



HAL
open science

**Perception d'une liste de médicaments à usage
préférentiel chez le patient âgé par les médecins
généralistes bretons participant aux “ Groupes Qualité
”, en région Bretagne**

Stéphanie Le Grand Hascoët

► **To cite this version:**

Stéphanie Le Grand Hascoët. Perception d'une liste de médicaments à usage préférentiel chez le patient âgé par les médecins généralistes bretons participant aux “ Groupes Qualité ”, en région Bretagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01902524

HAL Id: dumas-01902524

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01902524>

Submitted on 23 Oct 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.



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

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MÉDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST**

DOYENS HONORAIRES:

Professeur H. H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN :

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS ÉMÉRITES

CENAC Arnaud

Médecine interne

LEHN Pierre

Biologie Cellulaire

YOUINOU Pierre

Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS EN SURNOMBRE

SENECAIL Bernard

Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation Médicale
FEREC Claude	Génétique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ère} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive

MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ème} CLASSE

ANSART Séverine	Maladies infectieuses, maladies tropicales
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

AMET Yolande Biochimie et Biologie moléculaire

LE MEVEL Jean Claude Physiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ère} CLASSE

ABGRALL Ronan Biophysique et Médecine nucléaire

DELLUC Aurélien Médecine interne

DE VRIES Philine Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie Génétique

HILLION Sophie Immunologie

JAMIN Christophe Immunologie

LE GAC Gérald Génétique

LODDE Brice Médecine et santé au travail

MIALON Philippe Physiologie

MOREL Frédéric Médecine & biologie du développement
et de la reproduction

PERSON Hervé Anatomie

PLEE-GAUTIER Emmanuelle Biochimie et Biologie Moléculaire

QUERELLOU Solène Biophysique et Médecine nucléaire

SEIZEUR Romuald Anatomie-Neurochirurgie

VALLET Sophie Bactériologie – Virologie ; Hygiène

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ème} CLASSE

BROCHARD Sylvain Médecine Physique et Réadaptation

HERY-ARNAUD Geneviève Bactériologie – virologie ; Hygiène

LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et Médecine nucléaire
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
TALAGAS Matthieu	Cytologie et histologie

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS

HOSPITALIERS STAGIAIRES

CORNEC DIVI	Rhumatologie
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie

MAITRES DE CONFÉRENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier	Physiologie
-----------------------	--------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
FAYAD Hadi	Génie informatique, automatique et traitement du signal
HAXAIRE Claudie	Sociologie - Démographie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MORIN Vincent	Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine Générale
NABBE Patrice	Médecine Générale
CHIRON Benoît	Médecine Générale
BARAIS Marie	Médecine Générale

AGRÉGÉS DU SECOND DEGRÉ

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Mr le Professeur Le Reste Jean-Yves

Titre de la thèse Perception d'une liste de médicaments à usage préférentiel chez le patient âgé par un groupe de médecins généralistes participant aux « Groupes Qualité » en région Bretagne ».

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à
Mme Le Grand Hascoët Stéphanie

Fait à BREST, le 19 mai 2015

VISA du Doyen de la faculté
A BREST, le 19 mai 2015

Le Doyen,
Professeur C. BERTHOU



Le Président du Jury de Thèse,

Professeur J.Y. LE RESTE
Directeur du Département
Département de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Le Reste Jean-Yves,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la co-direction et présidence de cette thèse ; et je suis très sensible à l'intérêt que vous portez à ce travail.

À Monsieur le Docteur Douguet Jean-Claude,

Je vous suis très reconnaissante de m'avoir aidée, conseillée et soutenue tout au long de ce travail.

Je suis sensible à la disponibilité dont vous avez fait preuve en tant que directeur de thèse.

À Monsieur le Professeur Montier Tristan,

Vous me faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse, soyez assuré de ma profonde considération.

À Monsieur le Docteur Nabbe Patrice,

Vous me faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse, soyez assuré de ma profonde considération.

À Monsieur le Docteur Melot Etienne,

Vous me faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse, soyez assuré de ma profonde considération.

À Chrystelle Maret, secrétaire comptable de l'URPS-ML Bretagne et de l'association APIMED,

À Catherine Lejat, secrétaire de l'URPS-ML Bretagne,

Je vous remercie pour votre accueil, votre aide précieuse et pour votre gentillesse.

Au Pr Couturaud Francis pour son aide lors des analyses statistiques ; et surtout pour son accueil, sa disponibilité lors de mon stage dans son service de pneumologie au CHU de Brest.

À l'ensemble des médecins généralistes des « Groupes Qualité » ayant participé à cette enquête.

À l'ensemble des médecins ayant contribué à ma formation.

À Pierre,

Un grand Merci pour ta présence, ta bonne humeur au quotidien et pour ton soutien pendant ce travail.

Merci d'être là depuis 10 ans et pour de nombreuses années encore...

La vie ensemble, c'est juste le bonheur !!

À Paul,

Merci d'exister et d'illuminer mes journées !

À cette petite fille qui grandit en moi et qu'il me tarde de rencontrer,

À mes parents, mes « premiers fans »,

Merci pour votre soutien et d'avoir toujours cru en moi!

Merci de m'avoir donné goût à la médecine.

À Pierrot et Marie,

À mes grands-parents,

À Jean-Pierre et Laurie,

À Margaux, Stevan, Gaultier, Marianne, Émilie et Benjamin,

À Faustine, Augustin et Anatole,

À tous mes amis!!

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	19
<u>Matériel et méthode</u>	21
<u>1/ Les « Groupes Qualité »</u>	22
1.1 - La formation médicale	22
1.2 - Les groupes de pairs	22
1.3 - Historique des « Groupes Qualité » en France	23
1.4 - Les quatre partenaires du projet	23
1.4.1 - APIMED	23
1.4.2 - L'URPS-ML	23
1.4.3 - L'Assurance Maladie	24
1.4.4 - L'ARS	24
1.5 - Le concept « Groupe Qualité »	25
1.5.1 - Les objectifs	25
1.5.2 - Principes généraux	25
A - Constitution des groupes	25
B - La répartition géographique	25
C - Le fonctionnement d'un groupe en région	25
1.6 - Les « Groupes Qualité » en Bretagne	27
<u>2/ Le sujet âgé et les médicaments</u>	28
2.1 - Le sujet âgé	28
2.1.1 - Définition et perspectives démographique	27
2.1.2 - Effets du vieillissement sur l'organisme	27
2.2 - Consommation médicamenteuse et personne âgée	31
2.3 - Particularités de la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée	31
2.3.1 - Modification des paramètres pharmacodynamiques des médicaments	31
A - Résorption	31
B - Distribution	31
C - Métabolisme hépatique	31
D - Excrétion rénale	31

2.3.2 - Modification des paramètres pharmacocinétiques des médicaments	31
2.4 - La notion de MPI	33
3 / La Liste	35
3.1 - Recherche initiale bibliographique d'outils et référentiels	35
3.1.1 - Aux États Unis et au Canada	35
3.1.2 - En Europe	37
3.2 - L'élaboration de la liste	39
3.3 - Présentation de la liste	41
3.3.1 - Un code couleur a été attribué à chaque molécule	41
3.3.2 - Choix des critères de présentation des médicaments	41
3.3.3 - Arborescence de la liste en fonction des spécialités	43
3.4 - Validation de la liste	44
3.5 - La liste	44
4 / Les 2 questionnaires	45
5 / Méthode d'analyse	46
Résultats	47
1 / Caractéristiques de l'échantillon étudié et analyse de sa représentativité par rapport aux médecins bretons	48
1.1 - Caractéristiques de l'échantillon de médecins ayant répondu au 1er questionnaire	48
1.2 - Caractéristiques de l'échantillon de médecins ayant répondu au 2nd questionnaire	49
1.3 - Caractéristiques d'âge et de sexe des médecins bretons	51
2 / Résultats obtenus à partir du 1^{er} questionnaire (10 questions)	53
3 / Résultats obtenus à partir du 2nd questionnaire (23 questions)	58

<u>Discussion</u>	71
<u>1/ Résumé des résultats</u>	72
1.1 - 1 ^{er} audit	72
1.2 - 2 nd audit	75
<u>2/ Limites et biais</u>	79
2.1 - Biais de sélection	79
2.2 - Biais d'information	79
2.3 - Biais de perte d'information	80
2.4 - Facteurs de confusion	80
<u>Conclusion</u>	81
<u>Bibliographie</u>	83
<u>Annexes</u>	87
<u>1/ 1^{er} Questionnaire</u>	88
<u>2/ 2nd Questionnaire</u>	91

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité SANitaire des Produits de Santé

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens

ALD : Affections Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

APIMED : Association pour l'Amélioration des Pratiques et l'Information MÉdicale

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Anti Vitamine K

COFIL : Comité de PIlotage

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CRAM : Caisse Régionale de l'Assurance Maladie

CRPV : Centre Régional de PharmacoVigilance

DC : Dénomination commerciale

DCI : Dénomination Commune Internationale

DPC : Développement Professionnel Continu

EAM : Européen Medicines Agency

EBM : Evidence Based Medicine

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FFGQ : Fédération Française des Groupes Qualité

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMC : Formation Médicale Continue

GP-GP : Good Palliative-Geriatric Practice algorithm for drugs discontinuation

GQ : Groupe Qualité

HAS : Haute Autorité de Santé

Loi **HPST** : Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire »

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPET : Improving Prescribing in the Elderly Tool).

MAI : Medication Appropriateness Index

MDRD : Modified Diet in Renal Disease

MPI : Médicament Potentiellement Inapproprié

MSA : Mutualités Sociales Agricoles

NORGEP : NORwegian GEneral Practice criteria

OMEDIT : Observatoire du MÉdicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Prescription Médicamenteuse Inappropriée

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

SMR: Service Médical Rendu

START : Screening Tool to Alert doctors to right Treatment

STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescriptions

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

URPS-ML : Union Régionale des Professions de Santé - Médecins libéraux

URPS-MLB : Union Régionale des Professions de Santé - Médecins Libéraux Bretons

INTRODUCTION

Retenue comme objectif prioritaire dans la loi de santé publique du 9 août 2004, l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est décrite comme un enjeu de santé publique (1).

Dans les années à venir, l'augmentation du nombre de personnes âgées en France est inéluctable du fait de la progression constante de l'espérance de vie.

Selon les projections de l'INSEE, en 2060, la part démographique des plus de 60 ans devrait atteindre 23 millions (dont 17 millions de patients âgés de plus de 75 ans) soit plus de 30 % de la population totale (2).

La population âgée est deux fois plus exposée au risque iatrogénique (5,9 % versus 2,8 % chez les moins de 65 ans) (3) provoquant plus de 10 % des hospitalisations (près de 20 % chez les octogénaires), premières causes de déclin fonctionnel (4).

Les dépenses annuelles engendrées par cette iatrogénie sont estimées à 320 millions d'euros (Rapport de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : AFSSAPS, 2001).

Au total, 40 % des événements indésirables médicamenteux seraient évitables (5).

Lors des essais cliniques, les sujets de plus de 75 ans sont sous-représentés du fait de difficultés d'ordre éthique (difficulté pour obtenir un consentement éclairé) et méthodologique (difficultés de sélection d'un groupe homogène, difficultés d'atteinte d'une dose efficace et durée d'étude plus longue car destinée à un traitement chronique) (4).

De ce fait, l'extrapolation des résultats aux patients âgés est incertaine, d'où l'importance des études post AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) et de la pharmacovigilance.

Le médecin généraliste est le principal prescripteur chez le sujet âgé (il réalise 85 % des prescriptions chez les patients de plus de 80 ans (6)).

Peu d'outils de prescription sont adaptés à la pratique quotidienne en médecine générale et la singularité de la population âgée rend difficile l'élaboration d'une liste de médicaments explicite.

Dans ce contexte, la FFQG (Fédération Française des Groupes Qualité) a été missionnée pour établir une liste de médicaments « préférentiellement utilisables en première intention chez les personnes âgées, en médecine générale ambulatoire ».

Ses objectifs sont doubles :

- Sécuriser la prescription médicamenteuse des personnes âgées
- Apporter un outil adapté à la médecine ambulatoire.

En 2013, les médecins généralistes bretons des « Groupes Qualité » ont été mis à contribution (participation à deux questionnaires avant et après présentation de cette liste) afin d'évaluer leurs habitudes de prescription et l'impact de cette liste dans leur pratique quotidienne.

La liste établie par la FFQG est-elle en adéquation avec les attentes des médecins des « Groupes Qualité » bretons ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1/ Les « Groupes Qualité »

1.1 - La formation médicale

La pratique du médecin généraliste se base sur ses compétences (cliniques, thérapeutiques, relationnelles).

Elles s'acquièrent par la formation médicale initiale puis se perpétuent et évoluent avec la formation médicale continue.

Depuis 2004, la médecine générale est considérée comme une spécialité à part entière avec la création du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale (7). L'enseignement classique se base sur des cours magistraux mais la formation interactive en groupes vient le compléter.

Ces méthodes permettent de développer la démarche réflexive de l'étudiant et se rapprochent de l'esprit des groupes d'analyse de pratique entre pairs.

La FMC (Formation Médicale Continue) s'est mise en place progressivement au cours des années 90 et la loi du 4 mars 2002 (Loi Kouchner) va la rendre obligatoire pour les médecins.

L'EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) consiste à analyser l'activité clinique d'un médecin par rapport aux recommandations disponibles afin d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients.

La FMC et l'EPP étant complémentaires mais gérés distinctement (8), la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) a modifié le code de la santé publique pour « simplifier » le dispositif et créer le DPC (Développement Professionnel Continu). Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013, il représente une obligation annuelle pour tous les médecins quel que soit leur statut.

1.2 - Les groupes de pairs

Depuis les années 2000, des expériences de groupe d'analyse de pratique entre pairs ont été développées, selon la démarche EBM (Evidence Based Medicine).

Il en existe différents types en France et chacun possède son propre cahier des charges, avec un objectif commun : l'amélioration des pratiques.

Selon l'HAS (Haute Autorité de Santé), les groupes d'analyse de pratique entre pairs, dont les « Groupes Qualité », permettent de répondre à l'obligation professionnelle (EPP) en ambulatoire, obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2005 (9).

1.3 - Historique des « Groupes Qualité » en France

Le projet «Groupes Qualité» est né en 2001.

Il résulte initialement d'un partenariat entre les représentants de l'**URPS-ML** (Union Régionale des Professions de Santé-Médecins Libéraux), de l'**Assurance Maladie** et de l'**ARS** (Agence Régionale de Santé).

Leur objectif commun est l'amélioration de « la qualité de la prescription pharmaceutique en médecine générale » (10).

Une convention a été signée entre ces différents partenaires lors d'une conférence de presse le 23 novembre 2011, excluant la participation de l'industrie pharmaceutique.

Progressivement, ce projet a été mis en place dans huit autres régions (Basse-Normandie, Haute-Normandie, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Provence Alpes Cotes d'Azur, Picardie et la Guadeloupe) et comptabilise à ce jour plus de 2000 médecins répartis dans quelques 200 groupes.

En 2011, la FFGQ (Fédération française des « Groupes Qualité ») est créée, regroupant en son sein les présidents des URPS-ML et les présidents régionaux des associations « Groupes Qualité ».

1.4 - Les partenaires du projet

1.4.1 - APIMED

Il s'agit de l'Association pour l'amélioration des Pratiques et l'Information MÉDical ; correspondant à une association type « loi 1901 ».

APIMED est actuellement constituée de représentants de l'URPS-ML et de médecins adhérents participant au projet « Groupes Qualité »).

Ses rapports avec l'ARS et l'Assurance Maladie sont régis par des conventions.

Son rôle concerne :

- Le développement du projet « Groupe Qualité » au niveau régional et sa diffusion au niveau national
- La gestion financière du projet comprenant notamment les demandes de subvention auprès du FIR (Fonds d'Intervention Régional) et l'indemnisation des médecins participants
- Le choix des thèmes et l'élaboration des dossiers documentaires fournis aux médecins participants
- Le suivi du respect du cahier des charges
- La formation des animateurs

1.4.2 - L'URPS-ML

Nées en 1993 de la volonté de la profession médicale de créer un outil indépendant, les URPS-ML sont destinées à rassembler tous les médecins libéraux conventionnés d'une même région.

Une union existe pour chaque région de France et l'URPS-MLB (URPS-ML de Bretagne) se situe à Rennes (11).

Les membres des unions sont élus tous les six ans par l'ensemble des médecins libéraux conventionnés de chacune des 26 régions de France.

Elles sont différentes mais complémentaires de l'Ordre National des Médecins (en charge de questions éthiques et déontologiques) et des syndicats (en charge de la défense de la profession).

Elles interviennent dans différents domaines :

- L'analyse et études relatives au fonctionnement du système de santé
- L'épidémiologie
- L'évaluation des besoins médicaux
- L'évaluation des pratiques
- La coordination avec les autres professionnels de santé
- L'organisation et la régularisation du système de santé
- La prévention et l'action en santé publique
- La formation et l'information des médecins

1.4.3 - L'Assurance Maladie

Initialement, l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) de Bretagne est co-fondatrice avec l'URPS-MLB de la démarche.

Les URCAM correspondaient à des instances créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 (loi « Juppé ») et modifiées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Elles étaient chargées de coordonner, au niveau régional, la « politique de gestion du risque » des régimes d'Assurance Maladie autour de trois axes (12) :

- La maîtrise des dépenses de santé
- L'organisation et la qualité des soins
- La prévention et l'éducation à la santé

Elles furent dissoutes à la naissance des ARS.

Dorénavant, une « cellule régionale de coordination » représente les intérêts de l'Assurance Maladie dans ce dispositif.

1.4.4 - L'ARS

C'est elle qui finance le projet et elle a pour mission de mettre en place la politique de santé dans les régions.

Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention et de l'accompagnement médico-social (13).

Son organisation s'appuie sur un projet de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence.

1.5 - Le concept « Groupe Qualité »

1.5.1 - Les objectifs

Les médecins qui participent à un « Groupe Qualité » intègrent une « démarche qualité » dont fait partie l'évaluation de la qualité des soins (14).

Les principaux objectifs (15) sont :

- **Développer une démarche réflexive** en analysant au mieux les décisions prises par les différents médecins, en identifiant les obstacles retrouvés dans leurs pratiques quotidiennes pour appliquer une recommandation.

Le but est également d'élaborer des stratégies pertinentes pour mettre en œuvre ces recommandations (en tenant compte des dimensions humaines, éthiques, scientifiques, techniques, économiques et financières).

- **Responsabiliser** les médecins en terme d'organisation et de fonctionnement du système de santé.

Les médecins s'engagent à améliorer la qualité des soins au regard des dernières données de la science et à réfléchir sur la maîtrise des dépenses de santé.

- **Organiser** en permettant aux médecins généralistes d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leur pratique et les problèmes qu'ils rencontrent, de rompre leur isolement et de développer de nouvelles formes de relations professionnelles.

Le but est de permettre la constitution d'un groupe professionnel, support d'une meilleure organisation de la profession en lien avec les autres acteurs de santé et en réponse aux besoins d'une population locale.

- **Valoriser** : reconnaître le travail réalisé dans le cadre des « Groupes Qualité » et le rôle du médecin généraliste dans le système de soins.

1.5.2 - Principes généraux

A - Constitution des groupes

Un à douze médecins généralistes participent au sein de ces « Groupes Qualité ». Ceux ci exercent dans la même zone géographique (canton, bassin de vie, tour de garde, quartier d'une grande ville).

En pratique, l'URPS-ML contacte un « leader local » qui est chargé d'apprécier l'intérêt des médecins locaux pour cette démarche et de constituer un groupe si une majorité y est favorable.

Même si la démarche est basée sur le volontariat, tous les médecins de la zone géographique retenue doivent pouvoir s'impliquer pour qu'un groupe soit constitué.

Chaque participant signe un contrat individuel avec l'association régionale (explicitant les obligations du médecin, fixant les objectifs et précisant les modalités de valorisation de l'engagement du médecin).

B - La répartition géographique

Les « Groupes Qualité » sont répartis de façon homogène sur l'ensemble d'une région et impliquent autant de médecins exerçant en milieu rural qu'en milieu urbain.

C - Fonctionnement d'un « Groupe Qualité » en région (16)

→ Médecin coordonnateur

Dans chaque région, un médecin coordonnateur est recruté. Son rôle est de s'assurer, auprès des animateurs, du respect du cahier des charges, de les manager, d'organiser leurs formations, de participer à l'évaluation du programme et enfin de servir d'interface entre les groupes et l'association.

Il doit être animateur d'au moins un groupe et est salarié d'APIMED qui gère les aspects financiers du projet.

→ Médecin animateur

Cet intervenant, médecin de terrain, a un rôle de « facilitateur » et n'est en aucun cas un expert.

Il s'agit d'un médecin préalablement formé à ce rôle, connu pour ses qualités relationnelles et son intérêt pour les démarches d'amélioration des pratiques.

Celui ci gère l'organisation des réunions, la dynamique de groupe en favorisant l'expression de chacun et en gardant à l'esprit les objectifs de projet.

Enfin, il sert de relais entre les médecins de « terrain » et le coordonnateur du projet.

→ Déroulement et contenu des réunions

Les médecins d'une même zone géographique participent à 10 rencontres (de deux heures environ) par an, à un rythme mensuel.

Six réunions concernent un thème, définit régionalement, sur la pratique quotidienne et/ou l'organisation professionnelle.

Les quatre autres réunions n'ont pas de thème imposé (thème choisi en commun par le groupe ou réunion servant à aborder une problématique organisationnelle).

Enfin, deux réunions servent à la « restitution » (analyse des retours d'informations établis notamment à partir des systèmes d'information de l'Assurance Maladie, identification de l'impact des mesures entreprises suite aux réunions).

Les thèmes retenus doivent répondre à plusieurs critères :

- ✓ Concerner la pratique quotidienne des médecins,
- ✓ Être propres à générer une amélioration des pratiques et/ou une optimisation des dépenses de santé,
- ✓ Être évaluables,
- ✓ Correspondre à des données actualisées de la science.

Pour chacun des thèmes traités, une information médicale validée est mise à la disposition des médecins (sous forme de dossiers thématiques constitués d'une compilation d'articles médicaux, de synthèses de la littérature, de synthèses de recommandations cliniques ou de conférences de consensus).

Chaque médecin s'interroge sur sa pratique à partir de l'analyse d'ordonnances et/ou d'observations cliniques.

À travers cet échange, l'animateur s'assure que les déterminants des décisions médicales sont identifiés, que les décisions médicales se réfèrent aux données actualisées de la science et que les obstacles à l'application de ces données sont précisés.

Un compte rendu de séance est rédigé à tour de rôle par les participants et une liste de questions non résolues est établie invitant les médecins à rechercher les réponses pour la rencontre suivante.

Enfin, pour aider les médecins dans l'analyse de leur pratique, chaque semestre, un profil de prescription (sous couvert d'anonymat et élaboré à partir du système d'information de l'Assurance Maladie) est mis à la disposition des médecins.

Plusieurs types d'indicateurs sont proposés : « médicaux » et « économiques », leur permettant au bout de quelques mois de mesurer l'impact de cette démarche sur leurs prescriptions.

1.6 - Les « Groupes Qualité » en Bretagne

Ils existent depuis 2001 et sont les précurseurs en France.

Aujourd'hui, 38 « Groupes Qualité », auxquels participent 387 médecins généralistes (chiffres du 31/12/2014), fonctionnent en Bretagne (soit plus de 12 % des médecins généralistes libéraux bretons).

2/ Le sujet âgé et les médicaments

2.1 - Le sujet âgé

2.1.1 - Définition et perspectives démographiques

Il n'existe pas de réelle définition de la « personne âgée ».

La définition sociale se base sur l'âge de cessation d'activité professionnelle ; ce qui revient à entrer dans la vieillesse parfois à 55 ou 60 ans...

Quant à elle, l'OMS (Organisation Mondiale la Santé) parle de vieillesse pour des personnes âgées de 65 ans et plus.

Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatrique est d'environ 85 ans (INSEE 2009).

De nombreux auteurs s'accordent sur la pertinence de l'âge de 75 ans ou de 65 ans pour un patient polyopathologique.

Le vieillissement limite l'espérance de vie moyenne (qui se définit comme le nombre d'années qu'il reste à vivre pour un individu à un âge donné) des femmes à 84,8 ans et des hommes à environ 78,2 ans (INSEE 2011) mais celle ci continue d'augmenter de trois mois chaque année.

Ainsi, par exemple, entre 1980 et 1998, quatre années de vie ont été ajoutées en moyenne à l'ensemble de la population française.

En 2011, l'INSEE comptabilisait 11 millions de personnes âgées de plus de 65 ans en France, correspondant à environ 20 % de la population.

Les projections démographiques disent que les tranches d'âge les plus élevées sont celles qui vont augmenter le plus ; le nombre de sujets de plus de 85 ans devant doubler d'ici une quinzaine d'années.

Entre 2005 et 2050, l'effectif des personnes de plus de 60 ans devrait augmenter de 80 % (passant de 12,6 millions à 22,3 millions) (17).

2.1.2 - Effets du vieillissement sur l'organisme

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr.

Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie.

Ce processus est lent et progressif et doit être distingué des manifestations des maladies.

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des réserves fonctionnelles induisant une réduction des capacités de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression.

Celle ci est très variable d'un organe à l'autre et l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu âgé à l'autre.

Ainsi, la population âgée est caractérisée par une grande hétérogénéité.

Tous les systèmes d'organes sont touchés par le vieillissement (Mc Lean et Couture 2004) :

✓ **Modification de la composition corporelle**

On observe une diminution de la masse musculaire et une augmentation proportionnelle de la masse grasse (de 20 à 40 %) à poids constant ; ainsi qu'une diminution de l'eau totale corporelle (de 10 à 15 %) et de l'albuminémie (de 10 % environ).

✓ **Au niveau du système nerveux**

Une augmentation du temps de réaction et une réduction des performances mnésiques sont les témoins de la diminution du nombre de neurones notamment corticaux et du vieillissement du système nerveux central.

On retrouve également une diminution et une déstructuration du sommeil par diminution de la sécrétion de mélatonine.

Par ailleurs, il est constaté une diminution de la sensation de soif par diminution de la sensibilité des récepteurs de la soif.

L'augmentation du temps de conduction des nerfs périphériques explique l'instabilité posturale.

Le vieillissement du système nerveux autonome se traduit par une hyperactivité sympathique et une diminution de la sensibilité des récepteurs aux catécholamines

✓ **Au niveau sensoriel**

On remarque une diminution de l'accommodation (presbytie, gênant la lecture de près) et une opacification progressive du cristallin (cataracte) ; ainsi qu'une diminution progressive de l'audition portant surtout sur les sons aigus (presbycousie).

✓ **Au niveau du système cardio-vasculaire**

L'augmentation de la masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche est responsable d'une diminution du remplissage ventriculaire par défaut de relaxation.

On observe également une diminution de la fréquence cardiaque intrinsèque et une augmentation du temps de conduction dans le nœud sinusal.

La pression artérielle systolique augmente du fait d'une baisse de la compliance artérielle.

✓ **Au niveau de l'appareil respiratoire**

La diminution de la compliance pulmonaire et thoracique ainsi que du volume des muscles respiratoires est responsable d'une baisse de la capacité ventilatoire.

✓ **Au niveau digestif**

On retrouve une diminution du flux salivaire et de la sécrétions acide par les cellules pariétales gastriques (hypochlorhydrie) ; ainsi qu'une diminution de la vidange gastrique et du péristaltisme conduisant à une augmentation du temps de transit.

La réduction de la masse hépatique et du débit sanguin hépatique (de l'ordre de 40 %) est responsable de modifications dans les paramètres pharmacocinétiques.

✓ **Au niveau de l'appareil locomoteur**

Le vieillissement est responsable d'une diminution de la densité en fibres musculaires se traduisant par une réduction de la masse musculaire et donc de la force musculaire. On observe également une baisse de la densité minérale osseuse et de la résistance mécanique de l'os.

Le cartilage est plus fragile, aminci, car il perd de son contenu en eau, en chondrocytes et voit sa composition en glycosaminoglycanes modifiée.

✓ **Au niveau rénal et urinaire**

La diminution du nombre de néphrons fonctionnels varie d'une personne à l'autre et est responsable d'une diminution de la filtration glomérulaire et donc des capacités d'élimination du rein.

Les capacités de concentration et de dilution des urines diminuent au fur et à mesure.

✓ **Au niveau des organes sexuels**

Le vieillissement de la femme se traduit par la ménopause qui correspond à l'arrêt de sécrétion ovarienne d'œstrogènes et à une disparition des cycles menstruels.

Chez l'homme, on remarque une diminution progressive et variable de la sécrétion de testostérone et une augmentation du volume de la prostate.

✓ **Au niveau de la peau et des phanères**

Le vieillissement est caractérisé par une altération du tissu élastique, un épaissement fibreux du derme, un aplatissement de la jonction dermo-épidermique et une diminution du nombre de mélanocytes.

Ces modifications sont plus importantes sur les zones exposées aux rayonnements ultra-violets.

✓ **Au niveau du système immunitaire**

La réponse immédiate cellulaire diminue et la production des cytokines est modifiée.

2.2 - Consommation médicamenteuse et personne âgée

Les sujets âgés de 65 ans et plus recourent plus souvent au système de santé dans la mesure où ils ont plus de maladies chroniques.

Les médicaments de l'appareil cardiovasculaire sont largement les plus prescrits par les médecins généralistes dans cette population (37 % des lignes d'ordonnance, et 44 % des coûts), suivis par les psychotropes (9 %) puis, les médicaments du système nerveux central dominés par les antalgiques (8 %) et ceux de l'appareil digestif (8 %) (18).

Ils consomment en moyenne 3,6 médicaments différents en une journée (3) et ce chiffre s'élève à 4,4 pour les sujets de 85 ans et plus (3).

L'évolution des dépenses de santé est un sujet d'inquiétude nationale avec 39 % de la dépense pharmaceutique consommée par les patients de 65 ans et plus (en 2001) et une moyenne de 850 euros annuels pour chacun d'entre eux (en 2000).

2.3 - Particularités de la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée

La définition légale du médicament rappelle le rôle bénéfique du médicament qui soulage, guérit et prévient les maladies :

« On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique » (article L5111-1 du Code de la Santé Publique).

La polymédication correspond à l'utilisation quotidienne d'au moins cinq médicaments et est dite « sévère » lorsqu'elle atteint au moins dix médicaments (19).

Elle se situe aux alentours de 30 % en France (20) et peut avoir plusieurs origines, notamment le recours à plusieurs prescripteurs différents.

Ses conséquences sont multiples :

- Effets indésirables,
- Interactions médicamenteuses,
- Redondances thérapeutiques,
- Diminution de la qualité de vie,
- Diminution de l'observance.

Cette polymédication est d'autant plus lourde de conséquences qu'elle survient dans un contexte de **modification des paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des médicaments** chez le sujet âgé.

2.3.1 - Modification des paramètres pharmacocinétiques des médicaments

A. Résorption

La clairance gastrique est ralentie ainsi que la sécrétion acide, affectant principalement les médicaments nécessitant une ionisation en milieu acide.

La motilité intestinale est réduite et le débit sanguin splanchnique est diminué, conduisant à une résorption plus lente de certains médicaments.

B. Distribution

La diminution de l'eau corporelle conduit à une diminution du volume de distribution des médicaments hydrosolubles et donc à une élévation de leur concentration plasmatique. L'augmentation de la masse grasse conduit, elle, à une augmentation du volume de distribution des médicaments lipophiles et expose au risque d'accumulation et de relargage prolongé de ces médicaments en augmentant leur demi-vie d'élimination. La baisse de l'albuminémie augmente la fraction libre de certains médicaments se fixant surtout aux protéines plasmatiques (exemple des AVK : Anti Vitamines K).

C. Métabolisme hépatique

La réduction de la masse et du débit sanguin hépatique est responsable d'une diminution de l'effet de premier passage hépatique conduisant à une hausse de la biodisponibilité des médicaments soumis à un fort effet de premier passage hépatique et à un ralentissement de l'activation des « pro-drug ».

Seuls les médicaments à forte extraction hépatique sont affectés par la diminution de la clairance hépatique liée à la baisse du débit sanguin hépatique.

D. Excrétion rénale

La qualité de la filtration glomérulaire diminue avec l'âge, imposant une adaptation de la posologie des médicaments à élimination rénale ou dont le métabolite actif est éliminé par voie rénale.

En pratique clinique, le DFG (Débit de filtration glomérulaire) est estimé par différentes formules.

Les deux estimations les plus utilisées sont la formule de Cockcroft-Gault et celle de MDRD (Modified Diet in Renal Disease).

2.3.2 - Modification des paramètres pharmacodynamiques des médicaments

✓ En ce qui concerne les anticoagulants oraux, pour des concentrations plasmatiques équivalentes, l'inhibition de la synthèse des facteurs de la coagulation vitamine K dépendants est plus importante chez les sujets âgés.

✓ La réponse aux agonistes bêta adrénérgiques et aux bêta bloquants est diminuée du fait d'une altération des voies de signalisation des récepteurs sur les organes cibles.

- ✓ Le cerveau devient particulièrement sensible aux psychotropes avec l'âge. On note une sensibilité accrue aux effets indésirables des neuroleptiques (avec un risque de survenue de syndrome pseudo parkinsonien par diminution du nombre de récepteurs dopaminergiques et des concentrations de dopamine dans le cerveau) et une sédation plus importante chez le sujet âgé pour une dose équivalente de benzodiazépines. Enfin, l'effet analgésique plus élevé de la morphine nécessite une limitation des doses pour réduire les effets indésirables.
- ✓ Les anticholinergiques sont déconseillés chez la personne de plus de 70 ans en raison de la gravité des effets indésirables (rétention urinaire, glaucome aigu à angle fermé) liés à une altération de l'innervation parasympathique.
- ✓ La fonction rénale (attestée par le DFG estimé) diminue avec l'âge, exposant le patient à la survenue d'une insuffisance rénale (notamment avec les AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens, qui inhibent les prostaglandines rénales vasodilatatrices).
- ✓ Le vieillissement diminue la sensibilité des barorécepteurs, induisant des hypotensions orthostatiques lors de la prise de traitements antihypertenseurs ou de neuroleptiques.
- ✓ Les mécanismes régulant la température corporelle sont altérés, ce qui augmente le risque d'hypothermie ou d'hyperthermie avec certains médicaments tels que les neuroleptiques.

2.4 - La notion de MPI : Médicaments Potentiellement Inappropriés

L'un des risques associés à la polymédication est la prescription de MPI (Médicaments Potentiellement Inappropriés).

La PMI (Prescription Médicamenteuse Inappropriée) est définie par la prescription d'un médicament, en l'absence d'indication démontrée, ayant un risque élevé d'effets indésirables, et ayant un rapport coût-efficacité et/ou bénéfice-risque défavorable.

Il existe trois concepts de prescription sub-optimale :

- Le «**misuse**» ou prescription inappropriée est le concept le plus étudié. Une thérapeutique est considérée comme inappropriée lorsque les risques potentiels encourus l'emportent sur les bénéfices potentiels attendus; quand des alternatives plus sûres ou aussi efficaces existent (21).
- L'«**overuse**» ou excès de prescription : lorsque des médicaments non indiqués ou présentant une efficacité discutable sont prescrits (SMR : Service Médical Rendu insuffisant, attribué par la Commission de la Transparence). L'enquête ESPS 2000 a montré que, parmi les trente médicaments les plus prescrits en France, huit d'entre eux avaient un SMR insuffisant.

- l' «**underuse**» ou défaut, omission de prescription : lorsque des médicaments indiqués et efficaces ne sont pas prescrits alors qu'ils ont fait preuve de leur efficacité (par exemple dans le domaine de la prévention).

De nombreuses pathologies sont sous traitées actuellement chez les sujets âgés (dépression, ostéoporose, arythmie cardiaque, insuffisance cardiaque...).

D'autres considérations déterminent le caractère inapproprié de la prescription : les besoins et les attentes du patient ainsi que les conséquences pour sa famille et la société (comme les coûts et la mobilisation des ressources en soins de santé).

Il faut cependant considérer que ces MPI sont à éviter en général car ils exposent les personnes âgées à des risques importants mais le jugement clinique du prescripteur reste prépondérant.

3/ La liste

3.1 - Recherche initiale bibliographique d'outils et référentiels

3.1.1 - Aux Etats Unis et au Canada

→ La notion de MPI a été introduite en 1991, aux Etats Unis, avec la mise au point d'une liste de critères explicites pour identifier la prescription de médicaments inappropriés (22).

Elle s'adresse aux personnes âgées les plus fragiles et les plus malades, c'est à dire celles âgées de 65 ans ou plus et résidant en maisons de retraite.

Ces critères ont été validés par un consensus d'experts, obtenu par la méthode de Delphi.

Une revue de la littérature a permis la rédaction d'une première version de la liste qui a été envoyée à treize experts qui ont scoré leur accord ou désaccord avec les propositions de la liste et suggéré des ajouts.

La liste finale contient 30 critères : 19 concernent des médicaments ou classes thérapeutiques qui devraient être évités, 11 concernent un dosage, une fréquence d'administration ou une durée de traitement qui ne devraient pas être dépassés. Ils pointent donc les risques des prescriptions de médicaments inappropriés aux personnes âgées, en distinguant une liste de médicaments toujours dangereux et une seconde liste de médicaments à éviter dans des contextes de pathologies particulières.

→ En 1997, la liste de 1991 est mise à jour et généralisée à toute la population âgée de 65 ans ou plus, quels que soient le degré de fragilité ou le lieu de résidence (23).

Elle permet d'associer également un degré relatif de sévérité à chaque critère et identifie, selon le diagnostic clinique, certaines situations à risque.

La sévérité est définie comme la probabilité de survenue d'un effet indésirable et sa significativité clinique s'il survient.

Il en ressort une liste de 43 critères construite en deux parties : 28 médicaments ou classes thérapeutiques qui devraient généralement être évités chez les personnes âgées (dont 14 sont potentiellement responsables d'effets indésirables sévères) et 15 pathologies rendant inappropriée l'utilisation de 35 médicaments ou classes thérapeutiques (parmi lesquelles 17 sont potentiellement responsables d'effets indésirables sévères).

→ Au Canada, en 1997, une autre liste est développée par la méthode de Delphi du fait de désaccords avec la liste américaine (McLeod et al, 1997).

Celle ci permet d'évaluer le caractère inapproprié de prescriptions dans différentes situations cliniques et score la significativité clinique, valide les alternatives thérapeutiques proposées.

Au final, la liste comprend 38 critères de significativité clinique importante, classés en quatre catégories:

- ✓ Les médicaments de la sphère cardiovasculaire,
- ✓ Les médicaments psychotropes,
- ✓ Les AINS,
- ✓ Les autres médicaments.

18 de ces critères correspondent à des médicaments généralement contre-indiqués chez le sujet âgé car la balance bénéfice-risque est jugée inacceptable ; 16 correspondent à des interactions maladie-médicament et 4 à des interactions médicamenteuses.

→ En 2000, cette dernière est simplifiée en ne gardant que les critères réellement rencontrés en pratique clinique (Naugler et al, 2000).
Ce nouvel outil, pratique et d'utilisation rapide, est appelé IPET (Improving Prescribing in the Elderly Tool).

Il est constitué de 14 critères (10 interactions médicament-pathologie, 2 classes médicamenteuses inappropriées et 2 critères faisant référence à la durée de traitement) et a été développé pour des patients âgés de 70 ans et plus.

→ En 2001, une partie de la liste américaine de 1997 (Beers et al) est reprise pour étudier l'utilisation de médicaments inappropriés dans un échantillon de la population âgée des Etats-Unis (Zhan et al, 2001).

33 médicaments considérés comme inappropriés sont retenus sans tenir compte ni du dosage, ni de la fréquence d'administration, ni de la durée de traitement.
Ils ont été classés en trois catégories : 11 devraient toujours être évités, 8 sont rarement appropriés, et 14 ont quelques indications mais sont souvent utilisés de façon inappropriée.

→ En 2012, la Société Américaine de Gériatrie est à l'origine de la dernière actualisation des « critères de Beers » (24).

Cette nouvelle liste comprend 53 critères : 34 médicaments ou classes thérapeutiques qui sont généralement à éviter ; 14 pathologies (et les médicaments à éviter conjointement) ; 5 médicaments ou classes thérapeutique à utiliser avec précautions.
Les experts ont classé, pour chaque critère, le niveau de preuves du caractère inapproprié et la force de la recommandation associée.

→ Enfin, GP-GP (Good Palliative-Geriatric Practice algorithm for drugs discontinuation) est un algorithme qui utilise une série de questions permettant de décider de l'arrêt ou de la poursuite d'un traitement médicamenteux.

3.1.2 - En Europe

Les listes nord-américaines ne sont pas adaptées à la pratique européenne.

Le problème est double car plusieurs médicaments considérés comme inappropriés aux Etats Unis ne sont pas commercialisés en Europe, et à l'inverse, certains médicaments considérés comme inappropriés en Europe ne sont pas commercialisés aux Etats-Unis. Ainsi, plusieurs listes ont vu le jour en Europe.

→ En 2007, on assiste au CHU de Limoges à l'élaboration d'une liste de médicaments inappropriés concernant les patients de 75 ans et plus, adaptée à la pratique française (Laroche et al ; 2007) (25).

La méthode Delphi à deux tours a été utilisée pour parvenir à un consensus de quinze experts de différentes spécialités et provenant de différentes régions de France.

Elle se compose de 34 critères : 29 médicaments ou classes médicamenteuses qui sont à éviter, indépendamment du contexte clinique, et 5 situations cliniques incluant les médicaments à éviter.

Ces 34 critères peuvent également être classés en trois catégories : 25 considérés comme inappropriés car la balance bénéfico-risque est défavorable ; 1 car l'efficacité est discutable ; 8 car la balance est défavorable et l'efficacité discutable.

Au mois de janvier 2012, les médicaments de cette liste (DCI : Dénomination Commune Internationale et noms commerciaux) ont été remis à jour à l'aide du site Thériaque (www.theriaque.org).

→ En Norvège, en 2009, une liste de critères ayant une pertinence clinique particulière pour la médecine générale : la NORGEP (NORwegian GEneral Practice criteria) a été élaborée (Rognstad et al ; 2009).

Elle s'adresse aux personnes de 70 ans et plus et comprend 36 critères : 21 sont des médicaments ou des dosages à éviter et 15 sont des associations médicamenteuses à éviter.

→ En Irlande, en 2008, deux outils complémentaires ont été développés coup sur coup : STOPP-START (26,27).

Cet outil est divisé en 2 parties.

✓ le STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) est une liste de 65 critères de prescription potentiellement inappropriée chez la personne âgée dans certaines situations cliniques.

Les critères sont classés par systèmes physiologiques.

Il incorpore les prescriptions inappropriées les plus fréquentes chez le sujet âgé, y compris les interactions médicamenteuses, les interactions médicament-maladie, la redondance thérapeutique et les médicaments particulièrement à risque chez les sujets âgés chuteurs.

✓ le START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) est composé de 22 indicateurs « evidence-based » de prescription pour les pathologies couramment rencontrées chez la personne âgée.

Il est utilisé pour identifier les médicaments appropriés chez le sujet âgé de 65 ans ou plus, dans certaines situations cliniques, en l'absence de contre-indications.
Il est classé par systèmes physiologiques et permet de repérer les omissions de prescription.

L'adaptation en français a été publiée récemment (28).

→ Enfin, le MAI (Medication Appropriateness Index) permet la comparaison statistique des ordonnances (29,30).

C'est une échelle d'évaluation de la pertinence des prescriptions (réalisée par Hanlon et al en 1992 et utilisée par Gallagher et al dans la dernière étude évaluant l'impact de STOPP à la sortie d'hospitalisation).

Elle est basée sur l'application à chaque médicament de **10 critères** de prescription afin de déterminer si un médicament donné est approprié pour l'individu :

- ✓ L'indication thérapeutique,
- ✓ L'efficacité (SMR : Service Médical Rendu),
- ✓ La posologie adaptée (dosage/24h),
- ✓ Les administrations correctes (répartition sur 24h),
- ✓ L'utilisation pratique (capacité à la prise de médicaments selon les instructions, en prenant en compte la galénique, le rythme, dosage...),
- ✓ Les interactions médicamenteuses,
- ✓ Les interactions médicament-maladie (contre-indications),
- ✓ La duplication,
- ✓ La durée,
- ✓ Les coûts.

Chaque critère a une définition opérationnelle qui permet à l'évaluateur d'expertiser le traitement comme « appropriate », « marginally appropriate » ou « inappropriate ».

Lorsque le critère est estimé être dans la catégorie « inappropriate », un score lui est attribué.

Ainsi un score de 3 a été donné pour l'indication et l'efficacité ; un score de 2 a été affecté à la posologie, administrations correctes, aux interactions médicamenteuses et aux contre-indications ; un score de 1 a été affecté à l'utilisation pratique, au coût, à la duplication et la durée.

Un score de 18 pour une molécule correspond au fait que les 10 critères sont considérés « inappropriate ».

Le score du MAI génère un résultat par médicament évalué (plus le score est élevé, plus il est inapproprié).

La somme des résultats de tous les médicaments du patient est calculée pour obtenir un résultat global par patient.

Par cette méthode, on dispose d'une vue globale de la qualité de la prescription.

Il n'y a à ce jour aucune traduction validée en français.

3.2 - L'élaboration de la liste

En 2013, la **FFGQ** a été missionnée pour constituer une liste de médicaments « positive » (car elle ne correspond pas seulement à une liste de médicaments contre-indiqués chez le sujet âgé) devant être un « outil » pratique d'aide à la prescription médicale chez les patients âgés.

Il s'agit d'une liste « non exhaustive » des **principaux médicaments peu indiqués ou au contraire pertinents pour les patients âgés (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polymédiqués et/ou en ALD)**.

En effet, la liste reste **évolutive et modifiable** dans le temps (en fonction des commentaires éventuels des différents médecins).

Les critères économiques ne sont pas pris en compte dans cette liste, seule la diminution de la iatrogénie par le choix de médicaments au meilleur rapport bénéfice/risque a guidé sa rédaction.

Elle a été financée par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).

En vigueur depuis le 1er juillet 2007 (créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007), celui-ci finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville.

Les réseaux de santé en ont été les principaux bénéficiaires.

Le FIR (Fonds d'Intervention Régionale) a depuis remplacé le FIQCS, selon l'article 65 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ; permettant d'offrir une plus grande souplesse dans la gestion et de recréer des marges d'action régionales.

L'objectif principal de la liste créée par la FFGQ est de « sécuriser la prescription médicamenteuse des personnes âgées en médecine générale » (16).

Ses objectifs intermédiaires sont (16) :

- « Concevoir un outil "simple" d'aide à la prescription de première intention des molécules ayant le meilleur rapport bénéfice/risque chez la personne âgée dans les principaux domaines pathologiques rencontrés en pratique courante de médecine générale.
- Diminuer le nombre d'hospitalisations liées à des événements iatrogéniques (interactions médicamenteuses, surdosages).
- Sensibiliser les médecins généralistes à la problématique de la prescription médicamenteuse et de la iatrogénie chez le sujet âgé.
- Harmoniser les pratiques et les relations entre les différents intervenants. »

Elle a été établie par des médecins généralistes impliqués au sein de la FFGQ (11 au total dont au moins un praticien par région engagée dans la démarche « Groupe Qualité ») **et par un pharmacien** ; au sein d'un **COPIL** (COmité de PILotage).

Ci joint la **liste des professionnels ayant participé à l'élaboration de cette liste** :

- **Présidents des « Groupes Qualité »** du Nord-Pas-de-Calais, de Bretagne, du Centre, de Haute Normandie ; Docteurs en médecine générale
- **Coordonnateurs des « Groupes Qualité »** de Bretagne, de PACA, des Pays de la Loire, de Guadeloupe, de Basse Normandie, de Picardie, du Centre ; Docteurs en médecine générale
- **Président de l'URPS Pharmaciens** de Bretagne, Docteur en pharmacie

Elle a été constituée à partir :

→ d'une part de la **revue de la littérature** :

- ✓ cf « recherche bibliographique et outils référentiels » avec les différentes listes américaines et européennes,
- ✓ Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. Mise au point AFSSAPS 2005,
- ✓ Le livret du médicament de Korian,
- ✓ Listes de médicaments "appropriés" chez la personne âgée, publiées par les OMEDIT Centre et Alsace (31, 32).

L'OMEDIT (Observatoire du MÉdicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique) est une structure régionale d'appui réglementaire, née le 24 août 2005 avec la parution du Décret n° 2005-1023 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale).

→ et d'autre part de la **consultation de sites d'information sur les médicaments** :

- ✓ ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament),
- ✓ HAS,
- ✓ EMA (Européan Medicines Agency),
- ✓ La base de données publiques de médicaments,
- ✓ La lettre informatique hebdomadaire VIDAL news,
- ✓ Les bulletins d'information en pharmacologie des CRPV (Centre Régionaux de PharmacoVigilance).

3.3 - Présentation de la liste

3.3.1 - Un code couleur a été attribué à chaque molécule

En un clic, on obtient une vision simplifiée des précautions d'emploi élémentaires de prescription du médicament envisagé.

Code "VERT" : médicaments sélectionnés pour leur rapport bénéfice/risque favorable lors d'une prescription de première intention, en tenant toutefois compte des précautions d'emploi qui sont rappelées.

Code "ORANGE" : médicaments nécessitant une prescription prudente. Pour valider ce choix, une ré-évaluation du bénéfice/risque est recommandée pour chaque patient (cognition, risque de chutes, fonction rénale).

Code "ROUGE" : médicament potentiellement inapproprié qui incite à ne pas prescrire et à préférer un autre médicament (bénéfice-risque défavorable).

3.3.2 - Choix des critères de présentation des médicaments

→ 1^{ère} colonne : **A** **Dénomination Commune Internationale : « DCI »**

→ 2nd colonne : **B** **Dénomination commerciale : « DC »**

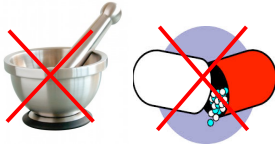
Avec présentation des :

- Dosages
- Différentes galéniques du médicament
 - Comprimés
 - Gélules
 - Solution buvable
 - Spray inhalation
 - Usage local
 - Forme injectable

→ 3^{ème} colonne : **C** **Posologies/Modalités d'administration**

- Posologie recommandée
- Nombre de prises et horaires
- Durée du traitement

Si des recommandations existent quant à l'impossibilité d'ouverture des gélules ou l'écrasement des comprimés, l'utilisation de pictogrammes est proposée.



→ 4^{ème} colonne : **D** **Précautions d'emploi**

- Risques d'associations médicamenteuses dangereuses nécessitant une consultation du VIDAL
- Nécessité de réaliser 1 titration
- Risques de chutes
- Évaluation cognitive recommandée
- Autres précautions d'emploi hiérarchisées en fonction du risque iatrogénique potentiel (insuffisance hépatique par exemple)

→ 5^{ème} colonne : **E** **Contre indications absolues : « CI »**

→ 6^{ème} colonne : **F** **Élimination par voie rénale : « IR »**

Cela concerne les médicaments pour lesquels il existe un risque de toxicité en cas d'insuffisance rénale.

Le prescripteur est alerté par un logo lorsque la fonction rénale doit conditionner la prescription.



L'absence de ce logo signifie qu'il n'y a pas d'adaptation posologique à effectuer.

→ 7^{ème} colonne : **G** **Interaction avec les anticoagulants de type AVK**

Ceci nécessite des contrôles INR plus fréquents.



L'attention est attirée par un logo dans ce cas.

→ 8^{ème} colonne : H **Surveillance du traitement**

Bilan et surveillance clinique et biologique avant et pendant le traitement.

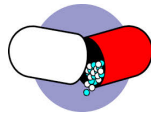
→ 9^{ème} colonne : I **Intérêt gériatrique**

Existence de formes galéniques adaptées à la personne âgée (avec des logos en fonction de celles ci).

- Formule soluble



- Ouverture de gélules possibles



- Écrasement possible des comprimés



3.3.3 - Arborescence de la liste en fonction des spécialités

- Antalgiques
- Gastro-entérologie
- Rhumatologie
- Infectiologie
- Neurologie
- Ophtalmologie/ORL
- Dermatologie
- Endocrinologie/Diabétologie
- Pneumologie
- Cardio-vasculaire/Hématologie
- Urologie/Gynécologie

Pour chaque chapitre, une sous classe thérapeutique (correspondant à une spécialité) existe avec **405 médicaments** (DCI) répertoriés

Exemple : « Cardiovasculaire » → « diurétiques » → « Furosémide ».

3.4 - Validation de la liste

La validation de la liste repose sur une lecture critique du document par plusieurs « **experts** » avec confrontation d'opinions : 3 médecins gériatres et 2 pharmaciens travaillant en milieu hospitalier.

➔ **Médecins gériatres :**

- Professeur en médecine gériatrique, Centre Hospitalier de Dieppe
- Docteur en médecine gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
- Professeur en médecine gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire de Rennes

➔ **Pharmaciens :**

- Docteur en pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (service de pharmacologie clinique)
- Docteur en pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (service de pharmacologie clinique)

Entre le mois de juin et le mois de novembre, les membres du COPIL ont retrouvé ces experts à huit reprises pour étudier, évaluer et valider cette liste.

Enfin, le 20 décembre 2013, la liste a été remise aux partenaires de la convention FIQCS.

3.5 - La liste

Celle ci est disponible sous Excel et est consultable via le Cd-rom ci joint à la thèse.

4 / Les 2 questionnaires

Afin d'étudier la perception et l'appropriation de cette liste par les médecins des « GQ » (« Groupes Qualité »), la FFGQ, sous réserve d'une validation par une structure indépendante reconnue (l'HAS a été sollicitée en ce sens), a constitué deux questionnaires.

L'élaboration s'est faite sous la supervision du département « évaluation et marketing » de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).

Le premier questionnaire cherche à faire « un état des lieux » des habitudes de prescription des médecins généralistes chez leurs patients âgés (avec notamment les notions de iatrogénie et de bénéfice/risque).

Il s'attache également à savoir s'ils utilisent déjà des listes et si le recours à une liste de médicaments préférentiellement utilisables pour le sujet âgé leur semble utile.

L'objectif principal du second questionnaire est d'évaluer, après présentation de la liste, la perception et l'acceptabilité de celle-ci par les médecins (et son utilisation ou non en pratique courante).

L'objectif secondaire est de recueillir les souhaits de modifications de la liste.

Chaque questionnaire est anonyme et remis (en début de réunion) aux médecins lors d'une réunion habituelle de « GQ ».

En novembre 2013, les animateurs des « Groupes Qualité » bretons ont assisté à un séminaire au cours duquel l'ensemble du dispositif leur a été présenté.

L'animation a été réalisée par un coordinateur membre du COPIL (ayant contribué à toute l'élaboration de la liste) qui leur a remis un didacticiel d'aide à la présentation de la liste.

Ce séminaire a permis la mise en situation des différents animateurs dans le cadre du fonctionnement des « Groupes Qualité ».

Entre mars et juin 2014, les premières réunions se sont déroulées au sein des différents « GQ » avec **présentation de la liste** aux médecins et réalisation du **premier audit** (par l'intermédiaire du premier questionnaire).

Dans un second temps, une autre réunion a permis la **mise en application de la liste** (suivant la méthode de travail habituel) avec un échange de pratiques à partir d'ordonnances apportées par les participants.

Enfin, entre juin et septembre 2014, les dernières réunions ont eu lieu avec réalisation du **second audit** (par l'intermédiaire du second questionnaire) et **recueil des modifications de la liste souhaitées** par les participants.

Le retour des questionnaires s'est fait par l'intermédiaire des animateurs, par voie postale, et les derniers sont parvenus au secrétariat de la fédération des « Groupes Qualité » bretons en octobre 2014.

Les 2 questionnaires sont consultables dans le chapitre « ANNEXES » à la fin de la thèse.

5/ Méthode d'analyse

L'analyse générale se base sur les résultats obtenus à partir des réponses aux questionnaires.

L'hypothèse de l'étude est que l'échantillon étudié n'est pas forcément représentatif de la population des médecins généralistes bretons ni de celle des médecins généralistes bretons inscrits aux « Groupes Qualité ».

En effet, on peut supposer que les jeunes médecins généralistes sont plus enclins à participer à ce type de démarche de réévaluation et d'amélioration de leurs pratiques.

Les données concernant les médecins généralistes bretons (inscrits ou non aux « GQ ») ont été recueillies par l'Assurance Maladie (résultats au 31 décembre 2014).

La représentativité de l'échantillon, via le calcul de « p », a été évaluée par l'intermédiaire d'un test de Khi 2.

Si **p est inférieur à 0,05**, cela signifie qu'il existe bien une **différence statistiquement significative** et que l'échantillon n'est pas représentatif (par rapport à un critère donné) des deux populations.

Par contre, si **p est supérieur à 0,05**, cela signifie qu'il n'y a **pas de différence statistiquement significative** et que l'échantillon est représentatif des deux populations.

Dans cette thèse, « p » a été calculé afin de comparer la répartition des médecins selon leur **sexe** et leur **âge** au sein de l'échantillon et dans les deux populations sus-citées.

RÉSULTATS

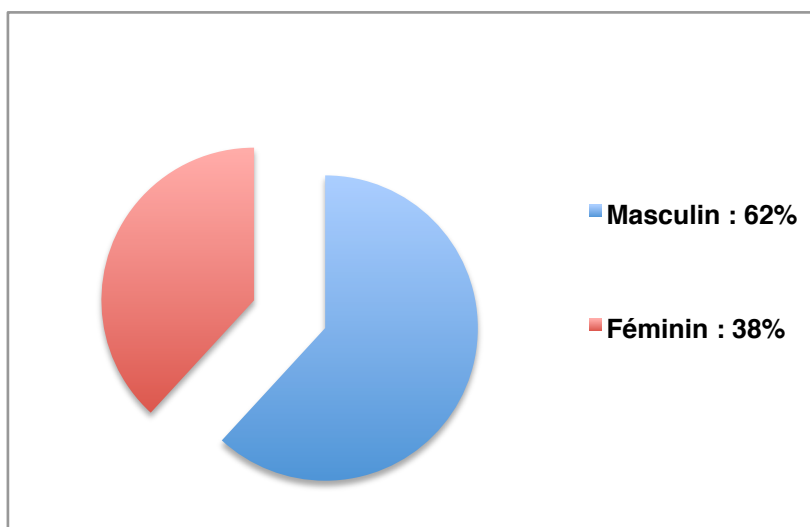
1/ Caractéristiques de l'échantillon étudié et analyse de sa représentativité par rapport aux médecins bretons

1.1 - Caractéristiques de l'échantillon de médecins ayant répondu au 1er questionnaire

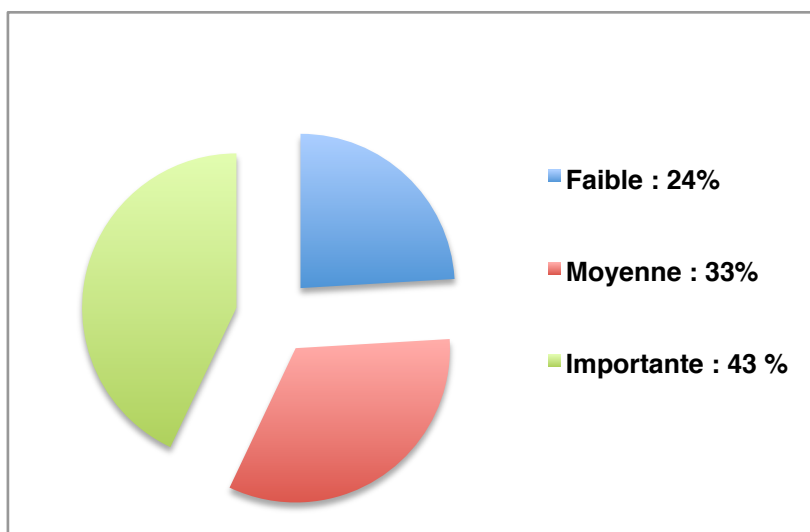
→ **Répartition des médecins selon leur tranche d'âge :** 290 réponses (96 % de réponses)

Tranche d'âge	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins
25 à 30 ans	15	5%
31 à 35 ans	26	9%
36 à 40 ans	34	12%
41 à 45 ans	31	11%
46 à 50 ans	26	9%
51 à 55 ans	59	20%
56 à 60 ans	60	21%
61 ans et plus	39	13%

→ **Répartition des médecins selon leur sexe :** 283 réponses (94 % de réponses)



→ **Répartition des médecins selon l'estimation de leur proportion de personnes âgées dans leur patientèle : 291 réponses (97 % de réponses)**

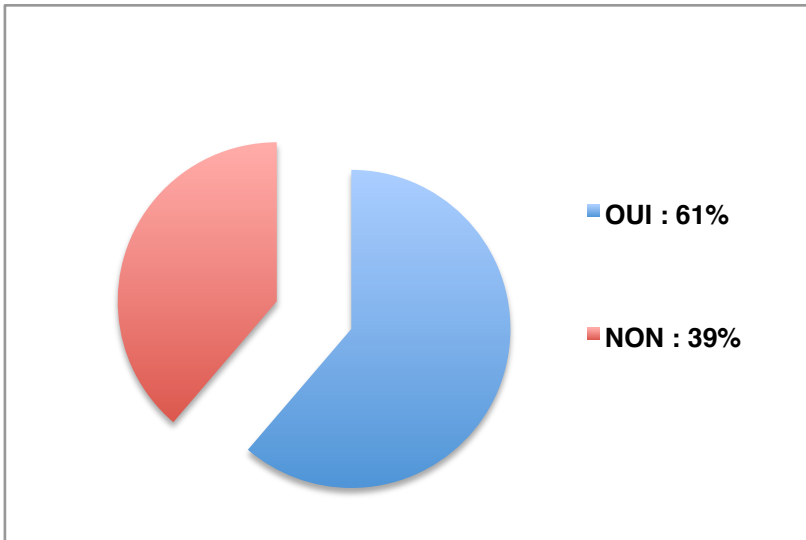


1.2 - Caractéristiques de l'échantillon de médecins ayant répondu au 2nd questionnaire

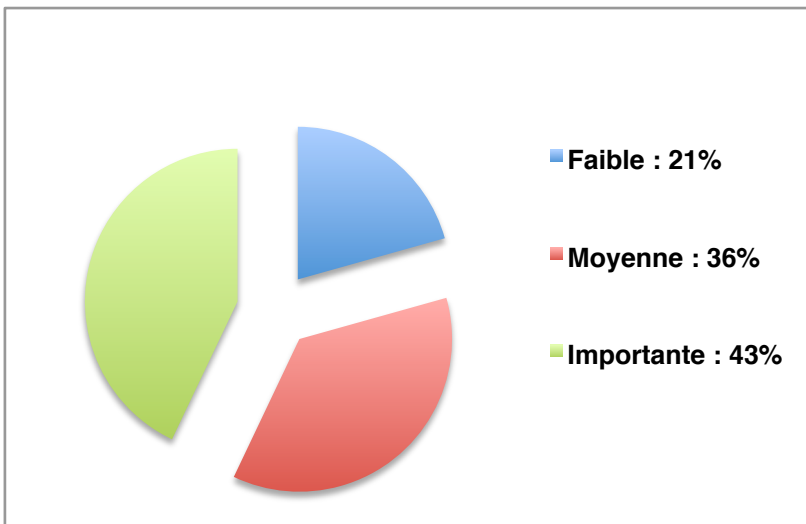
→ **Répartition des médecins selon leur tranche d'âge : 173 réponses (92 % de réponses)**

Tranche d'âge	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins
25 à 30 ans	10	6%
31 à 35 ans	15	9%
36 à 40 ans	18	10%
41 à 45 ans	19	11%
46 à 50 ans	23	13%
51 à 55 ans	32	19%
56 à 60 ans	35	20%
61 ans et plus	21	12%

→ **Répartition des médecins selon leur sexe :** 173 réponses (92 % de réponses)



→ **Répartition des médecins selon l'estimation de leur proportion de personnes âgées dans leur patientèle :** 184 réponses (97 % de réponses)



1.3 - Caractéristiques d'âge et de sexe des médecins bretons

→ Ensemble des médecins généralistes bretons

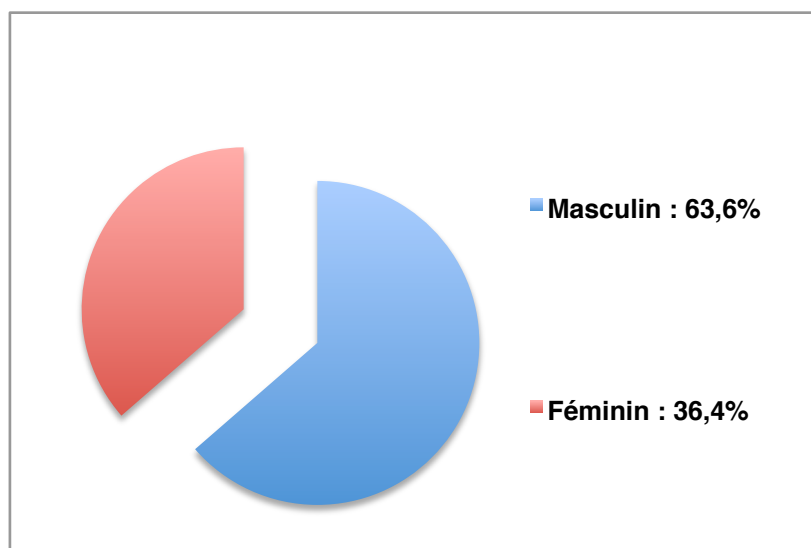
On recense 3031 médecins généralistes en Bretagne au 31 décembre 2014.

✓ Répartition des médecins selon leur tranche d'âge :

Tranche d'âge	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins
25 à 30 ans	6	0,2%
31 à 35 ans	179	5,9%
36 à 40 ans	239	7,9%
41 à 45 ans	273	9%
46 à 50 ans	333	11%
51 à 55 ans	446	14,7%
56 à 60 ans	600	19,8%
61 ans et plus	955	31,5%

Pour les 2 questionnaires, si on compare l'échantillon étudié à cette population, en ce qui concerne la répartition des médecins selon leur tranche d'âge, ***p est inférieur à 0,01.***

✓ Répartition des médecins selon leur sexe :



Pour les 2 questionnaires :

Si on compare l'échantillon étudié à cette population, en ce qui concerne la répartition des médecins selon leur sexe, ***p est égal à 0,6.***

→ **Ensemble des médecins généralistes bretons inscrits aux « Groupes Qualité »**

On recense **387** médecins généralistes inscrits aux « Groupes Qualité » en Bretagne.

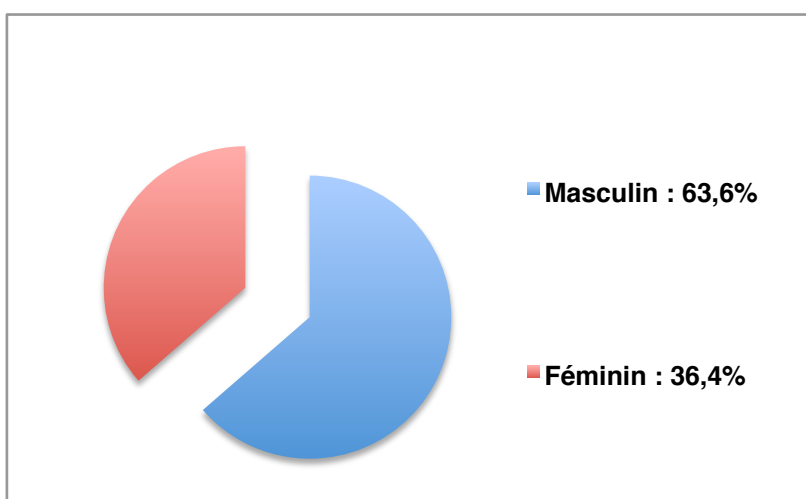
✓ **Répartition des médecins selon leur tranche d'âge :**

Tranche d'âge	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins
25 à 30 ans	6	0%
31 à 35 ans	179	3,4%
36 à 40 ans	239	10,2%
41 à 45 ans	273	11,7%
46 à 50 ans	333	11,7%
51 à 55 ans	446	14,2%
56 à 60 ans	600	23,5%
61 ans et plus	955	25,3%

Pour les 2 questionnaires :

*Si on compare l'échantillon étudié à cette population, en ce qui concerne la répartition des médecins selon leur tranche d'âge, **p est inférieur à 0,01.***

✓ **Répartition des médecins selon leur sexe :**



Pour les 2 questionnaires :

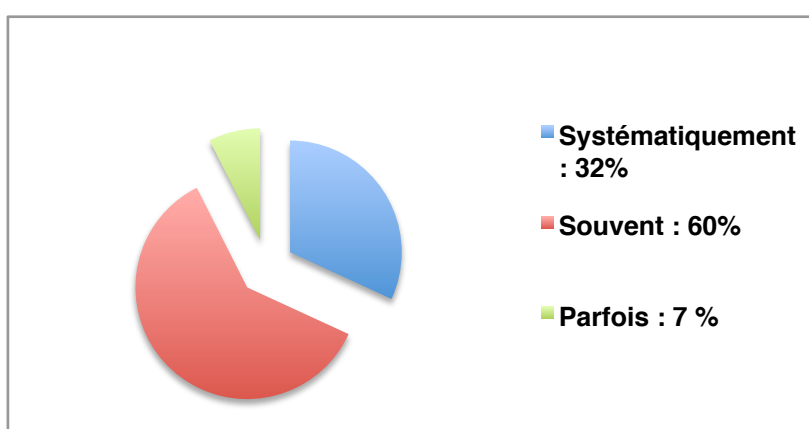
*Si on compare l'échantillon étudié à cette population, en ce qui concerne la répartition des médecins selon leur sexe, **p est égal à 0,7.***

2/ Résultats obtenus à partir du premier questionnaire (10 questions)

301 questionnaires ont été remplis et récupérés sur 301 médecins participants (sur 387 médecins inscrits aux « GQ » bretons).

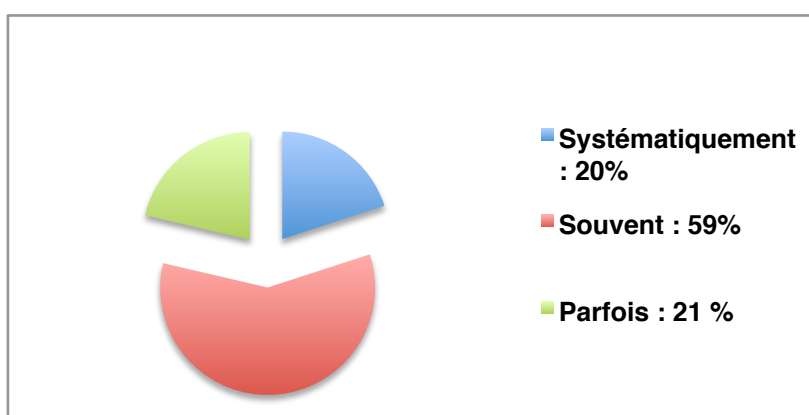
1/ « Faites-vous une adaptation de vos prescriptions en fonction de l'âge de vos patients ? » **296 réponses (98 % de réponses)**

Seul **un** médecin (moins de 0,3 % des médecins) a répondu « **Jamais** ».

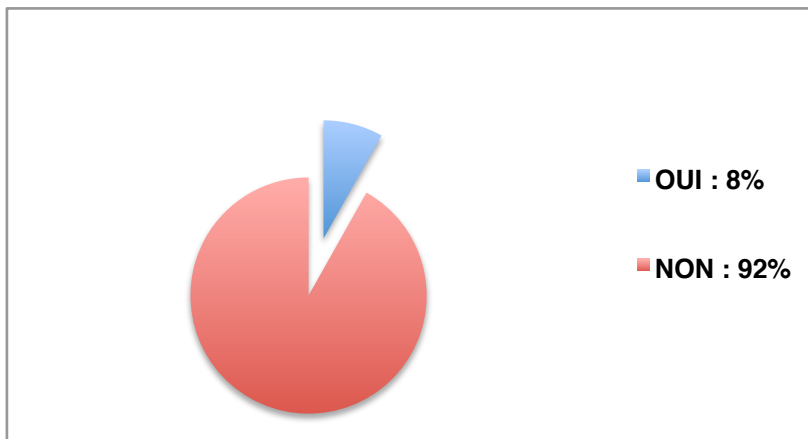


2/ « Réévaluez-vous le bénéfice-risque de votre prescription lors d'un renouvellement ? » **295 réponses (98 % de réponses)**

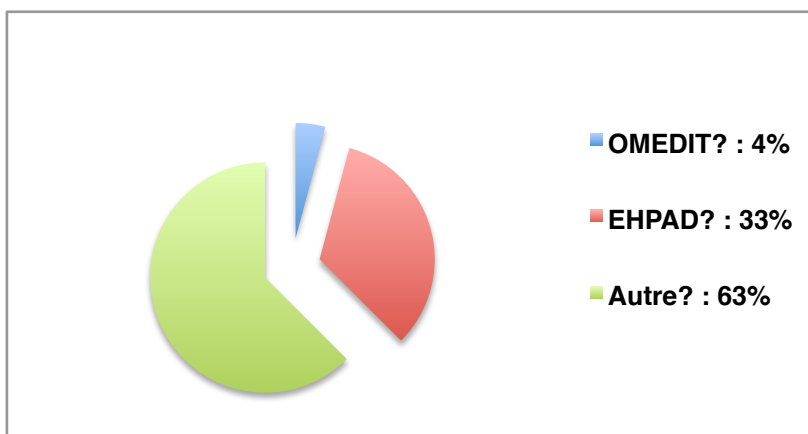
Aucun médecin n'a répondu « Jamais ».



3/ « Utilisez-vous une liste de médicaments ? » **294 réponses (98 % de réponses)**

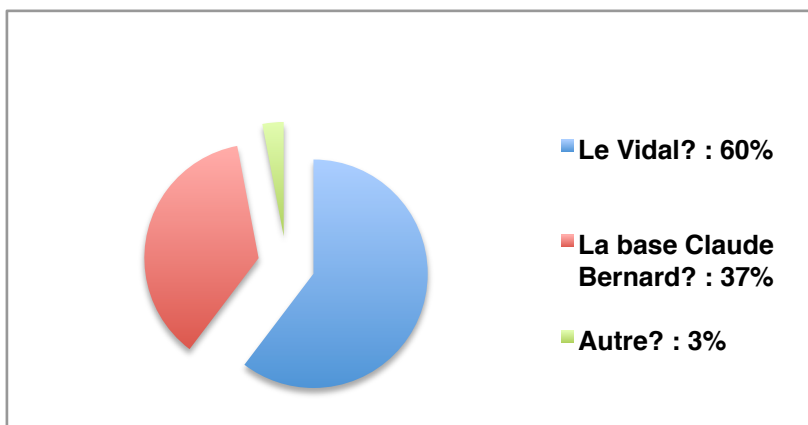


« Si oui, laquelle ? »



Parmi les médecins ayant répondu qu'ils utilisaient une autre liste : **3** mentionnent la **banque Claude Bernard**, **4** le fichier de la **pharmacie d'un hôpital local**, **2** la revue **Prescrire**, **1** utilise une **liste personnelle** et enfin **1** autre une liste sur **Osiris** ainsi que celle d'une **EHPAD**.

4/ « Quelle est votre référence habituelle pour consulter les caractéristiques des médicaments ? » **301 réponses (100 % de réponses)**

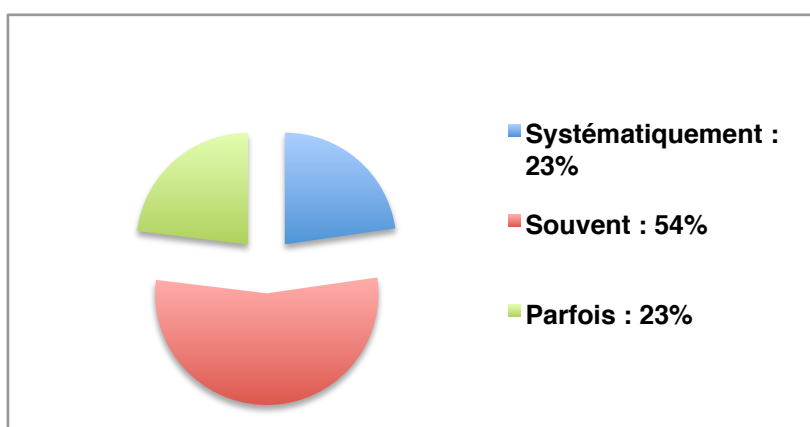


Parmi les réponses proposées, **aucun** médecin n'a répondu « **la base de données publique des médicaments** » ni « **thésorimed** » et 1 a répondu « **Thériaque** ».

Parmi les médecins ayant répondu avoir recours à d'autres références, **3** mentionnent la **revue Prescrire**, **2** le **Dorosz**, **2** la **revue Prescrire dans sa version électronique**, **1** le **Vidal** et la **Base Claude Bernard**, **1** un **fichier personnel**.

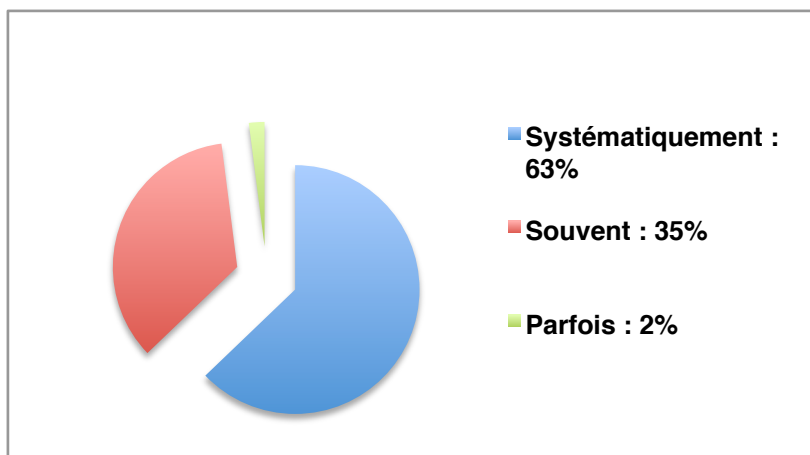
5/ « L'usage de certaines molécules vous semble particulièrement à risque, voire interdit chez le sujet âgé ? » 286 réponses (95 % de réponses)

Aucun médecin n'a répondu « Jamais ».



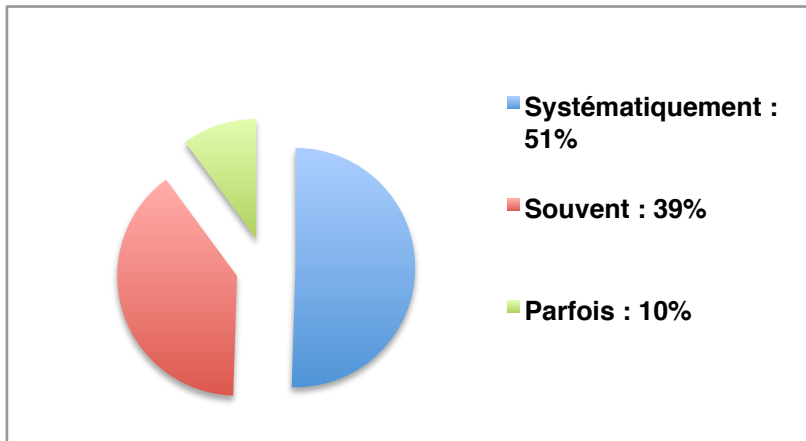
6/ « L'affirmation suivante "l'augmentation du nombre de molécules sur une ordonnance augmente le risque iatrogène" vous paraît VRAI » 296 réponses (98 % de réponses)

Aucun médecin n'a répondu « Jamais ».

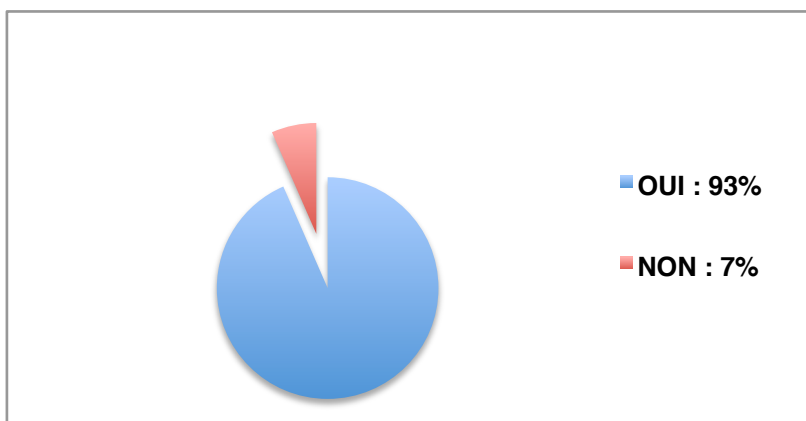


7/ « L'ajout d'un principe actif à une prescription existante nécessite de rediscuter l'équilibre de celle-ci ? » **297 réponses (99 % de réponses)**

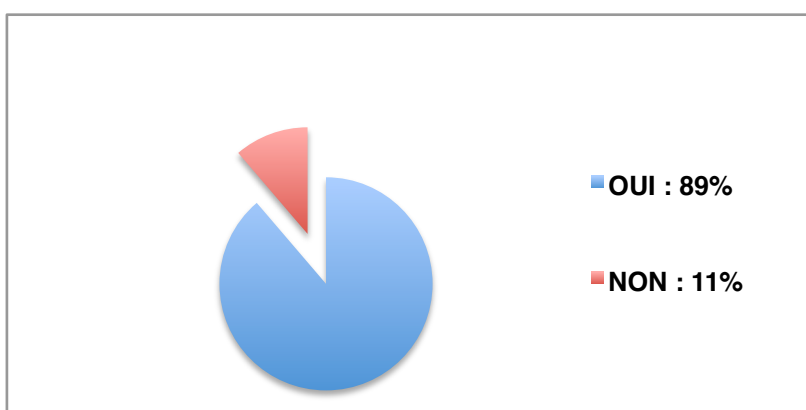
Aucun médecin n'a répondu « Jamais ».



8/ « Pour vous personnellement, la constitution d'une liste de médicaments est un concept acceptable, à votre pratique quotidienne ? » **290 réponses (96 % de réponses)**

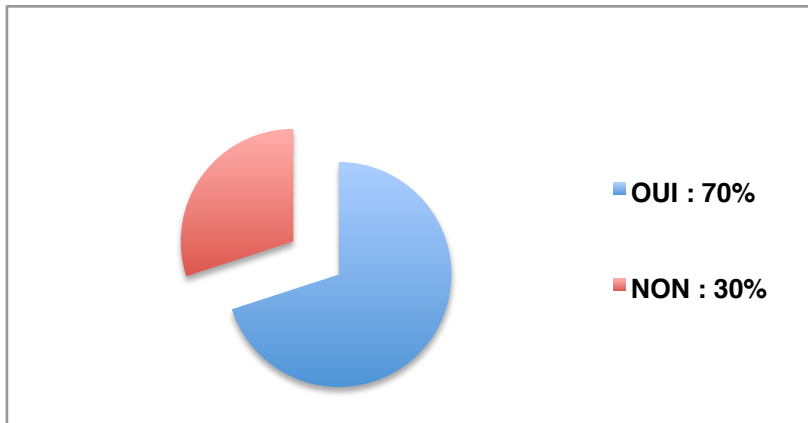


9/ « Pour vous personnellement, la constitution d'une liste de médicaments est utile à votre pratique quotidienne ? » **284 réponses (94 % de réponses)**

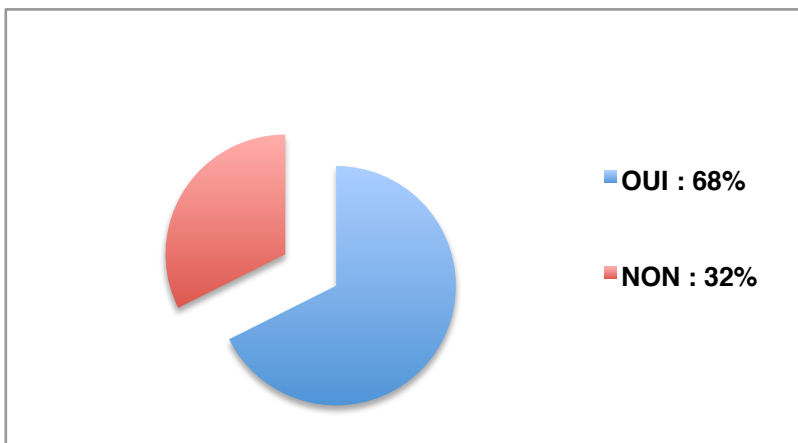


10/ « Sa constitution par des médecins généralistes libéraux et des pharmaciens d'officine représente t-elle pour vous un gage

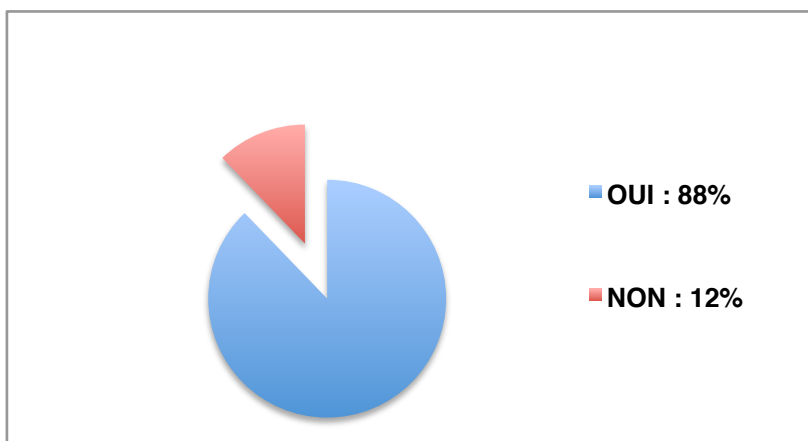
- D'objectivité ? » 210 réponses (70 % de réponses)



- D'indépendance ? » 210 réponses (70 % de réponses)



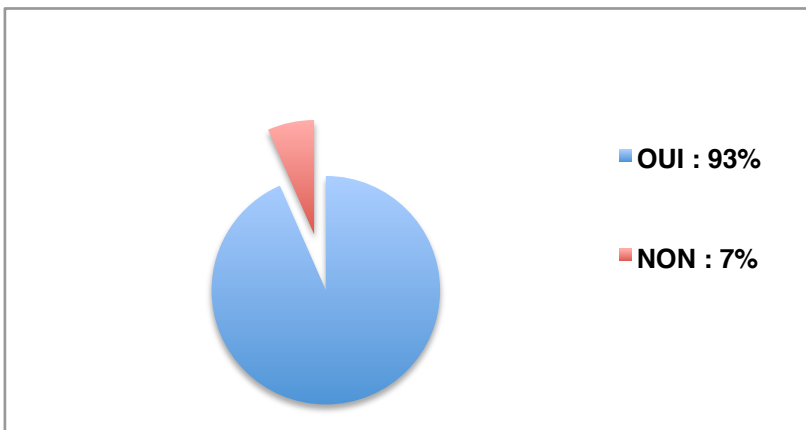
- D'adéquation à votre pratique professionnelle ? » 262 réponses (87 % de réponses)



3/ Résultats obtenus à partir du deuxième questionnaire (23 questions)

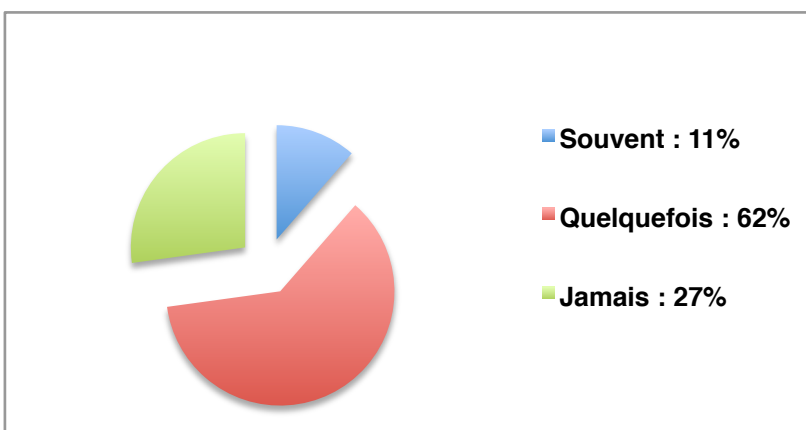
189 questionnaires ont été remplis et récupérés sur 255 médecins participants à l'audit (sur 387 médecins inscrits aux « GQ » bretons).

1/ « Acceptez-vous d'utiliser cette liste pour faire évaluer vos prescriptions ? » **182 réponses (96 % de réponses)**

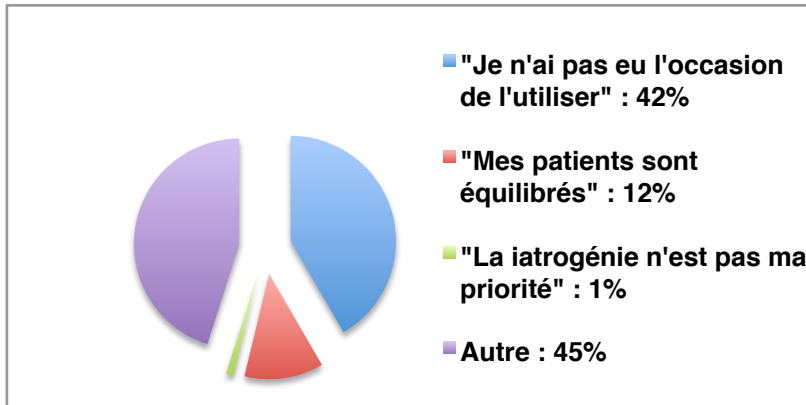


2/ « L'avez-vous utilisée ? » **184 réponses (97 % de réponses)**

Aucun médecin n'a répondu « Systématiquement ».



3/ « Si réponse quelquefois ou jamais à la question 2, pour quelles raisons ? » 173 réponses (92 % de réponses)



Si la réponse est « Autre », on retrouve plusieurs types de réponses (qui ont été codées) :

- « Liste déjà utilisée sans le savoir »
- « Liste utilisée seulement dans le cadre des Groupes Qualité »
- Patientèle peu concernée :
 - « Peu de patients âgés » X3
 - « Activité de médecin acupuncteur »
- Manque de recul : « Utilisation trop récente » X3
- Non appropriation de la liste
 - « Pas située sur mon bureau informatique, à prévoir pour faciliter l'accès »
 - « Pas encore un réflexe » X3
 - « Pas pensé » X3
 - « Y penser »
 - « Je ne me la suis pas appropriée »
 - « Je l'ai lu mais je n'ai pas l'intention de m'y référer systématiquement »
- Utilisation d'autres sources
 - « Base de données habituelles Prescrire »
 - « Autres sources »
 - « Utilisation d'une banque médicale informatisée »
 - « Préfère utiliser la base pharmacologique habituelle »

→ Manque de praticité du support

- « Format non adapté »
- « Pas pratique à imprimer »
- « Peu pratique à utiliser au quotidien »
- « Inadaptée à l'utilisation habituelle »

- « Maniement inconfortable du tableau Excel en consultation »
- « Ai-je le temps de l'utiliser compte rendu de son ergonomie ? »
- « Trop compliqué à utiliser »
- « Non fonctionnelle »
- « Pas de support papier, support informatique peu pratique »
- « Difficulté ergonomique »
- « Accès difficile car impression format A4 trop petit à lire »
- « Difficultés à utiliser la liste (support) »
- « Difficultés à imprimer au format »
- « Pas facile à utiliser »
- « Pas pratique »
- « Format peu facile »
- « Manque de pratique »
- « Difficile à utiliser en pratique »
- « Format trop lourd et inadapté »
- « Problème d'accessibilité »
- « Difficulté d'utilisation du support »
- « Pas de présentation pratique actuellement »
- « Pas facile d'utilisation »
- « Elle n'est pas facile à utiliser »
- « Problème technique, pas Excel »
- « Utilisation compliquée en visite »
- « Pas adaptée si non installée sur ordinateur »
- « Présentation non adaptée à ma pratique quotidienne »

→ Manque d'intérêt de la liste

- « Liste inadaptée et trop rétrograde »
- « Je ne comprends pas toujours l'efficacité de la liste »
- « La liste proposée pour la personne âgée est trop redondante »

→ Non adaptation aux logiciels des médecins

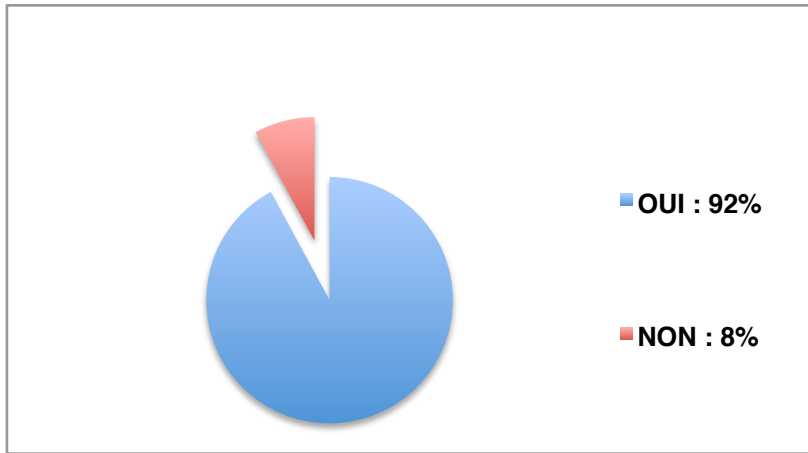
- « Inadéquation avec logiciel »
- « Manque l'intégration au logiciel métier »

→ Liste très orientée pour le patient âgé : « Peut être un peu trop orientée »

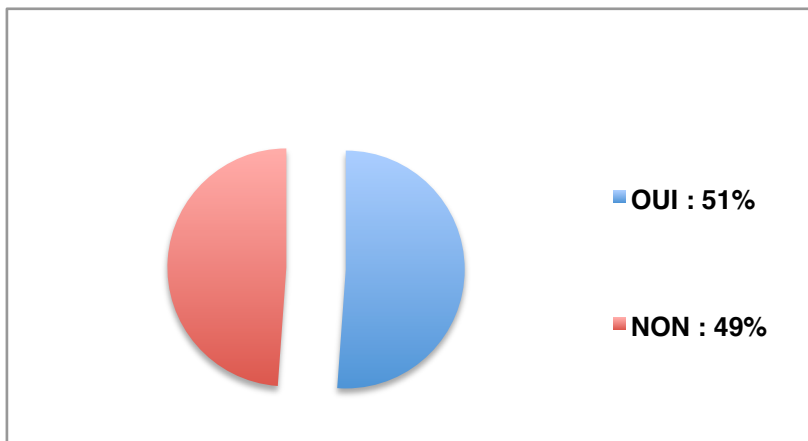
→ Manque de temps

- « Temps » X 3
- « Pas pris le temps » X 2
- « Trouver du temps » X 2
- « Pas le temps »

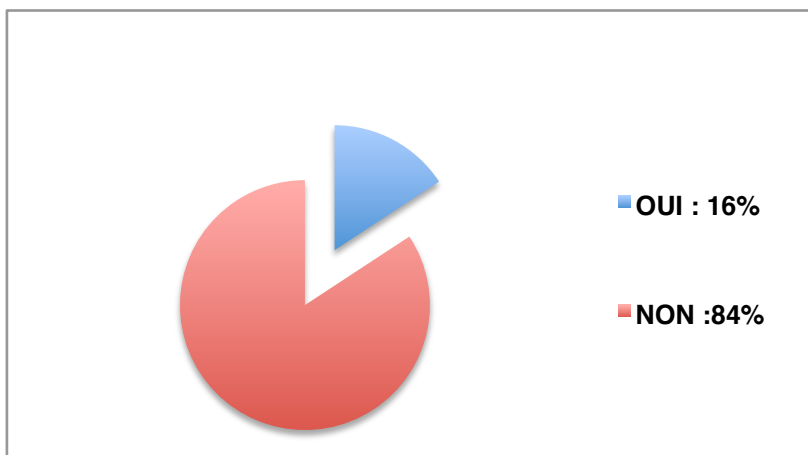
4/ « La pratique de cette liste vous permet-elle de conforter et sécuriser votre prescription ? » **177 réponses (94 % de réponses)**



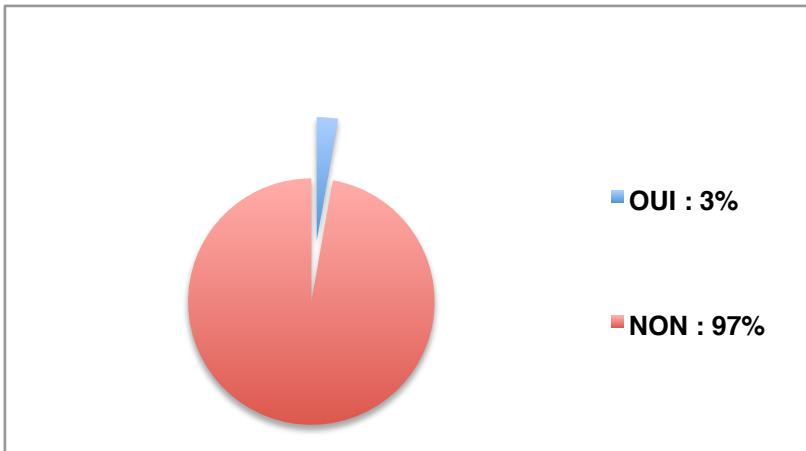
5/ « La pratique de cette liste vous permet-elle de résister aux pressions externes (patients, familles, spécialistes) ? » **174 réponses (92 % de réponses)**



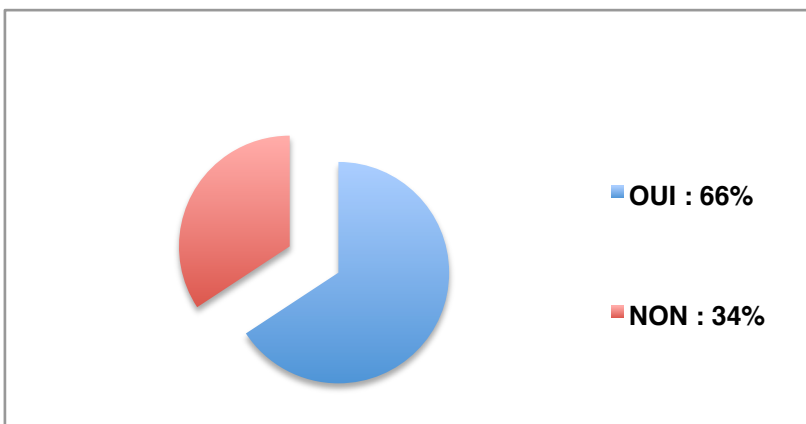
6/ « La pratique de cette liste porte-t-elle atteinte à votre libre choix ? » **184 réponses (97 % de réponses)**



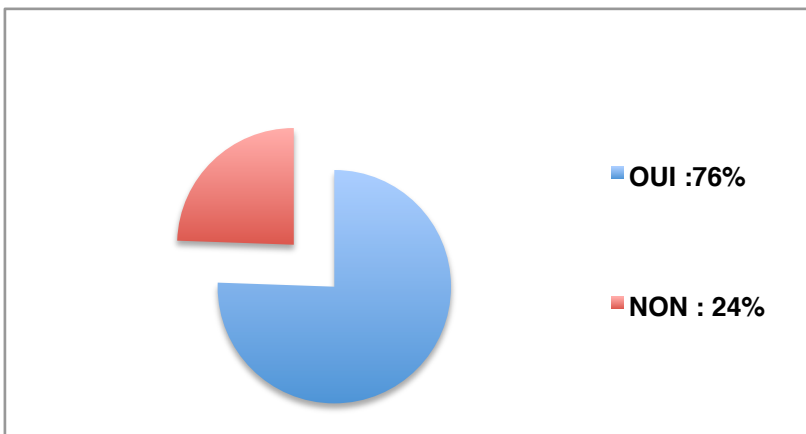
7/ « La pratique de cette liste entraîne-t-elle une perte de chance pour le patient ? » **179 réponses (95 % de réponses)**



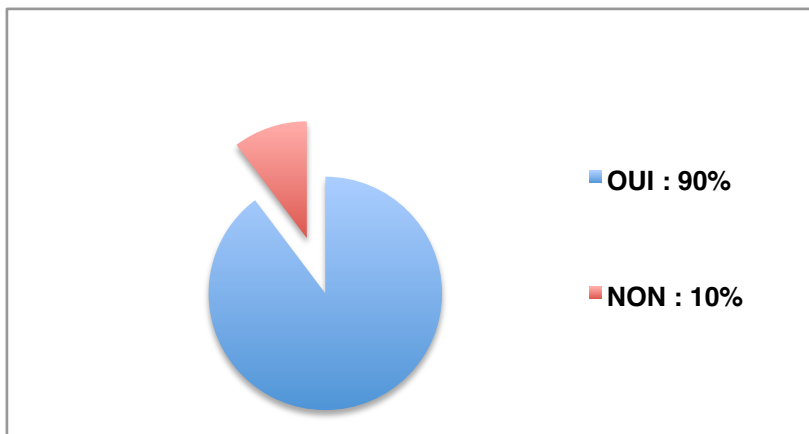
8/ « Trouvez-vous que le support soit compliqué ? » **181 réponses (96 % de réponses)**



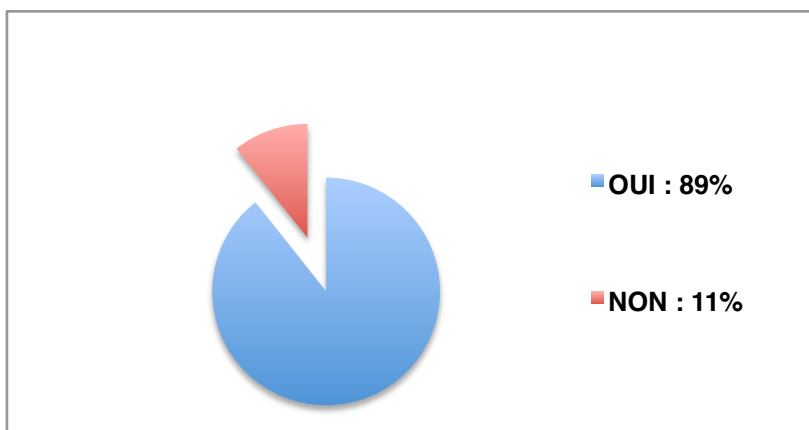
9/ « Est-ce que l'usage de la liste améliore la cohérence globale de l'ordonnance ? » **180 réponses (95 % de réponses)**



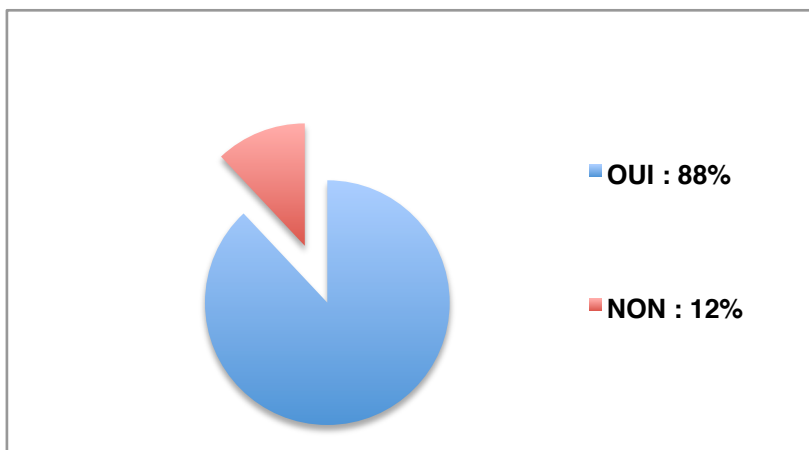
10/ « Est-ce que la couleur du médicament dans la liste vous entraine à revoir votre prescription ? » 175 réponses (93 % de réponses)



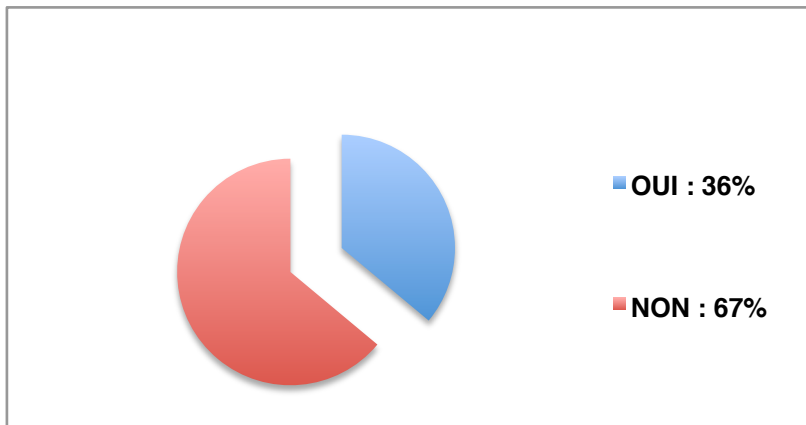
11/ « Est-ce que le respect de cette couleur peut conforter et sécuriser votre prescription ? » 178 réponses (94 % de réponses)



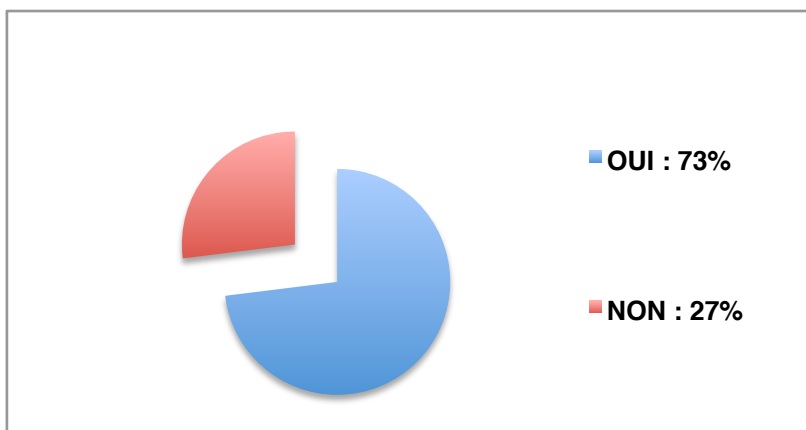
12/ « La pratique de cette liste vous donne-t-elle plus envie de réviser votre traitement lors du renouvellement d'ordonnance de personne âgée ? » 175 réponses (93 % de réponses)



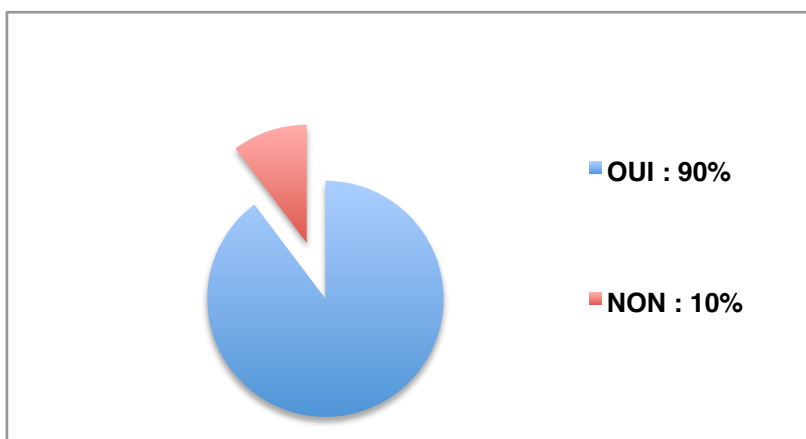
**13/ « Avez-vous l'impression que cette liste restreint vos possibilités de prescription ? »
183 réponses (97 % de réponses)**



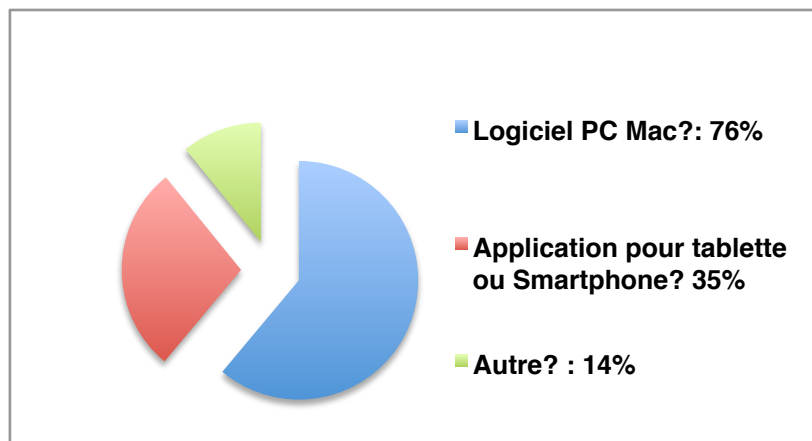
14/ « Si oui, estimez-vous que cet aspect est compensé par la sécurisation qui en résulte ? » 89 réponses (47 % de réponses)



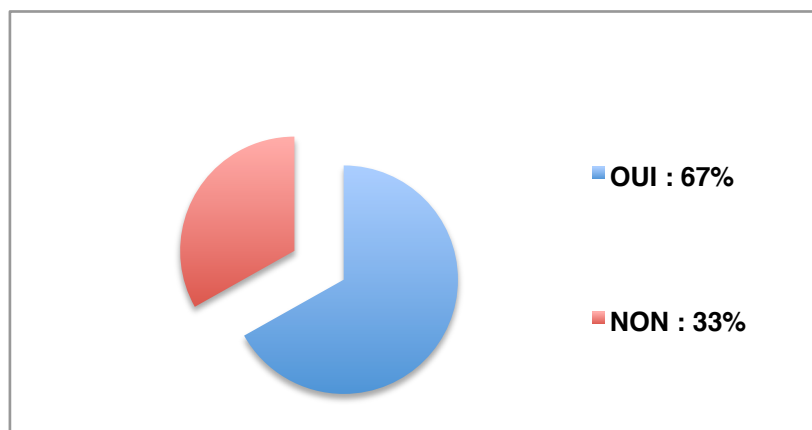
15/ « Est-ce que le critère du code couleur, en fonction du bénéfice-risque, vous paraît pertinent ? » 175 réponses (93 % de réponses)



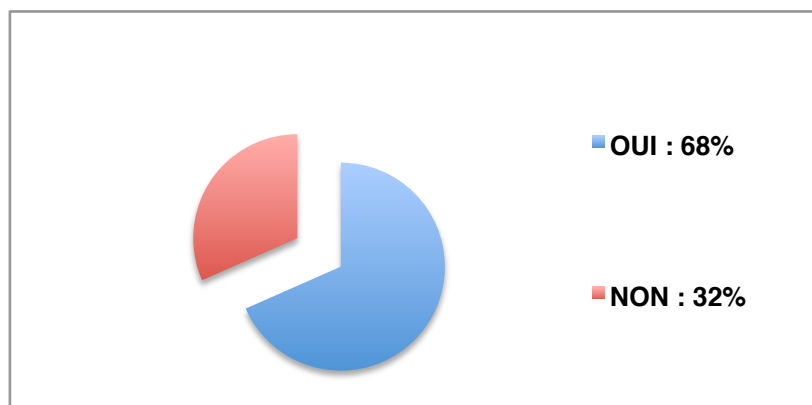
16/ « Quel est le support le plus approprié pour votre pratique ?
(Plusieurs réponses possibles) » **177 réponses (94 % de réponses)**



17/ « Êtes-vous disposé à présenter une argumentation si une modification du code couleur, d'une molécule de la liste, vous paraît nécessaire ? » **178 réponses (94 % de réponses)**

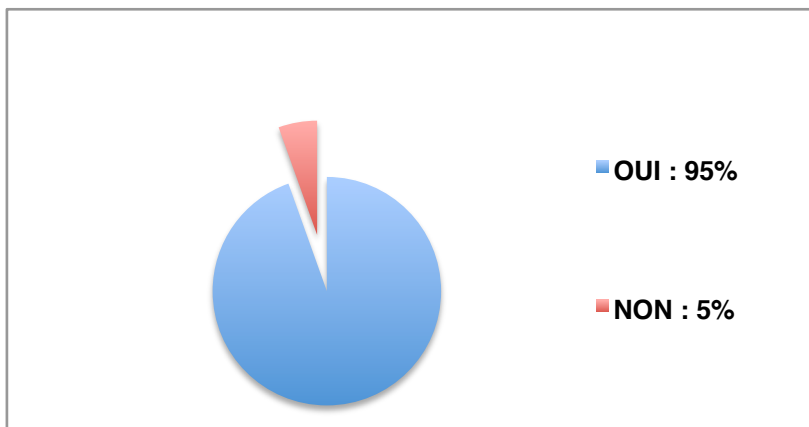


18/ « Êtes-vous disposé à présenter une argumentation si l'ajout ou le retrait d'une molécule de la liste vous paraît nécessaire ? » **174 réponses (92 % de réponses)**

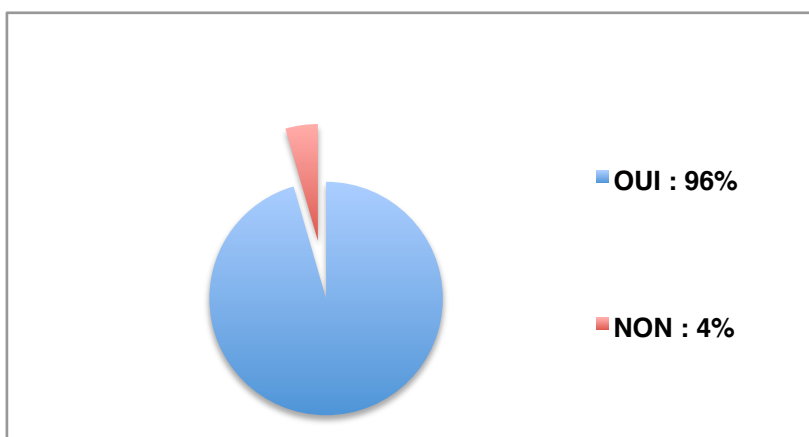


19/ « Trouvez-vous utile l'utilisation de pictogrammes pour signaler

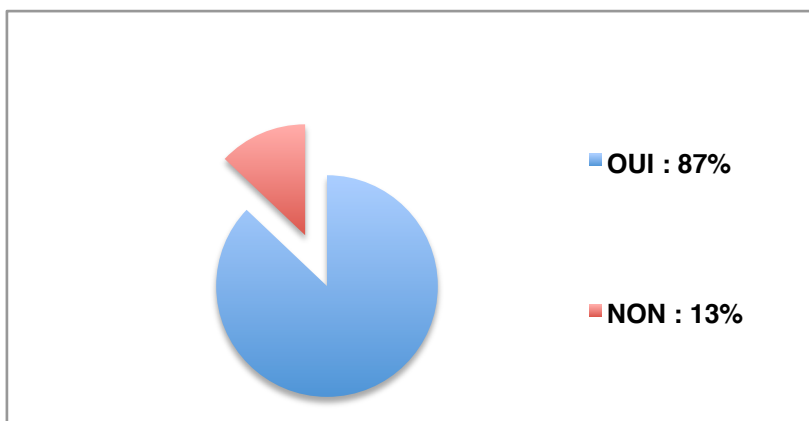
- **Un usage particulier en cas d'insuffisance rénale ? » 183 réponses (97 % de réponses)**



- **Une interaction avec les AVK ? » 178 réponses (94 % de réponses)**

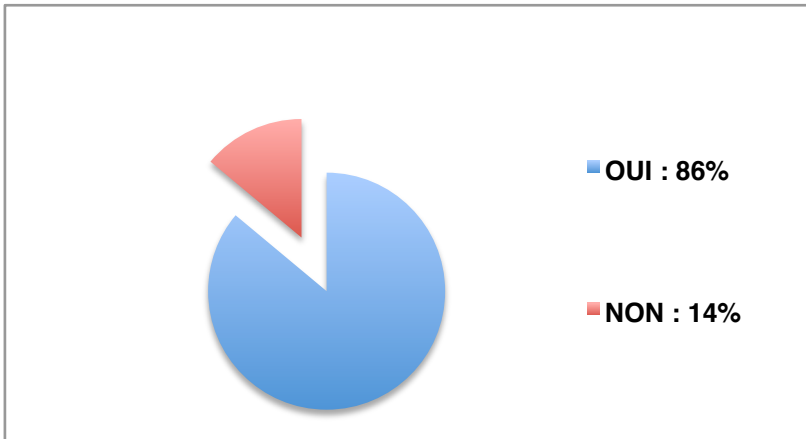


- **Une facilité d'administration en cas de trouble de déglutition ? » 178 réponses (94 % de réponses)**

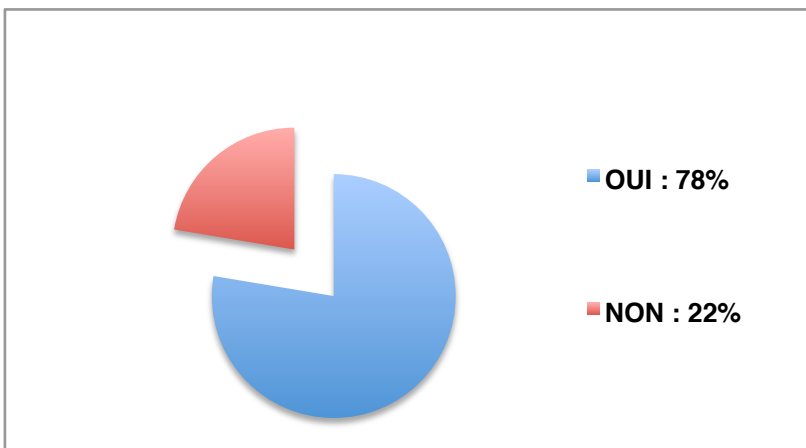


20/ « Les critères de choix de présentation des médicaments sont-ils importants ? »

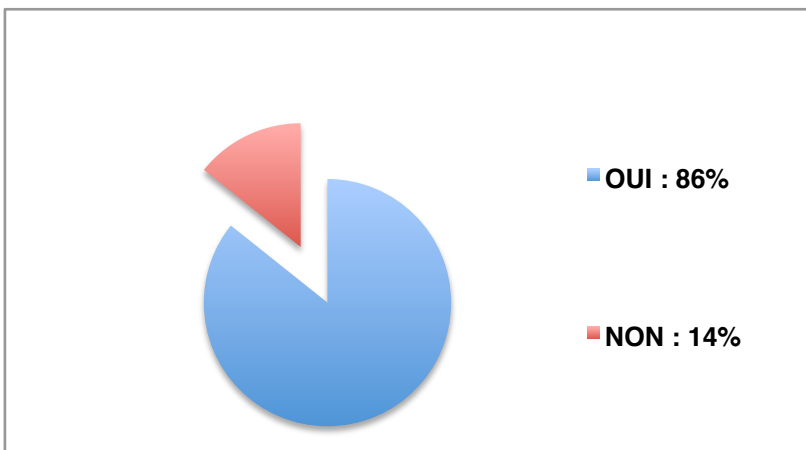
- DCI 165 réponses (87 % de réponses)



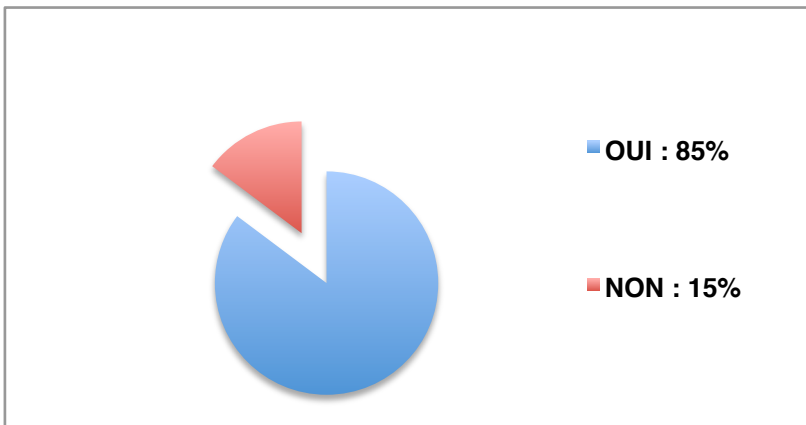
- DC/présentations 152 réponses (80 % de réponses)



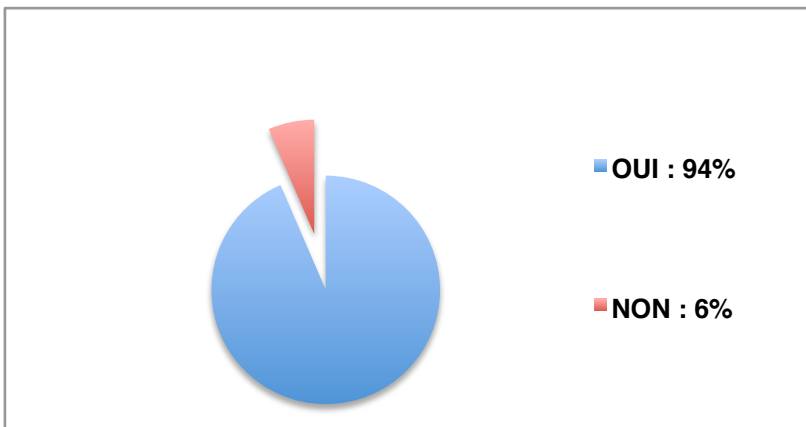
- Posologie/mode d'administration 154 réponses (81 % de réponses)



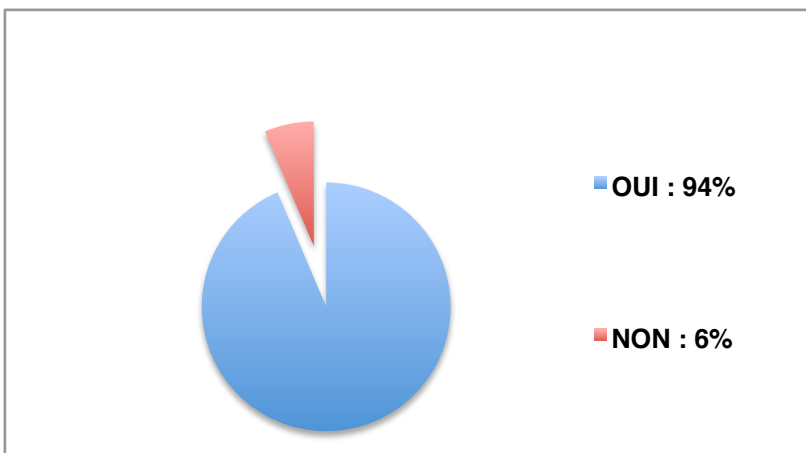
- Précautions d'emploi 149 réponses (79 % de réponses)



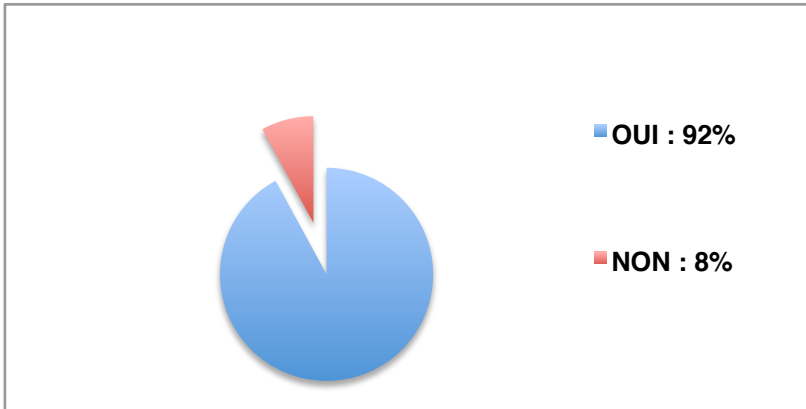
- Contre indications 154 réponses (81 % de réponses)



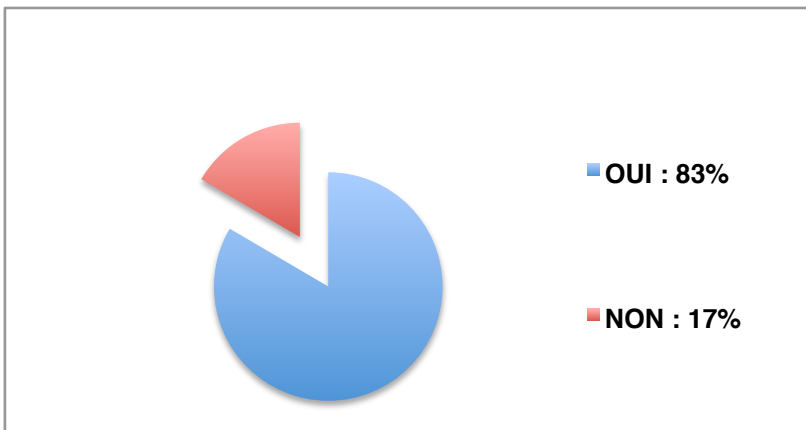
- Logo insuffisance rénale 156 réponses (83 % de réponses)



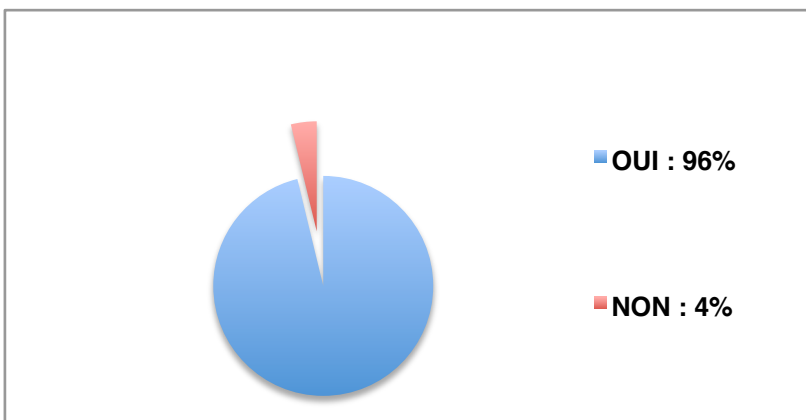
- Logo AVK 151 réponses (80 % de réponses)



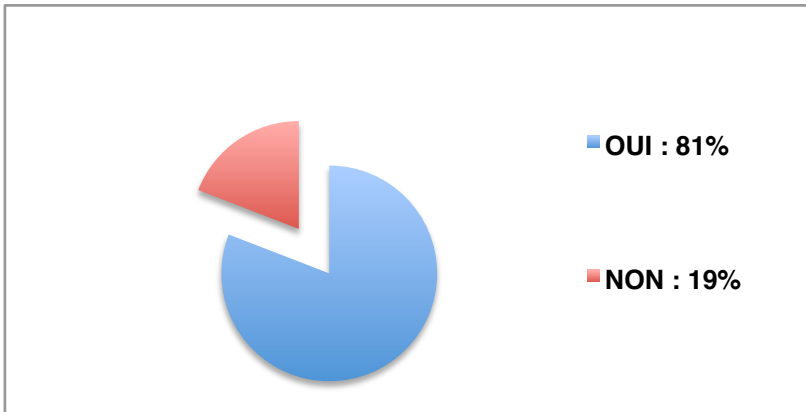
- Surveillance 151 réponses (80 % de réponses)



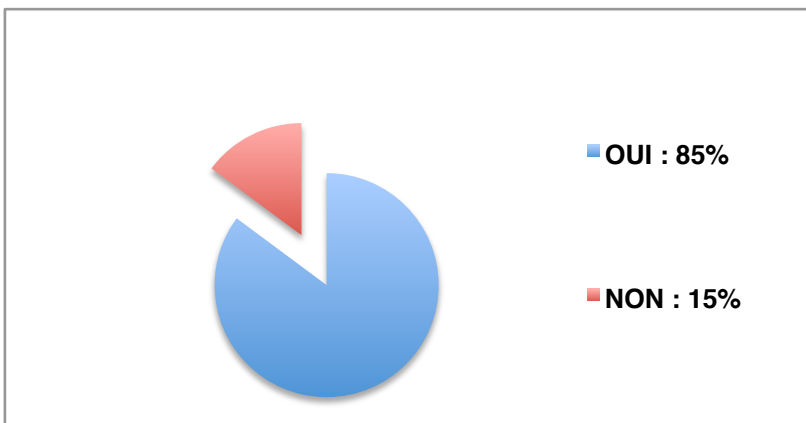
21/ « Trouvez-vous que cette coopération médecins-pharmaciens permet d'améliorer la sécurité de la prescription ? » 185 réponses (98 % de réponses)



22/ « Trouvez-vous que cette coopération médecins-pharmaciens permet d'améliorer la compréhension de la prescription par le patient ? » **183 réponses (97 % de réponses)**



23/ « Trouvez-vous que cette coopération médecins-pharmaciens permet d'argumenter l'observance du traitement ? » **182 réponses (96 % de réponses)**



DISCUSSION

1/ Résumé des résultats

1.1 - 1^{er} audit

→ Caractéristiques de l'échantillon

On note une **participation de 77 %** des médecins inscrits aux « Groupes Qualité » en Bretagne (soit 301 médecins participants sur 387 inscrits) et **100 % de récupération des questionnaires**.

Ce pourcentage de participation est très satisfaisant avec un échantillon relativement conséquent en taille.

L'intégralité des questionnaires ayant été récupérée, l'analyse des réponses a pu être complète.

13 % des médecins interrogés ont plus de 61 ans.

On note que dans la population des médecins généralistes bretons participant aux « GQ », ce chiffre monte à 23,5 % et atteint même 31 % pour l'ensemble des médecins généralistes bretons.

En parallèle, **14 % des médecins participants ont moins de 35 ans.**

Dans la population des médecins généralistes des « GQ », ce chiffre tombe à 6,1 % et à 3,4 % pour l'ensemble des médecins bretons.

En ce qui concerne la répartition des médecins selon leur tranche d'âge, **p est inférieur à 0,01** si l'on compare ces deux populations à l'échantillon étudié. De ce fait, l'échantillon n'est **pas représentatif** pour l'**âge**.

Quasiment deux médecins sur cinq sont des femmes (62 % d'hommes contre 38 % de femmes).

En ce qui concerne la répartition des médecins selon leur sexe, **p est égal à 0,6**. L'échantillon est de ce fait **représentatif** pour le **sexe**.

Pour **43 %** des médecins interrogés, les personnes âgées représentent une **part « importante » de leur patientèle**.

→ Réponses aux questionnaires

À la **question 1** : « Faites-vous une adaptation de vos prescriptions en fonction de l'âge de vos patients? », **32 %** des médecins répondent « **systématiquement** » et **60 %** « **souvent** ».

À la **question 2** : « Réévaluez-vous le bénéfice - risque de votre prescription lors d'un renouvellement? », **20 %** des médecins répondent « **systématiquement** » et **59 %** « **souvent** ».

À la **question 3** : « Utilisez-vous une liste de médicaments? », **92 %** des médecins répondent « **NON** ».

À la **question 4** : « Quelle est votre référence habituelle pour consulter les caractéristiques des médicaments? », **60 %** des médecins répondent « **Le Vidal** » et **37 %** « **La Banque Claude Bernard** ».

À la **question 5** : « L'usage de certaines molécules vous semble particulièrement à risque, voire interdit chez le sujet âgé? », **23%** des médecins répondent « **systématiquement** » et **54 %** « **souvent** ».

À la **question 6** : « L'affirmation suivante "l'augmentation du nombre de molécules sur une ordonnance augmente le risque iatrogène" vous paraît VRAI », **63 %** des médecins répondent « **systématiquement** » et **35 %** « **souvent** ».

À la **question 7** : « L'ajout d'un principe actif à une prescription existante nécessite de rediscuter l'équilibre de celle-ci? », **51 %** des médecins répondent « **systématiquement** » et **39 %** « **souvent** ».

À la **question 8** : « Pour vous personnellement, la constitution d'une liste de médicaments est un concept acceptable, à votre pratique quotidienne? », **93 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 9** : « Pour vous personnellement, la constitution d'une liste de médicaments est utile à votre pratique quotidienne? », **89 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 10** : « Sa constitution par des médecins généralistes libéraux et des pharmaciens d'officine représente-t-elle pour vous un gage

- D'objectivité? », **70 %** des médecins répondent « **OUI** ».

- D'indépendance? », **68 %** des médecins répondent « **OUI** ».

- D'adéquation à votre pratique professionnelle? », **88 %** des médecins répondent « **OUI** ».

Au total :

- ✓ Les médecins ont déjà connaissance des éléments de risque attachés à cette population et notamment ceux liés à la polymédication.
- ✓ Ils adaptent leurs prescriptions en fonction de l'âge et réévaluent le bénéfice/risque lors des renouvellements.
- ✓ Pour eux, l'usage de certains médicaments est considéré à risque et la iatrogénie est corrélée au nombre de médicaments prescrits.
- ✓ Tout ajout de médicament perturbe l'équilibre de la prescription.
- ✓ Ils utilisent peu de listes de médicaments.
Seules 2 bases médicamenteuses sont fréquemment utilisées (Vidal dans 60 % des cas et Claude Bernard dans 37 %).
- ✓ Ils accueillent favorablement la constitution d'une liste de médicaments à usage préférentiel pour les personnes âgées et estiment que celle-ci pourrait être utile à leur pratique.

1.2 - 2nd audit

→ Caractéristiques de l'échantillon

On note une **participation de 66 %** des médecins inscrits aux « Groupes Qualité » en Bretagne (soit 255 médecins participants sur 387 inscrits) et **66 % de récupération des questionnaires** (soit 189 questionnaires exploitables).

Ce taux de participation reste relativement satisfaisant même s'il est beaucoup plus décevant que celui du premier audit.

Le nombre de questionnaires exploitables est également un peu décevant.

12 % des médecins généralistes interrogés ont plus de 61 ans.

On note que dans la population des médecins généralistes bretons participant aux « GQ », ce chiffre monte à 23,5 % et atteint même 31 % pour l'ensemble des médecins généralistes bretons.

En parallèle, **15 % des médecins participants ont moins de 35 ans.**

Dans la population des médecins généralistes des « GQ », ce chiffre tombe à 6,1 % et à 3,4 % pour l'ensemble des médecins bretons.

En ce qui concerne la répartition des médecins selon leur tranche d'âge, **p est inférieur à 0,01** si l'on compare ces deux populations à l'échantillon étudié.

De ce fait, l'échantillon n'est **pas représentatif** pour l'âge.

Quasiment deux médecins sur cinq sont des femmes (61% d'hommes contre 39 % de femmes).

En ce qui concerne la répartition des médecins selon leur sexe, **p est égal à 0,7**.

L'échantillon est représentatif pour le **sexe**.

Pour **43 %** des médecins interrogés, les personnes âgées représentent une **part « importante » de leur patientèle**.

→ Réponses aux questionnaires

À la **question 1** : « Acceptez-vous d'utiliser cette liste pour faire évaluer vos prescriptions? », **93 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 2** : « L'avez-vous utilisée? », **61 %** des médecins répondent « **quelquefois** » et **27 %** « **jamais** ».

À la **question 3** : « Si réponse quelquefois ou jamais à la question 2, pour quelles raisons? », **45 %** des médecins répondent une réponse « **autre** » (le manque de praticité de la liste est très souvent mentionné), **42 %** des médecins répondent « **je n'ai pas eu l'occasion de l'utiliser** », **12 %** répondent « **mes patients sont équilibrés** ».

À la **question 4** : « La pratique de cette liste vous permet-elle de conforter et sécuriser votre prescription? », **92 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 5** : « La pratique de cette liste vous permet-elle de résister aux pressions externes (patients, familles, spécialistes)? », **51 %** des médecins répondent « **OUI** » contre **49 %** de « **NON** ».

À la **question 6** : « La pratique de cette liste porte-t-elle atteinte à votre libre choix? », **84 %** des médecins répondent « **NON** ».

À la **question 7** : « La pratique de cette liste entraîne-t-elle une perte de chance pour le patient? », **97 %** des médecins répondent « **NON** ».

À la **question 8** : « Trouvez-vous que le support soit compliqué? » **66 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 9** : « Est-ce que l'usage de la liste améliore la cohérence globale de l'ordonnance ? », **76 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 10** : « Est-ce que la couleur du médicament dans la liste vous entraîne à revoir votre prescription? », **90 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 11** : « Est-ce que le respect de cette couleur peut conforter et sécuriser votre prescription? », **89 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 12** : « La pratique de cette liste vous donne-t-elle plus envie de réviser votre traitement lors du renouvellement d'ordonnance de personne âgée? », **88 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 13** : « Avez-vous l'impression que cette liste restreint vos possibilités de prescription? », **67 %** des médecins répondent « **NON** ».

À la **question 14** : « Si oui, estimez-vous que cet aspect est compensé par la sécurisation qui en résulte? », **73 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 15** : « Est-ce que le critère du code couleur, en fonction du bénéfice - risque, vous paraît pertinent? », **90 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 16** : « Quel est le support le plus approprié pour votre pratique? (Plusieurs réponses possibles) », **76 %** des médecins répondent qu'ils utilisent le « **logiciel PC-MAC** » et **35 %** « **le support pour tablette ou Smartphone** ».

À la **question 17** : « Êtes-vous disposé à présenter une argumentation si une modification du code couleur, d'une molécule de la liste, vous paraît nécessaire? », **67 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 18** : « Êtes-vous disposé à présenter une argumentation si l'ajout ou le retrait d'une molécule de la liste vous paraît nécessaire? », **68 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 19** : « Trouvez-vous utile l'utilisation de pictogrammes pour signaler

- Un usage particulier en cas d'insuffisance rénale? », **95 %** des médecins répondent « **OUI** ».
- Une interaction avec les AVK? », **96 %** des médecins répondent « **OUI** ».
- Une facilité d'administration en cas de trouble de déglutition? » **94 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 20** : « Les critères de choix de présentation des médicaments sont-ils importants?

- DCI, **86 %** des médecins répondent « **OUI** ».
- DC/présentations, **78 %** des médecins répondent « **OUI** ».
- Posologie/mode d'administration, **86 %** des médecins répondent « **OUI** ».
- Précautions d'emploi, **85 %** des médecins répondent « **OUI** ».
- Contre indications, **94 %** des médecins répondent « **OUI** ».
- Logo insuffisance rénale, **94 %** des médecins répondent « **OUI** ».
- Logo AVK, **92 %** des médecins répondent « **OUI** ».
- Surveillance, **83 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 21** : « Trouvez-vous que cette coopération médecins-pharmaciens permet d'améliorer la sécurité de la prescription? », **96 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 22** : « Trouvez-vous que cette coopération médecins-pharmaciens permet d'améliorer la compréhension de la prescription par le patient? », **81 %** des médecins répondent « **OUI** ».

À la **question 23** : « Trouvez-vous que cette coopération médecins-pharmaciens permet d'augmenter l'observance du traitement? », **85 %** des médecins répondent « **OUI** ».

Au total :

- ✓ De façon générale, les médecins acceptent le principe de recourir à cette liste.
- ✓ Ils l'utilisent peu, essentiellement car le support est jugé compliqué d'utilisation.
- ✓ Un logiciel pour le poste de travail et les « portatifs » est attendu et réclamé par la majorité des prescripteurs.
- ✓ L'usage de la liste conforte et sécurise la prescription.
- ✓ Elle permet à un médecin sur deux de résister aux pressions externes.
- ✓ Elle n'entraîne pas de perte de chance pour le patient.
- ✓ Elle ne porte pas atteinte au libre choix du médecin et ne restreint pas les possibilités de prescription.
- ✓ Elle permet d'améliorer la cohérence de l'ordonnance et incite à réviser la prescription lors du renouvellement.
- ✓ L'utilisation d'un code couleur en rapport avec le rapport bénéfices/risques est jugé pertinent par 90 % des médecins interrogés.
- ✓ Les médecins sont prêts à argumenter pour faire évoluer la liste.
- ✓ L'utilisation de pictogrammes est largement plébiscitée (plus de 90 % de réponses positives pour chaque pictogramme).
- ✓ Les choix des critères de présentation des médicaments sont tous acceptés.
- ✓ La coopération médecins-pharmaciens améliore très nettement la sécurité de la prescription ainsi que la compréhension et l'observance de celle-ci.

2/ Limites et biais de l'étude

2.1 - Biais de sélection

Les médecins ayant participé à ces audits sont tous des médecins **bretons** participant aux « **Groupes Qualité** ».

Après analyse par le test de Khi 2, le calcul des « p » révèle que cette population est représentative de l'ensemble des médecins généralistes bretons (participant ou non aux « GQ ») en ce qui concerne le sexe mais ne l'est pas au niveau de l'âge (« p » inférieur à 0,001 avec comme hypothèse de départ qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'échantillon et les deux populations).

Ainsi, dans l'échantillon étudié, on retrouve beaucoup moins de médecins généralistes de plus de 61 ans et beaucoup plus de médecins généralistes de moins de 35 que dans la population bretonne (participant ou non aux « GQ »).

On sait que les jeunes médecins ont des habitudes de prescription différentes de celles de leurs aînés.

En terme de proportion de patientèle âgée, l'échantillon est-il représentatif de la population des médecins généralistes bretons (participant ou non aux « GQ ») ? Les données n'étant pas disponibles, l'analyse n'a pas été réalisée.

On peut également se demander si les médecins inscrits aux « GQ » ne sont pas plus enclins à réévaluer et à modifier leurs habitudes de prescriptions que la majorité des médecins généralistes bretons.

2.2 - Biais d'information

On peut s'interroger sur la qualité du recueil de ces questionnaires lors des séances. Les participants devaient normalement répondre aux questionnaires de manière individuelle en début de séance, puis les rendre au médecin animateur.

Il est légitime de penser que cela n'a pas été le cas dans tous les groupes malgré la formation initiale des animateurs (« animateur dépendant ») et que certains questionnaires ont été récupérés en fin de séance, laissant la possibilité aux médecins d'échanger avec leur confrères sur leurs pratiques et de modifier leurs réponses.

2.3 - Biais de perte d'information

Le moins bon taux de participation au second audit peut probablement s'expliquer par le fait que celui-ci a été majoritairement réalisé au mois de juin (correspondant pour beaucoup de médecins à une période de vacances et de moindre disponibilité qu'en plein hiver).

De plus, la fédération des « Groupes Qualité » bretons a eu des difficultés pour récupérer les questionnaires auprès des animateurs (probablement pour les mêmes raisons) avec de ce fait une part importante de perte d'informations.

2.4 - Facteurs de confusion

Certaines questions peuvent avoir été mal comprises ou mal interprétées par les médecins entraînant une confusion dans leurs réponses.

De plus, les intitulés semblent parfois avoir été mal posés de sorte que les médecins n'ont pas répondu du tout (notamment à la question 14 avec 47 % de taux de réponses seulement).

Le second questionnaire était très long avec 23 questions (dont certaines avec des « sous-questions »), ce qui laisse à penser que certains médecins étaient peut-être moins attentifs et précis dans leurs réponses en fin de séance, biaisant les résultats.

CONCLUSION

Ce travail a permis de démontrer que les médecins généralistes bretons participant aux « Groupes Qualité » ont une perception globalement positive de la liste de médicaments à usage préférentiel chez le patient âgé.

L'utilisation des pictogrammes et le recours au code couleur sont plébiscités et apportent une aide supplémentaire par rapport aux listes déjà existantes.

Les médecins acceptent en théorie d'utiliser la liste car ils la jugent intéressante et sécurisante mais, en pratique, ils ne se la sont pas appropriée et l'utilisent peu car le support est jugé inadapté.

Après présentation de la liste, il s'avère que les médecins interrogés ne modifient pas leur prise en charge ni leurs habitudes.

Dans la mesure où celle-ci n'est pas utilisée de façon courante, on ne peut pas conclure qu'elle soit une aide à la sécurisation de la prescription.

L'enjeu pour la FFGQ sera d'établir un support différent, facilement maniable et permettant l'utilisation quotidienne de cette liste, aussi bien au cabinet qu'en visite (logiciel pour Smartphone ou tablette tactile ?).

Il serait intéressant que celle-ci puisse être intégrée à des logiciels de médecine générale déjà existants afin de s'intégrer au mieux à leur pratique.

Les résultats de cette étude ne sont pas extrapolables à la population des médecins généralistes bretons qui sont globalement plus âgés (aussi bien chez les participants aux « GQ » que chez les non participants).

Un travail complémentaire, à partir de ces mêmes questionnaires, pourrait donc être réalisé dans ces deux populations et permettrait de comparer les données obtenues.

Si, à l'avenir, d'autres listes de ce type voyaient le jour en médecine générale, des études comparatives pourraient être envisagées.

Cette liste constitue une approche intéressante et ouvre la voie à d'autres perspectives mais elle ne résout pas, en tout cas sous cette forme, la problématique de la prescription chez le sujet âgé qui reste au cœur des préoccupations des médecins généralistes et des autorités de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé. Loi n° 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique; 2004;185.
2. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. INSEE première 2010;1320:1-4.
3. Amalberti R. Erreurs de prescription chez les personnes âgées : incompétence ou mauvaise formulation du problème. Le Concours médical 2013;135:231-3.
4. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, prescription, iatrogénie et observance. Haute Autorité de Santé. 2005. Disponible à <http://www.has-sante.fr>.(consultée le 10/11/2014).
5. Michel P, Lathelize M, Domecq S et al. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé, fréquence, évitabilité et acceptabilité. Études et résultats. DREES. 2012.76. Disponible à <http://www.drees.sante.gouv.fr> (Consultée le 04/02/2015).
6. Legrain S, Lacaille S. Prescription médicamenteuse du sujet âgé. EMC-Médecine. Volume 2 2005;127-136.
7. Delahaye-Guillocheau V, Jeannet A, Vernerey M et al. Création de la filière universitaire de médecine générale. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR). 2007. Disponible à <http://www.education.gouv.fr>. (consultée le 15/11/2014).
8. HAS. Évaluation des pratiques professionnelles. 2006. Disponible à <http://www.has-sante.fr>.(consultée le 10/11/2014).
9. HAS. Les modalités de fonctionnement des groupes d'analyse de pratiques entre pairs. 2006. Disponible à <http://www.has-sante.fr>.(consultée le 05/12/2015).
10. Durand G, Piette C. Evaluation de l'expérimentation des groupes : « Qualité de la prescription pharmaceutique en médecine générale URCAM- URML Bretagne ». Rapport de la société ICONÉ, Interventions Conseils Etudes S.A; 2013;5-140.
11. URPS-MLB. Qui sommes nous ? Disponible à <http://urps-bretagne-medecins.org>. (consultée le 02/01/2015).
12. Assurance Maladie. Les URCAM. Disponible à <http://www.assurance-maladie.fr>. (consultée le 02/01/2015).
13. ARS. Qu'est ce que l'ARS? Disponible à <http://www.ars.sante.fr>. (consultée le 02/01/2015).
14. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire. ANAES; 1999;10-23.

15. URPS-Médecins de Bretagne. « Groupes Qualité » : une région mobilisée en faveur de la qualité des soins. 2011. Disponible à <http://ars.sante.fr>.(consultée le 20/12/2014).
16. FFGQ. Liste de médicaments préférentiellement adaptés à la prescription chez les personnes âgées en médecine générale. Préambule.
17. Isabelle Robert-Bobée. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. INSEE première 2006; 1089.
18. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux. *Gérontologie et société* 2002;103:13-27.
19. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. Mc Lean AJ, Le Couteur DG. *Pharmacol Revue* 2004;56:84-163.
20. Bongue B, Naudin F, Laroche ML et al. Trends of the potentially inappropriate medication consumption over 10 years in older adults in the East of France. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2009;18:33-1125.
21. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Médicament potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de médecine interne* 2009; 30(7):592-601.
22. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch Intern Med* 1991;151:1825-1832.
23. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997;157:1531-1536.
24. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60:616-631.
25. Laroche ML, Bouthier F, Merle L et al. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Revue de Médecine Interne* 2009; 30:592-601.
26. Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
27. Gallagher P, Baeyens JP, Topinkova E et al. Inter-rater reliability of STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) criteria amongst physicians in 6 European countries. *Age and Ageing* 2009; 38:603-606.

28. Lang PO, Hasso Y, Belmin J et al. STOPP-START: Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. *Revue canadienne de santé publique* 2009;100:426-431.
29. Fitzgerald LS, et al. Reliability of a modified medication appropriateness index in ambulatory older persons. *Ann Pharmacother* 1997; 31: 543-8.
30. Bregnhøj L, Thirstrup S, Kristensen MB et al. Prevalence of inappropriate prescribing in primary care. *Pharm World Sci* 2007; 29 : 109-15.
31. OMEDIT Centre. Prescription chez la personne âgée. Liste ATC des médicaments proposés par la commission gériatrie de la région Centre. Octobre 2012. Disponible à <http://www.omedit-centre.fr>. (consultée le 03/02/2015).
32. OMEDIT Basse-Normandie. Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD. 2013. Disponible à <http://www.omedit-basse-normandie.fr>. (consultée le 03/02/2015).

ANNEXES

Questionnaire N°1 : « Audit de mesure de l'acceptabilité de la liste de médicaments à usage préférentiel chez la personne âgée AVANT la présentation de la liste et la formation ».

L'objectif de l'étude concerne les médecins des Groupes Qualité. Nous évaluons votre intérêt et votre propension à inclure, dans votre pratique professionnelle, l'usage de la liste des médicaments préférentiels chez la personne âgée établie par la Fédération Française des Groupes Qualité.

Par ce questionnaire, nous essayons également d'explicitier votre pratique de médecin généraliste, quelle est votre perception des risques, comment pouvez-vous accepter le principe d'une liste préférentielle constituée par des médecins généralistes libéraux et des pharmaciens d'officine.

Pour répondre aux objectifs ci-dessus nous vous remercions, par avance, de votre implication à répondre de manière aussi précise que possible à toutes les questions. Les résultats globaux seront publiés et vous seront transmis par l'intermédiaire de vos animateurs.

Ce questionnaire est anonyme. Nous vous demandons cependant de préciser :

Votre âge : ans

Votre sexe : M ou F

Votre estimation de la proportion de personnes âgées dans votre patientèle :

- Faible
- Moyenne
- Importante

Merci d'entourer votre choix pour répondre à chaque question.

1/ Faites-vous une adaptation de vos prescriptions en fonction de l'âge de vos patients ? (une seule réponse, entourez le chiffre correspondant)	
• Systématiquement	1
• Souvent	2
• Parfois	3
• Jamais	4

2/ Réévaluez-vous le bénéfice - risque de votre prescription lors d'un renouvellement ? (une seule réponse)	
• Systématiquement	1
• Souvent	2
• Parfois	3
• Jamais	4

3/ Utilisez-vous déjà une liste de médicaments ? (une seule réponse)	OUI	NON
	1	2
Si oui, laquelle ? (plusieurs réponses possibles)		
• OMEDIT ?	1	
• EHPAD ?	2	
• Autre ? Précisez :	3	

4/ Quelle est votre référence habituelle pour consulter les caractéristiques des médicaments ? (une seule réponse possible)	
• Le Vidal ?	1
• La base Claude Bernard ?	2
• Thésorimed ?	3
• La base de données publique des médicaments ?	4
• Thériaque ?	5
• Autre ? Précisez :	6

5/ L'usage de certaines molécules vous semble particulièrement à risque, voire interdit chez le sujet âgé ? (une seule réponse)	
• Systématiquement	1
• Souvent	2
• Parfois	3
• Jamais	4

6/ L'affirmation suivante « l'augmentation du nombre de molécules sur une ordonnance augmente le risque iatrogène » vous paraît VRAI (une seule réponse)	
• Systématiquement	1
• Souvent	2
• Parfois	3

• Jamais	4
----------	---

7/ L'ajout d'un principe actif à une prescription existante nécessite de rediscuter l'équilibre de celle-ci ? (une seule réponse)

• Systématiquement	1
• Souvent	2
• Parfois	3
• Jamais	4

	OUI	NON
8/ Pour vous personnellement, la constitution d'une liste de médicaments est un concept acceptable, à votre pratique quotidienne ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
9/ Pour vous personnellement, la constitution d'une liste de médicaments est utile à votre pratique quotidienne ? (une seule réponse)	1	2

10/ Sa constitution par des médecins généralistes libéraux et des pharmaciens d'officine représente-elle pour vous un gage	OUI	NON
• d'objectivité ? (une seule réponse)	1	2
• d'indépendance ? (une seule réponse)	1	2
• d'adéquation à votre pratique professionnelle ? (une seule réponse)	1	2

Questionnaire N°2 : « Audit de mesure de l'acceptabilité de la liste de médicaments à usage préférentiel chez la personne âgée APRÈS la présentation de la liste et la formation ».

L'objectif de l'étude concerne les médecins des Groupes Qualité des territoires correspondants. Nous évaluons votre intérêt et votre propension à inclure, dans votre pratique professionnelle, l'usage de la liste des médicaments préférentiels chez la personne âgée établie par la Fédération Française des Groupes Qualité.

Dans un second temps nous chercherons à mesurer l'impact de l'usage de la liste dans votre pratique. Est-ce que cette liste est acceptée, quel impact a-t-elle ? Quel est l'avis des praticiens sur les outils proposés et quelles évolutions peuvent être envisagées ? Quels peuvent être les conséquences prévisibles en termes de diminution de la iatrogénie et d'observance du traitement de la coopération médecins - pharmaciens ?

Pour répondre aux objectifs ci-dessus nous vous remercions, par avance, de votre implication à répondre de manière aussi précise que possible à toutes les questions.

Les résultats seront publiés et vous seront transmis par l'intermédiaire des animateurs. Ce questionnaire est anonyme. Nous vous demandons cependant de préciser :

Votre âge : ans

Votre sexe : M ou F

Votre estimation de la proportion de personnes âgées dans votre patientèle :

- Faible
- Moyenne
- Importante

Merci de cocher une case pour répondre à la question.

1/ Acceptez-vous d'utiliser cette liste pour faire évoluer vos prescriptions ? (une seule réponse)	OUI	NON
	1	2

2/ L'avez-vous utilisée : (une seule réponse)	
• Systématiquement ?	1
• Souvent ?	2
• Quelquefois ?	3
• Jamais ?	4

3/ si réponse quelquefois ou jamais à la question 2 pour quelles raisons (plusieurs réponses possibles)	
• je n'ai pas eu l'occasion de l'utiliser	1
• Mes patients sont équilibrés	2
• La iatrogénie n'est pas ma priorité	3
• Autre (précisez)	4

	OUI	NON
4/ La pratique de cette liste vous permet-elle de conforter et sécuriser votre prescription ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
5/ La pratique de cette liste vous permet-elle de résister aux pressions externes (patients, familles, spécialistes) ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
6/ La pratique de cette liste porte-t-elle atteinte à votre libre choix ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
7/ La pratique de cette liste entraîne-t-elle une perte de chance pour le patient ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
8/ Trouvez-vous que le support soit compliqué ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
9/ Est-ce que l'usage de la liste améliore la cohérence globale de l'ordonnance? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
10/ Est-ce que la couleur du médicament dans la liste vous entraîne à revoir votre prescription ? (une seule réponse)	1	2
11/ Est-ce que le respect de cette couleur peut conforter et sécuriser votre prescription ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
12/ La pratique de cette liste vous donne-t-elle plus envie de réviser votre traitement lors du renouvellement d'ordonnance de personne âgée ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
13/ Avez - vous l'impression que cette liste restreint vos possibilités de prescription ? (une seule réponse)	1	2
14/ Si oui, estimez-vous que cet aspect est compensé par la sécurisation qui en résulte ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
15/ est-ce que le critère du code couleur, en fonction du bénéfice - risque, vous paraît pertinent ? (une seule réponse)	1	2

16/ Quel est le support le plus approprié pour votre pratique ? (plusieurs réponses possibles)	
• Logiciel PC - Mac ?	1
• Application pour tablette ou Smartphone ?	2
• Autre ? (précisez ?)	3

	OUI	NON
17/ Etes-vous disposé à présenter une argumentation si une modification du code couleur, d'une molécule de la liste, vous paraît nécessaire? (une seule réponse)	1	2
18/ Etes-vous disposé à présenter une argumentation si l'ajout ou le retrait d'une molécule de la liste vous paraît nécessaire ? (une seule réponse)	1	2

19/ Trouvez-vous utile l'utilisation de pictogrammes pour signaler :	OUI	NON
• Un usage particulier en cas d'insuffisance rénale ? (une seule réponse)	1	2
• Une interaction avec les AVK ? (une seule réponse)	1	2
• Une facilité d'administration en cas de trouble de déglutition ? (une seule réponse)	1	2

20/ Les critères de choix de présentation des médicaments sont-ils importants ?	OUI	NON
• DCI	1	2
• DC/présentations (une seule réponse)	1	2
• Posologie/mode d'administration (une seule réponse)	1	2
• Précautions d'emploi (une seule réponse)	1	2
• Contreindications (une seule réponse)	1	2
• Logo insuffisance rénale (une seule réponse)	1	2
• Logo AVK (une seule réponse)	1	2
• Surveillance (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
21/ Trouvez-vous que cette coopération médecins - pharmaciens permet d'améliorer la sécurité de la prescription ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
22/ Trouvez-vous que cette coopération médecins - pharmaciens permet d'améliorer la compréhension de la prescription par le patient ? (une seule réponse)	1	2

	OUI	NON
23/ Trouvez-vous que cette coopération médecin-pharmacien permet d'augmenter l'observance du traitement ? (une seule réponse)	1	2

Perception of preferential medicines list in elderly patients by général practioners participating in "Quality Groups" in Brittany.

Stéphanie Le Grand Hascoët.
General medical thesis : Brest 2015

ABSTRACT

Introduction:

The issue of prescription drug in the elderly patients is a matter of national concern. A non-suitable prescription can have major consequences in these fragile patients. General practitioners, first prescribers, have little tools to secure their prescriptions

In this context, a list of medicines to "preferential use" in elderly patients has been developed and submitted to doctors participating in brittany " Quality Groups ". How is the list perceived? The doctors are they appropriate?

Method:

The study was conducted through two questionnaires presented to général practioners participating in brittany "Quality Groups ». The first wants to evaluate the prescribing behavior of general practitioners and their ability to accept such a list. The second aims to assess the perception of this list and its appropriation or not by doctors.

Results:

Interviewed doctors accept the principle of using this list and consider interesting but they use little in practice, mainly because the media is considered complicated to use. Suitable software is acclaimed massively.

Discussion:

The study was done on a relatively significant sample of doctors, allowing a thorough analysis of the positive aspects of the list and its defects. However, several biases have been identified and the study sample is not representative in terms of age distribution, of all the brittany general practitioners (« Quality Group » participating or not), which are older.

Conclusion:

This work has shown that general practitioners participating in Brittany "Quality Groups" have a generally positive perception of preferential medicines list in the elderly. It is considered safe but unwieldy, making it hard appropriation.

Keywords:

GPs, « Quality groups », drug list, ederly patients, prescription.

Jury:

President : Pr Le Reste Jean-Yves
Members : Dr Douguet Jean-Claude
Pr Montier Tristan
Dr Nabbe Patrice
Dr Melot Etienne

Date of defense: Thursday, June 11, 2015

Address of the author: 8 hameau les hauts de guern. 29940. La Forêt Fouesnant.

Perception d'une liste de médicaments à usage préférentiel chez le patient âgé par les médecins généralistes bretons participant aux « Groupes Qualité », en région Bretagne.

Stéphanie Le Grand Hascoët.

Thèse de médecine générale : Brest 2015

ABSTRACT:

Introduction:

La problématique de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée est un sujet de préoccupation nationale. Une prescription non adaptée et mal évaluée peut avoir des conséquences majeures chez ces patients fragiles. Les médecins généralistes, premiers prescripteurs, ont peu d'outils d'aide à la sécurisation de leurs ordonnances. Dans ce contexte, une liste de médicaments à « usage préférentiel » chez le patient âgé a été élaborée puis soumise aux différents médecins des « Groupes Qualités » bretons. Comment celle-ci est-elle perçue ? Les médecins se la sont-ils appropriée ?

Méthode:

L'étude est réalisée via deux questionnaires présentés aux médecins des « Groupes Qualité » bretons. Le premier cherche à évaluer les habitudes de prescription des médecins et leur propension à accepter une telle liste. Le second a pour objectif d'évaluer la perception de cette liste ainsi que son appropriation ou non par les médecins.

Résultats:

Les médecins interrogés acceptent le principe de recourir à cette liste et l'estiment intéressante mais ils l'utilisent peu en pratique, essentiellement car le support est jugé compliqué d'utilisation. Un logiciel adapté est plébiscité de façon massive.

Discussion:

L'étude a été réalisée sur un échantillon relativement conséquent de médecins, permettant d'analyser de façon approfondie les aspects positifs de la liste ainsi que ses défauts. Cependant, plusieurs biais ont été mis en évidence et l'échantillon étudié n'est pas représentatif, en terme de répartition selon l'âge, de l'ensemble des médecins généralistes bretons participant ou non aux « Groupes Qualité », qui sont plus âgés.

Conclusion:

Ce travail a permis de démontrer que les médecins généralistes bretons participant aux « Groupes Qualité » ont une perception globalement positive de la liste de médicaments à usage préférentiel chez le patient âgé. Elle est jugée sécurisante mais peu maniable, rendant son appropriation difficile.

MOTS CLÉS :

Médecins généralistes, « Groupes Qualité », liste de médicaments, patients âgés, prescription.

JURY : Président : Pr Le Reste Jean-Yves
Membres : Dr Douquet Jean-Claude
Pr Montier Tristan
Dr Nabbe Patrice
Dr Melot Etienne

DATE DE SOUTENANCE : Jeudi 11 juin 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR : 8 hameau les hauts de guern. 29940. La Forêt Fouesnant.