



HAL
open science

Utilisation de l'outil STOPP-START en soins primaires : enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes en Ille-et-Vilaine

Benoît Gombert

► To cite this version:

Benoît Gombert. Utilisation de l'outil STOPP-START en soins primaires : enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01755509

HAL Id: dumas-01755509

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755509>

Submitted on 6 Jun 2018

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

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

N° d'ordre :



ANNÉE 2016

**UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Benoît GOMBERT

Né le 4 Juin 1982 à Abbeville (Somme)

**Utilisation de l'outil
STOPP-START en
soins primaires :
Enquête qualitative
par entretiens semi-
directifs auprès de
médecins
généralistes en Ille-
et-Vilaine**

**Thèse soutenue à Rennes
le 4 Novembre 2016**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

Professeur, CHU de Rennes / *Président*

Françoise TATTEVIN-FABLET

Médecin Généraliste, DMG Rennes, PU associé /
Juge

Laetitia ROUVRAIS

Médecin Généraliste, médecin conseil CPAM / *Juge*

Ronan GARLANTEZEC

Epidémiologiste, Maître de conférence associé /
Juge

Bastien LANGREE

Docteur en pharmacie, Assistant des Hôpitaux /
Juge

François PINOCHE

Gériatre, Polyclinique Saint Laurent Rennes /
Directeur de Thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie ; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie ; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie

DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, à mi-temps	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie ; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion

HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric Professeur associé des universités de MG	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire

MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier Professeur associé des universités de MG	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIE Jean Marc	Réanimation ; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise Professeur associé des universités de MG	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

VIGNEAU Cécile

Néphrologie

VIOLAS Philippe
WATIER Eric

Chirurgie infantile
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie

WODEY Eric

Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel Maître de conférence associé MG	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADAJ Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie

MAHÉ Guillaume MARTINS Raphaël	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé de MG)	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur JEGO Patrick,
Vous me faites l'honneur de présider ce Jury et de juger ce travail. Vous avez tout de suite été intéressé par mon étude, soyez assuré de mes remerciements et de tout mon respect.

A Madame le Docteur TATTEVIN-FABLET Françoise,
Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse et d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur GARLANTEZEC Ronan,
Vous m'avez fait le plaisir d'accepter de siéger parmi mon jury de thèse. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail et de l'honneur que vous me faites en acceptant de le juger.

A Monsieur le Docteur LANGREE Bastien,
Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de donner ton avis sur mon travail et de le juger. Ta perspective moderne concernant la pharmacie clinique m'a séduit.

A Madame le Docteur ROUVRAIS Lætitia,
Je te remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à cette étude. Tes conseils tant au niveau de la bibliographie que du recrutement m'ont été précieux. De plus ta position au sein de la CPAM sur la prévention de la iatrogénie m'est apparue essentielle pour évaluer mon étude.

A Monsieur le Docteur PINOCHE François,
Je te remercie de m'avoir accompagné et guidé pendant ce projet de thèse. Merci pour ton aide irremplaçable et ta grande disponibilité.

A ma femme Sina, pour l'amour et l'inspiration que tu me procures au quotidien. Merci pour ton aide inestimable dans ce travail. Et enfin merci, merci de m'avoir offert cet enfant qui nous montre à quel point la vie est belle.

A mes parents de m'avoir donné la passion du travail, et du travail bien fait.

A ma sœur Sandrine, qui m'a ouvert l'esprit à un moment où il le fallait, vers des études qui ne m'étaient pas destinées.

A ma sœur Caroline, qui m'a développé un sens de la critique et de la culture que j'enrichie tous les jours.

An meine Schwiegereltern und meine Schwägerin, für Ihre Ermutigung und Unterstützung.

A mes amis Amiénois et Rennais pour leur présence et leur soutien.

A Franz pour la gentillesse, les conseils et la disponibilité que tu m'as offert.

A Dr PENNEC pour ta contribution au recrutement et la passion avec laquelle tu as utilisé l'outil.

A Dr GELGON pour son avis éclairé sur ce travail.

A tous les autres médecins qui ont participé à cette étude. Sans votre sérieuse collaboration ce travail n'aurait jamais pu voir le jour. Merci pour le temps que vous m'avez consacré lors de ces formations et entretiens.

Table des matières

1 ABRÉVIATIONS :	11
2 DÉFINITIONS.....	12
3 RÉSUMÉ.....	13
4 ABSTRACT.....	14
5 INTRODUCTION.....	15
6 MATÉRIELS ET MÉTHODE :	16
7 RÉSULTATS.....	18
7.1 DONNÉES STATISTIQUES :	18
7.2 EXPÉRIENCES PERSONNELLES DES MÉDECINS.....	18
UTILISATION DES AIDES A LA PRESCRIPTION AVANT L'ÉTUDE.....	18
CIRCONSTANCES D'UTILISATION DE STOPP-START.....	19
7.3 CRITIQUES DE L'OUTIL.....	20
POINTS FORTS.....	20
POINTS FAIBLES.....	21
PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS.....	22
7.4 RÉFLEXIONS SUR LA IATROGÉNIE.....	23
8 DISCUSSION.....	24
8.1 ANALYSE DES RÉSULTATS.....	24
UN OUTIL POUR LES SOINS PRIMAIRES.....	24
DES MODIFICATIONS A APPORTER.....	25
RÉFLEXION SUR LA IATROGÉNIE EN SOINS PRIMAIRES.....	25
8.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	27
CHOIX MÉTHODOLOGIQUE.....	27
RECRUTEMENT.....	27
RECUEIL DES DONNÉES.....	27
ANALYSE DES DONNÉES ET VALIDITÉ DE L'ÉTUDE.....	27
9 CONCLUSION.....	29
10 BIBLIOGRAPHIE.....	30
11 ANNEXES.....	32

1 ABRÉVIATIONS :

- ALD : Affection Longue Durée
- DCI : Dénomination Commune Internationale
- EI : Effets Indésirables
- ES : Effets secondaires
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HTA : Hypertension Artérielle
- PMI : Prescription Médicamenteuse Inappropriée
- STOPP-START : Screening Tool to Older's Person's Prescription (outil de dépistage de la prescription médicale du patient âgé) – Screening Tool for Alert doctors for Right Treatment (outil de dépistage pour alerter sur la prescription médicale adaptée)

2 DÉFINITIONS

- Iatrogénie : OMS 1969 : tout effet néfaste et non recherché à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement

Cette définition peut être élargie : conséquence indésirable sur l'état de santé de tout acte pratiqué ou prescrit par un professionnel et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé

- Événement indésirable évitable : événement indésirable qui n'aurait pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue [19]

- Personne âgée : définie par l'HAS comme une personne dont l'âge est supérieur à 75 ans ou plus de 65 ans et polypathologiques

- Polypathologie : il n'y a pas de définition officielle de la polypathologie ; définition HAS → présence d'au moins 3 maladies chroniques chez une personne âgée de 75 ans et plus

- Polymédication : OMS 2004 : administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments

Habituelle et souvent légitime chez le sujet âgé, elle est dite appropriée quand elle est justifiée par la polypathologie ou une situation médicale complexe et lorsque les traitements prescrits respectent les recommandations

- PMI / misuse : prescription médicamenteuse dont le rapport bénéfice risque est défavorable.

- overuse / excès de traitement : prescription médicamenteuse prescrite en l'absence d'indication, n'ayant jamais prouvée leur efficacité (service médical rendu insuffisant)

- underuse / insuffisance de traitement / omission de prescription médicamenteuse chez des sujets ayant une pathologie pour laquelle son efficacité a été démontrée

3 RÉSUMÉ

Introduction : STOPP-START, un outil d'aide à la prescription peut être utilisé afin de dépister les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) ou omises chez le sujet âgé. L'objectif de cette étude est d'évaluer son utilisation en soins primaires.

Méthode : Quatorze entretiens semi-dirigés ont été réalisés chez des médecins généralistes préalablement formés à l'utilisation de STOPP-START. Ils ont été retranscrits puis fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : La présentation de l'outil et son esprit synthétique ont été appréciés. Le temps d'utilisation a été estimé correct. Divers items ont été signalés comme obsolètes, inutiles ou inadaptés aux soins primaires.

Conclusion : Une étude avec un délai d'utilisation plus long avec la dernière version de l'outil serait nécessaire pour mieux préciser son appréciation en médecine générale.

Mots-clefs : sujet âgé, iatrogénie, prescription médicamenteuse inappropriée, médecine générale, soins primaires

4 ABSTRACT

Instruction : STOPP-START, a tool for medical prescription, can be used to detect potentially inappropriate prescription or defaulted medication in elderly adults. The objective of this study is to evaluate his utilisation in primary care.

Method : Forteen semi-structured interviews were performed with Gps instructed in how to use STOPP-START. The interviews were written down then analysed thematically.

Results : The tool's presentation and synthesis were appreciated. The time needed for utilisation was estimated as adequate. Several items were found obsolete, useless or inadequate for primary care.

Conclusion : A new study with a longer utilisation delay and the updated version of the tool would be necessary to better evaluate the utilisation in a GP practice

Keywords : elderly adults, potentially inappropriate prescription, general medecine, primary care

5 INTRODUCTION

Selon l'INSEE, en 2060 environ un Français sur trois aura plus de 60 ans, soit 23 millions de personnes [1]. Une étude Française de 2006 a retrouvé que la quasi-totalité des sujets de plus de 65 ans avait au moins une prescription médicamenteuse [2], 45 % en consommait au moins 5. Cette étude a observé que l'incidence des effets indésirables médicamenteux augmentait avec l'âge. Différents facteurs intervenaient : l'altération des fonctions physiologiques liées au vieillissement, l'augmentation de la consommation de médicaments avec l'âge et les interactions entre médicaments et pathologies [2,3].

Une étude de 2002 a retrouvé que 17,8 % des patients de plus de 70 ans admis aux urgences avaient des effets indésirables médicamenteux, dont 40,2 % étaient évitables [4].

Le Gériatre Dr Mark Beers a créé en 1991 la notion de Prescription Médicamenteuse Inappropriée ou « misuse » [5]. Cette notion a été par la suite complétée par 2 autres catégories de prescriptions sous-optimales : « overuse » et « underuse » [3]. Beers et al ont proposé en 1997 une liste de médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées, en se basant sur des opinions d'experts [6]. D'autres outils ont été élaborés mais aucun n'a apporté de recommandation de prescription. Ils ont fait référence à des médicaments parfois non commercialisés en France [7]. Un consensus d'experts français a proposé une nouvelle liste de PMI adaptée à la pratique médicale française (liste de Laroche et al.) [8]. Malgré tout, ces différents outils ont eu pour vocation d'être utilisés en tant qu'indicateur épidémiologique de la qualité de la prescription plutôt qu'en pratique courante.

En 2008 Gallagher et al ont élaboré un nouvel outil de dépistage de médicaments inappropriés et d'omission de prescription appelé STOPP-START [9, Annexe 1]. En 2009 le travail de Lang et al a permis d'adapter cet outil à la langue française [10].

Une thèse Française de 2012 a mesuré une prévalence de 39,5 % de PMI sur des ordonnances de personnes âgées de plus de 75 ans évaluée en soins primaires via l'outil STOPP [11]. Une revue d'article de 2013 a évalué que les items de l'outil STOPP-START correspondaient à la pratique de la médecine générale. Cependant cette conclusion était basée sur une étude Nord Américaine [12]. L'auteur a également estimé que le temps d'utilisation de l'outil serait trop important pour être utilisé en France. Une thèse française de 2015 a évalué l'utilisation de l'outil STOPP-START par des médecins généralistes et médecins coordinateurs chez des personnes âgées en EHPAD. L'outil est apparu comme attrayant et apportant un réel avantage quant à la réévaluation de certaines prescriptions [13]. Mais la perte de temps responsable d'une surcharge de travail a aussi été pointée du doigt dans l'optique d'une pratique courante de l'outil.

Actuellement aucune étude n'a recueilli le ressenti des médecins généralistes quant à l'utilisation de cet outil en soins primaires.

L'objectif de cette étude est de déterminer comment STOPP-START est perçu par les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine dans leur prise en charge des patients âgés.

6 MATÉRIELS ET MÉTHODE :

Les auteurs ont réalisé une enquête prospective qualitative sur une population de médecins généralistes exerçants en Ille-et-Vilaine.

Les auteurs ont modifié l'outil pour qu'il apparaisse sous forme de tableau dans un livret plastifié de 16 pages. A chaque famille de produits pharmaceutiques a été ajouté l'essentiel des produits commercialisés (DCI et nom commercial).

Après 7 formations initiales, certains médecins avaient formulé des remarques quant au manque de clarté de l'outil. Une nouvelle version plus didactique, dans un format de 22 pages avec table des matières, et 2 couleurs distinctes (une pour STOPP, une autre pour START) a été rédigée. Cette dernière a été envoyée aux médecins déjà formés avec un courrier justificatif.

L'étude s'est déroulée en 2 temps.

La première phase a consisté en une formation initiale individuelle ou via un groupe de pairs, avec remise de l'outil. Un délai nécessaire de 4 semaines ou 5 ordonnances modifiées par l'outil ont été retenus.

Dans un second temps les entretiens individuels ont été réalisés. Les praticiens avaient alors l'occasion de rendre les ordonnances modifiées à l'enquêteur.

Des médecins ont été recrutés par le réseau professionnel du Dr Lætitia Rouvrais et de celui des auteurs.

Le consentement des praticiens concernant l'enregistrement des entretiens a été recueilli et le caractère anonyme de leur retranscription certifié.

Le recrutement des médecins a été fait selon un échantillon raisonné, selon les critères d'inclusions suivants :

- médecins généralistes installés en Ille-et-Vilaine
- âge et sexe différents
- pratiquants la médecine générale en Secteur I
- exercice dans différents secteurs (rural, semi-rural, urbain)
- mode d'activité isolé ou en groupe

Les médecins recrutés ont eu la possibilité d'utiliser l'outil STOPP-START sur leurs patients qui devaient répondre aux critères suivants : hommes ou femmes de plus de 65 ans, vus au cabinet ou maison de retraite et ne présentant pas de pathologie en phase terminale.

Les données ont été recueillies à partir des entretiens semi-dirigés (Annexe 3).

Les thèmes suivants ont été retenus pour la conception de la grille de questions de ces entretiens :

- la connaissance préalable d'outil d'aide à la prescription et de PMI
- circonstances d'utilisation de l'outil
- le sentiment global quant à son utilisation
- propositions d'amélioration

Après 4 entretiens, deux questions ont été ajoutées pour préciser ces thèmes.

La saturation des données a été obtenue après 14 entretiens.

Les données ont été enregistrées par le dictaphone intégré dans un téléphone portable.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits par l'enquêteur sur un fichier texte LibreOffice édition 2015, composant le *verbatim* de l'étude.

L'analyse a été effectuée par l'enquêteur selon la méthode inductive d'analyse thématique.

7 RÉSULTATS

7.1 DONNÉES STATISTIQUES :

47 médecins ont été sollicités pour participer à cette étude.

25 médecins ont refusé de participer à l'étude pour les motifs suivants :

- 4 médecins par manque de temps
- 8 médecins non intéressés
- 12 médecins n'ont pas donné de réponse
- 1 médecin ne comptait pas de patient âgé dans sa patientèle

22 médecins ont eu la formation initiale, parmi ces médecins :

- 3 médecins n'ont pas désiré continuer l'étude
- 3 médecins n'ont pas utilisé l'outil
- 2 médecins ont été perdus de vue

Ainsi 14 entretiens ont été réalisés entre le 4 décembre 2015 et le 13 juillet 2016. (Annexe 2)

Tous les entretiens ont été faits aux cabinets des médecins à l'exception de M14 (téléphonique). Parmi les médecins interrogés, il y a eu 6 femmes et 8 hommes. L'âge moyen était de 46 ans pour une médiane dans la tranche d'âge 40-44 ans. Ils étaient installés entre 1 et 29 ans au moment de l'entretien.

Neuf praticiens avaient un ou plusieurs diplômes supplémentaires.

7.2 EXPÉRIENCES PERSONNELLES DES MÉDECINS

UTILISATION DES AIDES A LA PRESCRIPTION AVANT L'ÉTUDE

Douze médecins (M1, M3, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13, M14) ont déclaré spontanément utiliser le Vidal® format informatique ou papier.

Parmi eux, trois médecins (M5, M11, M14) ont déclaré utiliser en plus la base de données Claude Bernard. Deux médecins (M13, M14) ont signalé employer une application développée par Apimed® pour smartphone. « M14 : Ça a un intérêt théorique mais on a un peu de mal à le vérifier en pratique ».

Un médecin (M14) a ajouté utiliser Thériaque® et la base de donnée Prescrire®.

Deux médecins (M3, M14) ont toutefois signalé des limites. « M3 : [Les alertes, NDLR], il y en a beaucoup trop maintenant, il faut trier, les interactions sont intéressantes mais il y a par moment tellement d'interactions qui apparaissent qu'au delà de 3-4 médicaments on ne regarde plus ce que l'on fait ». « M14 : Ce sont de réels outils d'aide à la prescription ? Ou est ce que c'est une base de donnée sur le médicament ? [...] Les logiciels d'aide à la prescription sont quasi obligatoires pour être agréé à l'ARS ».

Cinq médecins (M2, M6, M9, M12, M14) ont déclaré la lecture de la presse médicale comme source d'information. « M14 : *s'il me reste un peu de temps je préfère me consacrer à la lecture d'un truc un peu sérieux* ».

Deux médecins (M8, M11) ont signalé améliorer leurs prescriptions par l'intermédiaire des spécialistes : soit par le biais des comptes rendus, soit par « M8 : *la formation continue directe avec les spécialistes* ».

Cinq médecins (M3, M7, M8, M10, M14) ont déclaré s'aider de différentes aides en ligne (Antibiocllic, Aporose, le CRAT, Gestaclic).

Un médecin a déclaré utiliser le Mémo de la CPAM concernant les benzodiazépines. « M11 : *Pour les benzo j'ai pas besoin de l'outil car c'est le cheval de bataille de la SECU [...] j'ai toujours à côté de moi le mémo de la CPAM* ».

Un médecin (M4) a déclaré n'utiliser aucune aide à la prescription.

CIRCONSTANCES D'UTILISATION DE STOPP-START

Tous les médecins ont dit l'avoir utilisé lors d'un renouvellement d'ordonnance. « M8 : *je fais des consultations spécialisées, lors de renouvellement, pour faire la mise au point sur chaque prescription ; voir si elle est encore utile ou non* ».

Neuf médecins (M2, M3, M4, M5, M6, M8, M10, M11, M12) ont précisé l'avoir utilisé chez des patients polymédiqués. « M10 : *[Je l'utilise, NDLR] essentiellement chez la personne âgée, car c'est elle qui me donne des soucis dans mes prescriptions* ».

Trois médecins (M5, M10, M13) ont déclaré l'utiliser lors de nouvelles plaintes des patients. « M10 : *C'était au moment des événements aigus où je revoyais ma prescription, pour y déceler une probable iatrogénie, je me posais alors la question sur chaque médicament* ».

Trois médecins (M6, M10, M13) ont déclaré employer STOPP-START pendant la consultation au cabinet.

Deux médecins (M7, M10) ont déclaré l'utiliser après la consultation. « M7 : *Je laisse une ordonnance de côté et je la retravaille le soir* ».

Un médecin a signalé l'utiliser avant la consultation « M14 : *Je l'ai utilisé en préparant mes consultations, c'est à dire qu'en théorie je prépare toujours mes consultations une demie journée à l'avance* ».

Cinq médecins (M5, M9, M10, M11, M12) ont dit l'utiliser en visite. « M5 : *En visite, quand justement je n'ai pas mon ordinateur devant les yeux* ». « M11 : *[Je l'utilisais, NDLR] en maison de retraite car j'ai pas le temps sinon. [...] C'est des patients polypathologiques, avec des ordonnances à rallonge, et je trouve que l'outil il se destine mieux à ces patients-là* ».

Tous les médecins sauf un (« M4 : *j'ai pas trouvé de PMI* ») ont signalé avoir identifié des PMI dans leur prescription par l'intermédiaire de l'outil STOPP.

Par la suite ils ont expliqué avoir effectué un changement de thérapeutique (arrêt, diminution de posologie ou remplacement). Six médecins (M1, M6, M8, M9, M10, M14) ont en plus demandé l'avis d'un spécialiste. « M10 : J'avais demandé un bilan complémentaire et un avis cardio ».

Trois médecins (M8, M9, M13) ont affirmé ne pas avoir suivi certaines recommandations STOPP. « M8 : Un sujet âgé qui a syndrome Parkinsonien mais qui est agité, le Loxapac® reste malgré tout très efficace, entre les deux ... je ne peux pas l'arrêter ».

Neuf médecins (M2, M3, M4, M5, M7, M8, M10, M12, M13) ont dit ne pas avoir utilisé START. « M3 : J'ai pas utilisé, pas le temps. C'est une autre démarche, il faut bien le connaître pour l'utiliser, avec le STOPP on peut rapidement regarder chaque médicament lors de la consultation. Avec le START il faudrait y regarder peut-être avant ou après la consultation ».

Cinq médecins (M1, M6, M9, M11, M14) ont dit avoir utilisé l'outil START.

Huit médecins (M1, M2, M3, M5, M7, M8, M11, M13) ont dit ne pas avoir eu de retour de patients sur les modifications. « M13 : Sur un mois et demi il n'y a pas peut être pas assez de recul ? Parce qu'un renouvellement c'est fait généralement pour 3 mois ».

Trois médecins (M6, M10, M14) ont signalé avoir dû prescrire l'ancien traitement. Les raisons évoquées ont été les effets secondaires et la demande du patient.

7.3 CRITIQUES DE L'OUTIL

POINTS FORTS

Aucun médecin interrogé n'a spontanément mentionné l'outil START.

Concernant la partie STOPP, neuf des médecins interrogés (M1, M5, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13) ont dit particulièrement apprécier les systèmes cardio-vasculaires et psychotropes/système-nerveux-central. « M1 : Les médicaments cardio-vasculaire et psychotropes c'est quand même une bonne partie des prescriptions des patients âgés ».

Trois médecins (M7, M11, M13) ont déclaré être intéressés par le système uro-génital. « M7 : Les anti muscariniques c'est intéressant, notamment chez de nombreuses femmes âgées qui se plaignent, on ne fait jamais trop attention ».

Trois médecins (M2, M12, M13) ont également déclaré s'intéresser aux autres chapitres. « M12 : Pour les chutes c'est bien car on est forcément iatrogène, ça peut aider ».

Dix médecins (M1, M3, M4, M5, M8, M9, M10, M11, M12, M13) ont dit avoir apprécié la présentation globale de l'outil. « M4 : Le format est bien car pas trop grand, on peut aller rapidement à l'essentiel. Si on a un doute sur un médicament, telle pathologie, tel appareil, c'est de retrouver facilement, ne pas perdre de temps ».

Six médecins (M6, M7, M9, M10, M12, M13) ont déclaré apprécier le classement des produits pharmaceutiques. « M9 : Ça facilite l'utilisation, d'avoir le nom des molécules. Ça aide réellement, ce sont des grandes idées qui sont pratiques pour aller à l'essentiel, c'est quand même facile d'utilisation ».

Sept médecins (M1, M4, M5, M6, M9, M10, M12) ont déclaré intéressant que seul les produits pharmaceutiques et pathologies courantes soient représentés. « M5 : C'est bien parce que c'est les choses principales, c'est des médicaments que l'on prescrit souvent, c'est l'essentiel de la iatrogénie ». « M10 : Grâce à l'outil, ça permet d'avoir l'ensemble des pathologies les plus connues et les thérapeutiques les plus connues, c'est facile de rebondir de l'une à l'autre, tu retrouves quasiment tous les médicaments que tu as sur nos ordonnances ».

Six médecins (M1, M3, M5, M9, M10, M11) ont dit que le format actuel était adapté à la mobilité surtout pour les consultations à domicile.

Neuf médecins (M1, M3, M4, M5, M6, M10, M12, M13, M14) ont signalé que le temps d'utilisation de l'outil n'était pas un obstacle. « M1, M10 : C'est pas l'outil en soit [qui prend du temps, NDLR], mais c'est plus la démarche, [...] ce n'est pas lié à l'outil, et ça fait parti du travail! ». Sept d'entre eux (sauf M1, M6) ont précisé que l'utilisation de l'outil peut faire gagner du temps. « M13 : Ça a été plus rapide à vérifier que dans le Vidal® effectivement !! ». « M14 : Si vous n'avez pas envie de vous embêter à lire la Revue Prescrire® [...], ça peut être une manière pour que votre ordonnance soit un peu moins déconnante ».

Neuf médecins (M2, M3, M6, M8, M9, M10, M11, M12, M14) ont indiqué être stimulé par la présence de l'outil pour revoir leurs ordonnances. « M6 : De savoir que l'on doit l'utiliser, ça nous met dans une perspective active du renouvellement ; de se reposer la question pour chaque médicament s'il est nécessaire ou pas [...], même sans forcément l'ouvrir ».

Trois médecins (M6, M10, M13) ont déclaré l'utiliser comme un outil éducatif. « M6, M10 : ça montre au patient que notre proposition, notre incitation forte à arrêter un médicament c'est pas juste une lubie du médecin [...] Leur montrer que c'est parfois dans un objectif de santé de supprimer des médicaments ».

Deux médecins (M7, M10) ont déclaré que l'utilisation de l'outil les avait aidés à mieux prescrire. « M10 : Et finalement c'est peut-être ça le plus important, car finalement il sera peut-être plus facile de ne pas mettre [un médicament, NDLR] que de l'arrêter, cette sensibilité que je n'avais pas avant ! ».

POINTS FAIBLES

Cinq médecins (M2, M7, M8, M9, M11) ont cité le temps comme obstacle à l'utilisation de l'outil. « M2 : Des fois je n'ai pas le temps de reprendre le fascicule, tout en essayant d'expliquer un minimum aux personnes ».

Cinq médecins (M1, M7, M8, M11, M12) ont déclaré avoir trouvé plusieurs items inutiles. « M11 : Il y a quand même beaucoup de chose qui sont évidentes ». « M8 : L'aspirine en présence qu'une maladie hémorragique [...] on a l'impression qu'ils nous prennent pour des idiots ».

Cinq médecins (M1, M8, M11, M12, M14) ont déclaré ne pas être d'accord avec diverses recommandations. Ils trouvaient certains conseils obsolètes ou inadaptés. « M1 : Ça me dérangeait de traiter quelque-chose qui n'était pas symptomatique ».

Cinq médecins (M7, M8, M11, M12, M13) ont dit regretter l'absence de certains produits pharmaceutiques. « M7 : Il n'y a pas tous les médicaments, il manquait des classes, les statines par exemple ».

Trois médecins (M3, M6, M11) ont dit ne pas apprécier le format de l'outil. « M6 : Je pense sur la présentation, les onglets sur le côté, en verticale plutôt qu'à l'horizontal, jouer sur les couleurs, faire ressortir les mots clefs, une partie note plus visible ».

Quatre médecins (M8, M10, M11, M14) ont signalé être gênés par certaines formulations. « M11 : Il y avait 2-3 formulations qui m'avaient posé problème tu vois, qui sont pas très claires et qui m'oblige à relire pour bien saisir le sens ».

Trois médecins (M6, M11, M14) ont déclaré que l'utilisation de l'outil en consultation perturberait la relation avec le patient. « M11 : Je ne m'imagine pas en consultation avoir le nez sur le carnet. Les patients ont besoin d'écoute, d'avoir le soutien de ton regard, voir que t'es attentif ».

Un médecin (M14) a déclaré que certaines indications ne relevaient pas de la prise en charge en soin primaire. « M14 : Rituximab, chloroquine, ça ne me semble pas avoir ça place dans le tiroir de quelqu'un qui travaille en soins primaires ».

PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS

Neuf médecins (M1, M3, M5, M6, M7, M8, M11, M12, M14) ont proposé une amélioration sur le format. Trois médecins (M1, M6, M12) ont dit préférer un changement dans la présentation tout en gardant le format papier. « M1 : Je ferai le tableau sous une forme différente. Avoir médicaments et indication à reconsidérer en gros plan, les notes en retrait, en taille de police plus petite ». Six médecins (M3, M5, M7, M11, M12, M14) ont dit préférer une informatisation de l'outil. « M7 : On gagnerait du temps si c'était informatisé. Mais faut pas que ça devienne comme toutes ces alarmes qui s'allument dès que l'on prescrit ! ».

Trois médecins (M8, M12, M14) ont déclaré qu'une mise à jour de l'outil serait nécessaire. « M8 : Les corticoïdes en mono-thérapie dans une polyarthrite rhumatoïde. En 2016 on ne traite plus une polyarthrite rhumatoïde avec des corticoïdes [au long cours, NDLR] ».

Trois médecins (M5, M6, M14) ont parlé des difficultés à rendre un outil exhaustif. « M5, M6 : il y a sûrement des choses à ajouter ». « M6, M14 : C'est toujours difficile d'avoir tout dans un même outil. Ne pas être exhaustif tout en ajoutant un max d'infos pertinentes, ça n'existe pas ».

Un médecin (M14) a dit qu'il serait intéressant d'avoir une hiérarchisation des produits pharmaceutiques d'une même classe selon leur bénéfice/risque et leur coût. « La hiérarchie des IEC : il suffirait [de choisir,

NDLR] les 2 IEC les mieux évalués dans l'HTA, l'insuffisance cardiaque, les diabétiques ».

Huit médecins (M5, M6, M7, M9, M10, M11, M12, M13) ont affirmé continuer à utiliser l'outil après l'étude. « *M6 : Je trouve ça bien de le consulter et pas forcément aller dans le Vidal®. Ça fait un outil de plus donc c'est bien* ». En revanche, deux médecins (M8, M14) ont déclaré ne plus utiliser l'outil à l'avenir. « *M14 : Je trouve que c'est trop simpliste* ».

7.4 RÉFLEXIONS SUR LA IATROGÉNIE

Trois médecins (M10, M12, M13) ont signalé connaître la notion de PMI avant l'étude. Cependant, un médecin a remarqué que le problème de la iatrogénie est récent. « *M8 : Quand je me suis installée on en parlait pas* ».

Six médecins (M6, M7, M8, M10, M11, M13) ont déclaré être contrariés dans la prévention de la iatrogénie par les prescriptions de leurs confrères. Cela pouvait être leurs prédécesseurs ou leurs confrères spécialistes. « *M10 : C'est aussi le problème qu'il y a des thérapeutiques qui ne sont pas forcément instaurées par toi. Tout le monde fait ça petite prescription sans faire attention à la corrélation entre les deux* ».

Un médecin (M11) a dit que l'automédication était également un obstacle à la prévention de la iatrogénie. « *M11 : prendre un peu d'aspirine certains le font spontanément, j'en ai 2 en tête, ils le font au long cours sans réelle indication, les gens font un peu leur tambouille* ».

Trois médecins (M7, M10, M11) ont dit parfois renouveler des prescriptions sans les remettre en questions. « *M7 : On banalise, on fait pas gaffe* ».

Deux médecins (M8, M11) ont remarqué que la prise en charge en médecine générale peut différer des recommandations. « *M11 : Le médecin hospitalier te dit que c'est pas bien, sauf qu'ils n'ont pas la vision globale de la problématique du patient, chez qui a un moment, tu as dû mettre ça. Une ordonnance elle a une histoire* ».

Trois médecins (M2, M10, M11) ont suggéré qu'une médiatisation publique du problème de la iatrogénie aiderait à sensibiliser les patients. « *M11 : S'il y a avait une campagne de médiatisation en parlant des méfaits des benzodiazépines c'est sûr que les prescriptions vont chuter. [...] Tu vois l'histoire des statines ? Ça nous a cassé la baraque !!* ».

Deux médecins (M11, M12) ont évoqué des difficultés de suivi chez les résidents de maison de retraite. « *M12 : Au foyer logement [...] souvent ce sont des patients polypathologiques, on rajoute, on rajoute et puis, faut peut être dégraisser* ».

« *M11 : Parce que t'as du mal à savoir ce qu'il s'est passé, t'as pas les courriers en tête, il te manque un outil de synthèse. En maison de retraite c'est souvent des logiciels qui diffèrent, tu le maîtrises pas bien [...]. On t'appelle parce que ceci, parce que cela, et t'as du mal à faire la synthèse* ».

8 DISCUSSION

8.1 ANALYSE DES RÉSULTATS

Il résulte de cette étude différentes opinions des médecins interrogés quant à l'utilisation de l'outil STOPP-START. Des points forts, des points faibles ainsi qu'une possible amélioration de l'outil ont pu être décelés.

UN OUTIL POUR LES SOINS PRIMAIRES

Les aides à la prescription sont connues et utilisées par presque tous les médecins. Les bases des données informatiques en sont la plus grande partie ce qui va avec la modernisation de la médecine générale.

L'outil STOPP-START est le premier outil de dépistage de PMI à être présenté selon les grands systèmes physiologiques. Il ne cible que les médicaments les plus couramment prescrit chez le sujet âgé [7, 10]. Cette caractéristique a été évoquée comme un point fort de l'outil par 2/3 des médecins interrogés.

La plupart des médecins interrogés ont porté leur intérêt sur les systèmes cardio-vasculaires et psychotropes. Ces deux systèmes représentent respectivement 51 % et 16-17 % de la consommation médicamenteuse chez les sujets âgés de plus de 65 ans [16]. Par ailleurs, ces deux classes médicamenteuses représentent les produits pharmaceutiques les plus représentés des effets indésirables[14].

Les études ont montré que le temps moyen d'utilisation de l'outil pour chaque patient était de 2 minutes [10, 17]. Deux tiers des médecins interrogés n'ont pas considéré ce temps de passation comme un obstacle. Certains ont même signalé gagner du temps dans leurs consultations grâce à l'utilisation de STOPP-START. Ces résultats vont à l'encontre des préjugés d'une revue d'article [12].

Une étude a suggéré que le temps passé faisait parti d'une prise en charge médicale de qualité [7], ce que certains médecins avaient également constaté.

La présentation que les auteurs de cette étude ont fait de l'outil a été appréciée par la majorité des médecins. Certains d'entre eux ont par ailleurs trouvé intéressant la mobilité permise par le format de l'outil.

La détection et la prise en charge de PMI a été effectué par presque l'intégralité des médecins interrogés ce qui confirme les résultats des études précédentes [11]. Un échange avec des spécialistes a été motivé par certains. Une interaction entre différents professionnels de santé (pharmacien, infirmier, prescripteur ambulatoire et hospitalier) avait déjà été suggérée dans les études de STOPP-START et semble être confirmée par cette recherche [12].

A la vue des résultats, il paraît nécessaire de prolonger le temps consacré à l'utilisation de l'outil. Tout d'abord pour une meilleure évaluation de START. Les praticiens interrogés soulignaient la nécessité de mieux connaître l'outil avant de pouvoir l'employer. Il est d'ailleurs considéré comme un outil d'aide à la prescription nécessitant une étude prospective [7].

Ensuite le retour des modifications n'a pas pu être évalué convenablement comme le suggérait certains praticiens. Un recul de plusieurs mois permettrait de mieux l'estimer.

Enfin pour intégrer STOPP-START dans leur quotidien, les praticiens profitaient de consultations consacrées aux renouvellements d'ordonnance. Ce temps calme paraît le plus convenable à une remise en question.

Peu de médecins ont profité d'événements aigus pour chercher des PMI dans les traitements habituels des patients. Pourtant c'est pour ce type de consultation qu'il serait pertinent d'utiliser STOPP-START afin de réduire davantage les effets indésirables médicamenteux [14, 15].

L'utilisation de l'outil a favorisé un changement dans la façon de prescrire de certains médecins, soit en stimulant le temps du renouvellement d'ordonnance, soit en prescrivant mieux, ou même profiter d'un temps éducatif avec le patient.

DES MODIFICATIONS A APPORTER

Une nouvelle présentation et une reformulation pourraient satisfaire un manque de clarté et de compréhension de l'outil qui ont été rapportés. Bien que les auteurs aient déjà introduit un code couleur, une table des matières, un format tableau pour faciliter l'utilisation de STOPP-START.

Une informatisation de l'outil a été jugée nécessaire par la moitié des médecins. Un format informatique automatiserait le recoupement des différentes données telles que l'ensemble des prescriptions médicamenteuses et leurs indications, les antécédents et co-morbidités, la situation médicale actuelle [7].

Certains items ont été remis en question par les médecins selon différents motifs : inutilités, inadaptation aux soins primaires, diffère de leur pratique ou encore obsolètes.

Une nouvelle version de l'outil STOPP-START a été publiée fin 2015 [18]. Une étude du même type serait intéressante pour évaluer la pertinence des modifications apportées à la nouvelle version.

Certains médecins remarquaient une absence de source scientifique des recommandations de l'outil. De plus, divers produits pharmaceutiques fréquemment utilisés en soins primaires n'apparaissent pas dans STOPP-START. Cependant il est possible d'imaginer qu'un outil exhaustif pourrait nuire au caractère synthétique de STOPP-START et donc de son applicabilité aux soins primaires.

Le fait que les auteurs aient listé les produits pharmaceutiques en DCI et noms commerciaux a suggéré une réflexion sur une hiérarchisation de ces molécules. Établir un classement des produits pharmaceutiques en fonction de leur bénéfice/risque ainsi que de leur coût pourrait être utile.

RÉFLEXION SUR LA IATROGÉNIE EN SOINS PRIMAIRES

Aucune question n'avait évoqué directement la iatrogénie. Les médecins interrogés ont abordé le sujet spontanément.

La prise en charge de la iatrogénie est assez récente, peu de données étaient disponibles en France avant la publication des résultats de l'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables Graves liés aux soins de

2004 [19]. Comme remarqué par des médecins installés dans les années 80, la iatrogénie n'était pas un objectif de santé publique.

Différents facteurs gênant le dépistage des PMI ont été évoqués par les praticiens. Des médecins ont évoqué l'exemple de certains psychiatres ou cardiologues prescrivant sans prendre en considération l'ordonnance habituelle du patient. Les prescriptions d'ophtalmologues, dont certains collyres, sont souvent indépendantes de l'ordonnance habituelle du patient. Ces collyres ont de réels effets secondaires généraux par leur passage dans la circulation systémique [20]. Quelques généralistes interrogés ont reconnu renouveler des prescriptions sans les remettre en question.

L'automédication a été également évoquée comme un obstacle à la recherche des PMI. En effet 8,6 % des personnes âgées consomment un produit pharmaceutique sans prescription [3].

Établir un diagnostic chez le sujet âgé est souvent difficile du fait des signes propres au vieillissement, de l'atypie des symptômes de la maladie, de la perte d'autonomie. Devant l'imprécision des diagnostics, la prise en charge est souvent symptomatique et diffère des recommandations [21].

D'autres médecins ont évoqué la complexité du suivi médical des personnes âgées en maison de retraite. Les différents logiciels et l'absence de clarté dans les dossiers peuvent compliquer le suivi. Les personnes âgées institutionnalisées sont pour la plupart polypathologiques, ce qui nécessite un travail de synthèse du dossier et de réévaluation permanente des prescriptions médicamenteuses ou non médicamenteuses.

Afin d'aider les généralistes à prévenir la iatrogénie, une médiatisation du sujet a été évoqué par plusieurs praticiens. En 2004 les pouvoirs politiques ont fait de la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse un des objectifs majeur de la loi de santé publique [22]. Une enquête téléphonique de 2006 a montré que les français étaient prêts à changer de comportement vis à vis du médicament. Ils citaient les médecins et les pharmaciens comme les plus à même de leur fournir des informations sur la bonne utilisation des médicaments [23]. Une thèse de pharmacie discutait de l'importance que pourrait prendre le pharmacien clinicien dans les services de médecine à l'hôpital pour diminuer l'impact de la iatrogénie médicamenteuse hospitalière [24]. Une telle relation entre le pharmacien d'officine et le médecin généraliste serait intéressante à étudier.

8.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

CHOIX MÉTHODOLOGIQUE

La recherche qualitative permet de voir le raisonnement et le processus d'une action. Ainsi, des hypothèses peuvent être dégagées afin de réaliser par la suite un travail plus précis, quantitatif. Cette méthode a paru la plus adaptée dans le cadre d'une étude basée sur l'évaluation d'un outil thérapeutique par des médecins libéraux.

L'entretien semi-dirigé est composé de questions ouvertes qui définissent le sujet à explorer. L'enquêteur ou l'interviewé peuvent diverger de ces questions pour étudier un concept plus en détail. L'enquêteur pouvait être amené à poser plusieurs questions fermées afin de guider le médecin interrogé sur le sujet à approfondir (biais d'intervention).

RECRUTEMENT

Le biais de sélection est inhérent à la méthode employée. L'échantillonnage raisonné visait à diversifier l'âge, le sexe et l'expérience des médecins. Cependant il est possible que ce soient les médecins les plus sensibilisés au sujet de la iatrogénie qui aient accepté de participer à l'étude. Les médecins ayant participé sont plus jeunes que les généralistes bretons. L'âge moyen était respectivement de 46 ans versus 52 ans, pour une médiane comprise dans la tranche d'âge des 40-44 ans versus 50-54 ans.

RECUEIL DES DONNÉES

Les critères de jugement de l'outil ainsi que les critères d'inclusions et d'exclusions de l'étude n'étaient pas mesurables exposant les résultats au biais déclaratif.

Malgré un discours neutre de l'enquêteur, il est possible que certains commentaires ou intonations aient pu influencer les réponses des médecins, à l'origine d'un biais d'intervention.

L'enregistrement des entretiens a été réalisé avec un objet d'utilité courante (un téléphone portable) et a permis aux médecins d'en faire rapidement abstraction.

Les médecins avaient la possibilité de s'exprimer librement sur leur ressenti concernant l'utilisation de l'outil. Il est possible que certains des praticiens aient oublié certains aspects de leur expérience de l'outil.

ANALYSE DES DONNÉES ET VALIDITÉ DE L'ÉTUDE

L'analyse des données a été faite par un seul auteur. Le biais d'analyse et d'interprétation des données est intrinsèque à cette démarche. La triangulation aurait pu minimiser ces biais.

Dans un souci de praticité les auteurs ont modifié la version originale de STOPP-START. Il est possible que ces modifications soient responsables d'un biais d'évaluation.

L'appréciation de l'utilisation de l'outil par les médecins interrogés n'était pas objectivable, ceci caractérisant

un nouveau biais d'évaluation.

Les données quantitatives ont été exposées dans la partie résultats afin d'appuyer les verbatims en terme de fréquence. Toutefois, les données quantitatives ne peuvent être exploitées par cette méthode.

9 CONCLUSION

STOPP-START semble être compatible avec une utilisation quotidienne en soins primaires. Le caractère synthétique, l'organisation des produits pharmaceutiques selon les systèmes physiologiques et le format de l'outil participent au faible temps d'utilisation.

Différentes modifications seraient à apporter tant sur la présentation que sur le contenu.

Une étude avec un délai d'utilisation plus long et la dernière version de l'outil serait nécessaire pour mieux préciser son appréciation en médecine générale.

Enfin, d'une manière plus globale, une étude concernant la délivrance et l'administration des médicaments pourrait mettre en lumière l'amélioration possible de ces autres facteurs de la iatrogénie.

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : GILBERT BENOÎT

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre : *Utilisation de l'outil STOPP-START en soins primaires :
Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès
de médecins généralistes en Ille-et-Vilaine*

<p>Rennes, le 26.9.2016</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Le Président de jury</p>	<p>Rennes, le 26.9.2016</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Le Président de jury</p>
--	--

Rennes, le 26.9.2016

Hôpital Saint Thomas de Villeneuve
Saint-Laurent Polyclinique
Dr François PINOCHÉ
Le Directeur de thèse
320 avenue du Général Patton CS 10510 - 35706 Rennes Cedex 7
Tél. 02 99 23 37 47 - Mail : f.pinoche@stv-stlaurent.fr
RPPS : 110002677374

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le 24 OCT. 2016	Le Président de l'Université de Rennes1
	<i>[Signature]</i> D. ALIS

10 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut Nationale des Statistiques et des Etudes Economiques, scenario central des projections de population 2007-2060. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02164
- [2] Alperovitch A, Dartigues JF, Ritchie K, Tsourio C, Mazoyer B, Amouyel P et al. L'étude des Trois cités: relation entre pathologie vasculaire et démence. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 2006;37:117-24.
- [3] Haute Autorité de Santé. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Paris HAS 2005.
- [4] Doucet J, Jegou A, Noël D, Geffroy DE, Capet C, Coquard A. Preventable and nonpreventable risk factors for drug events related to hospital admissions in the elderly a prospective study. *Clin Drug Invest* 2002;22(6):385-92.
- [5] Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Brooks J, Reuben DB, 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.
- [6] Beers M. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern Med* 1997;157:1531-6
- [7] Lang PO. STOPP-START : du nouveau dans la détection des prescriptions médicamenteuses inappropriées dans la population âgée !. *La revue de gériatrie* 2010;n°5 tome 35 341-8.
- [8] Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Med Int* 2009;50:592-601.
- [9] Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool to Older's Person's Prescription) and START (Screening Tool for Alert doctors for Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46:72-83
- [10] Lang PO, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens JP, Vogt-Ferrier N, et al. STOPP-START : Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. *Can J Public Health.* 2009;100:426-31.
- [11] Charvet Cabaret M, Gavazzi G. Optimiser la prescription médicale du sujet âgé en soins primaires : impact de l'utilisation de l'outil STOPP sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées. [Grenoble] : Université Joseph Fournier Faculté de Médecine de Grenoble ;2012

- [12] Hugué S. Les critères STOPP/START pour identifier les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez les personnes âgées en soins primaires : « primum non nocere ». *Exercer*. 2013;106(suppl 2):54-5
- [13] Willig G, Wendling C. Optimisation des prescriptions en EHPAD : points de vue du médecin traitant et du médecin coordinateur sur l'outil STOPP/START. [Strasbourg] : Faculté de médecine de Strasbourg ; 2015
- [14] Fattinger K et al. Epidemiology of drug exposure and adverse drug reactions in two Swiss departments of internal medicine. *Br J Clin Pharmacol* 2000 ; 49:158-67
- [15] Chanelière M et al. La iatrogénie observée en médecine générale. *Exercer* 2014 ; 114:173-80
- [16] Auvray Laurence et Sermet Catherine, « Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées » Un état des lieux, *Gérontologie et société*, 2002 ; 103 :13-27
- [17] Gallagher P, Baynes JP, Topenkova E, Madlova P, Cherubini A, Gasperini B, et al. Inter-rater reliability of STOPP (Screening Tool to Older's Person's Prescription) and START (Screening Tool for Alert doctors for Right Treatment) criteria amongst physicians in 6 European countries. *Age and Ageing*. 2009;38:603-06.
- [18] Lang PO et al. Les critères STOPP-START.v2 : adaptation en langue française. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483015001373>
- [19] Miche P. Et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale (Enquête ENEIS). *DRESS Etudes et Résultats*, 2005.398:1-16
- [20] Van Went C. et al. Iatrogénie oculaire : traitement locaux et systémiques. *Médecin* janvier 2008. Disponible sur : <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/APIMED/uploads/pdf/Prescription%20m%C3%A9dicamenteuse%20chez%20la%20personne%20%C3%A2g%C3%A9e/Iatrog%C3%A9nie%20med.oculaire.M%C3%A9decine%202008.pdf>
- [21] Gonthier R, Blanc P, Stierlam. Faut-il traiter toutes les maladies de la personne âgée ? *Thérapie* 2004;59(2):227-32.
- [22] République française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JO n°185, 14277-337 (11 août 2004).
- [23] Assurance maladie. Prévention des risques médicamenteux : l'assurance maladie s'engage pour prévenir la iatrogénie. 2006 Caisse Nationale de l'Assurance Maladie : Paris p 1-20
- [24] Bedouch P. Diffusion des bonnes pratiques de prescription : modélisation des interventions pharmaceutiques. [Lyon]:Université Claude Bernard – Lyon1 ; 2008

11 ANNEXES

ANNEXE 1 : DESCRIPTION DE L'OUTIL STOPP-START

Description de STOPP-START :

L'outil est organisé de manière cohérente en 87 critères selon les grands systèmes physiologiques, ainsi que 3 groupes particuliers concernant : les médicaments associés à un risque de chute, les traitements antalgiques et les prescriptions conjointes de 2 médicaments d'une même thérapeutique.

Les médicaments les plus couramment prescrits dans la population gériatrique ont été ciblés afin de détecter :

- les principales interactions médicamenteuses et effets indésirables en lien avec la prescription de ces médicaments (STOPP)
- les EI et interactions en regard des co-morbidités des patients et de la prescription de ces médicaments (STOPP)
- l'omission de prescription (START)

Concernant la plupart des critères STOPP, une note explicative a été associée afin de guider le prescripteur tout en le laissant libre de sa prescription. Du côté START il s'est agi plus d'un outil d'aide à la prescription, les propositions étant basées sur des preuves.

ANNEXE 2 : CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Num entretien	Sexe	Age	Zone d'installation	Mode d'exercice	Nb d'année(s) d'installation	Formation(s) complémentaire(s)
M1	M	51	semi-rural	seul	22	
M2	M	57	urbain	groupe	29	médecine légale, manipulation vertébrale
M3	F	47	urbain	groupe	13	
M4	M	55	semi-rural	seul	25	médecine du sport, MMO, CAMU
M5	F	42	semi-rural	groupe	8	
M6	M	33	semi-rural	groupe	2	MMO, mésothérapie
M7	F	48	rural	groupe	10	CAMU, DU urgences pédiatrique, suivi de l'enfant, prévention AVC
M8	F	64	rural	seule	24	compétence de dermato
M9	F	50	urbain	groupe	20	CAMU, homéopathie
M10	M	44	semi-rural	groupe	12	
M11	M	40	semi-rural	groupe	6	capacité médecine du sport, médecine tropicale
M12	M	43	semi-rural	groupe	14	CAMU, DU médecine d'urgence à domicile
M13	F	37	semi-rural	groupe	1	gynécologie, capacité de médecine gériatrique (pas encore validée)
M14	M	37	semi-rural	groupe	7	

ANNEXE 3: GUIDE D'ENTRETIEN

Numéro d'entretien:

Sexe:

Age:

Année d'installation:

DU:

Lieu d'installation: rural - semi-rural - urbain

Mode d'installation: seul(e) - groupe

1/ Avant l'étude connaissiez-vous la notion de Prescription Médicamenteuse Inappropriée?

2/ Quelle était votre expérience personnelle des outils d'aide à la prescription avant l'étude?

3/ Quelles sont les circonstances pour lesquelles vous utilisez l'outil STOPP-START?

4/ Comment avez-vous agi lorsqu'une Prescription Médicamenteuse Inappropriée a été identifiée?

5/ Comment avez-vous agi lors de la mise en évidence d'une omission de prescription?

6/ Une prescription modifiée modifiée via l'outil STOPP-START a-t-elle fait l'objet d'une nouvelle modification?

7/ Quelles sont les bénéfices et avantages que vous avez personnellement rencontrés quant à l'utilisation de l'outil STOPP-START?

8/ Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez personnellement rencontrés quant à l'utilisation de l'outil STOPP-START?

9/ Quel(s) item(s) vous a (ont) particulièrement intéressé(s)? Pourquoi?

10/ Quel(s) item(s) vous a (ont) particulièrement posé(s) problème? Pourquoi?

11/ Comment pourrait-on, à votre avis, améliorer l'utilisation de l'outil STOPP-START?

12/ L'étude maintenant terminée, utiliseriez-vous à nouveau l'outil STOPP-START dans votre travail quotidien? Pourquoi?

GOMBERT, Benoît.- Utilisation de l'outil STOPP-START en soins primaires : Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes en Ille-et-Vilaine

34 feuilles, 1 tableau, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2016 ; N° .

Résumé français

Introduction : STOPP-START, un outil d'aide à la prescription peut être utilisé afin de dépister les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) ou omises chez le sujet âgé. L'objectif de cette étude est d'évaluer son utilisation en soins primaires.

Méthode : Quatorze entretiens semi-dirigés ont été réalisés chez des médecins généralistes préalablement formés à l'utilisation de STOPP-START. Ils ont été retranscrits puis fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : La présentation de l'outil et son esprit synthétique ont été appréciés. Le temps d'utilisation a été estimé correct. Divers items ont été signalés comme obsolètes, inutiles ou inadaptés aux soins primaires.

Conclusion : Une étude avec un délai d'utilisation plus long avec la dernière version de l'outil serait nécessaire pour mieux préciser son appréciation en médecine générale.

Résumé anglais

Instruction : STOPP-START, a tool for medical prescription, can be used to detect potentially inappropriate prescription or defaulted medication in elderly adults. The objective of this study is to evaluate his utilisation in primary care.

Method : Forteen semi-structured interviews were performed with Gps instructed in how to use STOPP-START. The interviews were written down then analysed thematically.

Results : The tool's presentation and synthesis were appreciated. The time needed for utilisation was estimated as adequate. Several items were found obsolete, useless or inadequate for primary care.

Conclusion : A new study with a longer utilisation delay and the updated version of the tool would be necessary to better evaluate the utilisation in a GP practice

Rubrique de classement :

Mots-clés :

sujet âgé, iatrogénie, prescription médicamenteuse inappropriée, médecine générale, soins primaires

Mots-clés anglais MeSH :

elderly adults, potentially inappropriate prescription, general medecine, primary care

Président : Monsieur le Professeur Patrick JEGO

JURY :

Assesseurs :

Monsieur le Docteur François PINOCHE

Madame le Docteur Françoise TATTEVIN-FABLET

Madame le Docteur Laetitia ROUVRAIS

Monsieur le Docteur Ronan GARLANTEZEC

Monsieur le Docteur Bastien LANGREE