RAPPORT

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.
L'Académie dans sa séance du mardi 17 novembre 2026, a adopté le texte de ce rapport par 79 voix pour, 5 voix contre et 4 abstentions.

Polymédication chez les personnes âgées: vers une optimisation raisonnée de l'ordonnance

Polypharmacy in older people: towards a rational optimisation of prescribed medication

Joël BELMIN, Bernard BAUDUCEAU (rapporteurs) au nom du groupe de travail des commissions 2, 7 et 8 de l'Académie nationale de médecine (ANM).

Membres du groupe de travail : Serge ADNOT, Joël ANKRI, Athanase BENETOS, Gilles BOUVENOT, Régis GONTHIER, Bertrand GUIDET, Philippe JAURY, Henri JULIEN, Philippe LECHAT, Didier LEYS, Giovanna MARSICO, Jean-Pierre MICHEL, Jean-Louis MONTASTRUC, Rissane OURABAH, Gisèle PICKERING, Patrice QUENEAU, Gérard REACH, Jean Baptiste RICCO, Jean Paul TILLEMENT.

Liens d'intérêt des auteurs :
Joël Belmin, Président, déclare avoir des liens d'intérêt pour des interventions ponctuelles avec les laboratoires Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Novartis, Pfizer.

Bernard Bauduceau, Secrétaire, déclare avoir des liens d'intérêt pour des interventions ponctuelles avec les laboratoires Abbott, Astra-Zeneca, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, GSK, Merck Sharp & Dohme, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer.

RESUME

La polymédication, définie par la prise d'au moins cinq médicaments est très fréquente chez les personnes âgées. Elle expose les patients aux risques d'effets indésirables des médicaments et elle est associée à un risque accru d'hospitalisation et de mortalité et à une augmentation des coûts de santé. Elle résulte principalement de l'augmentation avec l'âge de la prévalence et du nombre des maladies chroniques concomitantes par individu. Il est essentiel de distinguer une polymédication appropriée, nécessaire pour atteindre des objectifs thérapeutiques, d'une polymédication inappropriée.

L'optimisation de l'ordonnance est une démarche globale et personnalisée, comprenant (1) la réévaluation critique et régulière des traitements (révision de l'ordonnance), et (2) la modification du traitement qui implique la collaboration entre professionnels de santé (médecin traitant, autres médecins spécialistes, pharmacien) et l'implication du patient (conciliation médicamenteuse). Plusieurs référentiels ont été élaborés pour guider la révision de l'ordonnance (critères de Beers, outils STOPP and START) mais leur utilisation par les cliniciens est complexe.

Cette démarche conduit souvent à la déprescription de certains médicaments qui consiste à les arrêter ou à réduire leur dose à la suite de l'évaluation individualisée de leur rapport bénéfice/risque. La révision de l'ordonnance peut aussi conduire à ajouter des traitements utiles pour le patient qui étaient omis sur l'ordonnance initiale. La démarche est aussi l'occasion d'évaluer la sécurité des prises médicamenteuses, l'adhérence et la qualité du suivi. Ainsi, l'enjeu n'est pas de diminuer le nombre de médicaments, mais d'améliorer la pertinence et la sécurité du traitement.

Le groupe de travail recommande pour optimiser l'ordonnance des personnes âgées recevant une polymédication : d'organiser une révision de l'ordonnance au moins une fois par an par une approche collaborative, d'aider les praticiens de soins primaires (recours à des équipes spécialisées par téléexpertise, formations spécifiques à la prescription, systèmes d'aide à la décision), d'organiser la conciliation entre les acteurs impliqués (prescripteurs, pharmaciens, infirmiers) et l'éducation thérapeutique des patients. Il recommande l'utilisation plus large des piluliers semainiers qui peuvent aider à l'observance et éviter des doubles prises médicamenteuses. De plus, il recommande de soutenir les recherches portant sur les effets à moyen et long terme de l'optimisation de l'ordonnance, incluant la sécurité de la déprescription.

Mots Clés : Personnes âgées, polymédication, iatrogénie, aide à la prescription, déprescription

SUMMARY

Polypharmacy, defined as taking at least five drugs, is very common among older adults. It exposes patients to the risk of adverse drug reactions and is associated with an increased risk of hospitalisation and mortality, as well as higher healthcare costs. It mainly results from the increased the prevalence of chronic diseases with age and the number of coexisting chronic conditions per individual. It is essential to distinguish between appropriate polypharmacy necessary to achieve therapeutic goals, and inappropriate polypharmacy.

Medication optimization is a comprehensive and personalized process comprising (1) the critical and periodic reassessment of treatments (medication review), and (2) treatment modification, which involves collaboration between healthcare professionals (general practitioner, other specialists, pharmacist) and patient involvement (medication reconciliation). Several reference frameworks have been developed to guide prescription review (Beers' criteria, STOPP and START tools) but their use by clinicians is complex.

This process often leads to the deprescribing of certain drugs, which involves stopping them or reducing their dose following an individualised assessment of their risk-benefit ratio. Optimisation also provides an opportunity to assess medication safety, adherence and the quality of follow-up. Thus, the aim is not to reduce the number of drugs, but to improve the appropriateness and safety of treatment.

The working group recommends the following to optimise prescriptions for older people on multiple medications: organising a medication review at least once a year using a collaborative approach; supporting primary care practitioners (through the use of specialist teams via tele-expertise, specific training on prescribing, decision-support systems), to facilitate coordination between the parties involved (prescribers, pharmacists, nurses) and to provide therapeutic education for patients. It recommends

the wider use of weekly pill organisers, which can help improve adherence and prevent duplicate dosing. Furthermore, it recommends supporting research into the medium- and long-term effects of prescription optimisation, including the safety of deprescribing.

Key words : *Older adults, polypharmacy, iatrogenesis, prescribing support, deprescribing*

1. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, conduisant à une utilisation croissante des médicaments chez les personnes âgées. Dans ce contexte, la polymédication, généralement définie comme la prise simultanée d'au moins cinq médicaments, est une situation fréquente en pratique clinique. Si elle peut être justifiée par la polypathologie et la complexité de ces pathologies, elle expose les patients à des risques iatrogènes.
Dès lors, la polymédication constitue un enjeu majeur de santé publique, posant la question de l'équilibre entre nécessité thérapeutique et sécurité. L'objectif n'est pas uniquement de réduire le nombre de médicaments, mais d'optimiser leur utilisation dans le cadre général du concept de sobriété en médecine. La polymédication chez la personne âgée nécessite une réévaluation périodique de la pertinence du traitement pour aboutir à une optimisation raisonnée de l'ordonnance.

C'est pourquoi l'Académie nationale de médecine (ANM) a jugé nécessaire de faire le point sur cette question et de proposer des mesures pour améliorer les pratiques pour mieux protéger les personnes âgées des accidents iatrogènes tout en optimisant les traitements.

2. METHODES

Le groupe de travail fondé à l'initiative des auteurs a fédéré les compétences des membres de l'ANM particulièrement intéressés sur ce sujet : Joël Belmin : Président, Bernard Bauduceau : Secrétaire, Serge Adnot, Athanase Benetos, Gilles Bouvenot, Régis Gonthier, Bertrand Guidet, Philippe Jaury, Henri Julien, Philippe Lechat, Didier Leys, Jean-Pierre Michel, Giovanna Marsico, Jean-Louis Montastruc, Rissane Ourabah, Gisèle Pickering, Patrice Queneau, Gérard Reach, Jean Baptiste Ricco, Jean Paul Tillement.

Les objectifs du groupe de travail sont les suivants :

- faire le point des connaissances concernant :
- L'ampleur du problème et de ses conséquences
- Les rôles respectifs des professionnels impliqués
- Les freins rencontrés chez les professionnels et chez les patients
- Les approches pour optimiser les traitements médicamenteux chez les personnes âgées
- Les implications concernant l'observance et la sécurité des prises médicamenteuses.

- formuler des propositions pour promouvoir l'optimisation raisonnée de la polymédication pour les personnes impliquées
- Médecins généralistes
- Médecins d'autres spécialités
- Pharmaciens
- Infirmiers
- Patient et entourage

Au cours de l'année 2025 et en janvier 2026, le groupe de travail a organisé 8 réunions et auditionné 14 experts ayant des domaines d'expertise très variés (Tableau 1).

3. RESULTATS

3.1 Définitions de la polymédication

La polymédication est très répandue chez les personnes âgées. L'Organisation mondiale de la santé indique qu'il n'y a pas de définition universelle de la polymédication et qu'elle est définie dans la plupart des études par l'utilisation de façon régulière et simultanée de cinq médicaments ou plus [1,2,3]. Plus récemment, a été considérée l'hyper polymédication, définie par la prise de 10 médicaments ou plus [4]. Pour la polymédication, trois types d'indicateurs sont utilisés dans les études épidémiologiques : simultanée (nombre de médicaments pris un jour donné), cumulative (total des médicaments consommés sur une période donnée) (souvent 3 mois), et continue (nombre de médicaments utilisés de façon chronique).

La polymédication des personnes âgées est largement expliquée par l'augmentation avec l'âge de la fréquence et du nombre de maladies chroniques par individu. Parmi ces maladies chroniques qui coexistent fréquemment, on retrouve l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'arthrose, la dépression ou encore les troubles cognitifs et les troubles du sommeil [3]. Parfois, la polymédication résulte de la multiplicité des intervenants médicaux, si bien qu'un même patient suivi par plusieurs spécialistes peut recevoir des prescriptions redondantes ou comportant des interactions à risque, en l'absence de coordination qui assure la cohérence globale du traitement. Enfin, la polymédication peut parfois résulter d'une « cascade médicamenteuse », qui consiste à prescrire un médicament pour traiter les effets indésirables d'un autre, contribuant ainsi à l'augmentation du nombre de traitements prescrits.

Il est essentiel de distinguer polymédication appropriée et inappropriée. Dans certains cas, l'association de plusieurs médicaments est indispensable et pertinente pour atteindre les objectifs thérapeutiques. Le problème ne réside donc pas uniquement dans le nombre de médicaments, mais dans leur pertinence [5].

3.2 Pharmacoépidémiologie de la polymédication

La prévalence de la polymédication chez les plus de 65 ans est de 45% au niveau mondial selon une métanalyse portant sur 106 études épidémiologiques et plus de 50 millions de participants [6]. La polymédication peut se rencontrer à tout âge, mais sa fréquence et le risque iatrogène associé augmentent considérablement avec l'âge. La plupart des données relatives à la polymédication proviennent des dossiers médicaux ou des données de remboursement qui ne prennent pas en compte les médicaments non remboursés ou vendus sans ordonnance ce qui sous-estime l'importance du problème. La prévalence varie selon les populations (domicile, EHPAD, hôpital), les tranches d'âge, la prise en compte ou non de l'automédication. Une étude de 2015 en France, a montré que la polymédication simultanée concernait 14 à 23% des personnes de 75 ans et plus, et que la polymédication cumulative et continue concernait 49% et 39% d'entre elles [1]. Les données de 2024 de l'Assurance Maladie indiquent que parmi les 11,3 millions de personnes de plus de 65 ans ayant bénéficié d'un remboursement de médicaments, 6,7 millions (50%) reçoivent une polymédication et 1,6 million (14%) une hyper polymédication [7]. La polymédication est encore plus fréquente chez les résidents d'EHPAD, et concerne plus de 80% d'entre eux.

3.3 Conséquences de la polymédication

La polymédication expose les patients aux risques d'effets indésirables des médicaments. Chaque médicament supplémentaire augmente ce risque de 12 à 18%. En plus des effets indésirables de chacun des médicaments, il faut prendre en compte les interactions médicamenteuses. En effet, le nombre d'interactions possibles entre les médicaments augmente de manière exponentielle avec le nombre de molécules prescrites. Ces interactions peuvent entraîner des complications graves [8].

La polymédication est associée à une augmentation des risques d'hospitalisations (5 à 25%), des admissions aux urgences (10%), une majoration de la fragilité, des chutes, de la perte de la qualité de vie et aussi à des surcoûts humains et économiques. Les modifications physiologiques liées au vieillissement et la fragilité aggravent cette vulnérabilité. Par exemple, il a été montré que les effets indésirables des médicaments antihypertenseurs sont plus fréquents et plus graves chez les personnes âgées fragiles [9].

Enfin, la complexité des traitements nuit à l'observance. Plus le nombre de médicaments est élevé, plus le risque d'erreur de prise ou d'oubli augmente, compromettant l'efficacité globale du traitement.

La polymédication a aussi d'importantes retombées économiques en lien avec un coût direct des médicaments inutiles et des coûts indirects liés aux effets indésirables et aux hospitalisations induits. Ce coût est estimé à 500 millions d'euros en France et à plus d'1 milliard d'euros en Europe occidentale [10]. Enfin, les retombées écologiques de la polymédication liées à la production et à l'élimination de médicaments inutiles ne doivent pas être négligées.

3.4 Polymédication appropriée et médicaments potentiellement inappropriés en gériatrie

Il est essentiel de distinguer la *polymédication appropriée*, nécessaire pour atteindre des objectifs thérapeutiques, d'une *polymédication inappropriée* qui comporte la prescription d'un ou plusieurs médicaments potentiellement inappropriés en gériatrie (MPIG). Le concept de MPIG est issu des travaux de Beers et al qui ont élaboré une liste explicite de médicaments ou de classes médicamenteuses qui ne devraient pas être utilisés en première intention chez les personnes âgées [11]. Il s'agit de médicaments dont le rapport bénéfice/risque est défavorable chez la personne âgée, notamment parce qu'il expose plus souvent à des effets indésirables, à des interactions ou à des complications, surtout lorsqu'il existe une alternative plus sûre. Cette liste comprend aussi les médicaments utilisés avec une dose excessive (en tenant compte notamment de la fonction rénale) ou une durée excessive. Cette liste encore appelée critères de Beers a été construite par consensus d'experts à partir de données de *l'evidence-based medicine* et pour chaque médicament, les auteurs indiquent la raison pour laquelle il figure sur la liste, les conseils du groupe d'experts et la force de la recommandation [12]. Le terme potentiellement souligne que l'affirmation du caractère inapproprié n'est pas absolue et que leur utilisation est possible dans des cas particuliers et complexes, notamment en seconde intention ou en cas de contre-indications. Aussi, ces critères ne doivent pas être appliqués d'une façon rigide, mais être plutôt considérés comme un point de départ de la révision de l'ordonnance. Il est donc nécessaire de lire le rationnel et les raisons pour lesquelles certains médicaments figurent parmi les MPIG.

L'outil STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) propose aussi une liste de MPIG proche des critères de Beers [13]. Il enrichit le concept en proposant d'identifier chez les personnes âgées, des traitements indiqués et bénéfiques qui devraient être prescrits mais qui sont omis à tort. La version la plus récente de l'outil STOPP indique aussi que les médicaments prescrits sans indication claire sont inappropriés [14]. Des exemples de MPIG et de médicaments figurant dans l'outil START sont présentés dans la Tableau 2. Les critères de Beers et l'outil STOPP and START sont régulièrement mis à jour par leurs auteurs et les dernières versions datent de 2023. D'autres listes de MPIG ou référentiels de bonne pratique ont été proposés [15,16], mais n'ont pas fait l'objet d'une actualisation récente.

La prescription de MPIG en Europe concerne 23% des personnes de plus de 65 ans et elle est associée à une majoration des hospitalisations de presque un facteur 2 [17,18]. Les principaux facteurs de risque de recevoir un ou plusieurs MPIG sont la polymédication et son corollaire, la polypathologie. En cas de polymédication, on retrouve un ou plusieurs MPIG dans environ la moitié

des cas et le risque croît avec le nombre de médicaments utilisés. Les principaux facteurs de risque autres sont l'avancée en âge, le sexe féminin, la fragilité, l'existence de troubles cognitifs, la perte d'autonomie fonctionnelle et le fait de vivre en institution gériatrique. Parmi les MPIG, les plus fréquemment concernés sont les benzodiazépines, les anticholinergiques, les antipsychotiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les inhibiteurs de la pompe à protons, les opiacés et les antidiabétiques.

3.5 La déprescription

Pour optimiser l'ordonnance, la déprescription est une stratégie essentielle [19–23]. Elle consiste à arrêter certains médicaments ou à réduire leur dose en tenant compte des éventuels risques de sevrage ou de décompensation. Le but est d'optimiser l'usage du médicament, de prévenir les effets indésirables, sans viser un bénéfice économique [19]. Dans la littérature internationale, le terme apparaît en 2004 dans un article pionnier de Patrice Queneau [24] et à partir de 2011, le nombre de publications comportant ce terme a augmenté de façon exponentielle.

Les principes clés pour déprescrire reposent sur l'appréciation d'un équilibre bénéfice/risque individualisé et sur la hiérarchisation des traitements : essentiels à maintenir, utiles pour l'amélioration du confort, et inutiles à stopper. La déprescription vise avant tout les MPIG, mais aussi les médicaments utilisés sans indication claire. Dans certains cas, la déprescription d'un médicament conduit à le remplacer par un médicament ayant un meilleur profil de tolérance.

La déprescription est une vraie prescription : elle requiert temps, écoute, suivi étroit, et collaboration interprofessionnelle [25]. Cette démarche réflexive doit aussi intégrer les représentations du patient concernant sa santé, ses valeurs, ses besoins, ses craintes et ses choix [26,27]. Une fois la décision prise de déprescrire un ou plusieurs médicaments, il faut engager un processus visant à :

• Expliquer et planifier l'arrêt du ou des médicaments pendant un temps dédié avec le patient dans le cadre d'une décision partagée en organisant un accompagnement et un suivi personnalisé.
• Décider et adapter : arrêt complet (immédiat ou progressif) ou réduction graduelle, selon l'effet attendu et les risques liés au sevrage en l'indiquant de façon explicite sur l'ordonnance.
• Informer les autres acteurs (prescripteurs, pharmacien) et coordonner les actions avec eux.

Les freins à la déprescription sont nombreux : contraintes de temps et de la formation insuffisante des médecins, méconnaissance globale du risque iatrogène, attachement du patient ou de son entourage à certains médicaments, et peur du jugement d'autres soignants [35]. La génération des ordonnances dans les logiciels métiers rend très facile le renouvellement à l'identique de l'ordonnance par un simple clic et n'encourage pas la réflexion sur la pertinence du traitement en cours. En France, la plateforme de prise de rendez-vous *Doctolib* a même lancé une messagerie entre le patient et son médecin permettant un renouvellement d'ordonnance sans entretien entre ces derniers, ce qui ne permet pas d'assurer une éventuelle déprescription. Cette démarche n'est donc pas souhaitable.

Quelques exemples où la déprescription est possible et souvent souhaitable

• Benzodiazépines

Les benzodiazépines exposent les personnes âgées à un risque iatrogène important, alors que le bénéfice clinique est faible dans l'insomnie ou dans les troubles anxieux [28]. La consommation chronique concerne environ un tiers des personnes âgées de la population générale et plus de 50% des résidents d'institutions gériatriques. Leur déprescription est particulièrement complexe. Avant l'arrêt total, une réduction progressive des doses sur 4 à 8 semaines est nécessaire si elles sont utilisées depuis plus d'un mois, pour éviter un phénomène de rebond ou un syndrome de sevrage [29]. Parmi les freins à leur déprescription figurent l'attachement des patients et de l'entourage

familial et une mauvaise connaissance des professionnels (notamment des personnels des institutions gériatriques) qui surestiment leur efficacité et sous-estiment leurs effets indésirables. L'implication des médecins généralistes, des résidents et de leur famille dans le processus décisionnel est indispensable [29].

• Antihyperglycémiants
Les personnes âgées vivant avec un diabète de type 2 sont fréquemment soumis à une polymédication. La personnalisation des objectifs glycémiques permet d'adapter les traitements, d'éviter les médicaments sources d'hypoglycémies et d'engager si nécessaire une procédure de déprescription. En particulier chez les personnes fragiles, les objectifs glycémiques doivent être moins stricts et la prévention des hypoglycémies est prioritaire. L'éducation thérapeutique permet d'améliorer l'adhésion au traitement et d'éviter les erreurs dans les prises médicamenteuses ou les doses d'insuline en particulier lorsque les effets dépassent les objectifs glycémiques [30].

• Antihypertenseurs
Un essai multicentrique, randomisé et contrôlé a été mené chez des 1048 résidents en EHPAD, âgés de 80 ans ou plus, recevant plus d'un antihypertenseur et présentant une pression artérielle systolique inférieure à 130 mmHg [31]. Dans le groupe Intervention, un protocole de déprescription des antihypertenseurs a été appliqué alors que dans le groupe contrôle le traitement a été poursuivi sans consigne particulière. L'étude a montré que la déprescription était faisable et sans effet négatif sur la mortalité, mais n'a pas mis en évidence d'effet positif sur la santé des résidents. Aussi, la déprescription prudente des antihypertenseurs dans ce contexte est possible, et à notre sens, il faudrait l'encourager chez les résidents qui reçoivent une polymédication.

• Statines
Un essai randomisé portant sur 1160 personnes de plus de 75 ans recevant des statines dans le cadre d'une prévention cardiovasculaire primaire et étudié l'arrêt de ces médicaments [32]. Dans le groupe intervention, la mortalité de toute cause à 3 ans était semblable à celle du groupe qui a continué les statines. L'effet était homogène dans tous les sous-groupes considérés et il n'y a pas eu d'effets adverses de l'intervention. Cet essai montre que la déprescription des statines dans ce contexte est faisable et sûre.

3.6 Corriger la sous prescription de médicaments utiles
L'optimisation de l'ordonnance ne consiste pas seulement à déprescrire certains médicaments inappropriés ou inutiles. Elle consiste aussi à identifier les situations cliniques pour lesquelles certains traitements sont requis et à examiner si ceux-ci sont présents ou absents sur l'ordonnance. En effet, la sous-prescription, définie comme l'absence de traitement pourtant indiqué, est fréquente chez les personnes âgées et peut entraîner une perte de chance. Cette sous-prescription a aussi été décrite sous le terme d'inertie clinique [33]. L'outil START permet d'identifier des omissions thérapeutiques fréquentes, susceptibles d'altérer le pronostic [14]. Quelques exemples sont présentés dans le Tableau 2. Les situations fréquentes concernées par l'omission de médicaments sont l'insuffisance cardiaque, le diabète, la maladie coronaire et les autres maladies liées à l'athérosclérose, l'ostéoporose et les chutes répétées, et l'insuffisance respiratoire chronique. L'identification systématique de ces situations contribue à une optimisation individualisée de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.

3.7 Les effets de l'optimisation de l'ordonnance
On dispose aujourd'hui d'un grand nombre d'études d'intervention qui ont comparé des interventions visant à optimiser les traitements par rapport à l'absence d'intervention [25–29]. La plupart ont abouti à des traitements davantage conformes aux recommandations en vigueur et à une diminution significative du nombre de médicaments. Cependant, l'impact clinique est variable

en fonction des études, ce qui est probablement en lien avec les divers contextes de soins (soins primaires, hôpital, maisons de retraite) et la diversité des interventions réalisées [34]. Certaines études ont montré des bénéfices pour la santé des participants notamment une meilleure qualité de vie, une diminution des effets secondaires, et des réhospitalisations. De plus, les études portant sur les dépenses de santé ont montré un bénéfice médico-économique [10]. Toutefois, il faut noter que la durée de plupart des études était relativement courte (6 mois à 1 an).

3.8 Une nécessaire collaboration entre les professionnels de santé

•*3.8.1 Médecins généralistes*

En France, la Convention médicale encourage depuis 2002 la lutte contre la polymédication des personnes âgées [35]. Depuis janvier 2026, une consultation longue dédiée à la déprescription est rémunérée pour les patients de plus de 80 ans. Toutefois, ces mesures restent insuffisantes en médecine de ville en raison du contexte organisationnel.

Il est indispensable de repenser la consultation de renouvellement d'ordonnance qui devrait consister à *réévaluer le traitement,* plutôt qu'à le *recopier sans réflexion* ce qui est facilité par la numérisation. Le terme *renouvellement de l'ordonnance* devrait être banni du vocabulaire médical. Pour les personnes âgées recevant une polymédication, un parcours de soin spécifique dédié au renouvellement d'ordonnance et à la conciliation médicamenteuse mériterait d'être construit, dans le but de favoriser la collaboration entre le médecin prescripteur et les autres spécialistes (gériatres notamment) d'une part et les pharmaciens d'autre part (Figure 1). De plus, en cas de prescripteurs multiples, il est impératif de regrouper l'ensemble des traitements prescrits sur une seule ordonnance, pour rendre le traitement plus clair pour le patient. L'accès au dossier pharmaceutique de *Mon espace Santé* permet de détecter tous les médicaments délivrés et facilite ce regroupement. Il apparaît nécessaire d'évaluer le fardeau thérapeutique via le dialogue (par exemple « Tout cela est-il faisable pour vous ? ») et considérer la non-observance qui est particulièrement fréquente, comme une situation signalant la nécessité d'un ajustement.

• *3.8.2 Pharmaciens d'officine*

Depuis ces dernières années, les missions du pharmacien d'officine se sont élargies avec notamment les entretiens pharmaceutiques, les bilans de prévention et le Bilan Partagé de Médication (BPM) [36]. Le BPM s'appuie sur un entretien structuré entre pharmacien et patient avec pour objectifs de réduire le risque iatrogène, d'optimiser l'impact clinique des médicaments, d'améliorer l'adhésion au traitement et de diminuer le gaspillage de médicaments. Par sa position, il a aussi connaissance des ordonnances issues de multiples prescripteurs et de l'utilisation de médicaments non prescrits. Le pharmacien est tenu d'informer le médecin du patient de la réalisation de ces entretiens ainsi que de transmettre les conclusions établies.

Toutefois, bien qu'ils soient en progression, ces actes d'accompagnement restent peu pratiqués.

Les freins pour les pharmaciens sont constitués par le manque de temps et la faible rémunération qui est versée avec retard, les refus assez fréquents des patients et le manque d'implication des médecins. De plus, en l'absence de demande des malades ou du médecin prescripteur, proposer une révision de l'ordonnance reste délicat pour les pharmaciens.

• *3.8.3 Equipes hospitalières*

La polymédication concerne 70% des personnes âgées hospitalisées et 20% d'entre elles sont victimes d'un épisode de iatrogénie au cours de l'hospitalisation. Des expériences intéressantes de collaboration entre pharmaciens cliniciens et médecins hospitaliers ont été menées et représentent une voie prometteuse pour optimiser les traitements. La Haute autorité de santé (HAS) dans un document consacré à la conciliation médicamenteuse en établissement de santé encourage la collaboration entre cliniciens et pharmaciens hospitaliers notamment pour revoir l'ordonnance de sortie [37]. Dans ce même document, la HAS souligne que l'articulation de ces actions avec la médecine de ville à la sortie de l'hôpital reste un point critique (Figure 1). Parfois les médicaments

combinés sont remplacés à l'hôpital par l'utilisation de chacun de leurs constituants, et ceci est recopié sur l'ordonnance de sortie, ce qui fait que le patient ne comprend plus son traitement et peut être induit en erreur.

• *3.8.4 Gériatres*

Les gériatres hospitaliers, ainsi que ceux exerçant en EHPAD et en soins primaires (réseaux de coordination, etc.) ont un rôle important à jouer dans l'optimisation des prescriptions. Par leur formation et leur pratique, ils ont une grande expérience de la gestion de la polymédication et de la iatrogénie. Les gériatres hospitaliers peuvent contribuer à une meilleure évaluation du rapport bénéfice/risque des médicaments chez les patients hospitalisés recevant une polymédication, mais aussi chez les patients ambulatoires dans le cadre de consultations ou de séances d'hôpital de jour.

• *3.8.5 Professionnels des soins palliatifs*

Les professionnels des soins palliatifs réalisent fréquemment des déprescriptions visant à interrompre les médicaments devenus inutiles dans le contexte de fin de vie. Parmi ces médicaments, on peut citer les traitements à visée préventive comme les statines, les antiagrégants plaquettaires ou les bisphosphonates dont le bénéfice attendu dépasse l'horizon de vie du patient [38,39]. De même, les médicaments antidiabétiques peuvent être allégés afin de limiter le risque d'hypoglycémie.

• *3.8.6 Infirmiers*

Les infirmiers, notamment ceux qui exercent à domicile, sont directement au contact des malades et pourraient jouer un rôle essentiel dans la gestion de la polymédication, notamment en sécurisant les prises médicamenteuses et en détectant des problèmes d'adhérence ou des effets indésirables [40]. Les infirmiers de pratique avancée grâce à une bonne collaboration avec les médecins, auront un rôle croissant pour gérer les traitements des personnes recevant une polymédication.

3.8.7 Professionnels exerçant en EHPAD

Le contexte des EHPAD est particulier car la polymédication et l'hyperpolymédication y sont très fréquentes et concernent une population hautement vulnérable. Le médecin coordonnateur de l'établissement et les médecins prescripteurs, qu'ils soient libéraux ou employés par la structure devraient travailler de concert pour optimiser les ordonnances des résidents et diminuer les risques de iatrogénie.

3.9 Les moyens disponibles pour optimiser l'ordonnance

3.9.1 Référentiels et documents

L'utilisation des référentiels comme les critères de Beers et l'outil STOPP and START est difficile pour les praticiens en raison de leur longueur ; par exemple ce dernier comporte 114 et 87 items, respectivement, sur plus d'une dizaine de pages. Certaines sources documentaires didactiques facilitent l'accès aux référentiels et aux bonnes pratiques de la prescription en gériatrie pour aider les praticiens à identifier les MPIG et à optimiser les ordonnances, notamment le guide PAPA [41], les documents proposés par les Omédits [42] et l'ouvrage Gériatrie pour le praticien [43]. Ce dernier propose une lecture simplifiée de référentiels de MPIG et de l'outil START adaptés à la pharmacopée française et une démarche structurée et pragmatique d'analyse de l'ordonnance basée sur 7 points à examiner pour chaque ligne de prescription (Encadré 2).

Une ou plusieurs réponses négatives incitent à revoir la pertinence de la ligne de prescription avec trois décisions possibles : Maintien à l'identique, Modification de dose, Arrêt.

Encadré 2 : Sept points à examiner pour chaque ligne de prescription (DICTIAS)

1. Le médicament est prescrit pour une situation clinique établie (D ou diagnostic) ?
2. Le médicament est prescrit dans une indication valide (I) ?
3. Le médicament n'est pas contre-indiqué chez le patient (C)
4. Le médicament ne figure pas parmi les MPIG et il est bien toléré (T pour tolérance)
5. Le médicament n'entraîne pas d'interaction médicamenteuse dangereuse (I)
6. La dose prescrite est appropriée (Ajustement ou A)
7. Les conditions de sécurité sont remplies (administration, suivi) (S).

3.9.2 Les systèmes d'aide à la décision

Un certain nombre de systèmes d'aides à la décision ont été élaborés pour optimiser l'ordonnance et de limiter la polymédication [44,45]. Ils sont destinés à être utilisés par les médecins, les infirmiers et les pharmaciens souvent en contexte hospitalier ou en pratique libérale. Les sources de connaissances médicales reposent sur les bases de données sur le médicament et les référentiels cités plus haut. Les données nécessaires pour l'entrée dans ces systèmes sont l'âge, le sexe du patient, les médicaments de l'ordonnance, le diagnostic et les antécédents et pour certains la biologie. La connexion peut être éventuellement faite avec le dossier patient.
Certains logiciels visent à aider les cliniciens lors des décisions diagnostiques ou thérapeutiques selon différentes approches :

- Application automatisée des recommandations des guides de bonnes pratiques cliniques
- Déclenchement d'alertes
- Génération de plan de soin par IA

D'autres systèmes existent pour limiter la polymédication inappropriée :

- Systèmes à base de règles qui structurent les recommandations de façon formelles, exécutables automatiquement par l'ordinateur (TRIM, Pharmlabs).
- Systèmes de priorisation (Vidal Sentinel) adoptant les règles STOPP/START.
- Systèmes documentaires qui présentent les connaissances sur les médicaments (PHARAO)

Le système ABiMed (Aide au bilan de médication) est un projet soutenu par l'Agence nationale de la Recherche en 2020, académique, en lien avec l'Union régionale des professionnels de santé des pharmaciens d'Île-de-France et qui est toujours en cours de développement [46]. Il propose une révision de l'ordonnance basée sur les critères STOPP and START. Il vise une utilisation par les pharmaciens et permet une aide à la collaboration entre acteurs de santé avec une récupération automatique des données des patients (remboursements de la sécurité sociale et logiciel du généraliste s'il est compatible), une aide documentaire visuelle sur les propriétés des médicaments, posologies, effets indésirables, contre-indications, et les interactions médicamenteuses…

L'utilité et leur impact de ces outils numériques sur la santé des patients recevant une polymédication sont encore mal documentés. Ces outils prometteurs nécessitent une validation clinique et une intégration sécurisée dans les logiciels métiers ; ils doivent rester une aide à la décision médicale sans se substituer au jugement du clinicien.

3.10 Vers une optimisation raisonnée de l'ordonnance

L'optimisation raisonnée de l'ordonnance est une réponse personnalisée centrée sur le patient. Chaque médicament doit être évalué au regard de son rapport bénéfice/risque individuel. Cette démarche suppose de définir clairement les objectifs thérapeutiques qui peuvent évoluer avec l'âge et l'état de santé ainsi que le recommande la HAS [47]. Finalement, l'optimisation de l'ordonnance

des patients recevant une polymédication a pour finalité d'améliorer la pertinence du traitement médicamenteux ; souvent il persiste une polymédication après cette démarche d'optimisation et l'enjeu est de faire en sorte qu'elle soit une polymédication appropriée.

La réévaluation régulière des traitements est un élément clé pour identifier les médicaments devenus inutiles ou potentiellement dangereux et d'ajuster les posologies en fonction des capacités physiologiques du patient, notamment sa fonction rénale. De même, les bilans partagés de médication favorisent une analyse globale du traitement. L'optimisation passe aussi par la simplification des schémas thérapeutiques, afin d'améliorer l'observance. L'utilisation de la dose minimale efficace et la vigilance vis-à-vis des interactions médicamenteuses sont des principes fondamentaux du bon usage du médicament.

L'utilisation des systèmes d'aide à la décision basés ou non sur l'IA est une voie prometteuse, et leur intégration aux logiciels métiers devrait permettre d'appliquer les recommandations de bonne pratique de façon personnalisée, de proposer des alternatives thérapeutiques et de déceler les symptômes liés à la iatrogénie. Ces systèmes pourraient même prévenir la prescription de MPIG en générant des alertes avant même que le prescripteur l'ajoute sur l'ordonnance. Ces systèmes d'alerte doivent s'intégrer à la pratique des prescripteurs et avoir une ergonomie soignée, car lorsqu'elles s'avèrent gênantes, elles sont désactivées par un grand nombre d'utilisateurs.

3.11 Synthèse et perspectives : Une démarche pluridisciplinaire indispensable et des défis organisationnels

La gestion de la polymédication repose sur une collaboration étroite entre les différents acteurs de santé. Le médecin traitant joue un rôle central dans la coordination des soins avec les spécialistes et l'hôpital ainsi que dans la hiérarchisation des priorités thérapeutiques. Le pharmacien contribue à la sécurisation des prescriptions en identifiant les interactions et en participant aux revues de médication. Le patient et ses aidants occupent également une place essentielle. Leur implication dans la prise en soin, notamment à travers l'éducation thérapeutique, permet d'améliorer l'observance et de détecter précocement les effets indésirables. Concernant la sécurité des prises médicamenteuses, il faut souligner l'intérêt majeur des piluliers hebdomadaires qui peuvent être remplis par les aidants ou les auxiliaires de vie ce qui permet d'éviter des prises répétées quand le patient ne se souvient plus s'il a pris ses comprimés. Il faut aussi s'assurer que la personne n'a pas de troubles cognitifs qui pourraient la conduire à de fréquentes erreurs dans les prises de médicaments (excès ou oublis). Dans ces situations, l'encadrement des prises de médicaments par l'entourage ou par un professionnel de santé évite ces écueils.

Cette approche pluridisciplinaire constitue un levier majeur pour optimiser la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées mais beaucoup de chemin reste à faire pour parvenir à une gestion idéale du traitement des personnes âgées. En effet, malgré les recommandations et les référentiels, la révision de l'ordonnance et la conciliation médicamenteuse sont rarement réalisées dans la pratique, faute d'organisation spécifique de cette démarche. Les obstacles sont nombreux, comme notamment le manque de temps ou de formation des professionnels, l'absence de parcours de soins dédiés, la valorisation insuffisante de la collaboration interdisciplinaire, ou encore l'information insuffisante des patients. La dimension organisationnelle est cruciale pour faire en sorte que l'optimisation de l'ordonnance puisse être réalisée à grande échelle chez les personnes âgées recevant une polymédication.

4. RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail recommande de :

1. Informer les prescripteurs lors de la formation initiale et continue sur la nécessité d'évaluer le bien-fondé des prescriptions lors des renouvellements d'ordonnance, sur les conséquences de la polymédication inappropriée et sur l'importance de la déprescription.

2. Organiser une révision d'ordonnance au moins une fois par an chez les personnes de plus de 65 ans recevant une polymédication, à l'initiative du médecin le plus impliqué dans le suivi du patient (habituellement le médecin généraliste référent) ou au cours d'une hospitalisation. Cette révision doit être collaborative en prenant l'avis d'autres professionnels de santé concernés (gériatre, autre médecin spécialiste, pharmacien) par téléexpertise ou consultation, en ciblant de façon prioritaire les patients les plus fragiles ou les plus complexes, et aboutir à l'optimisation du traitement partagée entre ces acteurs, le patient et son entourage (conciliation médicamenteuse) (Figure 1).

3. Encourager l'éducation du patient et de son entourage pour favoriser l'adhésion médicamenteuse et la sécurité des prises (recours à des piluliers hebdomadaires, implication de professionnels de santé notamment des infirmières en cas de troubles cognitifs ou de perte d'autonomie)

4. Développer la recherche clinique portant sur l'optimisation de l'ordonnance et la déprescription en évaluant leurs effets cliniques sur des périodes de temps prolongées.

5. Mettre à disposition des praticiens des systèmes d'aides à la décision appliqués à la révision d'ordonnances et des systèmes numériques facilitant la collaboration entre professionnels de santé à distance et de façon asynchrone.

5. REFERENCES

[1] Le Cossec C, Sermet C, Perronnin M. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques. Question d'économie de santé (IRDES) 2015:1–8.

[2] Word Health Organization. Medication safety in polypharmacy: a technical report 2019. https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-polypharmacy-technical-report (accessed April 26, 2026).

[3] Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. J Clin Epidemiol 2012;65:989–95. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.02.018.

[4] Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf 2014;13:57–65. https://doi.org/10.1517/14740338.2013.827660.

[5] Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? Lancet 2007;370:173–84. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61091-5.

[6] Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and Meta-analysis. BMC Geriatr 2022;22:601. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03279-x.

[7] L'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses. Propositions pour 2025 (rapport). 2024.

[8] Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2014;62:2261–72. https://doi.org/10.1111/jgs.13153.

[9] Sheppard JP, Koshiaris C, Stevens R, Lay-Flurrie S, Banerjee A, Bellows BK, et al. The association between antihypertensive treatment and serious adverse events by age and frailty: A cohort study. PLoS Med 2023;20:e1004223. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004223.

[10] O'Mahony C, Dalton K, O'Hagan L, Murphy KD, Kinahan C, Coyle E, et al. Economic cost-benefit analysis of person-centred medicines reviews by general practice pharmacists. Int J Clin Pharm 2024;46:957–65. https://doi.org/10.1007/s11096-024-01732-y.

[11] Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch Intern Med 1991;151:1825–32.

[12] By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc 2023;71:2052–81. https://doi.org/10.1111/jgs.18372.

[13] McGettigan S, Curtin D, O'Mahony D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: uptake and clinical impact. Expert Rev Clin Pharmacol 2023;16:1175–85. https://doi.org/10.1080/17512433.2023.2280219.

[14] O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart J-B, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med 2023;14:625–32. https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y.

[15] Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. Eur J Clin Pharmacol 2015;71:861–75. https://doi.org/10.1007/s00228-015-1860-9.

[16] Shrank WH, Polinski JM, Avorn J. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc 2007;55 Suppl 2:S373-382. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01345.x.

[17] Xing XX, Zhu C, Liang HY, Wang K, Chu YQ, Zhao LB, et al. Associations Between Potentially Inappropriate Medications and Adverse Health Outcomes in the Elderly: A Systematic

Review and Meta-analysis. Ann Pharmacother 2019;53:1005–19. https://doi.org/10.1177/1060028019853069.
[18] Zhou Y, Pan Y, Xiao Y, Sun Y, Dai Y, Yu Y. Association between Potentially Inappropriate Medication and Mortality Risk in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc 2024;26:105394. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105394.
[19] Queneau P, Doucet J, Paille F. Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2007;191:271–85. https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)33074-2.
[20] Scott S, Twigg MJ, Clark A, Farrow C, May H, Patel M, et al. Development of a hospital deprescribing implementation framework: A focus group study with geriatricians and pharmacists. Age Ageing 2019;49:102–10. https://doi.org/10.1093/ageing/afz133.
[21] Duerden M, Avery, T, Payne, R. Polypharmacy and medicines optimisation: Making it safe and sound. London: The King's Fund; 2013.
[22] Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. Journal of Pharmacy Practice and Research 2003;33:323–8. https://doi.org/10.1002/jppr2003334323.
[23] Queneau P. Prescrire, proscrire et ... déprescrire. Pratiques Médicales et Thérapeutiques 2002;23:22–4.
[24] Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de "dé-prescrire." Presse Med 2004;33.
[25] Megerlin F, Bouvenot G, Queneau P. Déprescription et responsabilité médicale. Médecine & Droit 2025;2025:46–52. https://doi.org/10.1016/j.meddro.2024.09.001.
[26] Mazzocato C, David S, Benaroyo L, Monod S. Polymédication et personne âgée : ni trop ni trop peu ! Rev Med Suisse 2013;386:1026–31.
[27] Conklin J, Farrell B, Suleman S. Implementing deprescribing guidelines into frontline practice: Barriers and facilitators. Research in Social and Administrative Pharmacy 2019;15:796–800. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.08.012.
[28] Ng BJ, Le Couteur DG, Hilmer SN. Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients: Impact of Interventions Targeting Physicians, Pharmacists, and Patients. Drugs Aging 2018;35:493–521. https://doi.org/10.1007/s40266-018-0544-4.
[29] Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Haute Autorité de Santé 2008. https://www.has-sante.fr/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age (accessed April 23, 2026).
[30] Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, Detournay B, Dupuy O, Gourdy P, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements de l'hyperglycémie dans le diabète de type 2 – 2025. Médecine des Maladies Métaboliques 2025;19:630–62. https://doi.org/10.1016/j.mmm.2025.10.002.
[31] Benetos A, Gautier S, Freminet A, Metz A, Labat C, Georgiopoulos I, et al. Reduction of Antihypertensive Treatment in Nursing Home Residents. N Engl J Med 2025;393:1990–2000. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2508157.
[32] Bonnet F, Poulizac P, Rousselot N, Couffinhal T, Galli G, Berdaï D, et al. Discontinuation of statins for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in adults aged 75 years or older (SAGA/SITE): a multicentre, open-label, pragmatic, non-inferiority randomised trial. Lancet Healthy Longev 2026;7:100884. https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2026.100884.
[33] Vafeidou K, Psoma O, Apostolidis E, Sarvani A, Doumas M, Kotsa K, et al. Clinical Inertia in SGLT2 Inhibitor Use Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease: A Comparison of Regional and University Hospital Practice. Geriatrics (Basel) 2025;10:144. https://doi.org/10.3390/geriatrics10060144.
[34] Hung A, Kim YH, Pavon JM. Deprescribing in older adults with polypharmacy. BMJ 2024;385:e074892. https://doi.org/10.1136/bmj-2023-074892.

[35] Megerlin F, Bouvenot G, Queneau P. Drug deprescribing policy and incentives in France. Ann Pharm Fr 2025;83:933–40. https://doi.org/10.1016/j.pharma.2025.04.003.
[36] Bonnan D, Amouroux F, Aulois-Griot M. Le bilan partagé de médication: intérêt de la mise en place d'un nouveau service pharmaceutique dans la detection de problemes lies aux therapeutiques. Annales Pharmaceutiques Françaises 2021;79:597–603. https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.02.009.
[37] Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Haute Autorité de Santé 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/en/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante (accessed April 28, 2026).
[38] Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH Jr, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL, et al. Safety and Benefit of Discontinuing Statin Therapy in the Setting of Advanced, Life-Limiting Illness: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2015;175:691–700. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0289.
[39] Lindsay J, Dooley M, Martin J, Fay M, Kearney A, Khatun M, et al. The development and evaluation of an oncological palliative care deprescribing guideline: the 'OncPal deprescribing guideline.' Support Care Cancer 2015;23:71–8. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2322-0.
[40] Sirois C, Ouellet N. La déprescription chez les aînés et le rôle des infirmières pour tendre vers des polymédications appropriées, une revue narrative de la littérature. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière 2018;4:20–9. https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.12.001.
[41] Hanon O, Jeandel C. Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées. Paris: Frison Roche; 2015.
[42] Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique. Médicaments chez la personne âgée | OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe 2026. https://www.omedit-nag.fr/outils-guides/medicaments-chez-la-personne-agee (accessed April 26, 2026).
[43] Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, et al. Gériatrie pour le praticien. Paris: Elsevier - Masson; 2023.
[44] Mouazer A, Tsopra R, Sedki K, Letord C, Lamy J-B. Decision-support systems for managing polypharmacy in the elderly: A scoping review. J Biomed Inform 2022;130:104074. https://doi.org/10.1016/j.jbi.2022.104074.
[45] Onder G, Petrovic M, Tangiisuran B, Meinardi MC, Markito-Notenboom WP, Somers A, et al. Development and validation of a score to assess risk of adverse drug reactions among in-hospital patients 65 years or older: the GerontoNet ADR risk score. Arch Intern Med 2010;170:1142–8. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.153.
[46] Mouazer A, Léguillon R, Boudegzdame N, Levrard T, Le Bars Y, Simon C, et al. ABiMed: An intelligent and visual clinical decision support system for medication reviews and polypharmacy management. BMC Med Inform Decis Mak 2025;25:173. https://doi.org/10.1186/s12911-025-03002-x.
[47] Haute Autorité de Santé. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Haute Autorité de Santé 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee (accessed April 23, 2026).

Légende des figures

Figure 1 : Proposition d'un parcours pour optimiser l'ordonnance chez les personnes âgées recevant une polymédication. La démarche est initiée par le médecin référent en soins primaires (1a) ou par un médecin hospitalier au cours d'une hospitalisation (1b). Dans les deux situations, une approche collaborative est établie (2), et elle conduit à une proposition d'optimisation du traitement (3a, 3b). La conciliation médicamenteuse vise à partager l'optimisation proposée avec le patient (Pt), son entourage et les professionnels de santé (PS) impliqués dans les soins au patient (4a, 4b). Le parcours aboutit à la prescription du traitement optimisé et à sa poursuite après la sortie de l'hôpital si la démarche a été initiée dans ce contexte.

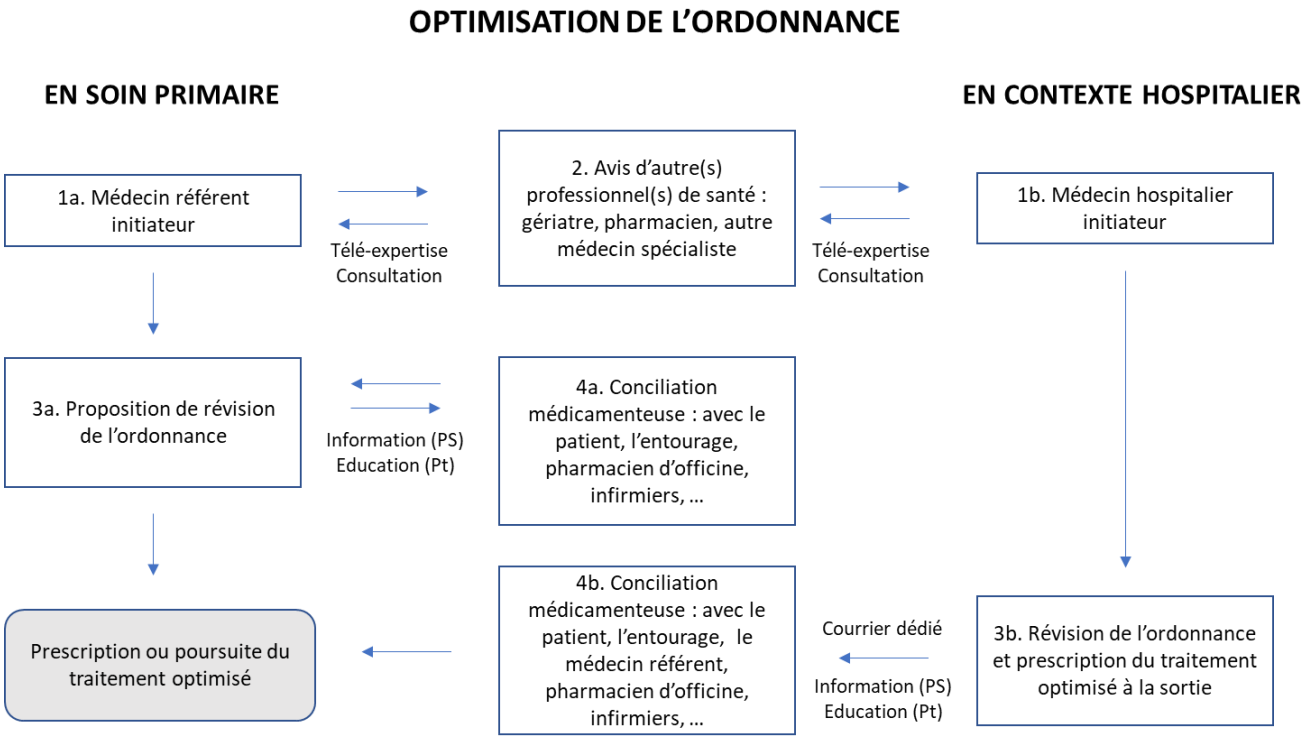
<u>Tableau 1</u> : Liste des experts auditionnés et titre de leurs interventions

Joël Ankri, gériatre Professeur émérite, Université de Versailles-Saint-Quentin, Président du Conseil Scientifique de l'ANSM, Membre de l'Académie Nationale de Médecine	La polymédication des personnes âgées
Patrice Queneau, thérapeute, médecin interniste Membre des Académie Nationales de Médecine et de l'Académie Nationale de Pharmacie. Doyen honoraire de la Faculté de médecine de Saint-Etienne, Ancien Président du Collège National des Enseignants de Thérapeutique	Déprescrire chez les personnes âgées : Données, pratiques, perspectives
Stéphanie Sidorkiewicz, médecin généraliste Maître de Conférences des Universités en Médecine générale, Université Paris Cité	Repenser la consultation de renouvellement d'ordonnance chez les personnes âgées prenant plusieurs médicaments au long cours
Patrick Hindlet, pharmacien Université Paris-Saclay et Service de Pharmacie–Raymond Poincaré - Sainte Périne. Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) – INSERM UMR S 1018	Polymédication des personnes âgées en contexte hospitalier
Joël Belmin, gériatre Sorbonne Université et Membre de l'Académie Nationale de Médecine	Référentiels et indicateurs de qualité des prescriptions des médicaments en gériatrie
Athanase Benetos, gériatre CHRU de Nancy et INSERM u1116. Université de Lorraine. Membre de l'Académie Nationale de Médecine	La déprescription chez les résidents en EHPAD
Anne Spinewine, pharmacologue Université de Louvain (Belgique). Drug Research Institute, Clinical Pharmacy & Pharmacoepidemiology	Réexamen systématique des revues concernant les essais de déprescription pour mieux informer les praticiens et la recherche.
Eric Douriez, pharmacien Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine et URPS des Pharmaciens d'Ile-de-France	Polymédication du sujet âgé. Evolution et rôle du pharmacien d'officine : Focus sur le Bilan de médication partagé.
Olivier Hanon, gériatre Hôpital Broca et Université Paris Cité, Paris	Polymédication chez les personnes âgées : les : médicaments cardiovasculaires
Jean-Baptiste Lamy, pharmacien Enseignant-chercheur en informatique médicale à l'Université Paris 13 et au Laboratoire LIMICS	Systèmes d'aides à la décision pour optimiser la polymédication
Gérard Reach, diabétologue Laboratoire Éducations et Promotion de la Santé. Université Sorbonne Paris Nord. Membre de l'Académie Nationale de Médecine	Les mécanismes mentaux de l'observance aux traitements à long terme
Gisèle Pickering, pharmacologue Membre de l'Académie Nationale de Médecine	Prise en charge de la douleur neuropathique chez le sujet âgé
Bernard Bauduceau, diabétologue Membre de l'Académie Nationale de Médecine	La déprescription des médicaments du diabète chez les personnes âgées

<u>Tableau 2</u> : Exemples de médicaments potentiellement inappropriés en gériatrie (MPIG) dont la déprescription doit être discutée, et de médicaments de l'outil START dont la prescription est utile dans certaines situations cliniques.

Type de médicaments	
Exemples de MPIG :	**Raison**
Les benzodiazépines à longue durée d'action	Augmentent le risque de somnolence, de confusion, de troubles de la mémoire, de chutes et de fractures.
Les antidépresseurs tricycliques	Effets anticholinergiques importants, pouvant provoquer confusion, constipation, rétention urinaire et hypotension orthostatique.
Les sulfonylurées à demi-vie courte (par exemple, le glibenclamide, le chlorpropamide, le glimépiride)	Risque d'hypoglycémie prolongée
Les inhibiteurs de la pompe à protons	Non indiqués en l'absence de pathologie gastrique ou œsophagienne ou de prescription concomitante d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.
Exemples de médicaments de l'outil START :	**Situation clinique concernée**
Vitamine D	En cas d'ostéoporose et/ou de fracture(s) de fragilité et/ou de T-score de densité minérale osseuse<2,5
Vitamine D	En cas de carence confirmée en 25-hydroxycholécalciférol (< 20 microgrammes/L, < 50 nmol/L), chez des patients confinés à domicile, qui font des chutes ou qui souffrent d'ostéopénie
Traitement anti-résorptif ou anabolique osseux (par exemple, bisphosphonates, tériparatide, dénosumab)	En cas d'ostéoporose avérée (scores T de densité minérale osseuse inférieurs à -2,5 dans un ou plusieurs sites) et/ou des antécédents de fracture(s) de fragilité – en l'absence de contre-indication pharmacologique ou clinique, telle qu'une espérance de vie inférieure à un an
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	En cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée
Anticoagulation orale	En cas de fibrillation atriale

FIGURE 1


OPTIMISATION DE L'ORDONNANCE
EN SOIN PRIMAIRE
EN CONTEXTE HOSPITALIER
1a. Médecin référent initiateur
Télé-expertise
Consultation
2. Avis d'autre(s) professionnel(s) de santé : gériatre, pharmacien, autre médecin spécialiste
Télé-expertise
Consultation
1b. Médecin hospitalier initiateur
3a. Proposition de révision de l'ordonnance
Information (PS)
Education (Pt)
4a. Conciliation médicamenteuse : avec le patient, l'entourage, pharmacien d'officine, infirmiers, …
Prescription ou poursuite du traitement optimisé
4b. Conciliation médicamenteuse : avec le patient, l'entourage, le médecin référent, pharmacien d'officine, infirmiers, …
Courrier dédié
Information (PS)
Education (Pt)
3b. Révision de l'ordonnance et prescription du traitement optimisé à la sortie

GLOSSAIRE

BPM : Bilan partagé de médication
HAS : Haute autorité de santé
IA : intelligence artificielle
MPIG : Médicament potentiellement inapproprié en gériatrie
START : Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment
STOPP : Screening Tool of Older Persons' Prescriptions

Pour copie certifiée conforme



Professeur Christian BOITARD
Secrétaire perpétuel