocole-VB-MP1_2008.pdf

- Bloy G. (2010), « La constitution paradoxale d'un groupe professionnel », in: Bloy G. et Schweyer F-X., *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, « Métiers Santé Social », pp. 21-40.
- Bloy G. et Schweyer F -X. (2010), *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, « Métiers Santé Social ».
- Blum P. (2012), « Le médecin, le patient et son proche. Enjeux conjugaux et arrangements médicaux », *Alter*, vol. 6, n° 4, pp. 311-325.
- Bonah C. et Gaudillère J-P. (2007), « Faute, accident ou risque iatrogène ? La régulation des événements indésirables du médicament à l'aune des affaires Stalinon et Distilbène », *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, n° 3-4, pp. 123-151.
- Bonah C. et Massat-Bourrat S. (2005), « Les “Agents thérapeutiques”. Paradoxes et ambiguïtés d'une histoire des remèdes aux XIXe et XXe siècle », in : Bonah C. et Rasmussen A. (dir.), *Histoire et médicament au XIXe et XXe siècles*, Éditions Glyphe, Paris, 2005, pp. 23-64.
- Bonetti E. (2006), *Comment le médicament façonne la maladie : le cas du traitement de l'impuissance et de l'hypercholestérolémie*, Thèse de doctorat sous la direction de Phillippe Urfalino, soutenue à l'Institut d'Études Politiques (Paris).
- Bonnemain B. (2010), « La thériaque à l'époque moderne (XVIIe au XXe siècle) », *Revue d'histoire de la pharmacie*, 97e année, n° 36, pp. 301-310 ; http://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_2010_num_97_367_22204
- Boyd C., Darer J., Boulton C., Fried L., Boulton L. et Wu A. (2005), « Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance », *JAMA* vol. 294, n° 6, pp. 716-724.
- Bourdelaïs P. (1993), *L'âge de la vieillesse, histoire du vieillissement de la population*, Paris, ed. Odile Jacob.
- Bourdelaïs P. et Faure O. (eds) (2005), *Les nouvelles pratiques de santé*, Paris, Belin.
- Bourgeois I. (2007), *Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours, entre dynamiques locales et logiques de clientèle. Les cas de quatre espaces relationnels en médecine générale*, Thèse soutenue à l'Institut d'Études Politiques de Paris le 29 mai 2007 sous la direction de Francis Pavé.

- Bourgueil Y. Market A. et Mousquès J. (2009), « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé*, n° 141, avril 2009.
- Briot M. (2006), Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, par Mme Maryvonne Briot, Députée, Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (OPEPS), juin 2006.
- Britten N., Stevenson, F.A., Barry C.A., Barber N. et Bradley C.P. (2000), « Misunderstandings in general practice prescribing decisions: qualitative study », *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 484-488.
- Britten N. (2001), « Prescribing and the defence of clinical autonomy », *Sociology of Health & Illness*, vol. 23 n° 4, pp. 478-496.
- Broclain D. (1994), « La médecine générale en crise ? », in: Aïach P. et Fassin D. (éd.), *Les Métiers de la santé*, Paris, Anthropos-Economica, pp. 122-160.
- Brossard B. (2013), « Jouer sa crédibilité en consultation mémoire. Les personnes âgées face à l'évaluation cognitive », *Sociologie*, vol. 4, n° 1, pp. 1-17.
- Brossard B. (2014), « Un test rudimentaire mais pratique. Enquête sur le succès du Mini-Mental State Examination », *Sciences sociales et santé*, vol. 32, n° 4, pp. 43-70.
- Brown P. (1995), « Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future, pp. 34-52.
- Bucher R. et Strauss A. (1992), « La dynamique des professions », in: Strauss A. (dir.), *La trame de la négociation, sociologie qualitative, et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, « Logiques sociales », pp. 67-86.
- Bungener, M. (1991), « Production familiale et soins profanes dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes ou malades », dans *Politiques de santé et vieillissement* ; Actes du colloque Liège — 24 et 25 octobre. Textes recueillis par Olgierd Kutty et Monique Legrand, pp. 17-28.
- Bungener M. et Poisson-Salomon A.S. (1998), *Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*, Paris, Éditions Inserm, « Questions en santé publique ».
- Bungener M. (2004), « Évolution de la médecine générale », Entretien avec Martine Bungener, *Pratiques, Les cahiers de la médecine utopique*, n° 24, janvier, pp.52-54.

- Bungener M. et Baszanger I. (2002), « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in: Baszanger I, Bungener M. et Paillet A. (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris, La Dispute, pp. 19-31.
- Bungener M., Demagny L., Holtedahl KA. et Letourmy A. (2009), « La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, n° 3, juillet-septembre, pp. 191-196.
- Bungener M. et Horellou-Lafarge C. (1988), *La production familiale de santé : le cas de l'hospitalisation à domicile*, Paris, CTNERHI, Diffusion Puf.
- Busfield, J. (2006), « Pills, power, people : sociological understandings of the pharmaceutical industry », *Sociology*, vol. 40, n° 2, pp. 297-314.
- Calvet L. (2012), « Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus », *Les comptes nationaux de la santé 2012*, Paris : DREES, pp. 55-70 ; https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_doss2.pdf
- Canguilhem G. (1965), *La connaissance de la vie*, Paris, Librairie Philosophique J. Vrin [ed. 2006].
- Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Puf, « Quadrige », [ed. 1994].
- Caradec V. (2008), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, coll. « 128 », EAN : 9782200353391.
- Carricaburu D., Castra M. et Cohen P. (2010), *Risque et pratiques médicales*, Presse de l'EHESP, « Recherche, santé, social ».
- Carson AJ., Stone J., Warlow C. et Sharpe M. (2004), « Patients whom neurologists find difficult to help », *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, vol. 75, pp. 1776-1778 ; <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/75/12/1776.full.pdf>
- Castel P. (2005), « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, vol. 46, n° 3, pp. 443-467.
- Castel P. (2008), « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, n° 1, pp. 9-32.
- Castel P. et Dalgalarondo S. (2005), « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 4, pp. 5-40.
- Castel P. et Robelet M. (2009), « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d'économie médicale*, vol. 27, n° 3, pp. 98-115

- Castra M. (2000), « Le principe de coopération entre professionnels comme fondement de l'organisation du travail en soins palliatifs », in: Cresson G. et Schweyer F-X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Éditions ENSP, pp. 207-219.
- Castra M. (2003a), *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Puf, « Le lien social ».
- Castra M. (2003b), « Entre logique palliative et logique curative : les équipes mobiles de soins palliatifs à l'hôpital », in: Cresson, G., Druhle, M., Schweyer, F.X. (Eds.), *Coopération, conflits et concurrence dans le système de santé*, Éditions ENSP, Rennes, pp. 121-135.
- Caussat L., Fenina A. et Geffroy Y. (2003), « Les comptes de la santé de 1960 à 2001 », DREES, série statistique, Document de travail n° 54 juin ; <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=/Ministere/Drees/SerieStatistiques/2003/54/s-eriestat54.pdf>
- Cefaï D. (1996), « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux*, vol. 14, n° 75, Le temps de l'événement I, pp. 43-66 ; http://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1996_num_14_75_3684
- Champy F. (2009), *La sociologie des professions*, Paris, Puf .
- Champy F. (2015), « Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique ? La "sagesse pratique" dans les activités médicales et paramédicales », in: Georges-Tarragano C. (dir.), *Soigner (l') humain*, Presse de l'EHESP, « Controverses », pp. 165-179.
- Champy F. (2017), « Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France », *Recherches Qualitatives*, ARQ Association pour la Recherche Qualitative, Les enjeux actuels de la recherche qualitative à l'hôpital et dans les institutions de soins de longue durée, vol. 36, n° 2, pp.153-172 ; [halshs-01825147](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01825147)
- Chauveau S. (1995), « Les origines de l'industrialisation de la pharmacie en France avant la Première Guerre mondiale », *Histoire, Économie et Société*, n° 4, pp. 627-642.
- Chauveau S. (2002), « Médicament et société en France au 20e siècle », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° vol. 73, n° 1, pp. 169-185.
- Chauveau S. (2008a), « Marché et publicité des médicaments », in: Bonah C. et Rasmussen A. (dir.), *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*, Éditions Glyphe, pp. 189-215.

- Chauveau S. (2008), « La demande de sécurité : l'épreuve des crises sanitaires depuis les années 1980 », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, [En ligne] ; <http://journals.openedition.org/acrh/993>
- Charpentier M., Guberman N., Billette V., Lavoie JP., Grenier A., Olazabal I. (dir.) (2010), *Vieillir au pluriel*, Perspectives sociales, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Chesnais F. (1985), « L'industrie pharmaceutique dans la crise », *Revue d'économie industrielle*, vol. 31, 1er trimestre 1985, Les restructurations de l'industrie française, pp. 79-99 ; https://www.persee.fr/doc/rei_0154-3229_1985_num_31_1_1192
- Charraud A. (1984), « Formes et évolution de la consommation médicale aux différents âges de la vie », *Économie et statistique*, n° 163, pp. 47-66 ; http://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_1984_num_163_1_4834
- Chauvenet A. (1976), « Ordre médical et filières de soins », *Sociologie du travail*, 18^e année n° 4, octobre-décembre, Le corps du pauvre, pp. 411-431 ; https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1976_num_18_4_1523
- Clerc P. (2009), Étude Polychrome, Rapport final INSERM, 30 octobre 2009 ; http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/626/fichier_fichier_fichier_etude_polychrome_rapport_final_insermbfbe13853fd9e86.pdf
- Clerc P., Breton JL., Mousquès J., Hebbrecht G. et de Pourvoirville G. (2010), « Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polypathologies Résultats de l'étude expérimentale Polychrome », *Question d'économie de la santé*, Irdes n° 156, août 2010.
- Clerc P. et Le Breton J. (2013), « Polyprescription médicamenteuse et polypathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 31, n° 3, septembre, pp. 72-101.
- CNAMTS (2005), « Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale », IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, février 2005 https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
- Cockburn J. et Pit S. (1997), « Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations — A questionnaire study », *British Medical Journal*, vol. 315, pp. 520-523.
- Coffinet V. (2015), *Polymédication et iatrogénie chez la personne âgée : analyse d'ordonnances au sein d'une population institutionnalisée*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie présentée et soutenue publiquement le 28 mai 2015. Sciences pharmaceutiques Rouen.

- Cohen J. (1987) « Diagnosis and management of problem patients in general practice », *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 37, n° 295, p. 51.
- Collin J. (2001), « Médicaments psychotropes et personnes âgées : Une socialisation de la consommation », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, janvier, pp. 1-25.
- Collin J. (2003), « Médicament et vieillesse, trois cas de figure », *Anthropologie et sociétés*, Cultures et médicaments, vol. 27, n° 2, pp. 119-138.
- Collin J. et Ankri J. (2003), « La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec », *Gérontologie et société* 2003/4 (vol. 26/n° 107), pp. 149-165.
- Collin J. et David P-M. (dir.) (2016), *Vers une pharmaceuticalisation de la société ? Le médicament comme objet social*, Collection problèmes sociaux et interventions sociales 77, Presse de l'Université du Québec.
- Collin J., Damestoy N. et Lalande R. (1999), « La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 2. pp. 31-52 ; http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1999_num_17_2_1458
- Conrad P. (2005), « The shifting engines of medicalization », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, pp. 3-14.
- Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society : On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders*, Baltimore : John Hopkins University Press.
- Coudin G. et Paicheler G. (2002), *Santé et vieillissement. Approches psychosociales*, Armand Colin.
- Cour des Comptes (2012), « La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents », Rapport public annuel 2012, février 2012, pp. 179-209 ; <https://www.ccomptes.fr/fr>
- Croisile B. (2014), « Le Mini-Mental State, un incontournable de la neuropsychologie : Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 32, n° 4, pp. 71-77.
- Crozier M. (1963), *Le phénomène bureaucratique*, Paris Seuil.
- Crozier M. et Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Éditions du Seuil.
- Crutcher JE. et Bass MJ. (1980), « The difficult patient and the troubled physician », *The Journal of family practice*, vol. 11, n° 6, pp. 933-938.
- Dalgalarondo S. (2004), *Sida : la course aux molécules*, Paris, Éditions EHESS.

- Dalgalarrondo S. (2007), « Quelle place pour les associations de malades dans le processus d'innovation médicamenteuse ? Le cas des maladies rares », *Revue française des affaires sociales* vol. 3, n° 3-4, pp. 171-191.
- Dalgalarrondo S. et Hauray B. (2014), « Soigner le vieillissement : sociologie d'une promesse médicale », in: Bujon T., Dourlens C. et Le Naour G. (dir.), *Aux frontières de la médecine*, Paris, Archives Contemporaines, pp. 231-248.
- Dalgalarrondo S. et Hauray B. (2015), « Les économies de la promesse anti-âge. Le cas de la DHEA », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 33, n° 2, pp. 5-30.
- Dalgalarrondo S. et Hauray B. (2020), « Conflit d'intérêts et traitements anti-Alzheimer : de la construction à la contestation d'une promesse médicale », *Sciences sociales et santé*, vol. 38, pp. 77-104.
- Dalgalarrondo S. et Urfalino P. (2000), « Choix tragique, controverse et décision publique : le cas du tirage au sort des malades du sida », *Revue Française de Sociologie*, vol. 41, n° 1, pp. 119-157.
- Darmon D., Belhassen M., Quien S., Langlois S., Staccini P. et Letrilliart L. (2015), « Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique », *Santé publique*, vol. 27, n° 3, pp. 353-362.
- Davous D., Thibault J., Gomel M. et Vasseur A. (1988), « Étude chimie-médecine. Les modifications possibles d'un cursus universitaire », *Revue française de pédagogie*, vol. 84, pp. 21-28 ; https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1988_num_84_1_1441
- Debfevre M. et Beuscart J. (2014), Nord-Pas-de-Calais : la prescription inappropriée chez les personnes de plus de 75 ans. Un usage régional des données du Sniiram. Rapport à la DREES, décembre 2014.
- Demailly I. et Garnoussi N. (2016), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Presses universitaires du Septentrion.
- De Saunière A., Bonneau L., Donio V. et al. (2016), « Prise en charge médicamenteuse en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Île-de-France en 2014 : état des lieux et axes d'amélioration », *Santé Publique*, vol. 28, n° 5, pp. 623-632.
- Desrosières A. (1989), « Comment faire des choses qui tiennent : histoire sociale et statistique », *Histoire & Mesure*, vol. 4, n° 3-4, Varia, pp. 225-242 ; <https://doi.org/10.3406/hism.1989.1358>
- Dodier N. (1993a), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.
- Dodier N. (1993b), « Les arènes des habiletés techniques », *Raisons pratiques*, n° 4, pp. 115-139.

- Dodier N. (1999), « L'espace public de la recherche médicale. Autour de l'affaire de la ciclosporine », *Réseaux*, vol. 17, n° 95, Sciences, malades et espace public, pp. 107-154.
- Dodier N. (2003), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Dormont B. (2009), *Les dépenses de santé. Une augmentation salubre ?*, Éditions Rue d'Ulm, opusculé du Cepremap n° 15.
- Dov Steinmetz, Hava Tabenkin, The 'difficult patient' as perceived by family physicians, *Family Practice*, vol. 18, Issue 5, october 2001, pp. 495-500 ; <https://doi.org/10.1093/fampra/18.5.495>
- DREES (2000), « La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés », *Études et Résultats* n° 47, janvier 2000 ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er047.pdf>
- DREES (2004), « Les consultations et visites des médecins généralistes : Un essai de typologie », *Études et Résultats*, n° 315, juin 2004 ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>
- DREES (2014a), « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Études et Résultats* n° 869, février 2014.
- DREES (2014b), « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », *Études et résultats*, n° 873, février 2014.
- DREES (2014c), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et résultats*, n° 899, décembre 2014.
- DREES (2016a), Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Document de travail, « Série études et recherche » n° 134, Rapport définitif remis à la DREES, septembre 2016.
- DREES (2016b), « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES* n° 5, septembre 2016 ; http://ww2.ac-poitiers.fr/bioteclp/IMG/pdf/conditions-travail-ehpad_drees_09-2016.pdf
- DREES (2017a), « Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes », *Études et résultats*, n° 1036, octobre 2017 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_103.pdf
- DREES (2017b), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Études et résultats*, n° 1015, juillet 2017 [En ligne] : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

- DREES (2018), « Évolution de la CSBM depuis 1950 », DREES, *Les dépenses de santé en 2017* ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-9.pdf>
- Duffaud S. et Liébart S. (2014), « Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs », *Santé Publique*, vol. 26, n° 3, pp. 323-330.
- Dubois V. (2009), « L'action publique », in: Cohen A., Lacroix B., Riutort PH. (dir.), *Nouveau manuel de science politique*, La Découverte, pp. 311-325.
- Duerden M., Avery T. et Payne R. (2013), *Polypharmacy and medicines optimisation : Making it safe and sound*, The King's Fund, "Ideas that change health care"; [PDF en ligne] https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf
- Dupré-Lévêque D. (2002), « Le médicament : un outil de communication ? Le regard de l'ethnologue dans une maison de retraite », *Gérontologie et société*, vol. 25, n° 103, pp. 161-176.
- Dutheil N. et Scheidegger S. (2006), « Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées », *Études et Résultats*, n° 515, DREES, août 2006.
- Ennuyer B. (1982), « Les difficultés auxquelles se heurte la mise en place de solutions alternatives à l'hébergement dans la prise en charge de sujets dépendants », in: Henrard J-C. (Dir.), *Santé publique et vieillissement*. Colloque, Les Éditions INSERM, vol. 101, pp. 275-288.
- Ennuyer B. (2001), « Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal ! », *Gérontologie et société*, vol. 24, n° 99, pp. 219-232.
- Ennuyer B. (2002), *Les malentendus de la dépendance*, Paris, Dunod.
- Ennuyer B. (2004), *Les malentendus de la dépendance ; de l'incapacité au lien social*, Dunod. Action sociale, Paris.
- Ennuyer B. (2014), « La construction du champ de la dépendance, de la définition du mot au débat sur le « cinquième risque », in: Hummel C., Mallon I et Caradec C. (dir.), *Vieillesse et Vieillissements. Regards sociologiques*, Presse Universitaire de Rennes, pp. 111-127.
- Ennuyer B. (2015), « Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes » », in: Martin C. (dir), *Les politiques des personnes âgées. Quelles politiques en Europe*, Presse Universitaire de Rennes, pp. 95-114.

- Estes C. et Binney E. (1989), « The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas », *The Gerontologist*, vol. 29, n° 5, pp. 587-596.
- Fainzang S. (2001), *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Col. Ethnologies, Puf
- Fainzang S. (2003), « Les médicaments dans l'espace privé. Gestion individuelle ou collective », *Anthropologie et société*, vol. 27, n° 2, pp. 139-154.
- Fainzang S. (2006), *La relation médecin-malades : information et mensonge*, Paris, Puf, « Ethnologies ».
- Felstiner W., Abel R. et Sarat A. (1980-1981), « The Emergence and Transformation of Disputes : Naming, Blaming, Claiming », *Law and Society Review*, vol. 15, n° 3-4, pp. 631-654 [traduit en français dans *Politix*, n° 16, 1991, pp. 41-54].
- Fernandez G. et Levasseur G. (2010), « Les médecins généralistes et les personnes âgées. Quelles recompositions de la relation de soins ? », in: Bloy G. et Schweyer F-X., *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, pp. 221-236.
- Féroni I. (2000), « L'identité infirmière vue par ses élites. Pièges et limites d'une rhétorique professionnelle », in: Cresson G. et Schweyer F-X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Éditions ENSP, pp. 31-36.
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique*, Paris, Puf, « Quadrige », [ed. 2007].
- Foucault M. (1971), *L'ordre du discours*. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970, [Gallimard 1971].
- Foucault M. (1984), « Le souci de la vérité », in: Foucault M., *Dits et Écrits. 1954-1988*, éd. D. Defert et F. Ewald, Paris, Gallimard, 2001, vol. 2, texte n° 350, [ed. 2001].
- Fox R. (1988), *L'incertitude médicale*, Louvain-la-Neuve, CIACO L'Harmattan.
- France Assos, Santé (2019), « Polymédication des seniors : nos aînés en première ligne », 2 avril 2019 ; <https://www.france-assos-sante.org/2019/04/03/polymedication-des-seniors-nos-aines-en-premiere-ligne/>
- Freidson E. (1970), *Professional dominance : The social structure of medical care*, New York, Atherton Press.
- Freidson E. (1984), *La profession médicale*, Payot, Paris, [traduit de *Profession of medicine, A study of the sociology of applied knowledge*, 1970].
- Fride A. (2008), *Charenton ou la chronique de la vie d'un asile de la naissance de la psychiatrie à la sectorisation*, Thèse pour le doctorat de troisième cycle en psychologie, préparée sous la direction de

- Friedberg E. (1997), *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Éditions du Seuil.
- Friedberg E. (2000), « Comment lire les décisions », *Culture et Conflits*, n° 36, pp. 151-164.
- Friedberg E. (2004), *La décision (DVD-Rom)*, Paris, Editions Banlieues media.
- Frinault T. (2005), « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, vol. 4, n° 72, pp. 11-31.
- Garfinkel D. et Mangin D. (2010), « Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy », *Arch Intern Med*, vol. 170, pp. 1648-1654
- Garfinkel D. (2014), « Digital methods for medication review—less is more—customizing drug therapy in the elderly », *Eur Union Geriatr Med*, n° 5 (Suppl. 1), pp. 522-523 ;
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878764914700555?via%3Dihub>
- Garrau M. (2018), *Politiques de la vulnérabilité*, CNRS Editions.
- Garrau M. et Le Golf A. (2010), *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*. Collection Philosophies, Puf.
- Gaudillière J-P. (2002), *Inventer la biomédecine La France, L'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, La Découverte, « Textes à l'appui/Histoire des sciences ».
- Gaudillière J-P. (2005), « Une marchandise pas comme les autres. Historiographie du médicament et de l'industrie pharmaceutique en France au XXe siècle », in: Bonah C. et Rasmussen A. (dir.), *Histoire et médicament au XIXe et XXe siècles*, Éditions Glyphe, Paris, pp. 115-158.
- Gaudillière J-P. (2006), *La médecine et les sciences XIXe — XXe siècles*, La Découverte, « Repères ».
- Gaudillière J-P. (2007), « L'industrialisation du médicament: une histoire de pratiques entre sciences, techniques, droit et médecine », *Gesnerus*, n° 64, pp. 93-108.
- Gaudillière J-P. (2015), « Marketing Loops: Clinical Research, Consumption of Antidepressants and the Reorganization of Promotion at Geigy in 1960s and 1970s », in: Gaudillière J-P. et Thoms U. (dir.), *The Development of Scientific Marketing in the Twentieth Century: Research for Sales in the Pharmaceutical Industry*, Londres, Routledge, pp. 167-190.
- Gaudillière J-P. et Thoms U. (dir.), (2015), *The Development of Scientific Marketing in the Twentieth Century: Research for Sales in the Pharmaceutical Industry*, Londres, Routledge.

- Gaullier X. (1982), « La réponse sanitaire et sociale au processus du vieillissement », in: Henrard J-C. (Dir.), *Santé publique et vieillissement*. Colloque, Les Éditions INSERM, vol. 101, pp. 243-282.
- Gimbert V. et Benamouzig D. (2014), Les médicaments et leurs prix : comment sont-ils déterminés ? Commissariat général à la stratégie et à la prospective, France Stratégie, *La Note d'analyse*, n° 10 ; <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>
- Goffman E. (1968), *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*. Minuit, Paris, [ed. 2005].
- Goffman E. (1991), *Les Cadres de l'expérience*, Paris, Minuit.
- Gollac M., Volkoff S. et Wolff L. (2014), *Les conditions de travail*, La Découverte, Repères.
- Gottlieb S. (2004), « Inappropriate drug prescribing in elderly people is common », *BMJ*, vol. 329, pp. 7462-7467.
- Gouyon M. et Labarthe G. (2006), « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats », DREES, *Études et Résultats*, n° 471 ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>
- Gramain-Kibleur P. (2001), « Le rôle des prescriptions médicamenteuses dans la société française du XVIIIe siècle », *Histoire, économie et société*, 20^e année, n° 3, Les miroirs de la santé, pp. 321-337.
- Greene J. (2007), *Prescribing by Numbers : Drugs and the Definition of Disease*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Greene J. et Siegel Watkins E. (2012) (Eds.), *Prescribed : Writing, Filling, Using, and Abusing the Prescription in Modern America*, The Johns Hopkins University Press.
- Greffion J. (2014), *Faire passer la pilule. Visiteurs médicaux et entreprises pharmaceutiques face aux médecins : une relation socio-économique sous tensions privées et publiques (1905-2014)*, Thèse de doctorat en sociologie, soutenue le 24 septembre 2014, à l'ENS Ulm.
- Groves JE. (1978), « Taking care of the hateful patient », *N. Engl J Med*, vol. 298, pp. 883-885.
- Gucher C. (2012), *Vieillesse différenciées et » effets de milieu » : Contribution à une théorie sociologique du vieillissement et de la vieillesse*, Mémoire en vue de l'Habilitation à diriger des recherches, Soutenue publiquement le 28 juin 2012, Sociologie. Université de Grenoble.
- Guillemard A-M. (1980), *La vieillesse et l'État*, Puf, « Politiques ».
- Guillemard A-M, (1986), *Le déclin du social*, Puf.

- Guillemard A-M. (2014), « Dynamiques de politiques de la vieillesse en France depuis 1945. Construction du problème et formation d'une politique publique », in: Hummel C., Mallon I et Caradec C., (dir.), *Vieillesse et Vieillissements. Regards sociologiques*, Presse Universitaire de Rennes, pp. 23-39.
- Guillemaud C. (2010), *Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale*, Thèse de doctorat en médecine, Paris Sud 11, 10 mai 2010.
- Guillemot D. (1999), « Médicament et risque », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 27 juin 1999, pp. 38-45 ; [file:///C:/Users/delro/Downloads/ad273845%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/delro/Downloads/ad273845%20(1).pdf)
- Guilluy M. (2012), *La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription*, Thèse de Doctorat en Médecine pour le diplôme d'État de docteur en médecine, D.E.S. Médecine générale, présentée et soutenue publiquement le 09 octobre 2012.
- Gurwitz J. (2004), « Polypharmacy: a new paradigm for quality drug therapy in the elderly? », *Review, Arch Intern Med*, vol. 164, n° 18, pp. 1957-1959.
- Gusfield J. (1981) *The Culture of Public Problems: Drinking, Driving and the Symbolic Order*, Chicago, Chicago University Press.
- Gutton J.P. (1992), *Naissance du vieillard*, Paris, Aubier Montaigne, (coll. Historique).
- Hacking I. (2001), *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, trad. franç., La Découverte.
- Hahn SR., Thompson KS., Wills TA., Stern V. et Budner NS. (1994), « The difficult doctor-patient relationship: Somatization, Personality and Psychopathology », *J. Clin. Epidemiol.*, vol. 47, n° 6, pp. 647-657.
- Hahn SR., Kroenke K., Spitzer RL., Brody D., Williams J., Linzer M. *et al.* (1996), "The difficult patient Prevalence, psychopathology, and functional impairment", *J Gen Intern Med*, vol. 11, p. 1.
- Hardy A-Ch. (2013), *Travailler à guérir : sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, « Recherche, santé, social ».
- Hardy A-CH. (2012), « À propos de la signification « médicale » d'une prescription (Commentaire) », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 30, n° 3, septembre, pp. 103-114.
- Hardy A-CH. (2010), *Variations sociologiques sur le thème de la médecine*, Habilitation à diriger des recherches, Université de Nantes, Ecole doctorale DEGEST (Droit, Economie-Gestion, Sociétés, Territoires), Nantes France 28 juin 2010.

- Hardy A-CH., Canevet J-P., Girard C., Jourdain M., Morel S. et *al.* (2018), Sircade-Volet 2 Étude sociologique des dynamiques de qualification et de gestion des EI médicamenteux. Rapport de recherche, Inca ; ANSM.
- Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presse de Sciences Po.
- Hassenteufel P. (2010), « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », *Informations sociales*, vol. 1, n° 157, pp. 50-58.
- Hauray B. (2006), *L'Europe du Médicament. Politique, expertise, intérêts privés*, Les presses de Sciences-Po, Paris.
- Hauray B. (2007), « Les laboratoires pharmaceutiques et la construction d'une régulation européenne des médicaments », *Revue française des affaires sociales*, vol. 12, n° 3-4, pp. 233-256.
- Hauray B. (2018), « Dispositifs de transparence et régulation des conflits d'intérêts dans le secteur du médicament », *Revue française d'administration publique*, vol. 1, n° 165, pp. 49-61.
- HAS (2013), Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?, Points clés et solutions, Organisation des parcours, décembre ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf
- Haxaire C. (1999), « D'une rationalité à l'autre : ce que masque parfois la prescription de psychotropes (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 2, pp. 53-57.
- Haxaire C., Richard E., Locquet C. et Bodénez P. (2010), « Appréhension et gestion des traitements psychotropes par les généralistes (Bretagne Occidentale) », *Revue Sociologie Santé*, vol. 31, pp. 331-347.
- HCAAM (2006), Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie sur la description de la situation financière et la présentation des principales évolutions en matière de reste à charge et d'accès aux soins ; <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2006/RAPPORT/HCAAM-2006-JUILLET-RAPPORT-RAPPORT DU HAUT CONSEIL.pdf>
- HCAAM (2010), Vieillesse, longévité et Assurance maladie. Constats et orientations. Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 22 avril 2010.
- HCAAM (2018), Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030. Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 22 novembre 2018 ; https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_personnes_agees_-_hcaam_-_22_novembre_2018.pdf

- Henrard J-C. (Dir.) (1982), *Santé publique et vieillissement : Colloque Paris 18 19 juin 1981*, Paris : Les éditions INSERM.
- Henrard J -C. (2002), « Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées », *Santé, Société et Solidarité*, n° 2, Dossier vieillissement et dépendance, pp. 73-82 ; http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2002_num_1_2_894
- Henrard J-C. (2006), « Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées », *BEH*, n° 5-6, pp. 45-47 ; file:///C:/Users/delro/Downloads/23432_8266-d1379.pdf
- Henrard J-C. et Ankri J. (2003), *Vieillissement, grand âge et santé publique*, Rennes, Éditions ENSP.
- Henrard J-C., Ankri J. et Le Disert D. (1991), « Soins et aides aux personnes âgées. Effets des caractéristiques structurelles du système sur la mise en œuvre de la politique et le fonctionnement des services », *Sciences sociales et santé*, vol. 9, n° 1, pp. 39-54.
- Heritage J. et Maynard D. (2006), « Problems and Prospects in the Study of Physicians-Patient Interaction : 30 Years of Research », *Annual Review of Sociology*, vol. 32, pp. 351-374.
- Herr M., Sirven N., Grondina H., Pichettid S. et Sermet C. (2018), « Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées », *Questions d'économie de la santé*, n° 230, IRDES.
- Herzlich C. (1982), « The evolution of relations between French physicians and the State from 1880 to 1980 », *Sociology of Health & Illness*, vol. 4, n° 3, pp. 241-253.
- Herzlich C. (1984), « Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un “groupe Balint” », *Sciences sociales et santé*, vol 2, n° 1, pp. 11-31.
- Herzlich C. (2010), « Préface », in: Bloy G. et Schweyer F-X., *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, « Métiers Santé Social ».
- Hilgartner S. et Bosk C. (1988), « The Rise and fall of social problems: a public arena model », *American Journal of Sociology*, n° 94, pp. 53-78.
- Hisbergues A. (2008), *Polymédication de la personne âgée : Étude des caractéristiques et déterminants*, Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale. Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2008.
- Hughes E. (1996), *Le Regard sociologique*, Essais choisis, Paris, Ed. de l'EHESS.
- Hummel C., Mallon I. et Caradec C., (dir.) (2014), *Vieillesse et Vieillissements. Regards sociologiques*, Presse Universitaire de Rennes.

- IGAS (2006a), Mission relative à l'organisation juridique et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales. Rapport n° 2006 002, présenté par Autume C. et Postel-Vinay D., janvier 2006.
- IGAS (2007), L'information des médecins généralistes sur le médicament. Rapport n° RM 2007-136P, présenté par Bras P-L, Ricordeau P., Rousille B. et Saintoyant V., septembre 2007.
- Illich I. (1975), *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil.
- INSERM (dir.) (2012), Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2012, XII — (Expertise collective) ; <http://hdl.handle.net/10608/2072>
- IRDES (2019), « Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins », Document de travail n° 81, juillet 2019.
- Jackson SH., Mangoni AA. et Batty GM. (2004), « Optimization of drug prescribing », *Review. Br J Clin Pharmacol*, vol. 57, n° 3, pp. 231-236.
- Jaillon P. (2006), « L'enseignement de la pharmacologie fondamentale et clinique aux étudiants en médecine : résultats d'une enquête réalisée en 2006 dans les facultés de médecine françaises », *Thérapie*, vol. 61, n° 5, octobre, pp. 439-46.
- Jean L. (2018), « La gestion des trajectoires de maladie dans une unité médicale spécialisée », in: Moutaud B. , Farnarier C. et Haxaire C., *L'innovation en santé*, Presses universitaires de Rennes, pp. 135-147.
- Joel M. et Martin C. (1998), *Aider les personnes âgées dépendantes. Arbitrages économiques et familiaux*, Rennes, Edition ENSP.
- Joseph J-P., Afonso M., Berdaï D., Salles N., Bénard A., Gay B. et Bonnet F. (2015), « Bénéfices et risques des statines en prévention primaire chez la personne âgée », *Presse Med*, vol. 44, pp.1219-1225.
- Katz Olson L. (1994), *The Graying of the World: Who Will Care for the Frail Elderly?*, Edited by Laura Katz Olson. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Kaufman SR., Shim JK. et Russ AR. (2004), « Revisiting the biomedicalization of aging: Clinical trends and ethical challenges », *The Gerontologist*, vol. 44, pp. 731-738.
- Keating P. et Cambrosio A. (2014), « Biomédecine, science et technologie : avancée et nouvelles approches conceptuelles », in: Fantini B. Lambrichs L. (dir.), *Histoire de la pensée médicale contemporaine : Évolutions, découvertes, controverses*, Paris Seuil, pp. 139-155.

- Kuty O. et Vrancken D. (1994), « Stratégies et identités professionnelles. La nouvelle valeur d'autonomie en gériatrie », in: Pavé F. (dir.), *L'analyse stratégique. Autour de M. Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*. Colloque de Cerisy, Paris, Seuil, pp. 362-368.
- Labetoulle M. (2009), « La iatrogénie : quelle ampleur, pourquoi et comment la réduire ? », *Journal français d'ophtalmologie*, vol. 32, pp. 79-82.
- Lancelle A. (2016), « Mesure et dé-mesure du *care*. Une étude de cas à partir des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », *Cahiers du GRM*, n° 10, mis en ligne le 26 décembre 2016, [En ligne] ; <http://journals.openedition.org/grm/863>
- Lancry PJ. (2007), "Médicament et régulation en France". *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4, pp. 27-51.
- Laroche M-L., Bouthier F., Merle L., Charmes J-P. (2009), « Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française », *La Revue de médecine interne* 30, pp. 592-601.
- Le Bodic C. et Hardy A-CH. (dir.) (2012), *Prescrire, Proscrire. Enjeux non médicaux dans le champ de la santé*, Presse Universitaire de Rennes.
- Lecadet J., Bidal P., Baris B., Vallier N., Fender P. et Allemand H. (2003), « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine : I-Données nationales, 2000 », *Rev Méd Assur Mal*, vol. 34, n° 2, pp. 75-84.
- Lechevalier-Hurard L. (2013), « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du travail*, vol. 55, n° 3, pp. 279-301.
- Le Cossec C. (2015), La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés ; Le Rapport de l'IRDES n° 562, décembre 2015.
- Lecomte T. (1981), *La consommation pharmaceutique des personnes âgées en institution*, CREDOC, N° Sou1981-2649, mai 1981.
- Lecomte T. et Paris V. (1994), *Consommation de pharmacie en Europe, 1992*. Allemagne, Italie, Royaume-Uni, CREDES, biblio n° 1048.
- Lecomte T. et Paris V. (1998), « Le contrôle des dépenses en médicament en Allemagne, en France et au Royaume-Uni », *Économie et statistique*, n° 312-313, mars, pp. 109-124 ; <https://doi.org/10.3406/estat.1998.2622>

- Lefebvre B. (2010), *La construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (reppop)*. Thèse Sciences de l'homme et société/ Education. Université Claude Bernard - Lyon I, Soutenue le 20 octobre 2010.
- Le Fur P. Le Pap A. et Sermet C. (1998), « La prescription des médecins libéraux en 1994 », CREDES, n° 1212, janvier 1998.
- Le Galès C., Bungener M. & le groupe Capabilités (2015), *Alzheimer : Préserver ce qui importe. Les capacités dans l'accompagnement à domicile de la maladie d'Alzheimer*, Presses Universitaires de Rennes.
- Legrain S. (2005), Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance, HAS, Synthèse bibliographique dans le cadre du programme PMSA (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé), [En ligne] ; www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf.
- Legrain S. (2007), « Mieux prescrire chez le sujet âgé en diminuant l'“underuse”, la iatrogénie et en améliorant l'observance », *Bull. Acad. Med.*, Tome 191, février, n° 2, pp. 259-270.
- Le Moigne P. (2003), « La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? », *Déviance et Société*, vol. 27, n° 3, pp. 285-296.
- Lemorton C. (2008), Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Présenté par La Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 avril 2008 ; http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P299_42059
- Lenoir R. (1979), « L'invention du “troisième âge”. Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 26, n° 1, pp. 57-82.
- Le Theule M-A., Lambert C. et Morales J. (2017), « Accompagner la mort, organiser la fin de vie. Ethnographie d'un service de soins aigus de gériatrie », *Revue française de gestion*, vol. 43, n° 262, pp. 105-121.
- Loffeier I. (2015), *Penser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*, Presses universitaires de France, Paris.
- Lorber J. (1975) « Good patients and problem patients : Conformity and deviance in a general hospital », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 16, pp. 213-225.

- Lucas-Gabrielli V. et Coldefy M. (2012), « Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins », *Collectivités territoriales et santé - Dossier coordonné par Didier Febvrel, Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 82, pp. 32-34.
- Majnoni d'Intignano B. (2001), *Economie de la santé*, Paris, Puf.
- Makdessi Y. et Pradines N. (2016), « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Études et Résultats*, n° 989, DREES, décembre 2016.
- Mallon I. (2005), *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez-soi*, Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Mallon, I. (2007), « Entre en maison de retraite. Rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et Société*, vol. 30, n° 121, pp. 251-264.
- Mallon I. et Le Bihan-Youinou (2014), « Médicalisation de la vieillesse : un juste équilibre ? Entretien avec Nicolas Foureur, Réalisé en décembre 2013 par Isabelle Mallon, Blanche Le Bihan-Youinou », *Retraite et société*, vol. 1, n° 67, pp. 159-168.
- Mallet L. et al. (2016), « La cascade médicamenteuse : comment la prévenir, la détecter et résoudre les problèmes qu'elle engendre », *Pharmactuel*, vol. 49, n° 2, pp. 136-139 ; <file:///C:/Users/delro/Downloads/1110-5619-2-PB.pdf>
- Marchand, M. et Bergeron, R-M. (1986), « Le syndrome Balint », *Revue Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 2, pp. 37-39 ; <https://doi.org/10.7202/030340ar>
- Marks H. (1997), *The Progress of Experiment. Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900–1990*, Cambridge, Cambridge University Press. Trad. française *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques*, Institut Synthélabo, « Les Empêcheurs de penser en rond », 1999.
- Martin C. (dir.), (2015), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* Presse Universitaire de Rennes, pp. 9-25.
- Masson P. (2011), « La prescription des médecins généralistes : conflit entre la profession médicale et l'assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, vol. 3, n° 83, pp. 33-57.
- Mathieu-Fritz A. et Esterle L. (2013), « Les transformations des pratiques professionnelles lors de téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches », *Revue française de sociologie*, vol. 54, n° 2, pp. 303-329.
- Memmi A. (1993), *La dépendance. Esquisse pour un portrait du dépendant*. Collection Folio essais (n° 230), Gallimard, [Première apparition 1979].
- Mizrahi A. (1978), « Micro-économie de la consommation médicale », CREDOC, n° 4637, juillet 1978.

- Monégat M. et Sermet C. (2014), « La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure », *Questions d'économie de la santé*, n° 204, décembre 2014.
- Montastruc J. et Tillement J. (2012), Pharmacovigilance : actualités et perspectives. Rapport au nom de la commission II de l'Académie Nationale de Médecine, Paris : *Académie Nationale de médecine* ; <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/pharmacovigilanceVERSION-11.pdf>
- Munnichs J. et Van den Heuvel W. (1976), *Dependency or Interdependency in Old Age*, The Hague, Martinus Nijhoff Editions.
- Ngatcha-Ribert L. (2007), « D'un no man's land à une grande cause nationale Les dynamiques de la sortie de l'oubli de la maladie d'Alzheimer », *Gérontologie et société*, vol. 30, n° 123/4, pp. 229-247.
- Ngatcha-Ribert L. (2012), *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie*, Dunod, Collection Santé sociale.
- Nicolas G. (1998), « La santé en France 1994-1998 », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la santé publique, La Documentation française.
- Nouguez E. (2017), *Des médicaments à tout prix. Sociologie des génériques en France*, Les Presses de Sciences Po, Paris.
- Nussbaum M. (2012), *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*, Paris : Flammarion-Climats.
- Nye R. (2003), «The evolution of the concept of medicalization in the twentieth century». *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, vol. 39, n° 2, pp. 115-129.
- Palier B. (2004), *La réforme des systèmes de santé*, Que sais-je ?, Puf.
- Palier B. (2005), *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1946*, Puf, « Quadrige ».
- Paperman P. et Laugier S. (dir.) (2011), *Le souci des autres : Éthique et politique du care*, Éditions de l'École de hautes études en sciences sociales [nouvelle édition augmentée].
- Pariente A. (2015), « La pharmaco-épidémiologie : une autre surveillance du médicament », *Bull. Acad. Natle Méd.*, vol. 199, n° 2-3, pp. 275-279, séance du 10 février 2015 ; <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/06/PAGE-275-280.pdf>
- Parsons T. (1951), *The social system*, Glencoe, Illinois, Free Press.
- Parsons T. (1955), *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon.

- Pauriche P. et Rupprecht F. (1998), « Le secteur pharmaceutique, un secteur aux multiples enjeux », *Économie et statistique*, n° 312-313, mars, pp. 7-20 ; https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_1998_num_312_1_2615
- Peneff J. (2005), *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Peneff J. (2008), *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées*, La Découverte.
- Perochon JM., Barberis S., et al. (1999), Étude prospective des admissions de personnes âgées pour iatrogénie médicamenteuse en Poitou-Charentes. Étude URCAM — Union nationale des caisses d'assurance maladie.
- Petit J. et Dugué B. (2013), « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 15 n° 2, [En ligne] ; <http://journals.openedition.org/pistes/3419>
- Pinell P. (2008), « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical ? », *Savoir/Agir*, vol. 3, n° 5, pp. 57-63
- Pinell P. (2009), « La genèse du champ médical. Le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, n° 2, pp. 315-369.
- Pollet G. (2001), « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIXème siècle : sociogenèse d'un nouvel âge de la vie », *Retraite et société*, vol. 3, n° 34, pp. 29-49.
- Puijalon B. (2006), « Pour une approche culturelle et sociale du vieillissement », *Documents CLEIRIPA-Cahier*, n° 22, avril, pp 5-6.
- Puijalol B. et Trincas J. (2014), « L'injonction normative au "Bien vieillir" », in: Hummel C., Mallon I et Caradec C., (dir.), *Vieillesse et Vieillissements. Regards sociologiques*. Presse Universitaire de Rennes, Rennes, pp. 61-72.
- Queneau P., Doucet J., Paille F. (2007), « Quand "déprescrire" les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? », *Bull. Acad. Nat. Méd*, Tome 191, février, n° 2, pp. 271-286.
- Queneau P. et Grandmottet P. (1998), *La Iatrogénie médicamenteuse et sa prévention*. Rapport au Secrétaire d'État à la santé, Bernard Kouchner Secrétariat d'État à la santé.
- Queneau P. et Ostermann G. (1998), *Soulager la douleur. Écouter, croire, prendre soin*, Éditions Odile Jacob.
- Ravelli Q. (2015), *La stratégie de la bactérie. Une enquête au cœur de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Seuil.

- Rimbert G. (2011), *Vieillards sous bonne garde. Réparer l'irréparable en maison de retraite*, Paris, Éditions du Croquant.
- Robelet, M., Serré M. et Bourgueil Y. (2005), « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, pp. 233-260.
- Robert D. et Gillette MD. (2000), « “Problem Patients” : A Fresh Look at an Old Vexation », *Fam Pract Manag*, juillet-août, vol. 7, n° 7, pp. 57-62.
- Rosenberg C. (2006), « Contested boundaries: psychiatry, disease and diagnosis », *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 49, n° 3, pp. 407-424.
- Rosenthal D., Marshall V., MacPherson A. et French S. (1980), *Nurses, Patients and Families*, Croom Helm, London.
- Rosman S. (2010), « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », in: Bloy G. et Schweyer F-X., *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP « Métiers Santé Social », pp. 117-132.
- Sainsaulieu I. (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du Travail*, vol. 48, pp. 172-187.
- Saint-Jean O. et Favereau E. (2018), *Alzheimer Le grand leurre*, Michalon Editeur.
- Saint-Jean O. et Somme D. (2003), « Taux d'encadrement et médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées données de l'enquête EHPA », *Gérontologie et société*, vol. 26, n° 104, pp. 13-21.
- Schelling T. (1960), *The Strategy of Conflict*, Harvard University Press.
- Schepens F. (dir.) (2013), *Les soignants et la mort*, ERES, « Clinique du travail ».
- Schweyer F.X. (2005), « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologies pratiques*, n° 11, pp. 89-104.
- Schweyer FX., Pennec S., Cresson G., Bouchayer F. (dir.) (2004), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, éditions ENSP, « Recherche, Santé, Social ».
- Sen A. K. (2010), *L'idée de justice*, Paris, Flammarion.
- Serré M. (2002), « De l'économie médicale à l'économie de la santé : Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, n° 3, pp. 68-79.

- Sifer-Rivière L. (2010), « Ce que peuvent nous dire les instruments de travail de la gériatrie et de la cancérologie sur le rôle et la place des gériatres dans l'organisation des activités médicales en oncogériatrie », *Le JOG —Le journal d'oncogériatrie*, vol. 1, n° 3/4, mai-août, pp. 125-131.
- Sifer-Rivière L., Girre V., Minard O., Gisselbrecht M. et Saint-Jean O. (2011), « Discours et attitudes professionnelles en oncogériatrie : vers un activisme médical dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer ? », *Hématologie*, vol. 17 (supplément 2), pp. 19-27.
- Sivarasalingam K. (2015), *Déprescription des médicaments à balance bénéfice-risque défavorable dans un cabinet de médecine générale à Gennevilliers*, Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Présentée et soutenue publiquement le 17 mars 2015 ; http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4862_SIVARASALINGAM_these.pdf
- Smith S. (1997), « Dealing with the 'difficult' patient », in: Hind CRK (ed.). *Communication Skills in Medicine*. London: BMJ Publishing Group, pp. 101-114.
- Soissons T. (2016), *Prescriptions médicamenteuses sous-optimales en EHPAD : étude observationnelle transversale*, Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Université Paris Diderot, Faculté de médecine. Présentée et soutenue publiquement le 12 avril 2016.
- Starfield B. (2011), « The hidden inequity in health care », *International Journal for Equity in Health*, vol. 10 p. 15 ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3094214/>
- Strauss A. (1992), *La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger) Paris, L'Harmattan.
- Strauss A. et Corbin J. (1998), *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded Theory* (2^e édition) : Sage Publications, Inc. (United States, London, New Delhi).
- Szasz, T S. (1961), *The Myth of Mental Illness*, New York, Harper and Row.
- Tabuteau D. (2007), « La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 3, n° 16, pp. 87-103 ; <https://doi.org/10.3917/seve.016.0087>
- Thiaudière C. (2012), « Les usages médicaux de l'écrit. Prescription et institution de la maladie », in : Coton, Christel, et Laurence Proteau (Eds), *Les paradoxes de l'écriture : Sociologie des écrits professionnels dans les institutions d'encadrement*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, pp. 193-211.
- Thomas H. (2005), « Le "métier" de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse », *Politix*, vol. 4, n° 72, pp. 33-55 ; <https://www.cairn.info/revue-politix-2005-4-page-33.htm#no12>

- Timmermans S. et Angell A. (2001), « Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty, and Learning to Doctors », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 42, n° 4, pp. 342-359.
- Timmermans S. et Berg M. (2003), *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based-Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia, Temple University Press.
- Pereira P.L. et Tourette-Turgis C. (2019), « La construction de la maladie chronique et du sujet malade comme objet de recherche dans les sciences humaines et sociales », décembre 2019, [en ligne] ; <https://crf.hypotheses.org/451>
- Trépiéd V. (2014), « La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants. Étude de cas entre deux Ehpad, public et privé », *Retraite et société* vol. 1, n° 67, pp. 93-110.
- Tulle E. et Lynch R. (2010), « Later Life », in: Chris Yuill, Alastair Gibson (eds.), *Sociology for Social Workers An Introduction*, SAGE Publications, pp. 116–137.
- Tully J. (2001), « Une étude de la politique de l'identité », *Comprendre*, n° 1, pp. 193-218.
- Urfalino, P., Bonetti E., Dalgalarondo S., Hauray B. et Hemery-Bourgeois I. (2001), Les recommandations à l'aune de la pratique. Rapport sur les pratiques des médecins généralistes, CSO-CNRS.
- Vega, A. (2011a), « Les surprescriptions de médicaments en France : le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique » — Recherche en ethno-sociologie médicale, Paris : *Formindep*, pp. 36.
- Vega, A. (2011b), *Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français*, Paris, CERMES, Rapport final CNAM/TS.
- Vega, A. (2012), « Positivism et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, pp. 71-102.
- Velpry L. (2008), *Observance et sciences sociales. Synthèse de littérature*. Paris, Rapport pour la Chaire Santé de Sciences Po.
- Velpry L. et Eyraud B. (2014), « Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : Recompositions et enjeux », in : Pascal J.-C., Hanon C. *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*, Doin, pp. 193-212.
- Verger P. (2013), « La politique du médicament en EHPAD ». Rapport remis au Ministère des Affaires sociales et de la santé, décembre 2013.
- Vincent J. A. (2003), *Old age*, London ; New York (N.Y.), Routledg.

- Vincent J. A. (2006), « Ageing Contested : Anti-Ageing Science and the Cultural Construction of Old Age », *Sociology*, vol. 40, n° 4, pp. 681-698.
- Vinquant J-P et Mayo-Simbsler S. (2010), « Vieillissement et prise en charge des maladies chroniques » *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 72, septembre.
- Weber F. (2012), « Être pris en charge sans dépossession de soi ? », *ALTER - European Journal of Disability Research*, vol. 6, n° 4, pp. 326-329.
- Weber M. (1957), *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*, Londres, Unwin University Books, pp. 91-92, (trad. Talcott Parsons).
- Weitz R. (2010), *The sociology of health, illness, and health care : a critical approach*. 5th ed. Belmont (Calif.): Wadsworth Cengage Learning.
- Williams AP., Cockerill R. et Lowy FH. (1995), « The physician as prescriber. Relations between knowledge about prescription drugs, encounters with patients and the pharmaceutical industry, and prescription volume », *Health and Canadian Society*, vol. 3, n° 1-2, pp. 135-166.
- Williams S.J., Martin P. et Gabe J. (2011), « The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis », *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, pp. 710-725.
- Wils J. (2015), « Les attentes des usagers : au-delà de la plainte... », in: Georges-Tarragano C. (dir.), *Soigner (l') humain*, Presse de l'EHESP, « Controverses », pp. 21-29.
- Wright A. L. et Morgan W. J. (1990), « On the creation of 'problem' patients », *Social Science & Medicine*, vol. 30, Issue 9, pp. 951-959.
- Young A. (1989), « There is no such thing as geriatric medicine, and it's here to stay », *The lancet*, vol. 334, issue 8657, pp. 263-265.
- Zola, I.K. (1972), « Medicine as an institution of social control », *Sociological Review*, vol. 20, pp. 487-504.

Annexes :

Annexe n° I. – Matériaux et instruments

- *Liste de professionnels interrogés*

PROFESSION	SEXE	AGE	POSTES/EXERCICE	FORMATION GERIATRIQUE	ENGAGEMENT
Médecin généraliste	Femme	29	Remplaçante en cabinet de groupe (libéral)		
Médecin généraliste	Femme	30	Remplaçante en cabinet de groupe (libéral)	Stage de gériatrie	
Médecin généraliste	Femme	32	Remplaçante en cabinet (libéral)		
Médecin généraliste	Femme	32	Cabinet de groupe (libéral)		
Médecin généraliste	Homme	32	Remplaçante en cabinet libéral individuel		
Médecin généraliste	Homme	32	Cabinet de groupe (libéral)	Stage de gériatrie	
Médecin généraliste	Femme	33	Cabinet de groupe (libéral)		
Médecin généraliste	Homme	33	Remplaçant cabinet de groupe (libéral)		
Médecin généraliste	Homme	33	Remplaçant cabinet libéral		
Médecin généraliste	Homme	34	MSP (libéral)		
Médecin généraliste	Homme	39	Cabinet de groupe (libéral)		
Médecin généraliste	Homme	62	Cabinet libéral individuel		
Médecin généraliste	Homme	40	MSP/ médecin traitant en Ehpad (libéral)	D.T.U. Maintien des personnes âgées à domicile	
Médecin généraliste	Femme	56	Cabinet de groupe/ médecin traitant en Ehpad (libéral)	Capacité en gériatrie	
Médecin généraliste	Femme	52	MSP/ médecin traitant en EHPAD (libéral)		
Médecin généraliste	Femme	52	Cabinet de groupe/ médecin traitant en EHPAD (libéral)		

Médecin généraliste	Homme	57	Cabinet libéral individuel/ médecin traitant en Ehpad		
Médecin généraliste	Homme	45	Médecin coordonnateur d'Ehpad public à Versailles	Capacité en gériatrie	
Médecin généraliste	Homme	53	Médecin coordonnateur de 2 Ehpad privés à but non lucratif dans la région Pays de la Loire	Capacité en gériatrie	
Médecin généraliste	Homme	64	Mi-temps cabinet libéral/ médecin coordonnateur d'Ehpad	Capacité en gériatrie	Formateur SFTG
Médecin généraliste/ Gériatre	Femme	33	Praticien mi-temps AP-HP/libéral	DESC II Gériatrie	
Gériatre	Femme	47	Praticien plein-temps AP-HP	DESC II Gériatrie	
Gériatre	Homme	36	Praticien plein-temps AP-HP	DESC II Gériatrie	
Gériatre	Femme	56	Praticien plein temps AP-HP	Capacité en gériatrie	
Infirmière	Femme	46	IDE Ehpad		
Infirmier	Homme	42	Ehpad		
Infirmière	Femme	41	Ehpad		
Infirmière	Femme	23	Vacataire Ehpad		
Infirmière	Femme	26	Stagiaire Ehpad		
A-S	Femme	54	Ehpad		
A-S	Femme	39	Ehpad		
AMP	Femme	40	Stagiaire Ehpad		
Médecins conseil de l'AM	Femme	52	CNAMTS		
Médecins conseil de l'AM	Femme	54	CNAMTS		
Médecin généraliste	Femme	54	Cabinet de groupe/ médecin traitant en EHPAD (libéral)		Trésorière SFTG/ Groupe Princes
Dr Alain Siary					Formateur SFTG/ Groupe Princes
Dr Jean-Claude SALOMON					Groupe Princes
Bruno Toussaint					Chef de rédaction de la revue <i>Prescrire</i>

Tableau 4: Liste de professionnels interrogés [Annexe I. Matériaux et instruments]

- **Thèmes qui structurent les entretiens et méthode d'analyse**

Auprès des professionnels médicaux, les thèmes qui structurent le questionnaire portent sur :

- Conception du « patient âgé »
- Relation de soin
- Stratégies et méthodes de prise en charge
- Traitements médicamenteux utilisés
- Gestion de prescriptions et d'ordonnances
- Formation et sources d'information
- Rapport aux collègues ; Réseau de correspondants

Auprès des professionnels paramédicaux, les thèmes qui structurent le questionnaire portent sur :

- Rôle et missions dans l'organisation
- Difficultés du travail autour du médicament
- Les enjeux de son activité auprès de personnes âgées
- Le rapport aux équipes
- Vision sur le rapport des personnes âgées aux médicaments

Ces thèmes seront introduits par des questions ouvertes pour recueillir l'opinion des interrogés.

- *Méthode d'analyse :*

L'analyse est réalisée à l'aide d'un dispositif informatique, mais pas exclusivement par un programme d'ordinateur.

- En premier lieu, les entretiens sont lus et relus plusieurs fois pour comprendre les discours dans leur contexte,
- En deuxième lieu, les thèmes principaux sont relevés à l'aide du logiciel d'analyse RQDA³⁹³,
- En troisième lieu, des catégories d'analyse sont identifiées dans chaque thème,
- En quatrième lieu, l'information recueillie est confrontée à la bibliographie spécifique.
- Ensuite, les ressemblances et les différences entre les catégories d'analyse sont cherchées afin d'établir des sous-catégories.
- Enfin, les citations sont anonymisées.

Encadré 5 : Grille d'entretiens [Annexe I. Matériaux et instruments]

- **Plan d'observation en EHPAD : éléments de contexte et d'interprétation**

1- Les actions autour de la prise en charge médicamenteuse

- Observer l'activité du milieu :

- o Date (jour), heure, durée de l'activité, le contexte du milieu et tout ce qui peut influencer sur l'action (les gestes, interactions, expressions verbales et non verbales).

- Faire de comptages :

- o Flux de personnes, nombre d'interactions entre : le médecin et les infirmières, entre : les infirmières et les aides-soignantes, entre : les aides-soignantes et les résidents, entre : les résidents/patients et les médecins, etc.
 - Autorité : Qui exerce l'autorité, qui la subit et comment ? Existence ou absence des sanctions, accommodements aux règles, répartition du pouvoir (hiérarchies).
 - Nombre de décisions prises (ordres, contre-ordres)
 - Temps passés en réunion, en consultation, dans une activité administrative
 - Fréquences des conflits ou désaccords

2- Les groupes sociaux observés : classés selon leurs caractéristiques sociodémographiques (sexe ; âge ; profession), leur place dans la répartition d'activités (qui fait quoi), leur rôle. Qui sont les acteurs principaux et secondaires dans : les réunions, les consultations médicales, l'activité administrative...

3- Les dispositifs matériels (notamment pour la circulation de médicaments) :

- *Implantation et localisation des lieux :*

- Où se rédigent les ordonnances ? Qui intervient ?
- D'où viennent les médicaments ? Qui les apporte ? Quand ? À quel moment ? À quelle heure ?
- Qui reçoit le médicament ?
- Où se trouvent les médicaments ? Comment s'organise l'emplacement des médicaments dans la salle ?

- *Instruments utilisés et produits :*

- Comment sont préparés les médicaments ? Qui les prépare ? Quels instruments sont utilisés ?

- *La prise de médicaments*

³⁹³ RQDA est un logiciel libre d'analyse qualitative. Il permet principalement de coder des données textuelles.

- Comment sont distribués et administrés les médicaments ? Qui les distribue, qui aide à leur prise ? Quand ? Combien de temps prend cela ?
 - Comment sont-ils reçus par les résidents ? (Recueillir les types de résidents : par exemple ceux qui acceptent facilement de les prendre et ceux qui refusent)
 - *La prise de médicaments* : en quoi consiste le rituel (règles et habitudes) ?
 - *Autres* : type de décor, tenues vestimentaires de travail ou de présentation
- 4- Le point de vue des participants : (*professionnels et résidents*) : Quels sont les propos exprimés ? Comment s'expriment-ils ?
- 5- Place de l'observateur : rôle, position, relation avec les participants

Encadré 6 : Carnet d'observation [Annexe I. Matériaux et instruments]

Annexe n° II. – Questions d'éthique de la recherche

CEEI - IRB

Comité d'Evaluation Ethique
de l'Inserm

IRB00003888

Instituts
thématiques



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Nos réf: CD/VB 17-073
Dossier suivi par :
Christine DOSQUET - CEEI
[@ : ceei@inserm.fr](mailto:ceei@inserm.fr)

Mme Laura DEL ROCIO DUPRAT
62, Rue Julien Lacroix
75020 PARIS

Paris, le 1^{er} juin 2017

Madame,

Veuillez trouver ci-joint votre **avis n°17-385** pour votre projet intitulé :

"Soigner les personnes âgées. Pour une sociologie de la prescription médicale",

examiné lors de la réunion du CEEI du 23 mai 2017.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Valentyna Balan
Secrétaire du CEEI

Annexe n° III. – Revue de presse

Justification du choix du quotidien Sud-Ouest

À côté d'une recherche effectuée sur le quotidien généraliste *Le Monde*, fondé en 1944, presse généraliste de référence par l'importance de sa diffusion nationale, nous avons utilisé une presse régionale. L'utilisation du quotidien régional *Sud-Ouest*, fondé en 1944, a été choisie par son intérêt sur plusieurs aspects. Il comporte une des plus vastes bases historiques par rapport à d'autres journaux régionaux. L'utilisation de ce quotidien permet d'apporter une information sur les principaux titres diffusés au niveau régional dans la période qui nous concerne et en dehors de la région parisienne, ce qui permet de donner un caractère original à notre travail. La région Sud-Ouest est de plus une des rares régions en France qui ont apporté une discussion et une production importante d'études sur les questions de santé des personnes âgées. Dans cette région est née Paquid (personnes âgées-Quid) en 1988, la première cohorte française recrutée en population générale (75 communes de Gironde et Dordogne) et le premier programme de recherche épidémiologique sur le vieillissement. Ensuite, l'étude des 3 cités (3C) conduite dans les villes de Bordeaux, Dijon et Montpellier, avec le suivi de plus de 9200 personnes âgées de plus de 65 ans pendant 4 ans. Initiée en 1999, 3C étudie la relation entre facteurs de risque vasculaire et maladies neurodégénératives (Alpérovitch, 2012). Enfin, l'importance donnée aux études sur le vieillissement dans cette région permet de mettre en lumière les collaborations et une certaine alliance des savoirs professionnels qui circulent entre centre de recherche, université et centre hospitalier dans la première instance de construction du problème. La région Sud-Ouest en soi-même est ainsi importante par la présence de certaines personnalités renommées qui se sont intéressées à ces questions dans plusieurs sphères de la santé et dont nous pouvons citer quatre :

– le Professeur Jean-François Dartigues, (Bordeaux), médecin chercheur membre de l'équipe « psychoépidémiologie du vieillissement et des maladies chroniques » au sein du Centre de Recherche Inserm U 1219 (Université de Bordeaux). Ses recherches portent sur l'épidémiologie et la neuropsychologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Il est reconnu notamment par ses travaux sur le suivi de cohortes de personnes âgées. Il est ainsi le principal responsable de l'équipe bordelaise qui a lancé la cohorte Paquid (3 777 personnes suivies depuis 1988 soient bientôt trente ans, une des plus anciennes au monde). De plus, il est investigateur principal de la cohorte 3C (10 000 personnes suivies depuis 1999) et dans l'étude AMI (cohorte de 1 000 agriculteurs âgés). Outre la publication de nombreux articles dans des revues de médecine, de pharmacologie et de gériatrie, les principaux résultats de ces cohortes ont eu une répercussion particulière dans la presse régionale *Sud-ouest* depuis la fin des années 1980. Enfin, le prof. Dartigues a été nommé expert auprès de la Commission chargée de la préparation de Plan Alzheimer 2008-2012 du Président de la République en tant que responsable du groupe Économie, Finances, Prospective.

– le Professeur Jean-Louis Montastruc, (Toulouse), est chef du service de pharmacologie médicale et clinique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse et élu à l'Académie nationale de médecine. En tant que spécialiste en pharmacologie clinique, discipline qu'il a contribué à fonder et à développer en France, son travail est consacré à l'optimisation du bon usage du médicament. Il dirige également le Centre Midi-Pyrénées de

pharmacovigilance, de pharmacoépidémiologie et d'informations sur le médicament (CRPV), structure de diagnostic et de prise en charge du risque médicamenteux, dont il a fait une place forte de l'évaluation de la sécurité et de la balance bénéfice/risque des médicaments en France. Son expertise en pharmacoépidémiologie et en pharmacovigilance lui vaut d'être consulté sur le médicament par des responsables de l'État et par diverses agences nationales (ANSM, HAS) ou internationales (agence européenne) du médicament. Ceci est également le cas pour le Prof. Dartigues, ce qui permet de constater des lieux de rencontre comme moyen de communication des secteurs d'expertise différents. [Voir par exemple leur participation conjointe dans la Commission de l'Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments de l'ANSM (1998), « Étude de la prescription et de la consommation de psychotropes en ambulatoire »]. Les travaux de recherche du Prof. Montastruc ont été publiés dans des revues internationales et sont largement reconnus au niveau mondial. Il fait partie des comités éditoriaux des grandes revues mondiales de pharmacoépidémiologie et pharmacologie clinique.

– Bernard Bégaud (Bayonne ; Bordeaux) est professeur de Pharmacologie à l'Université de Bordeaux. Ses activités de recherche incluent l'évaluation du risque d'utilisation des produits de santé et la détermination des facteurs associés ainsi que l'évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations. Il est également membre de l'équipe de recherche *Médicament et Santé des Populations* du Centre de Recherche Bordeaux Population Health Research Center INSERM 1219, issue de l'unité INSERM 657 Pharmaco-épidémiologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations ; unité qu'il a dirigée de 2005 à 2015. Il a également été directeur du Département Hospitalo-Universitaire de Pharmacologie de Bordeaux de (1995-2003). Durant cette période, il était doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux (1997-2002). Il a ensuite été élu Président de l'Université de Bordeaux II de 2002 à 2008 puis fut fondateur et premier président de l'Université de Bordeaux (2007-2008). Outre ses publications sur la pharmacovigilance, Bégaud a rédigé des rapports confiés par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Madame Marisol Touraine, notamment sur la promotion du bon usage de médicaments en 2013 et sur la vie réelle des médicaments en 2017.

– le Dr Claude Béraud, (Bordeaux) est professeur honoraire à l'université de Bordeaux, ancien vice-président de la Commission de la transparence de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), ancien membre du Conseil médical et scientifique permanent de la Mutualité Française et ancien médecin-conseil de l'assurance maladie. Ses travaux sur l'organisation du système des soins, la qualité des soins et la gestion des risques du médicament ont un important retentissement médiatique. En janvier 1970 il écrit deux articles intitulés « La surconsommation médicale » dans le journal *Le Monde*. Il est auteur de deux livres sur le médicament, *Petite encyclopédie critique du médicament* en 2002 et *Les médicaments sans tabou* en 2005. Bien que ses travaux n'aient pas spécifiquement comme objet la situation des personnes âgées, Claude Béraud s'appuie souvent le cas de personnes âgées pour expliquer les faiblesses de l'organisation des soins. Ainsi, certains de ses articles publiés dans la revue *Sciences sociales et santé* critiquent le recours accru des personnes âgées aux hospitalisations et aux urgences, mettant en avant un défaut de formation clinique de médecins encore centré sur les soins curatifs et peu adaptés à la prévention de maladies chroniques et aux besoins particuliers des

personnes âgées. [Voir notamment : Béraud C. (1983), « L'économie médicale, une espérance déçue » (Commentaire), *Sciences sociales et santé*, vol. 1, n° 2, pp. 79-97 ; et Béraud C. (2002), « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4 ; Vingt ans. Numéro anniversaire. pp. 37-74]

Annexe n° IV. – Thèmes relatifs à la santé des personnes âgées dans la Loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004

SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES				
	OBJECTIF		OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif quantifiable.	98	Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008).		* Prévalence des personnes de plus de 70 ans présentant un taux d'albumine sérique < 35 g/l (par âge, sexe et selon le lieu de vie).
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	99	Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008.	Améliorer les connaissances relatives aux circonstances, facteurs déterminants des chutes, notamment en institution.	* Incidence des chutes chez les personnes de plus de 65 ans (par sexe).
	100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.	Préciser la fréquence, le type et les circonstances des prescriptions inadaptées.	* A construire

Tableau 5 : Objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 concernant la prescription pour les personnes âgées [HCSP, 2010]

Source : HCSP (2010), Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, Propositions, « Collection Avis et rapports », pp. 33-58 ; https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf

Annexe n° V. – Recommandations et références sur la « polyprescription »

ANNEXES

ANNEXE 4

Recommandations et Références – ANDEM 1995

Prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans.

La prescription médicamenteuse après 70 ans impose de connaître les antécédents du malade, ses maladies en cours et ses facteurs de risque.

- Il est nécessaire de hiérarchiser les objectifs thérapeutiques en prenant en compte le pronostic vital et fonctionnel, et la qualité de vie. Les objectifs thérapeutiques doivent être clairs pour le médecin qui les expliquera au malade et si nécessaire à son entourage. Il importe en particulier de bien séparer ceux qui visent au traitement d'une maladie aiguë transitoire de ceux qui visent au traitement d'une maladie chronique.
- Avant de prescrire, il faut connaître les antécédents thérapeutiques et les traitements en cours: demander au malade d'apporter les ordonnances des différents prescripteurs; s'enquérir des médicaments consommés, y compris par l'automédication qui doit être systématiquement recherchée sans omettre les pommades et les collyres; les médicaments en vente libre comme les antalgiques à visée anti-inflammatoire, l'aspirine, les laxatifs, etc... doivent être particulièrement recherchés; apprécier la consommation d'alcool et de tabac; pour éviter le double emploi et le risque thérapeutique additif, repérer tous les médicaments qui appartiennent à la même classe thérapeutique, ou qui contiennent le même principe actif, ou qui ont des propriétés pharmacologiques communes en relation ou non avec l'effet thérapeutique recherché (anticholinergiques, neuroleptiques dits "masqués" etc...).
- Pour prescrire, il est nécessaire : de connaître le poids des malades pour adapter la posologie (ex : théophylline, digoxine); de rechercher une déshydratation et/ou une dénutrition; de connaître la fonction rénale et d'adapter la posologie des médicaments à élimination urinaire quand elle est altérée.
- La détermination de la créatinine sérique ne suffit pas: une créatininémie normale au grand âge ne signifie pas que la fonction rénale soit normale car la production musculaire de créatinine diminue dans la même proportion que la filtration glomérulaire (en moyenne 40 % après 80 ans).
- La fonction rénale peut être valablement estimée par la détermination de la clairance de la créatinine à l'aide de la formule de Cockcroft ou par le nomogramme de Kampman; ces deux outils d'évaluation de la fonction rénale devraient être insérés dans le dossier médical.
- L'estimation de la clairance de la créatinine doit être faite avant la prescription et, de plus, répétée lors d'un épisode aigu ou annuellement.
- On doit rechercher une hypotension orthostatique en prenant la tension artérielle couché puis debout (1, 3 et 5ème minutes) et modifier l'ordonnance si cette anomalie est mise en évidence.
- Il est nécessaire de s'assurer de l'aptitude du malade à comprendre et à utiliser le traitement prescrit : il convient d'évaluer l'autonomie en particulier manuelle et dépister d'éventuels troubles de la vision; il convient de s'assurer que le malade a compris les objectifs et les modalités de la prescription, en cas de difficultés motrices ou psychiques, une aide adaptée sera proposée (pilulier, assistance d'une tierce personne pour l'administration des médicaments).
- Comme à tout âge, il faut vérifier que les associations prescrites ne provoquent pas d'interactions médicamenteuses à incidence clinique en se référant au fascicule annexé au dictionnaire Vidal.
- Au moment de prescrire, il faut : prendre des précautions particulières pour les médicaments à marge thérapeutique étroite (digoxine, théophylline, anti-vitamine K, sulfamides hypoglycémisants, anti-convulsivants, etc...), et pour les classes thérapeutiques ayant un impact sur les fonctions cognitives et qui risquent de provoquer une somnolence, une confusion ou des troubles de la coordination et du tonus musculaire (risque de chute); penser à la présentation du médicament : éviter les gouttes qui exposent à des erreurs de comptage (proscrire l'utilisation simultanée de deux médicaments actifs sous forme de gouttes), les formes galéniques peu pratiques (suppositoires); penser à des horaires faciles à mémoriser adaptés à la vie du malade et à la pharmacocinétique du médicament; préférer les médicaments à durée d'action courte et éviter les doses de charge; rédiger l'ordonnance en détaillant l'horaire des prescriptions.
- La prescription d'un nouveau médicament nécessite que l'on prenne en compte l'ensemble des traitements en cours. Une concertation entre les différents prescripteurs est nécessaire. Le carnet médical de suivi est un outil utile à cet effet et devrait être étendu à l'ensemble des prescriptions des personnes âgées de plus de 70 ans.
- Lors du traitement de deux maladies ou plus, les prescriptions inscrites sur le dossier médical de suivi (qui a un caractère légal à partir du 1er janvier 1995) doivent être regroupées sur une seule fiche de synthèse et écrites de manière très lisible avec un calendrier de prescription expliqué au malade. Le traitement doit être expliqué à l'entourage.
- Chez un sujet âgé de plus de 70 ans, déjà soumis à une prescription pluri-médicamenteuse (plus de 2 thérapeutiques), il convient d'éviter l'addition de médicaments, dont l'efficacité reste à établir, et identifiés dans le dictionnaire Vidal par les mentions : "proposé dans", "utilisé dans", "utilisé comme".
- Chez un sujet âgé de plus de 70 ans, une réévaluation pluriannuelle de toutes les thérapeutiques prescrites doit être faite. Cette réévaluation périodique doit éviter l'utilisation excessivement prolongée de certains médicaments, et simplifier les ordonnances, afin d'augmenter l'observance des traitements indispensables par les malades.

Encadré 7 : "Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans » [ANDEM, 1995]

Source : Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans In : Recommandations et références médicales, ANDEM, ed., 1995, Tome 2.

Annexe n° VI. – Extrait de consultation de suivi gériatrique

Extrait d'observation de consultation de suivi gériatrique du gériatre [H-36] du 29/06/2017

Patient : C'est le cas du Mr Sy, âgé de plus de 80 ans, d'origine sénégalaise, il parle français, mais il dit ne pas avoir été scolarisé, pendant sa vie active il a été magasinier. Il se présente au rendez-vous de suivi d'hospitalisation accompagné de son fils.

– Cadre clinique : Mr Sy est atteint d'une sarcoïdose pour laquelle il a une prescription de Corticoïde à forte dose et sur une longue période (le médicament a été repris 3 fois pendant au moins 15 jours au cours des 4 derniers mois jusqu'à la date de cette consultation).

– Situation : Le fils du Mr Sy raconte au gériatre que le retour à la maison depuis l'hospitalisation à Saint Louis (APHP) ne s'est pas bien passé à cause des médicaments. Une ou deux semaines après son dernier passage à Saint Louis, où l'on avait réduit la dose de Corticoïde, de 25 milligrammes à 20 milligrammes, le fils constate des effets négatifs du médicament qu'il décrit au gériatre comme « alarmant » car son père a « beaucoup d'oublis et beaucoup de confusion ».

Dr : Ça a été difficile à la maison depuis le retour de Saint-Louis ?

Fils : oui, à cause des médicaments.

Dr : vous avez les ordonnances ?

Fils : Le compte rendu.

Dr : (Regarde le compte rendu d'hospitalisation et lit à voix haute entre lignes) « Il a fait une sarcoïdose et une récurrence est supposée avec la CORTICOÏDE à forte dose »... « pas de micromodules ». « On a repris la CORTICOÏDE en avril pendant 15 jours ». (En s'adressant au fils) Il y a toujours des vertiges ?

Fils : ça c'est fini, mais le corticoïde lui provoque une grande confusion

Dr : à Saint Louis il était comment ? Comme à l'HDJ ?

Fils : bien

Dr : Qu'est-ce qui est apparu et quand ?

Fils : il y a 3 semaines, beaucoup d'oubli et beaucoup de confusion, il oublie par exemple s'il y a quelqu'un qui vient à la maison et il oublie ce qu'il fait. Il a perdu son portefeuille cette semaine.

Dr : La dégradation est apparue il y a 15 jours, 3 semaines ?

Fils : oui

Dr : Vous avez déjà constaté des oublis ? Sur quoi ?

Fils : Il y a plusieurs mois, des objets, mais là c'est préoccupant, c'est beaucoup plus que d'habitude !

Le gériatre poursuit le questionnaire sur les symptômes racontés par le fils de Mr Sy, en creusant sur ses oublis. Sans expliquer au patient ou à son fils son propos, le gériatre semble s'orienter vers un diagnostic d'origine cognitif, et démarre un test de mémoire, de type MMS. Il faut noter que le gériatre commence le test sans faire l'introduction protocolaire « je vais vous poser quelques questions pour préciser comment fonctionne votre mémoire... ». Mr Sy s'en sort bien lors de la première épreuve du MMS, consistant à évaluer son orientation. Mais il ne s'en sort pas bien dans les autres épreuves. Avant de poursuivre le test MMSE le gériatre demande au patient son niveau d'étude auquel le patient répond qu'il n'a pas eu l'opportunité d'être scolarisé. Le gériatre enchaîne ensuite l'épreuve d'apprentissage consistant à retenir 3 mots ; l'épreuve du calcul mentale, l'épreuve du rappel des 3 mots retenus, et il finit par l'épreuve du langage consistant à nommer des objets.

Dr : Vous avez des difficultés de savoir quel jour on est ?

Mr Sy : Je ne sais pas ce que je prends

Fils : J'ai constaté des oublis, c'est alarmant, quand je lui rends visite, la maison n'est pas rangée, les papiers sont partout, comme s'il cherchait quelque chose dans les tiroirs...

Dr : Vous voyez de choses bizarres ? Des animaux, des gens que... ?

Fils : non

Dr : Quel jour on est ?

Mr Sy : lundi

Dr : saison

Mr Sy : été

Dr : Hôpital :

Mr Sy : X (bonne réponse anonymisée)

Dr : Étage

Mr Sy : ça, je n'ai pas remarqué.

Dans quelle ville : Paris

Département : Paris

Dr : vous avez fait l'école jusqu'à quel âge ?

Mr Sy : Pas d'école, je n'ai pas eu la possibilité, j'ai travaillé dans le commerce, j'étais magasinier

Dr : Je vous donnerai 3 mots que je vous demanderai plus tard : « feuille, tulipe, canard » (Mr Sy répète les mots)

Vous pouvez compter de 100 en retirant 7 à chaque fois ? (Mr Sy déchiffre des numéros qui ne correspondent pas au comptage demandé)

Épeler MONDE à l'envers (le patient épelle les lettres du mot dans un sens différent à celui qui est demandé)

Dr : Ok on fait un autre. Vous rappelez-vous les 3 mots de tout à l'heure ? (le patient ne se rappelle pas)

Dr : montre des objets au patient en espérant qu'il les nomme : montre, téléphone, stylo

(Mr Sy répondre aux ordres)

Maintenant je vais vous dire une phrase sans sens que vous devez la répéter : « pas de, mais, de si, ni de et » (Mr Sy rit d'un air méfiant et répète la phrase)

Dr : (Il passe à la fin du test pour évaluer la Praxis constructive consistant à recopier un dessin composé par deux figures géométriques) Vous pouvez recopier ce dessin ? (Mr Sy a du mal à tenir le crayon sa main droite tremble, et il a une atrophie dans la main gauche)

Dr (Revient sur l'épreuve de Langage) Pouvez-vous m'écrire une phrase avec verbe sujet et complément ? (Mr Sy écrit « Le monde est beau »).

Dr : « C'est bien ».

Examen clinique.

Dr : A la maison vous arrivez à vous habiller ?

Fils : Il a du mal sur les boutons de la chemise ; pas de difficultés pour la toilette.

Dr : Vous avez de fuites urinaires ?

Mr Sy : non, j'arrive

Dr : montrez-moi comment vous marchez.... Il est toujours sur sa dose de CORTICOÏDE depuis Saint-Louis ?

Fils : ça a changé de 25 à 20 milligrammes depuis le 6 juin

Dr : Vous êtes claustrophobe ?

Mr : Non

Dr : il a les joues qui ont gonflé avec le corticoïde

Fils : Ces derniers jours depuis le 10 juin ça s'est quand même amélioré !

Dr : Vous avez un service de ménage 3 fois par semaine... Vous avez l'APA ?

Fils : oui

Dr : Il est GIR combien ? :

Fils : 2 il me semble

Dr : (il affirme d'un ton bas et étonné) Il a plus d'aides que ça s'il est GIR 2

Fils : (il continue sur les effets du médicament) C'est après son passage qu'il a commencé

Dr : juste après Saint Louis ?

Fils : oui 1 ou 2 semaines après

Dr : Il raconte de choses bizarres ?

Fils : non, ça a du sens, mais il y a des confusions

Dr : c'est confus ou il raconte quelque chose puis il oublie ?

Fils : je lui demande où tu as mis ton portefeuille et il me dit je ne sais pas

Dr : et ça pour vous c'est brutal ?! (Exclamation dans un ton de moquerie)

Fils : mais c'est préoccupant !

Dr : vous vous endormez ?

Mr Sy : Non

Dr : vous ronflez ?

Mr Sy : Non

Dr : personne ne l'aide pour s'habiller le matin ?

Fils : non, aide à la toilette, mais pas tous les jours

Dr : vous avez mal au ventre ? vous êtes constipé ?

Mr Sy : Non, non

Dr : Avant le départ au Sénégal vous n'aviez pas d'oublis ni des joues gonflées ?

Fils : Non, mais là c'est préoccupant, quand je suis allé chez lui, il y avait ses vêtements par terre, des papiers journaux par tout, l'aide-ménagère l'a aussi dit

Dr : On va peut-être le prendre quelques jours en hospitalisation pour faire le point, début de la semaine prochaine. Vous avez la possibilité de faire une IRM avant l'hospitalisation ? Pour voir un peu ce qui se passe ?

Fils : oui

Dr : Fait l'ordonnance pour l'IRM

Fils : entre temps le médecin de Saint-Louis devrait le voir, mais on n'a pas de rendez-vous, donc aujourd'hui on devrait le voir peut-être il vous contactera

Dr : (Donne les coordonnées du labo pour faire l'IRM) « On va communiquer pour le mettre en observation et faire une prise de sang, etc. Il va falloir renforcer les aides à la maison. Le docteur écrit dans le dossier : il est sur 20 milligrammes depuis le 6 juin ». Un électro-encéphalogramme et on verra comment ça se passe en observation.

Fils : après il a un médicament qu'il n'avait pas avant le PRINCI-B (troubles neurologiques)

Dr : mais ça c'est de la vitamine, ça n'a pas d'incidence !

Annexe n° VII. – Présentation de l'Ehpad étudié : caractéristiques propres et comparaisons avec d'autres Ehpad

La comparaison de la situation de l'Ehpad étudié (profil d'activité, des résidents et des acteurs intervenant dans la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées) avec la situation d'autres Ehpad au niveau régional et national permet de saisir ses particularités et le niveau de généralité que l'on peut faire de notre analyse.

Profil de l'Ehpad

Notre analyse se base sur une enquête de terrain réalisée en 2016 principalement dans un Ehpad privé à but non lucratif (63 résidents) du Val-de-Marne³⁹⁴. En France, 693 000 résidents vivent en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 (DREES, 2014c). Les Ehpad représentent 80 % de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées (60 000 places environ) en 2015³⁹⁵. Selon l'enquête publiée en novembre 2017 par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), 43 % des Ehpad sont publics (2942), près d'un tiers (2193) sont privés non lucratifs et un quart (1749) sont privés commerciaux³⁹⁶. Nonobstant, la région Île-de-France se caractérise par l'implantation des Ehpad privés en détriment des Ehpad publics. Les Ehpad privés se caractérisent par l'absence de PUI (pharmacie à usage intérieur)³⁹⁷.

Les Ehpad sont des maisons de retraite médicalisées qui hébergent de personnes âgées dépendantes. Les dispositifs organisationnels qui caractérisent sa médicalisation sont les effectifs de professionnels de santé intervenant auprès de résidents parmi lesquels un médecin coordinateur qualifié en gériatrie, une infirmière-cadre de santé, la présence de protocoles de soin, l'existence des dossiers médicaux, la permanence de soins et l'existence des locaux adaptés pour les malades souffrant des « démences » (Saint-Jean et Somme, 2003).

Le personnel de la prise en charge dans l'Ehpad du Val-de-Marne

Au moment de l'enquête, les résidents de cet Ehpad comptent avec 7 médecins traitants libéraux. Néanmoins l'établissement fait intervenir une vingtaine de médecins traitants libéraux par an — (en comptant tout médecin qui est intervenu pour un acte y compris les remplaçants). Ces médecins consultent leurs patients une fois par mois, principalement pour le renouvellement d'ordonnances. Quand une personne rentre en maison de retraite, elle conserve rarement son médecin traitant. Un médecin traitant travaillant déjà dans la maison lui

³⁹⁴ Des entretiens réalisés dans d'autres maisons de retraite nous ont donné la possibilité de mettre en relation les données recueillies dans cet Ehpad. En effet, nous avons visité un Ehpad à Saint Laurent sur Sèvre dans la région Pays de la Loire et un Ehpad dans la région Île-de-France à Versailles. Afin de conserver l'anonymat des personnes interrogées, aucun nom n'a été retenu.

³⁹⁵ DREES (2017c), "L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Résultats de l'enquête EHPA 2015" DREES, Septembre 2017//N° 20 [En ligne] http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf

³⁹⁶ CNSA (2017), « La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016 », novembre 2017 [En ligne] <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2016>

³⁹⁷ Selon l'enquête de l'ARS en 2017, 15 % des Ehpad ont une pharmacie à usage intérieur (PUI). Il s'agit principalement d'établissements publics hospitaliers (De Saunière et al., 2016).

est désormais proposé. L'Ehpad fait intervenir également d'autres professionnels libéraux, tels que le kinésithérapeute, la psychomotricienne, l'orthophoniste, la psychologue et l'animatrice, qui n'ont pas directement des liens avec le circuit du médicament.

Le médecin coordonnateur, salarié de l'Ehpad et présent à mi-temps, c'est un médecin formé à la gériatrie. Il a des missions administratives accompagnées de 13 missions spécifiques dictées par décret concernant « l'adaptation de la prise en charge aux bonnes règles de gériatrie ». Pour cela il assure la coordination des interventions des médecins généralistes et des autres professionnels intervenants à titre libéral dans l'établissement. Au niveau hiérarchique il est sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Au même niveau hiérarchique que l'infirmière-cadre, il assure avec elle la coordination des soins. En dehors de cette organisation, il fait également des consultations en ville en tant que médecin généraliste et il est médecin traitant dans d'autres Ehpad.

Les infirmiers/ères travaillent de 8 h à 20 h. Elles s'estiment être « *dans la course* » de la distribution des médicaments et des soins (réalisation des pansements, des perfusions...) le matin, et elles s'occupent des tâches administratives l'après-midi (faxer les ordonnances pour la pharmacie, réception et préparation de médicaments, appel aux familles et aux établissements de soins, la relation avec les médecins et avec les laboratoires d'analyse biologique...). Chaque jour un/e infirmier/ère principal/e travaille avec l'aide d'une infirmier/ère élève ou stagiaire. Ces étudiant/es infirmier/ères sont en rotation permanente. Les infirmières sont tous/toutes sous la responsabilité (hiérarchique) de l'infirmière-cadre de santé.

L'infirmière-cadre assure la coordination des soins en collaboration avec le médecin coordonnateur, supervise les équipes (infirmières, aides-soignants et auxiliaires de vie) et s'occupe de la relation avec les familles.

On compte également dans l'Ehpad une dizaine d'aides-soignants, 1 Aide médico-psychologique et de 2 à 4 auxiliaires de vie (travaillant pendant la journée). La nuit les résidents restent sous la surveillance d'un A-S et d'une veilleuse. Les A-S sont les plus proches des personnes âgées au quotidien. Elles s'occupent de la douche, de la toilette, aident le résident dans le repas et les infirmiers dans les soins et la distribution de médicaments.

Nombre de résidents suivi par un médecin généraliste en Ehpad

Dans cet Ehpad les résidents comptent 7 médecins traitants (pour 63 résidents) parmi lesquels un médecin traitant qui suit 32 résidents. Le nombre de résidents suivi par ce médecin dépasse la moyenne de résidents suivis par un médecin généraliste en Ehpad. L'observatoire de la région Pays de la Loire estime en 2014 que 84 % de médecins généralistes libéraux de la région suivent en moyenne 17 personnes âgées dépendantes vivant en institutions, ce qui diffère peu de la moyenne nationale (15 personnes âgées dépendantes suivies)³⁹⁸. Des différences existent selon le territoire, 43 % de médecins exerçants en zone rurale suivent en

³⁹⁸ Source : « La prise en charge de personnes âgées dépendantes vivant en institution, par les médecins généralistes de Pays de la Loire », Enquête menée par l'Observatoire régional de la santé, URPS (Union régionale des professionnels de santé) - médecins libéraux, février 2014. Au travers de cette enquête, et dans le cadre du contrat d'objectif et de moyen avec l'ARS des Pays de la Loire, l'URPS Médecins libéraux des Pays de la Loire a souhaité faire l'état des lieux des pratiques libérales, des conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux et de la coordination des soins en Ehpad dans la région.

moyenne 20 personnes âgées dépendantes. Si le nombre de patients suivis par cette praticienne peut paraître atypique, il nous semble que l'analyse de sa situation permet tout de même de comprendre la situation des médecins généralistes dans d'autres Ehpad et les conditions de surprescription. Nous avons par exemple visité dans la région Pays de la Loire un Ehpad privé associatif de 40-68 places disposant de 4 médecins traitants intervenants régulièrement et un Ehpad privé associatif de 168 places disposant de seulement 3 médecins traitants réguliers [Entretien auprès du MCo – Ehpad de la Loire].

Faisant suite à un effondrement des effectifs de médecins, le manque de médecin traitant en Ehpad est une problématique actuelle et porte atteinte au libre choix du médecin traitant par le patient et à la qualité de soins. En 2018, l'ARS affirme qu'en raison de la diminution de la densité médicale des médecins généralistes sur le territoire régional, les Ehpad sont doublement impactés, par des difficultés à recruter leurs médecins coordonnateurs et pour assurer le suivi médical de leurs résidents par des médecins généralistes de ville³⁹⁹. Cette situation a attiré l'attention des organismes publics, comme l'Agence régionale de santé (ARS) qui s'engage à renforcer la qualité des prescriptions pour améliorer la qualité des soins prodigués aux résidents en Ehpad et à réduire les hospitalisations évitables. Cette situation a également suscité un problème dans le cadre de l'épidémie COVID-19. En avril 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé déclare que le soutien aux Ehpad ayant un besoin de renfort de professionnels de santé exerçant en ville constitue une priorité dans la réponse à la crise sanitaire. Le gouvernement a ainsi pris des mesures organisationnelles et financières afin de faciliter l'intervention en Ehpad des professionnels de santé (notamment médecins et infirmiers) exerçant en ville⁴⁰⁰.

Profil du médecin traitant principal

Notre analyse se base sur les observations auprès du médecin traitant principal de l'Ehpad (femme, 52 ans) suivant 32 patients. Elle intervient dans cet Ehpad depuis 18 ans, exerce également dans un cabinet médical collectif dans le 13^e arrondissement de Paris, et dans un autre Ehpad privé dans ce quartier.

Trois raisons concourent à expliquer la situation qui amène ce médecin principal de l'Ehpad à suivre 32 patients. La première est que l'organisation le choisit selon un critère de proximité et de disponibilité. En effet, à l'entrée en Ehpad, la grande majorité de personnes âgées ne conserve pas leurs médecins traitants. Nos entretiens auprès des médecins généralistes montrent que certains médecins préfèrent ne pas suivre ces patients, car ils ne se sentent pas confortables avec l'organisation de la prise en charge en Ehpad. Le médecin coordonnateur de cet Ehpad explique néanmoins cette rupture par l'incapacité des médecins à les suivre en raison de l'éloignement géographique du patient :

« La plupart du temps non parce qu'ils viennent d'une autre commune et que leurs médecins ne vont pas les suivre dans cette commune. Alors on leur trouve un autre médecin. Et donc on a un médecin dominant qui a

³⁹⁹ ARS Ile de France, Appel à Candidatures, « Soutien à la prescription médicale en EHPAD », Cahier des charges, 31 juillet 2018 ; <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/soutien-la-prescription-medicale-en-ehpad-0>

⁴⁰⁰ Voir le contenu des mesures dans les documents mises en ligne par le ministère des Solidarités et de la Santé : FICHE ARS - Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissements et à domicile dans le cadre de la gestion de l'épidémie de COVID-19, 3 mars 2020 ; et Fiche professionnels de santé de ville - Propositions concernant l'appui des professionnels de santé de ville aux Établissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, 27 avril 2020 ; <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

plus de la moitié des patients, ce qui est un inconvénient et un avantage. Il a un cabinet à proximité, il est toujours disponible, mais les jours où il est en vacances, ou les jours où il est malade, c'est déjà arrivé, et bien on est très embêtés, parce que la moitié de nos résidents n'ont plus de médecin » [Médecin coordonnateur H-64].

La deuxième raison qui explique le nombre important de patients suivis par le médecin traitant principal est son ancienneté en tant que médecin traitant de cet Ehpad et l'entente qu'elle a pu créer avec les infirmières. Notre observation montre que lorsqu'un nouveau résident sans médecin traitant arrive à la maison, on lui propose ce médecin de manière systématique et les infirmières se précipitent auprès d'elle pour lui faire la déclaration orale de ce choix. L'habitude dans la démarche se voit par le fait que les infirmières n'ont guère besoin de lui annoncer formellement ce choix, elles lui font comprendre qu'elle a été choisie en tant que médecin traitant : avec des regards, des yeux bien ouverts et de sourires. Le dialogue suivant correspond à un extrait d'observation du moment où le médecin traitant consulte son agenda de la matinée avant de commencer les consultations et reçoit les transmissions des infirmières :

Infirmière-cadre : « ... *Puis il y a un Monsieur qui vient d'arriver, qui n'a pas de médecin traitant...* »

Elève-infirmière : « *Il est gentil !* ».

MT : « *Il est... ?* » (elle fait un geste en approchant sa main dans la tête).

Infirmière-cadre : « *Oui, il est Alzheimer, diabétique et déambulant* ».

[Le médecin traitant n'en dit pas plus et à la fin des consultations prévues on fait la rencontre avec ce monsieur. Elle se présente comme son nouveau médecin traitant.]

La troisième raison qui explique le suivi d'un nombre important de patients en Ehpad est la commodité du médecin à s'assurer une patientèle proche de son cabinet et dans un même endroit. Ce médecin n'a pas d'inconvénient à se faire proposer de nouveaux patients : « *la première fois que je suis venue là, c'est une patiente que j'avais en cabinet dans le 13e qui est venue là donc après on m'a demandé de reprendre des patients* » [MT F-52]. De plus, ce médecin est dans une situation confortable parce que l'organisation a intérêt à conserver un médecin qui intervient de manière régulière dans l'Ehpad et parce qu'elle valorise la coopération des infirmières et celles-ci apprécient son ouverture dans la décision thérapeutique.

Lors de notre observation, on a eu l'opportunité d'interroger un autre médecin traitant, le Dr Babouc [H-57] qui a 1 patient (de plus de 80 ans) dans cet Ehpad et qui n'intervient que dans celui-ci en plus de sa pratique en cabinet. Ce médecin, avait originairement 2 patients, dont 1 récemment décédé. Lors de cet entretien dont il m'accorde 15 minutes et se déroule en son cabinet de ville à L'Haÿ-les-Roses, il refuse d'être enregistré. Il me raconte qu'il ne souhaite pas reprendre des patients, car l'organisation de l'Ehpad ne lui convient pas. Le Dr Babouc caractérise sa patientèle en Ehpad par opposition à celle qu'il a en ville, comme ayant de troubles cognitifs de type Alzheimer. Il me raconte très brièvement comment la consultation se déroule : « *on interroge les aides-soignants pour recueillir l'information pour voir comment ça se passe, on a une approche différente au patient* ». Le Dr Babouc affirme s'informer sur l'état du patient principalement auprès des soignants et s'estime autonome dans son activité de prescription : « *On a un logiciel de prescription qui analyse les effets*

secondaires, ça facilite le travail. Plus on vieillit, plus on surprime des médicaments au maximum [...] Le spécialiste diminue sa fonction dans l'EHPAD » [MT H-57].

Les deux médecins affirment avoir un « œil critique » sur les médicaments et être particulièrement vigilants aux indésirables de médicaments :

- « Il y a beaucoup d'interférence et on peut avoir beaucoup d'effets indésirables. Surtout que la personne âgée elle peut tomber, elle peut avoir... Il faut faire très attention à ce qu'on prescrit et voir s'il n'y a pas d'interférence entre les médicaments qu'on prescrit aux personnes âgées, bah, à tout le monde et puis savoir les arrêter quand on pense que ce n'est plus utile » [MT F-52]
- « A l'école on a appris que le risque n'est pas nul, qu'une personne sur cinq fait un accident. Les hypertenseurs génèrent une diminution de la tension qui provoque de chutes, les effets secondaires de tranquillisants impliquent chutes, il faut être vigilant sur les sédatifs, ne pas trop diminuer la tension » [MT H-57].

Il faut enfin noter que le médecin principal mentionne comme principales sources d'information sur les traitements, la revue médicale *Prescrire* : « la revue médicale *Prescrire* et par des formations par internet, j'essaye d'y aller une fois par an en formation, puis de réunions de pairs ». Elle affirme s'appuyer davantage sur la lecture de cette revue dans sa pratique quotidienne plutôt que sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques : « par l'HAS il y a des recommandations, mais c'est vrai qu'on n'a pas trop le temps de regarder, j'essaye quand même, comme je suis abonnée à *Prescrire*, j'essaye de lire *Prescrire* bien tous les mois, puis c'est l'hiver on n'a moins le temps de se former ». Pour sa part, le Dr Babouc mentionne comme principale source d'information les visiteurs médicaux : « Principalement à travers les visiteurs médicaux, ils informent sur les médicaments qui sortent puis l'information du support papier qui envoie le laboratoire avec le médicament qui sort ; la presse médicale et la formation continue ». Enfin ce médecin reçoit également les visiteurs de l'assurance maladie : « les agents de la sécurité sociale viennent nous voir, sur les benzodiazépines, de privilégier le Seresta à demi-vie courte à Lexomil demi-vie longue, ça peut servir ».

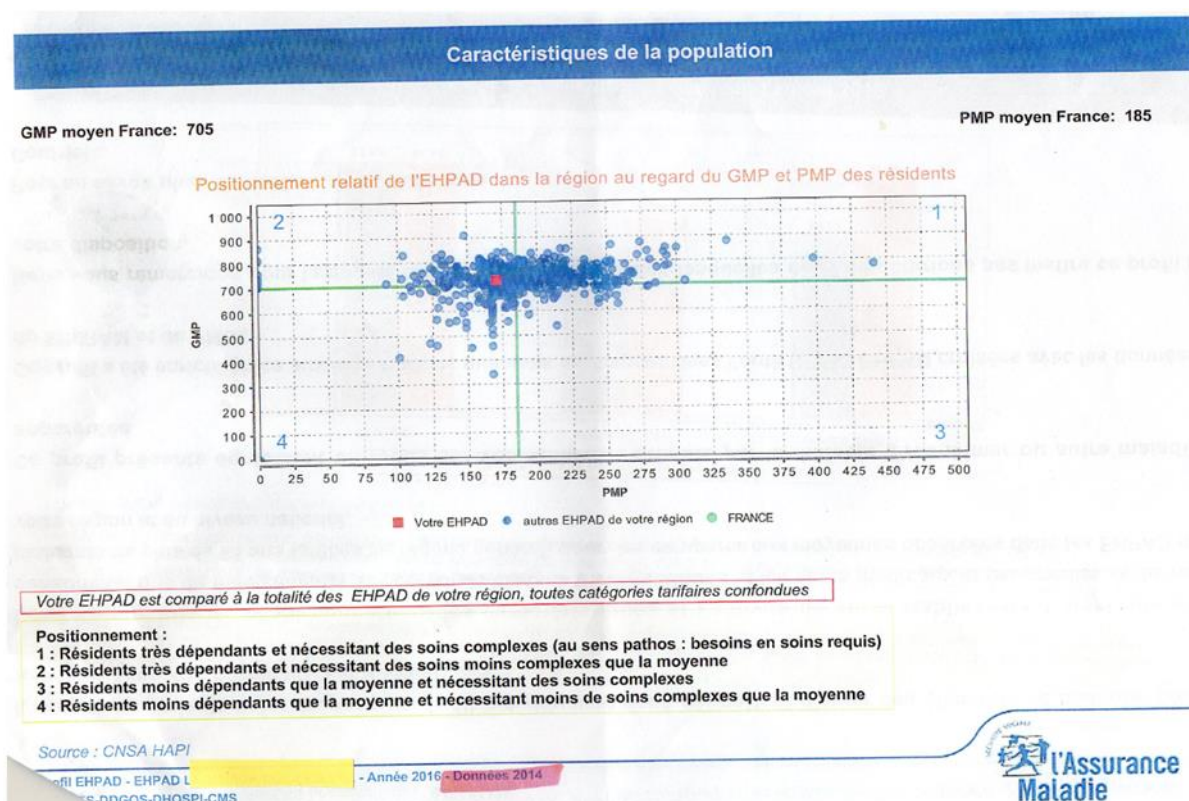
Profil des résidents

L'Ehpad étudié se caractérise par la présence de résidents entre 80 et 95 ans ayant un cumul de plusieurs maladies, dont les plus courants sont les troubles cognitifs et les maladies cardiovasculaires. À côté de cette population existe un noyau de personnes plus jeunes (des résidents venus d'institutions psychiatriques qui vieillissants, des personnes âgées sans domicile fixe, des personnes ayant eu dans le passé de problèmes de dépendance à l'alcool ou aux substances toxiques) ayant entre 62 et 65 ans qui demandent moins de soins que la moyenne. Ce nouveau public en Ehpad a également été repéré au niveau national. Selon l'enquête EHPA, ce nouveau public, préalablement pris en charge par d'autres institutions ou accédant nouvellement à une espérance de vie importante, est intégré parmi les résidents sans pour autant bénéficier d'une réponse spécifique en matière d'accompagnement (DREES, 2016a).

L'enquête EHPA de la DREES 2015 a révélé que les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées sont de plus en plus âgés, la moitié a plus de 87 ans, contre 86 ans fin 2011. Les femmes sont majoritaires et plus souvent seules que les hommes. De plus, les personnes accueillies en 2015 sont plus dépendantes qu'en 2011, plus de huit sur dix sont classées en GIR 1 à 4, et 93 % des résidents n'étant pas

hébergés en logement-foyer ont besoin d'une aide à la toilette⁴⁰¹. Enfin, parmi les résidents d'Ehpad, plus de la moitié d'entre eux (près de 260 000) souffrent d'une maladie neurodégénérative. Tenant en compte l'évolution du niveau de dépendance et des besoins en soins des résidents, le personnel est confronté à une charge de travail plus importante. Le taux d'encadrement est de 61 % en 2011 (soit un ratio de 61 professionnels — tous métiers confondus — pour 100 résidents). Il faut noter que le taux d'encadrement comprend effectifs inscrits au tableau des emplois et non nécessairement présents ou en activité dans l'année. De surcroît, l'absentéisme en Ehpad est plus important que dans d'autres secteurs de la santé que ce soit du fait d'accidents du travail ou pour raisons de santé (DREES, 2016a).

Au regard de la situation pathologique des résidents (Pathos), et du niveau de dépendance (GIR), la population de l'Ehpad étudié se caractérise par de résidents très dépendants, mais nécessitant des soins moins complexes que la moyenne de la région⁴⁰² :



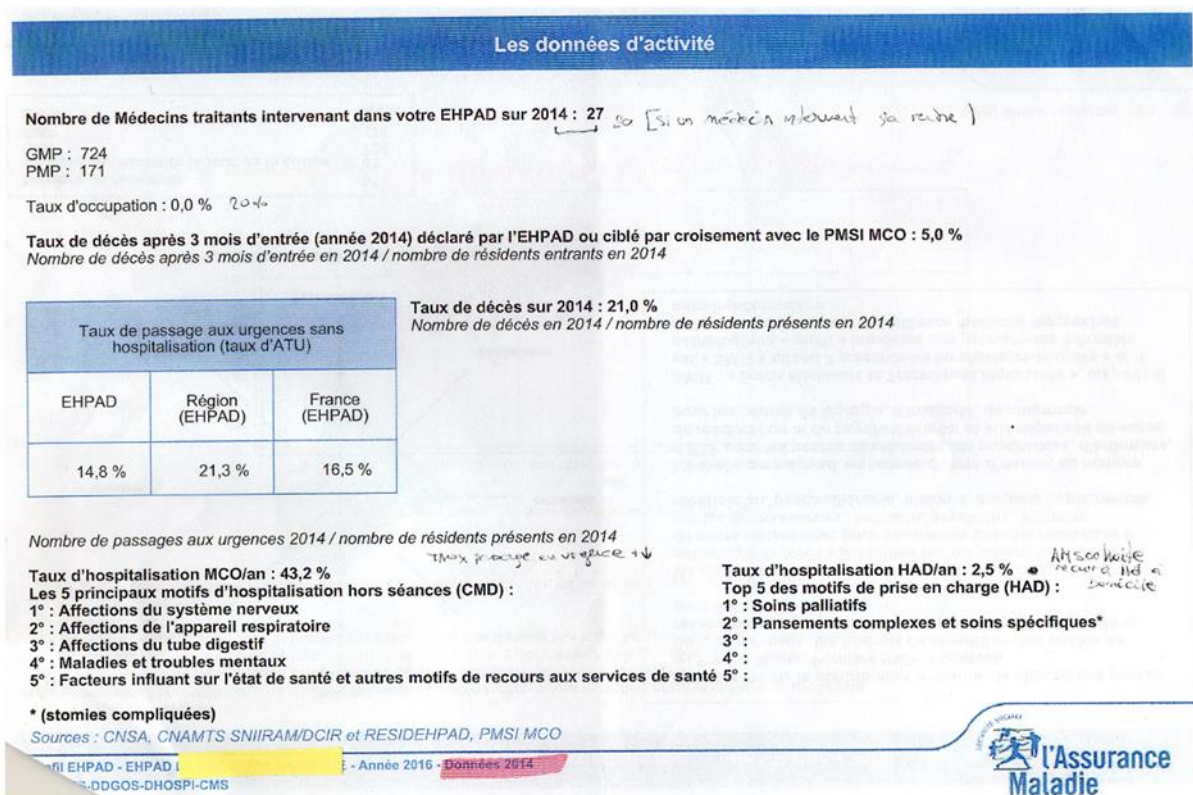
Graphique 9 : Caractéristiques de la population résidant dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]

Source : « Profil individualisé » réalisé par l'Assurance Maladie, Accompagnement des EHPAD – année 2016 – données 2015. Document obtenu au moment de l'observation de la présentation du profil individualisé de l'Ehpad étudié par les visiteurs de l'Assurance Maladie.

⁴⁰¹ DREES (2017b), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Etudes et résultats*, n° 1015, juillet 2017 [En ligne] : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

⁴⁰² GMP moyen France : 705. PMP moyen France : 185. Données de l'Assurance maladie

Par ailleurs, dans cet Ehpad le taux annuel d'hospitalisation (MCO/an 2014) est de 43,2 %⁴⁰³. Cela montre un recours aux urgences avec hospitalisation supérieur à la moyenne nationale (40 %)⁴⁰⁴ tandis que le taux d'hospitalisation HAD/an est de 2,5 %. Les visiteurs de l'Assurance maladie recommandent à cet Ehpad de recourir davantage à l'hospitalisation à domicile :



Graphique 10 : Données d'activité de l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]

Source : « Profil individualisé » réalisé par l'Assurance Maladie, Accompagnement des EHPAD – année 2016 – données 2015. Document obtenu au moment de l'observation de la présentation du profil individualisé de l'Ehpad étudié par les visiteurs de l'Assurance Maladie.

Profil de consommation de médicaments dans l'Ehpad du Val-de-Marne

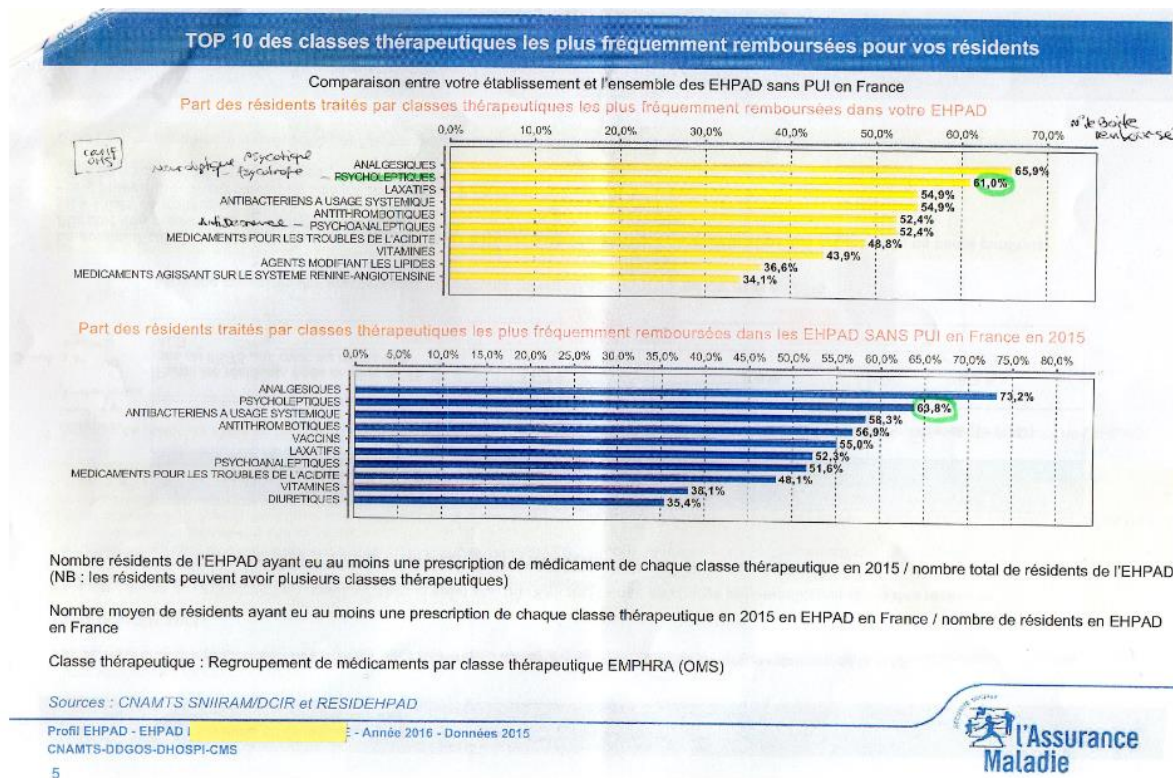
L'Ehpad étudié a des caractéristiques que l'on retrouve dans la moyenne régionale et nationale des EHPAD sans PUI (Pharmacie à usage intérieur) en ce qui concerne la consommation médicamenteuse aussi bien que dans les caractéristiques générales de son activité.

⁴⁰³ CNAMTS-DDGOS -DHOSPI-CMS —Données 2015. Profil individualisé de l'Ehpad du Val-de-Marne — Outil présenté en octobre 2016 par un médecin-conseil de l'assurance maladie au Médecin coordonnateur de cet EHPAD

⁴⁰⁴ Le taux annuel d'hospitalisation des résidents en Ehpads en France est de 40 %, pour une durée moyenne de 19 jours par an et 70 % des sorties de l'EHPAD sont liées à des hospitalisations. Données HAS, juillet 2015, "Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpads » [PDF en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpads.pdf]

Classes thérapeutiques les plus fréquemment remboursées par l'Assurance maladie :

En ce qui concerne les deux classes médicamenteuses le plus fréquemment remboursées par l'assurance maladie dans les Ehpad sans PUI en France, le nombre de résidents traités dans cet Ehpad est légèrement plus bas que la moyenne nationale. La classe d'analgésiques est en première position, 65,9 % de résidents sont traités dans cet Ehpad, étant la moyenne de 73,2 %. En deuxième position les psycholeptiques 61,0 % dans cet Ehpad tandis que la part de résidents traités par cette classe en France est de 63,8 % :



Graphique 11 : Les 10 classes thérapeutiques les plus remboursées pour les résidents de l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]

Source : « Profil individualisé » réalisé par l'Assurance Maladie, Accompagnement des EHPAD – année 2016 – données 2015. Document obtenu au moment de l'observation de la présentation du profil individualisé de l'Ehpad étudié par les visiteurs de l'Assurance Maladie.

Lors de la réunion avec les visiteurs de l'Assurance maladie, la fréquence de l'utilisation de médicaments psycholeptiques est mise en question. Le médecin coordonnateur a justifié le décalage par rapport à la moyenne en indiquant la présence de « sujets psychiatriques » dans cet Ehpad. Il fait référence à l'accueil dans cet Ehpad des anciens résidents d'établissements psychiatriques qui, en raison de leur avancée en âge, ont été placés en Ehpad.

Résidents ayant plus de 10 lignes de prescription par mois

Dans cet Ehpad 11,2 % de résidents ont plus 10 lignes de prescription. Il faut noter que, sur 63 résidents en 2015, 3 résidents se retrouvent dans ce cas. La moyenne régionale est de 8,8 % et pour l'ensemble des Ehpad en France est de 8,3 % :

Une réflexion personnalisée sur la iatrogénie sur l'année 2015

Les actions d'accompagnement des EHPAD par l'Assurance Maladie s'appuient sur les recommandations de la HAS.

Leurs objectifs sont :

- L'amélioration de la prescription médicale chez le sujet âgé (PMSA), de la prise en charge poly-médicamenteuse des résidents
- La prise en compte des indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie

192 résidents
résidents âgés
à l'admission
3 ont + de 10
lignes

2015 Part de résidents de l'EHPAD ayant plus de 10 lignes de prescriptions par mois			
	EHPAD	Région (EHPAD)	France (EHPAD)
Parmi les résidents âgés de plus de 75 ans ou 66/75 ans avec au moins une ALD	11,2 %	8,8 %	8,3 %

Moyenne mensuelle des pourcentages de résidents qui ont eu plus de 10 lignes par mois en 2015

La polymédication chez le sujet âgé augmente le risque iatrogénique. Mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique. Adopter une prescription raisonnée, c'est éviter :

- les excès de traitement,
- une prescription inadaptée voire une insuffisance de traitement,
- des interactions médicamenteuses.

D'où l'accompagnement des EHPAD par l'Assurance Maladie sur la iatrogénie globale et sur la iatrogénie de la classe des psychotropes.

Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

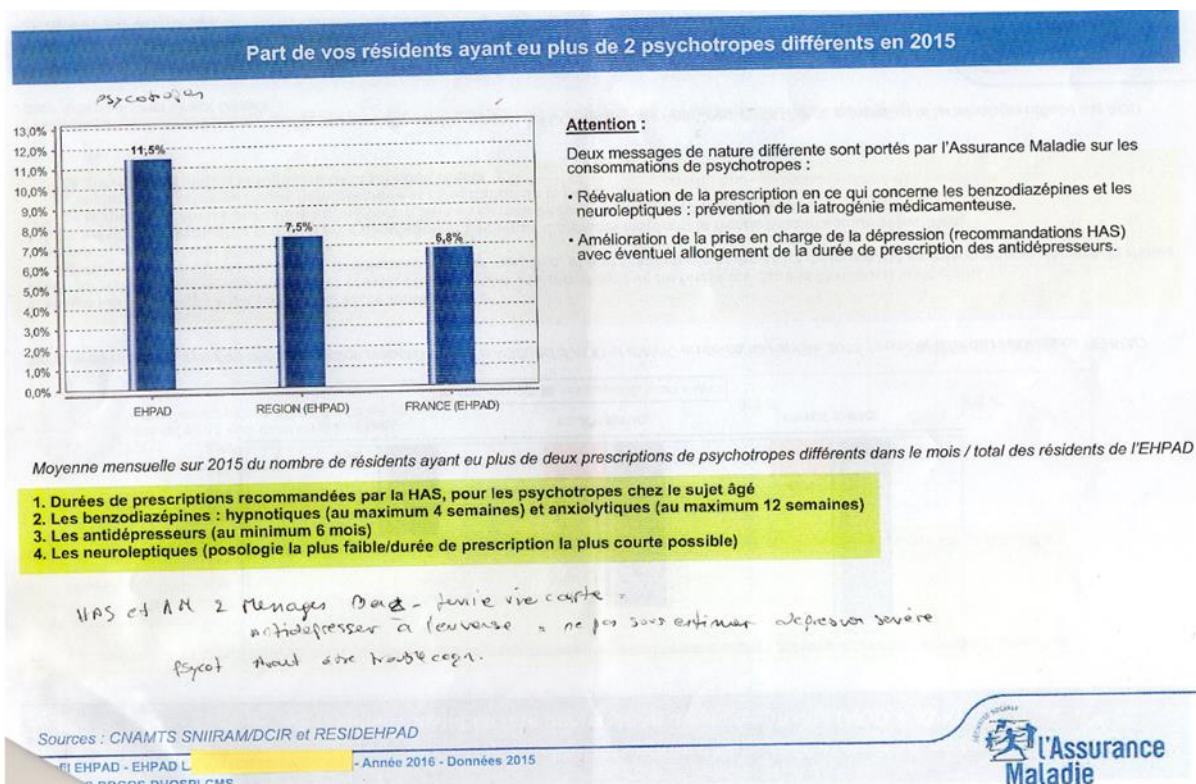
l'EHPAD - EHPAD L... Année 2016 - Données 2015



Graphique 12 : Part de résidents ayant plus de 10 lignes de prescription dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]

Source : « Profil individualisé » réalisé par l'Assurance Maladie, Accompagnement des EHPAD – année 2016 – données 2015. Document obtenu au moment de l'observation de la présentation du profil individualisé de l'Ehpad étudié par les visiteurs de l'Assurance Maladie.

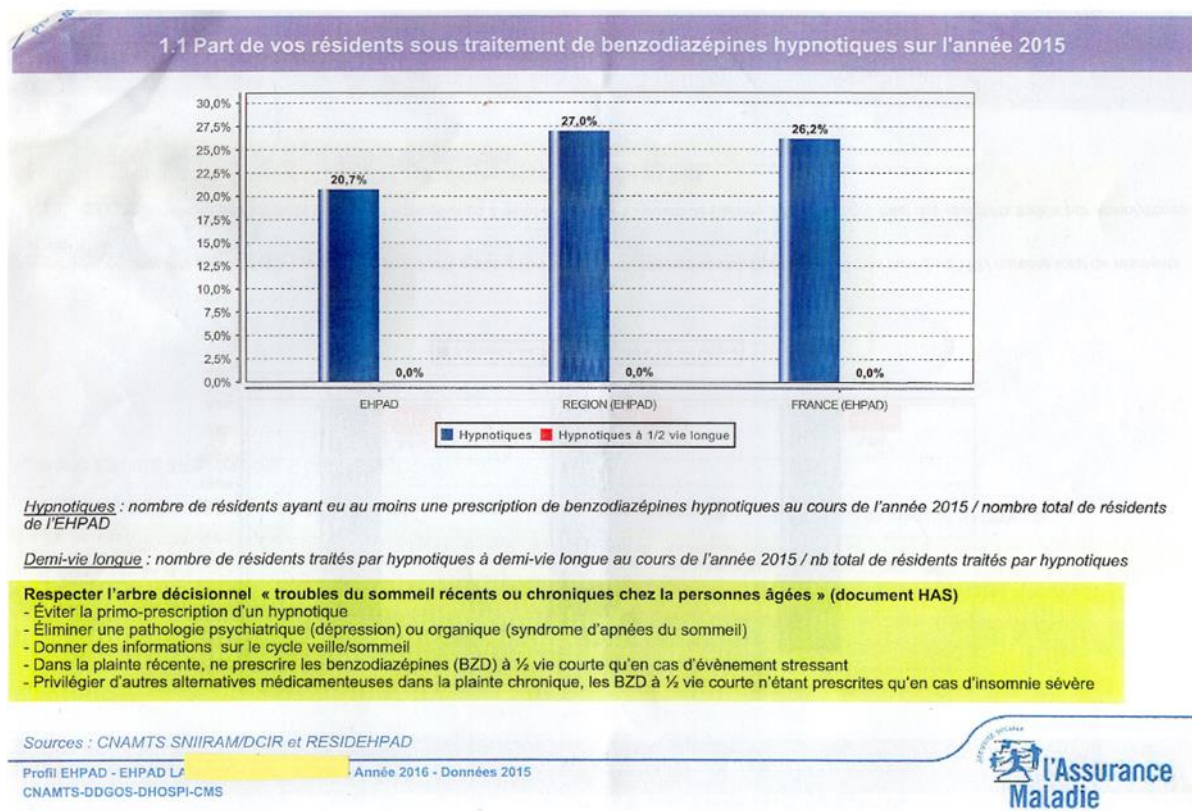
Une des particularités de l'Ehpad étudié est la fréquence de la prescription de plus de deux psychotropes différents. L'Assurance maladie recommande de ne pas sous-estimer la dépression sévère quitte à allonger la durée de prescription des antidépresseurs et de réduire celle des hypnotiques et neuroleptiques :



Graphique 13 : Part de résidents ayant plus de 2 psychotropes différents dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie 2016]

Source : « Profil individualisé » réalisé par l'Assurance Maladie, Accompagnement des EHPAD – année 2016 – données 2015. Document obtenu au moment de l'observation de la présentation du profil individualisé de l'Ehpad étudié par les visiteurs de l'Assurance Maladie.

La part de résidents de cet Ehpad sous traitement de benzodiazépines hypnotiques sur l'année 2015 est de 20,7 %, tandis que la moyenne régionale est de 27,0 % et la moyenne nationale de 26,2 % :

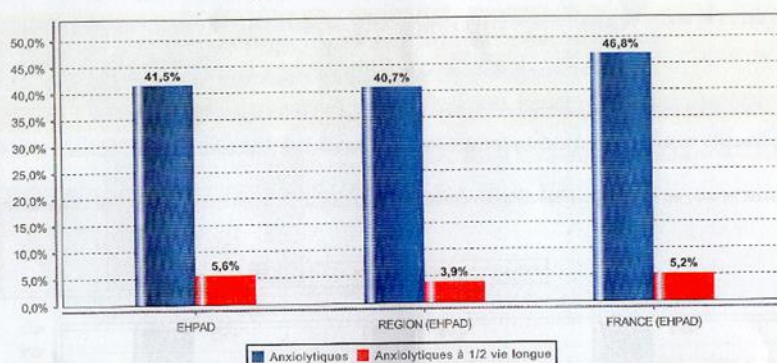


Graphique 14 : Part de résidents sous traitement de BDZ hypnotiques dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]

Source : « Profil individualisé » réalisé par l'Assurance Maladie, Accompagnement des EHPAD – année 2016 – données 2015. Document obtenu au moment de l'observation de la présentation du profil individualisé de l'Ehpad étudié par les visiteurs de l'Assurance Maladie.

Sur l'année 2015, la part des résidents de cet Ehpad sous traitements de benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie courte est de 41,5 % et de 5,5 % à demi-vie longue. Ces chiffres sont légèrement supérieurs à la moyenne régionale (40,7 % de résidents sous de benzodiazépines à ½ vie courte et 3,9 % à demi-vie longue). Or, les visiteurs de l'Assurance Maladie recommandent à cet Ehpad de réduire les prescriptions d'anxiolytiques à demi-vie longue, chiffre qui dépasse la moyenne nationale (la moyenne de résidents dans les Ehpad en France sous traitement anxiolytique à ½ vie courte est de 46,8 % et 5,2 à ½ vie longue) :

1.2 Part de vos résidents sous traitement de benzodiazépines anxiolytiques sur l'année 2015



Anxiolytiques : nombre de résidents ayant eu au moins une prescription de benzodiazépines anxiolytiques au cours de l'année 2015 / nombre total de résidents de l'EHPAD

Demi-vie longue : nombre de résidents traités par anxiolytiques à demi-vie longue au cours de l'année 2015 / nombre total des résidents traités par anxiolytiques

Le traitement ne doit pas dépasser 12 semaines sans qu'une réévaluation n'ait été faite. Les benzodiazépines à demi-vie courte doivent être privilégiés.

Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

Données EHPAD - EHPAD L - Année 2016 - Données 2015
Données DDGOS-DHOSPI-CMS

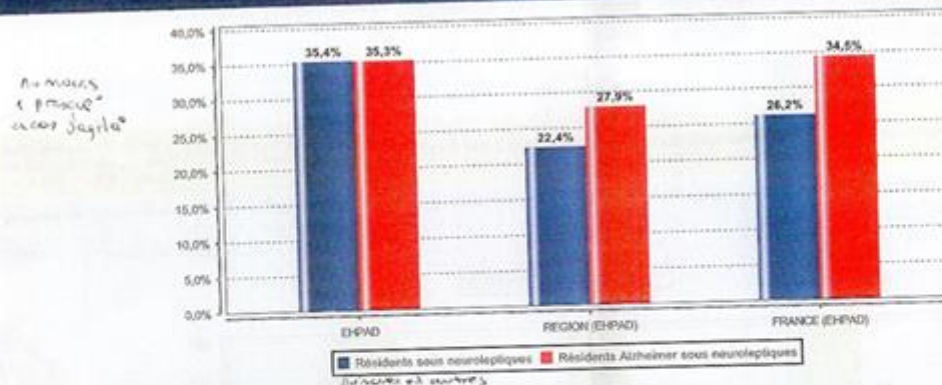


Graphique 15 : Part de résidents sous BDZ anxiolytiques dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]

Source : « Profil individualisé » réalisé par l'Assurance Maladie, Accompagnement des EHPAD – année 2016 – données 2015. Document obtenu au moment de l'observation de la présentation du profil individualisé de l'Ehpad étudié par les visiteurs de l'Assurance Maladie.

En prenant acte du profil des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées présenté par l'Assurance Maladie, le médecin coordonnateur justifie que les médecins prescrivent des neuroleptiques au moins une fois en cas d'« Agitation » :

3. Part des patients « Alzheimer » ou maladie apparentée traités par neuroleptiques en regard de la part totale de vos résidents traités par neuroleptiques sur l'année 2015



Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

Nombre de résidents ayant eu au moins une prescription de neuroleptiques au cours de l'année 2015 / nombre total de résidents de l'EHPAD
 Nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée (repérés soit par l'ALD 15, soit par une délivrance de traitement anti-Alzheimer) ayant eu au moins une prescription de neuroleptiques au cours de l'année 2015 / nombre total de résidents de l'EHPAD ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée

L'analyse de la prescription de neuroleptiques doit en premier lieu conduire à réévaluer l'état clinique à l'origine de la prescription afin d'envisager une diminution ou un arrêt des neuroleptiques et la mise en place d'alternatives non médicamenteuses. En cas de confirmation de la prescription, celle-ci doit être la plus courte possible.

Sources : HAS IPC AMI 1

Profil EHPAD - EHPAD [redacted] - Année 2016 - Données 2015
 CNAMTS-DGOS-DHOSPI-CMS

l'Assurance
Maladie

Graphique 16 : Part de patients "Alzheimer" ou maladies apparentées traités par neuroleptiques dans l'Ehpad du Val-de-Marne [Assurance Maladie, 2016]

Source : « Profil individualisé » réalisé par l'Assurance Maladie, Accompagnement des EHPAD – année 2016 – données 2015. Document obtenu au moment de l'observation de la présentation du profil individualisé de l'Ehpad étudié par les visiteurs de l'Assurance Maladie.