



HAL
open science

Ressenti des médecins généralistes gardois investigateurs de l'étude TAPAGE sur la pertinence en médecine générale de l'outil d'aide à la prescription STOPP/START version 2 informatisé

Marie Campot

► To cite this version:

Marie Campot. Ressenti des médecins généralistes gardois investigateurs de l'étude TAPAGE sur la pertinence en médecine générale de l'outil d'aide à la prescription STOPP/START version 2 informatisé. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02887322

HAL Id: dumas-02887322

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02887322>

Submitted on 2 Jul 2020

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 - ShareAlike 4.0 International License

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marie CAMPOT

Le 7 octobre 2019

.....
**Ressenti des médecins généralistes gardois investigateurs de l'étude
TAPAGE sur la pertinence en médecine générale de l'outil d'aide à la
prescription STOPP/START version 2 informatisé.**
.....

Directeur de thèse : Dr Victor BASTIDE
.....

JURY

Président : Pr BLAIN Hubert

Assesseurs : Pr GARCIA Marc
Dr SERAYET Philippe
Dr BASTIDE Victor

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marie CAMPOT

Le 7 octobre 2019

.....
**Ressenti des médecins généralistes gardois investigateurs de l'étude
TAPAGE sur la pertinence en médecine générale de l'outil d'aide à la
prescription STOPP/START version 2 informatisé.**
.....

Directeur de thèse : Dr Victor BASTIDE
.....

JURY

Président : Pr BLAIN Hubert

Assesseurs : Pr GARCIA Marc
Dr SERAYET Philippe
Dr BASTIDE Victor

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BARMES Jean-Louis
 BARMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SEGNARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

(i) PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

(ii) PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline-Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

« Presque tous les hommes meurent de leurs remèdes et non pas de leurs maladies »

Molière (1622-1673) – Le malade imaginaire (1673) (Acte III- Scène 3)

Remerciements.

Au président du jury,

Monsieur le Pr Blain

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Aux membres du jury,

Monsieur le Pr Garcia,

Monsieur le Dr Serayet,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, recevez ici toute ma reconnaissance.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Dr Bastide

Merci Victor de l'intérêt que vous avez porté, dès le départ, à mon travail et d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet.

Aux médecins interrogés,

Merci du temps que vous m'avez accordé malgré vos journées chargées et pour la qualité de vos réponses qui ont fait le substrat de ce travail de thèse.

À Fabien,

À toi avec qui je partage mon quotidien, bien plus beau depuis ce Noël mendois en 2013. Six années à tes côtés déjà jalonnées de beaux souvenirs mais aussi de quelques épreuves qui ont renforcé nos liens. Jour après jour, tu fais de moi une femme plus forte. Tu es mon équilibre. Merci pour ton aide précieuse dans ce travail. À présent, notre horizon est dégagé pour continuer à construire notre vie ensemble. Je t'Aime.

À mes parents,

Maman, Papa, voici la concrétisation de tant d'années de travail loin de vous, d'abord à Bordeaux, puis à Rennes et enfin à Montpellier. Merci pour tout ce que m'avez apporté dans tous les domaines de ma vie. Vous avez fait de moi, en partie, la femme que je suis aujourd'hui. Ce jour est aussi un peu le vôtre et ce travail, votre réussite. Merci pour tout.

À mes beaux-parents et à ma belle-sœur,

Monique, Pascal, merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille avec tant de gentillesse et de simplicité. Pascal, merci pour vos bons petits plats, votre cave généreuse, votre riche bibliothèque et vos rappels historiques. Monique, merci pour votre soutien lorsque mon humour n'est pas toujours au goût de tout le monde et surtout merci pour votre aide si précieuse et si judicieuse dans ce travail.

Guyguy, évidemment, toi qui est en quelque sorte la petite sœur que je n'ai pas eu. Rencontrer Fabien c'est aussi rencontrer sa petite sœur et quelle rencontre. Tu es une jeune femme formidable. Je te souhaite ici tout le meilleur pour tout ce que tu as à vivre et j'espère partager encore avec toi de bons moments.

À mes grands-parents,

Mamie Yvette.

Mamy et bien sûr Papy, le Dr Roland Cassen, dans le cabinet duquel, petite, je rédigeais déjà mes premières ordonnances et prenais des rendez-vous pour des patients fictifs. Ce jeu d'enfant est devenu une réalité aujourd'hui. Malgré ta réticence de l'époque à ce que j'embrasse cette difficile carrière, j'imagine ta fierté aujourd'hui.

À mes Amis,

À Rémi et Martine.

Rémi, tu partages ma vie depuis plus de 25 ans maintenant. L'éloignement physique n'a, je crois, jamais éloigné nos âmes. Merci d'avoir toujours été là, dans chacun des moments de ma vie, merci pour ton Amitié, indéfectible, tes réflexions sur la vie, ton rire qui résonne en moi à chaque fois que je l'entends. Tu es et restera mon frère de cœur.

Martine, toi qui partages la vie de mon meilleur Ami depuis plus de 10 ans. Merci d'être entrée dans sa vie. J'ai appris à découvrir ton élégance, ta gentillesse au fil de ces années.

Je regrette d'être si loin de vous mais maintenant que ce travail est fini, j'espère pouvoir vous voir plus souvent.

À Sébastien et Amélia, et à vos enfants. Fabien et moi-même sommes tellement heureux de vous avoir dans notre vie. Vous êtes si précieux pour nous. Tout ce que nous souhaitons, c'est de pouvoir continuer à passer de bons moments en votre compagnie, de voir grandir vos enfants et de pouvoir, j'espère, bientôt vous présenter les nôtres.

À Amandine. Depuis ce concours de 1^{ère} année, nous nous sommes suivies de près ou de loin mais j'ai toujours une petite pensée pour toi et tes parents.

À Clothilde, ma globetrotteuse préférée, Simon et tes « case report », Chloé et ton humour sans réserves, Maxime et ton énergie sans faille.

À Clément et Chloé avec qui nous venons de partager le plus beau jour de leur vie. Une rencontre récente mais pleine d'émotions. Bonne route à vous.

À mes compagnons de 6^{ème} année, Fabien et Laura, aujourd'hui perdus de vue, mais qui restent bien ancrés dans ma mémoire.

Aux équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontrées pendant mon externat et mon internat.

Merci pour votre savoir, le partage de vos expériences, votre soutien aussi. Vous avez permis la concrétisation d'un savoir théorique emmagasiné pendant tant d'années et ça n'a pas de prix.

Table des matières.

I.	INTRODUCTION.....	18
A.	État des lieux de la population française âgée de 75 ans ou plus en 2019 et Prescription Médicamenteuse du Sujet Âgé. (PMSA).....	18
1.	État de la population française concernant les sujets âgés.	18
2.	PMSA et consommation médicamenteuse chez le sujet âgé de 75 ans ou plus.	19
B.	Iatrogénie et PMI.	22
1.	Iatrogénie / effet indésirable médicamenteux.....	22
2.	Misuse, underuse et overuse.	23
C.	L'optimisation thérapeutique chez le sujet âgé.	24
1.	Cartographie des outils d'aide à la prescription.....	26
2.	L'outil STOPP/START : description.	30
3.	Efficience des outils et place de l'outil STOPP/START v.2 informatisé.	31
II.	MATERIEL ET METHODES.	33
A.	Analyse bibliographique.....	33
B.	Type d'étude et recrutement.	35
1.	Type d'étude.	35
2.	Recrutement.	35
C.	Modalités pratiques.	36
1.	Entretiens individuels.....	36
2.	Verbatim.	37
D.	Analyse des données.....	37
III.	RESULTATS.....	39
A.	Renouvellement de traitement chez les patients de 75 ans ou plus.	40
1.	Prise en compte globale du patient : consultation longue et complexe.	40
2.	Temporalité du renouvellement d'ordonnance variable : déterminants.....	43
3.	Une réévaluation plus qu'un renouvellement de traitement.	47
4.	Le piège de la routine.....	47
5.	Attention / Vigilance.	48
6.	Convaincre le patient.	49
7.	Motif de consultation courant/fréquent en médecine ambulatoire.....	52
		12

8.	Peur de la récurrence après arrêt d'un traitement.....	52
B.	Aide à la prescription.....	54
1.	Logiciel métier et Logiciel d'Aide à la Prescription : Vidal Expert™ ou Banque Claude Bernard™.....	54
2.	Ouvrages médicaux.....	57
3.	Base de données ANTIBIOCLIC®.....	57
4.	Livret thérapeutique issu de la synthèse d'un travail en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD).....	57
5.	L'avis du spécialiste.....	58
6.	La grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR) et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).....	58
7.	Connaissance / Empirisme.....	58
C.	L'outil STOPP/START v.2 informatisé.....	60
1.	Pertinence théorique.....	60
2.	Pertinence pratique.....	77
D.	Devenir de l'outil STOPP/START v.2 informatisé.....	82
1.	Utilisation en pratique courante.....	82
2.	Améliorations.....	82
3.	Perspectives d'utilisation.....	85
IV.	DISCUSSION.....	90
A.	Forces.....	90
1.	Méthodologie adaptée.....	90
2.	Originalité de notre travail.....	91
3.	Cohérence avec la littérature.....	91
B.	Faiblesses.....	95
1.	Biais internes.....	95
2.	Biais externes.....	95
C.	Que nous apprend cette recherche ?.....	97
1.	Le renouvellement de traitements chez les patients de 75ans ou plus : un sujet complexe.....	97
2.	L'outil STOPP/START v.2 informatisé : un avis « mitigé ».....	98
D.	Ouverture.....	103
V.	CONCLUSION.....	105

VI. BIBLIOGRAPHIE.....	106
VII. LISTE DES ANNEXES.....	110
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE	122
IX. PERMIS D'IMPRIMER.....	123

Liste des abréviations.

ACOVE : Assessing care of vulnerable elders.

ADR : Adverse drug reactions.

AGGIR : Autonomie Gérontologiques Groupes Iso Ressources.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

BIUM : Bibliothèque Inter Universitaire de Montpellier.

CIA : CNGE IRMG Association.

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

CNS : Conférence Nationale de Santé.

EBM : Evidence Based Medicine.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes.

EIM : Evènements indésirables liés aux médicaments.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique.

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion.

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

IPET : Inappropriate prescribing in the elderly tool.

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons.

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé.

IRMG : Institut de Recherche en Médecine Générale.

LAP : Logiciel d'Aide à la prescription.

LiSSA : Littérature Scientifique en Santé.

MAI : Medication Appropriateness Index.

MG : Médecin Généraliste.

NORGEP : NORwegian GEneral Practice.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PAERPA : Personne Âgées En Risque de Perte d'Autonomie.

PIEA : prescribing indicators in elderly Australians.

PLM : Problèmes liés aux médicaments.

PMI : Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées.

PMSA : Prescription Médicamenteuse du Sujet Âgé.

STOPP/START: screening tool of older persons' prescriptions/ screening tool to alert (doctors) to right treatment.

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation.

Liste des figures.

Figure 1 : Pyramide des âges au 1 ^{er} janvier 2019.	18
Figure 2 : Part des patients de 75 ans et plus en situation de polymédication en fonction du seuil de médicaments	19
Figure 3 : Optimiser sa prescription : quelle démarche et quels outils ?	24
Figure 4 : Diagramme de flux.....	39
Figure 5 : Renouvellement de traitement chez les patients de 75 ans ou plus en médecine ambulatoire.....	53
Figure 6 : Outils d'aide à la prescription utilisés en médecine ambulatoire.....	59
Figure 7 : Pertinence théorique de l'outil STOPP/START version 2 informatisé.	76
Figure 8 : Pertinence pratique de l'outil STOPP/START version 2 informatisé.	81
Figure 9 : Devenir de l'outil STOPP/START version 2 informatisé en médecine générale.....	89

I. INTRODUCTION.

A. État des lieux de la population française âgée de 75 ans ou plus en 2019 et Prescription Médicamenteuse du Sujet Âgé. (PMSA)

1. État de la population française concernant les sujets âgés.

Au 1^{er} janvier 2019, la France compte près de soixante-sept millions d'habitants avec une part de sujets âgés de 75 ans ou plus estimée à 9.3% de la population.(1) (Figure 1 et Annexe 1).

En 2018, l'espérance de vie à la naissance était de 85,3 ans pour les femmes, parmi les plus élevées d'Europe contre 79,4 ans pour les hommes, se situant dans la moyenne européenne. (1)

L'espérance de vie à la naissance est une notion complexe : elle correspond à la durée de vie moyenne d'une génération fictive qui connaîtrait, tout au long de son existence, les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

C'est donc un indicateur synthétique des taux de mortalité par âge de l'année considérée.(1)

Dans les conditions de mortalité de 2018 en France, une personne de 60 ans vivrait encore 23,2 ans en moyenne si c'est un homme et 27,6 ans si c'est une femme.(1)

L'espérance de vie connaît une augmentation constante depuis plus de 30 ans, ce qui a pour conséquence directe

l'augmentation de la part des patients de 75 ans ou plus. (1)

Selon une projection de l'Insee, une personne sur trois aura 60 ans ou plus en 2050.(2)



Figure 1 : Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2019.

Sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge de la génération du *baby-boom*¹, la population française vieillit. La problématique liée à ce vieillissement est donc un sujet d'actualité.

D'autre part, sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de l'amélioration globale de la survie en cas de pathologie chronique, le nombre de personnes concernées par une ou plusieurs pathologies ne cesse de s'accroître.(2)

Le vieillissement n'a évidemment pas le même impact si l'on vieillit en bonne santé ou si l'allongement de la vie s'accompagne de maladies et d'incapacités.(3)

La prise en charge de ces polyopathologies chroniques et la problématique de la polymédication induite représentent sans doute deux enjeux majeurs des systèmes de santé en cette première partie du XXIème siècle.(2)

2. PMSA et consommation médicamenteuse chez le sujet âgé de 75 ans ou plus.

Le corollaire de la polypathologie est la polymédication. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments. »(4)

Elle est habituelle et souvent justifiée mais elle fait peser des risques importants sur la santé, en particulier chez les personnes âgées.

De nombreux seuils de médicaments, au-delà desquels on parle de polymédication, ont été identifiés dans la littérature. Certains sont

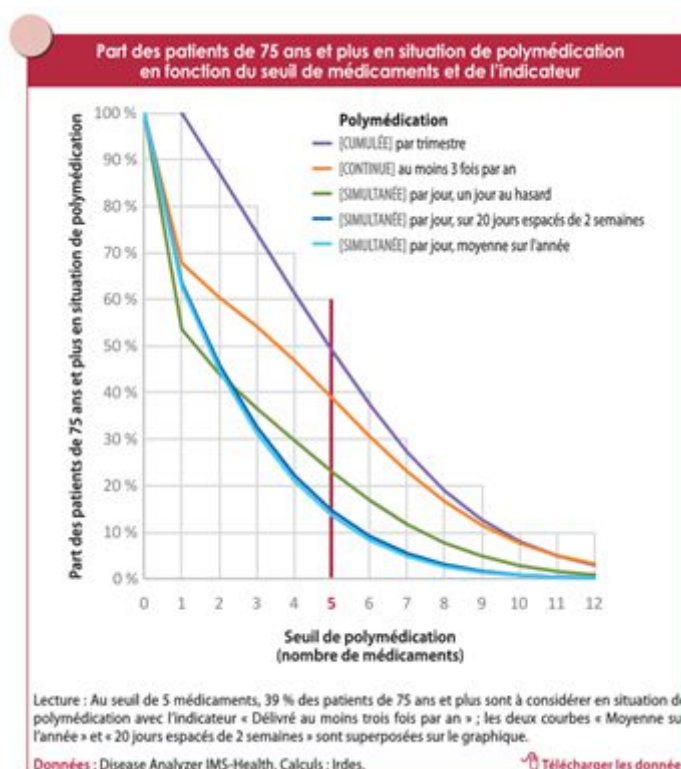


Figure 2 : Part des patients de 75 ans et plus en situation de polymédication en fonction du seuil de médicaments

¹ Le *baby-boom* est défini par le dictionnaire Larousse comme « l'augmentation brusque de la natalité dans les pays d'Europe, immédiatement après la Seconde Guerre mondiale. »

d'utilisation plus fréquente, essentiellement « cinq médicaments ou plus » et « dix médicaments ou plus ». Le seuil de cinq médicaments tire sa justification de la croissance linéaire du risque d'effets indésirables avec le nombre de médicaments. (Figure 2)

On retrouve dans la littérature internationale la démonstration qu'il existe une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de chutes voire même d'augmentation de la mortalité.(2) (5)

La polymédication est aussi un facteur prédictif de la durée des séjours hospitaliers et de la ré-admission hospitalière.(4) (6) (7)

En 2013, en France, 40% des patients âgés de 75 ans ou plus sont concernés par la polymédication et 33% d'entre eux prennent plus de dix médicaments de manière continue (au moins trois délivrances dans l'année).(2)

Il existe une classification de ces polymédications basée sur un facteur temps, intéressante pour étudier la prévalence de cette notion et comprendre les effets qui en découlent.(4)

a) La polymédication simultanée.

Elle correspond au nombre de médicaments pris simultanément par le patient un jour donné. Cet indicateur peut être calculé en comptant le nombre de médicaments d'un jour aléatoire ou encore comme la moyenne de ce nombre sur plusieurs jours consécutifs ou à intervalles réguliers.

Il permet d'étudier la complexité des schémas posologiques, le risque d'interactions médicamenteuses, la survenue d'épisodes de polymédication, leur fréquence et leur durée. Elle permet aussi d'identifier des facteurs transitoires d'augmentation du nombre de médicaments, comme les hospitalisations ou les maladies aiguës.

b) La polymédication cumulative.

Elle est définie par la somme de médicaments différents administrés au cours d'une période donnée.

De nombreuses études utilisent une période de trois mois, temps nécessaire pour prendre en compte 95% des prescriptions. Cet intervalle tient compte du fait que, sur les ordonnances, la durée de prescription des traitements est bien souvent de 3 mois.

Cet indicateur s'obtient en additionnant tous les médicaments prescrits au cours de la période choisie quelles que soient la date et la durée des traitements.

Il donne un poids équivalent à chaque médicament, qu'il s'agisse de prescriptions à long ou court terme et est intéressant car chaque nouveau médicament comporte son propre risque d'effet indésirable. Tous les traitements sont intégrés quelle que soit leur durée d'utilisation.

(Annexe 2)

Sur la base de cet indicateur cumulatif, le taux de personnes de 75 ans ou plus en situation de polymédication est de 34.1% sans prendre en compte les associations de médicaments ou les conditionnements trimestriels², et atteint 40.5% en les prenant en compte.(2)

c) La polymédication continue.

Elle s'apparente à la polymédication cumulative mais s'intéresse uniquement aux médicaments pris de façon prolongée et régulière. Ainsi, dans cet indicateur, on ne conserve que les médicaments présents sur deux périodes de temps espacées, par exemple, de six mois.

Il complète, par différence, l'indicateur de polymédication cumulative en montrant comment des traitements courts viennent s'ajouter au traitement continu de base. *(Annexe 3)*

Si on utilise cet indicateur continu, la polymédication concerne alors 26,8% des personnes de 75 ans ou plus.(2)

Certains auteurs considèrent que, d'un point de vue théorique, seul devrait être considéré le concept de polymédication simultanée, car c'est la prise simultanée de nombreux médicaments qui fait courir un risque aux patients.

Ils reconnaissent cependant que la mesure de la polymédication cumulative est plus simple à mettre en œuvre et que son utilisation demeure valable.(4)

Dans notre travail, nous avons choisi l'indicateur cumulatif qui semble être le plus approprié. Il permet de disposer de l'exhaustivité des traitements prescrits sur une période donnée. Par conséquent on peut chercher à mettre en lumière d'éventuelles prescriptions inappropriées.

² Les médicaments à conditionnement trimestriel : en cas d'insuffisance cardiaque, dyslipidémie, diabète, hypertension, les médicaments nécessaires au traitement de ces pathologies peuvent être délivrés en boîtes « grand conditionnement » prévues, en général, pour trois mois de traitement.

La polymédication pose problème dès lors qu'un ou plusieurs médicaments sont prescrits de manière inappropriée ou que les bénéfices attendus ne sont pas obtenus.

Dans les situations de polymédication, on observe une forte augmentation du risque de prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) avec un risque d'effets secondaires ou de non efficacité.

Le vieillissement de la population et les risques iatrogéniques font de la polymédication un enjeu majeur de la qualité des soins et de l'efficacité de la prescription.

Ceci s'intègre à des réalités économiques avec notamment le surcoût occasionné par la polymédication. Les conséquences de celle-ci en termes de iatrogénie et l'escalade thérapeutique générée par les effets indésirables contribuent à diminuer l'efficacité des soins tout en augmentant les dépenses de santé.(2)

B. Iatrogénie et PMI.

1. Iatrogénie / effet indésirable médicamenteux.

L'âge en lui-même ne semble pas être un facteur de risque d'accidents iatrogéniques. Par contre, la polymédication est un facteur de risque indépendant d'accidents iatrogènes constamment retrouvé dans les études mais également un facteur de gravité de ceux-ci.(8)

En 1996, la Conférence Nationale de Santé (CNS) définit la iatrogénie comme : « toute pathologie d'origine médicale au sens large, compte tenu de l'état de l'art à un moment donné, qui ne préjuge en rien d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence. »

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) révisé cette définition et propose : « La iatrogénie, recouvre les conséquences indésirables sur l'état de santé de tout acte pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé. », définition qui a un peu évolué par rapport à celle qui précède.(9)

En prenant en compte l'ensemble des actes de soins nécessaires au diagnostic et au traitement, cette définition présente l'intérêt de ne pas limiter aux seuls médicaments le champ de la iatrogénie.

Au terme d'une revue de la littérature sur le sujet de la polymédication, effectuée en 2014 par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) et rapportée dans le n° 204 de la revue «Questions d'économie de la santé», les accidents iatrogéniques seraient

responsables de 15 à 25% des admissions hospitalières et de 10% des admissions aux urgences.(4) (10)

Chaque nouvelle spécialité médicamenteuse administrée augmente de 12 à 18% le risque d'effet indésirable global.(4)

Enfin, la polymédication augmente fortement le risque de prescriptions potentiellement inappropriées avec un risque d'effets secondaires ou de non efficacité.(11)

2. Misuse, underuse et overuse.

Dans ce contexte de polymédication, le concept de PMI a été développé.(8) Il comprend :

- Les sur-prescriptions (ou overuse) : prescriptions de médicaments non indiqués (l'indication n'a jamais existé ou n'existe plus) ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité (service médical rendu insuffisant).
- Les prescriptions inadaptées (ou misuse) : choix de molécules dont la balance bénéfices/risques est défavorable (durée ou dose inadaptée, doublon, interactions médicamenteuses potentiellement néfastes, suivi inapproprié).
- Les sous-prescriptions (ou underuse) : omission d'un traitement efficace chez un sujet présentant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité, ce qui s'assimile à de l'inertie thérapeutique.

Ces PMI constituent une cause d'événements indésirables médicamenteux évitables et sont associées à un allongement des durées d'hospitalisation, à une diminution de la qualité de vie et à une augmentation de la morbi-mortalité.(12)

Des erreurs peuvent survenir tout au long du processus de prescription médicamenteuse. Pour éviter un tel risque d'effet indésirable médicamenteux, il apparaît donc évident qu'il faut essayer d'optimiser au maximum les ordonnances des patients de 75 ans ou plus.

C. L'optimisation thérapeutique chez le sujet âgé.

L'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prescription chez les personnes âgées est une préoccupation permanente des soignants depuis de nombreuses années en France. (13)

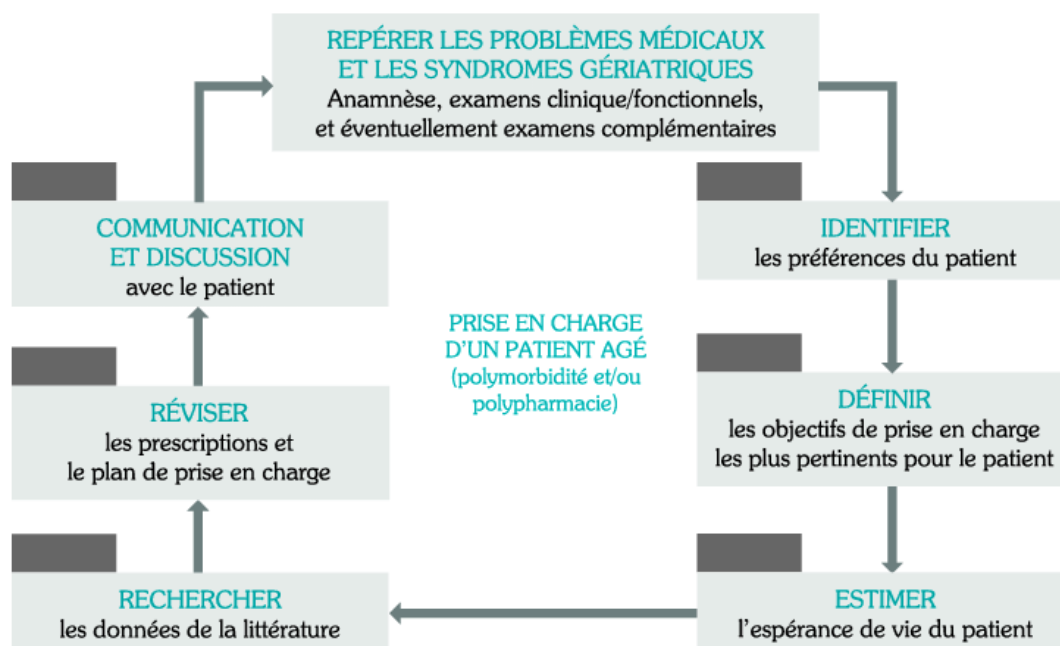


Figure 3 : Optimiser sa prescription : quelle démarche et quels outils ?

Le schéma ci-dessus résume l'approche structurée des patients âgés complexes polypathologiques et/ou polymédiqués. Notre travail de thèse questionne « Réviser les prescriptions et le plan de prise en charge ». Les bénéfices attendus de la médication devront dans tous les cas être définis en fonction de l'approche retenue (palliative ou curative) et du délai d'obtention d'un bénéfice en tenant compte de la durée de vie restante (14)

Dans le cadre du plan « Bien vieillir 2007-2009 » et de son axe « Promouvoir le bon usage des médicaments »³, la Haute Autorité de Santé (HAS) a développé le programme pilote « Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé » (PMSA) visant à diffuser des outils à destination des professionnels de santé pour améliorer les pratiques de prescription, notamment la polymédication, et mieux maîtriser les risques de iatrogénie.

³ http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

Le programme expérimental « Parcours santé des aînés » chez les Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) propose aussi des actions d'éducation thérapeutique autour de la polymédication et de la polypathologie.⁴

Bien qu'omniprésente aujourd'hui, la pratique de la médecine fondée sur les preuves, l'*Evidence Based Medicine (EBM)*, s'applique mal à la médecine gériatrique. Si l'objectif premier de l'EBM est d'optimiser les prises en charge en s'appuyant sur les meilleurs niveaux de preuve, il en résulte souvent des recommandations contradictoires chez un patient souffrant de pathologies multiples. C'est la raison pour laquelle, l'EBM en médecine générale, *a fortiori* chez les patients âgés, ne peut se satisfaire des seuls niveaux de preuve. Elle doit s'ouvrir à d'autres concepts tels que les circonstances et la situation clinique, les désirs et le projet du patient, et cela dans un contexte socio-culturel défini. La compétence décisionnelle du praticien réside dans l'interaction de ces concepts.(15) Le médecin généraliste (MG) doit considérer l'ensemble de ces données pour prendre une décision personnalisée pour chacun de ses patients.

De plus, les preuves d'efficacité et de sécurité des traitements sont très peu disponibles pour les patients âgés, surtout en cas de polypathologies et/ou de polymédication. En effet, les essais cliniques de phase III concernant cette population sont rares et le recueil des effets indésirables par les médecins insuffisant.(8)

Un autre point important à souligner concernant le concept d'optimisation des ordonnances chez le sujet âgé est qu'une révision des prescriptions doit être systématiquement conduite chez la personne âgée et doit se faire dans le respect d'objectifs de soins centrés sur le patient et sur son autonomie fonctionnelle (modèle patient-événements fonctionnels) et non pas sur ses pathologies (modèle : maladie-événements liés à la maladie).(14) Cela est d'autant plus important que les patients sont fragiles, avec de multiples comorbidités et/ou très âgés, la réduction de la mortalité n'étant pas un objectif pertinent dans cette population.

L'objectif principal de la révision d'ordonnance est de limiter les PMI en favorisant la « juste prescription ».

⁴ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa_polypathologie.pdf

Le praticien pourra identifier des alternatives thérapeutiques mieux adaptées qui ne seront pas nécessairement les plus efficaces au sens de l'EBM mais les moins mauvaises pour préserver l'autonomie fonctionnelle des patients.(16)

La révision des prescriptions médicamenteuses, dans certaines situations, peut s'avérer être un processus complexe, voire un véritable défi pour le non-spécialiste en pharmacothérapie du patient âgé.(14)

Pour faciliter cette démarche, des outils ont été développés et validés. (12)

1. Cartographie des outils d'aide à la prescription.

Depuis une vingtaine d'année, des outils de détection de ces prescriptions inappropriées reposant sur des critères explicites pour la majorité d'entre eux, ont été développés à partir de méta-analyses, de revues, d'opinions d'experts et de consensus, afin de diminuer les erreurs. Ils demandent des mises à jour régulières et sont dépendants de la région où ils ont été conçus.(16)

Un seul outil conçu à partir de critères implicites, basés sur le jugement clinique de l'utilisateur, apparaît dans la littérature : le Medication Appropriateness Index (MAI) (*Annexe 4*) développé en 1992 aux États-Unis. Les autres outils développés ci-après sont basés sur des critères explicites.

a) Généralités sur les outils d'aide à la prescription.

Six critères de qualité ont été retenus par O'Mahony et Gallagher (11) pour définir un outil optimal en gériatrie :

- Organisé selon des systèmes physiologiques / des systèmes d'organes et applicable rapidement, c'est-à-dire en moins de cinq minutes.
- Considère les erreurs les plus fréquentes dans les prescriptions des personnes âgées.
- Généralisable à l'ensemble de la communauté des médecins et des pharmaciens.
- Facilement utilisable au travers d'un système informatique en recoupant les maladies des patients et leurs traitements.
- Testé pour sa capacité à réduire de manière significative la prévalence des prescriptions inappropriées auprès de populations diverses de personnes âgées.
- Aide à réduire les effets indésirables liés aux médicaments et leurs conséquences, en incluant les hospitalisations.

Six critères supplémentaires ont été rajoutés par Desnoyer (12) :

- Être développé selon une méthode respectant les principes de la médecine basée sur les preuves et par un consensus d'experts.
- Considérer à la fois les sur-prescriptions et les omissions de prescriptions.
- Considérer les interactions médicamenteuses cliniquement significatives.
- Présenter le rationnel de chacun des critères, des recommandations d'utilisation et/ou d'éventuelles alternatives thérapeutiques.
- Indiquer le niveau de preuve et/ou le niveau d'accord d'experts.
- Présenter une certaine exhaustivité et une mise à jour régulière des thématiques et items abordés.

Quatorze outils d'intérêt ont été identifiés à travers le monde répondant partiellement ou totalement à ces critères (*Annexes 5 et 6*) :

b) Présentation des différents outils à travers le monde.

i. Critères de Beers.(17)

Publié en 1991 aux États-Unis pour sa première version, c'est le premier outil structuré.

Il a été élaboré pour identifier les PMI chez les personnes âgées en maison de retraite.

Trente médicaments nécessitant des précautions d'utilisation, organisés par classes thérapeutiques, ont été identifiés. Dix-neuf faisaient référence à des médicaments ou classes thérapeutiques à éviter et onze à des doses, fréquences, ou durées d'administration à ne pas dépasser.

Une deuxième version a été publiée en 1997. Elle permettait d'étendre l'application de cet outil à l'ensemble de la population américaine, âgée de 65 ans ou plus. Elle comptait quarante-trois critères, dont vingt-huit décrivent des médicaments potentiellement inappropriés, indépendamment du diagnostic établi, et quinze renseignent sur des associations médicaments-comorbidités à éviter.

Une troisième version publiée en 2003 comprend une mise à jour de la liste des molécules et classes thérapeutiques à éviter. Soixante-huit critères, dont quarante-huit indépendants du diagnostic et vingt à éviter en présence de certaines pathologies.

Une quatrième version a été proposée en 2012 par l'American Geriatrics Society.

La cinquième et dernière version de 2015 comprenait quatre-vingt-huit médicaments ou classes thérapeutiques répartis en cinq catégories et intégrait de nouvelles recommandations ainsi que leur niveau de preuve.

Les outils élaborés par la suite et présentés ici par ordre chronologique de publication ont, pour la plupart, tenté de répondre aux limites que présentait cette première liste de critères explicites :

- Difficultés d'application en dehors des États-Unis (près de 25% de médicaments listés ne sont pas ou plus utilisés en Europe).
- Absence des médicaments les plus fréquemment responsables d'événements indésirables.
- Absence de critères concernant les omissions de prescriptions.

ii. La grille canadienne de McLeod.(18)

Développée en 1997 au Canada, c'est une liste adaptée aux patients canadiens âgés de 65 ans ou plus.

Elle comprend trente-huit critères regroupant dix-huit prescriptions contre-indiquées, seize interactions médicament-comorbidité et quatre interactions médicament-médicament.

Cette liste propose également des alternatives thérapeutiques mais ne tient pas compte de l'omission de certains médicaments et n'a pas été réévaluée depuis son élaboration.

iii. L'Assessing Care Of Vulnerable Elders (ACOVE)(19)

Publiée en 1999 et mise à jour en 2001 et en 2007, cette seconde grille américaine a été spécifiquement développée pour proposer des indicateurs de la qualité de prise en charge, médicamenteuse ou non, des principales situations pathologiques rencontrées en gériatrie.

iv. Improving Prescribing in the Elderly Tool (IPET)(20)

Publiée en 2000, cette grille est issue de la révision des critères de McLeod (cf ii), jugés trop longs à utiliser et concerne la population canadienne de plus de 70 ans.

Elle est composée uniquement de quatorze critères qui apparaissent fondamentaux dans la prise en charge du sujet âgé. Elle définit dix interactions médicament-pathologie et deux classes médicamenteuses inappropriées, ces deux derniers critères faisant référence à la durée du traitement.

v. Critères de Rancourt.(21)

Publiés en 2004, ils sont limités aux résidents des services de long séjour gériatriques au Québec.

vi. La liste de Lindblad.(22)

Publiée en 2006, elle se concentre uniquement sur les interactions pathologie-médicament potentiellement délétères avec vingt-huit interactions concernant quatorze pathologies ou situations particulières.

vii. La liste de Laroche.(23)

Publiée en 2007, c'est une liste de PMI adaptée à la langue française.

Elle cible les patients âgés de 75 ans ou plus et comporte trente-quatre critères dont vingt-neuf médicaments ou classes thérapeutiques potentiellement inappropriés et cinq situations cliniques particulières : hypertrophie bénigne de prostate, glaucome par fermeture de l'angle, incontinence urinaire, démence et constipation chronique.

Cette liste propose des alternatives thérapeutiques mais ne tient pas compte de la problématique de la sous-prescription.

viii. Outil STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions / Screening Tool to Alert (doctors) to Right Treatment)

Cet outil est développé plus en détail dans le paragraphe 2.

ix. La grille Prescribing Indicators in Elderly Australians (PIEA)(24)

C'est une grille australienne publiée en 2008, puis mise à jour en 2012, basée sur la confrontation des cinquante médicaments les plus fréquemment prescrits aux principaux motifs de consultation des personnes âgées de ce pays.

x. La liste de Winit-Watjana.(25)

Publiée en 2008 en Thaïlande, 23 critères ont été développés dans cette liste comprenant des médicaments potentiellement inappropriés, des interactions entre les médicaments et des interactions médicament-pathologie.

xi. The Norwegian General Practice (NORGEP)(26)

Publiée en 2009 en Norvège, 37 critères ont été développés comprenant des médicaments, des dosages et des interactions entre médicaments à éviter chez la personne âgée.

xii. Les critères de Stefanacci.(27)

Publiée en 2009, cette grille se concentre uniquement sur les prescriptions concernant le système nerveux central à ne pas omettre chez le patient âgé aux Etats-Unis.

xiii. La liste Priscus.(28)

Publiée en Allemagne en 2010, elle liste quatre-vingt-trois médicaments pour un total de dix-huit classes médicamenteuses inappropriées chez la personne âgée. Elle comprend des recommandations pour la pratique clinique, des données basées sur les analyses sanguines et des adaptations de posologies. Des alternatives thérapeutiques sont aussi répertoriées.

xiv. Les critères de Mimica Matanovic et Vlahovic-Palcevski.(29)

Publiés en Croatie en 2012, ils détaillent des interactions médicamenteuses en proposant des alternatives thérapeutiques. Trois catégories de médicaments ressortent ainsi de cette liste : des médicaments à éviter avec une balance bénéfices/risques défavorable, des médicaments avec une efficacité non reconnue, et des médicaments à éviter avec certaines pathologies.

2. L'outil STOPP/START : description.

Il est publié en 2008 par une équipe irlandaise pour une utilisation à l'échelle européenne. (STOPP/START v.1) (30)

C'est la première liste permettant d'identifier les omissions de prescription chez les sujets âgés (START) en plus des sur-prescriptions et des prescriptions inadaptées (STOPP).

La liste STOPP reprend soixante-cinq PMI parmi les plus fréquentes chez les patients âgés de soixante-cinq ans ou plus ; la majorité est accompagnée d'une note pour expliquer le caractère inapproprié de la prescription.

Les prescriptions de deux médicaments d'une même classe thérapeutique sont également évoquées.

L'ensemble est présenté et classé selon les systèmes d'organes.

Cette liste a été mise à jour en 2014 (STOPP/START v.2) par un groupe d'experts provenant de treize pays européens différents et a été traduite en plusieurs langues dont la langue française.(31)(32) Cette version actualisée comporte cent quatorze critères (quatre-vingt STOPP et trente-quatre START). Cinquante-trois sont nouveaux, quinze n'ont pas été repris. (Annexe 7)

Dans un article paru dans *Exercer* 2015 évoquant la version papier de l'outil, 60% des médecins interrogés déclarent avoir déjà connaissance de l'outil.(33)

Dans le cadre d'une thèse française soutenue en 2016 (34), cet outil a fait l'objet d'une informatisation et est désormais consultable sur internet.⁵

3. Efficience des outils et place de l'outil STOPP/START v.2 informatisé.

Une organisation par spécialité médicale et pathologie, utilisée dans les grilles ACOVE, Beers version 5 et STOPP/START, permet une utilisation rapide de ces outils et facilite la mise en relation avec les systèmes médicaux informatisés.

La faible redondance des critères entre les différents outils suggère un manque d'exhaustivité pour certains d'entre eux. Les grilles Matanovic et Vlahovic-Palcevski, ACOVE, PIEA et STOPP/START sont les plus abouties mais seules les trois dernières abordent les problèmes de sous-prescriptions.

La capacité à détecter et à diminuer les PMI n'a été évaluée que dans quelques grilles. Seule la grille STOPP/START a montré, dans le cadre d'une étude prospective, sa capacité à les faire diminuer.(35). Une méta-analyse confirme l'impact supérieur de STOPP/START, notamment par rapport aux critères de Beers, sur l'amélioration de la qualité des prescriptions, de la pratique clinique et de la formation, ainsi que sur la réduction des coûts.(36)

Les critères STOPP/START sont adaptés à une utilisation en Europe mais apparaissent également applicables en Amérique du nord et en Asie. Par ailleurs, ils semblent utilisables dans différents contextes de soins : maisons médicalisées, soins ambulatoires et soins aigus.

Enfin, l'informatisation de l'outil facilite son utilisation et permet une mise en œuvre plus rapide et efficace qu'une version papier.

⁵ <http://stopstart.free.fr>

Devant cette réalité de la polymédication du patient âgé de 75 ans ou plus et du risque de PMI, nous avons souhaité, au travers de cette étude, recueillir l'expérience des MG sur l'utilisation de l'outil STOPP/START v.2 informatisé et éprouver la pertinence théorique et pratique de cet outil dans l'optimisation des ordonnances des patients concernés.

II. MATERIEL ET METHODES.

A. Analyse bibliographique.

Notre travail a débuté par une recherche bibliographique menée entre juin 2018 et mars 2019. Nous nous sommes aidés des bases de données PubMed et LiSSA (Littérature Scientifique en Santé), de moteurs de recherches spécifiques tels que Google Scholar®, du catalogue de la Bibliothèque Inter Universitaire de Montpellier (BIUM), ainsi que du catalogue SUDOC (Système Universitaire de Documentation) essentiellement pour indexer les thèses connexes à notre travail.

Afin de mener une recherche bibliographique la plus précise possible, nous avons consulté le site du CISMef⁶ ainsi que celui du MeSH⁷ dans le but d'identifier les mots-clés les plus appropriés à notre recherche.

Nous nous sommes également aidés du MeSH bilingue proposé par l'INSERM⁸ pour trouver la traduction exacte en anglais d'un mot ou d'une expression française.(37)

Dans ce contexte, les mots clés utilisés pour désigner les patients âgés étaient :

- « elderly patient », « geriatrics », « personne âgée », « gériatrie »

Les mots clés utilisés pour désigner la polymédication étaient :

- « polypharmacy », « polypharmacie ».
- « deprescriptions ».

Les mots clés utilisés pour désigner la iatrogénie étaient :

- « Iatrogenic disease », « maladie iatrogène».
- « Drug-Related side effects and adverse reactions », « effets secondaires indésirables des médicaments ».

⁶ <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

⁸ <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/index.htm>

Les mots clés utilisés pour désigner les PMI étaient :

- « Inappropriate prescribing », « prescription inappropriée ».
- « Misuse drug », « mésusage du médicament ».
- « Prescription drug overuse », «abus de médicaments sur ordonnance ».
- « Drug utilization review », «revue des pratiques de prescription des médicaments »

Les mots clés utilisés pour l'outil STOPP/START étaient :

- « Potentially inappropriate medications », « PIM list », « liste des médicaments potentiellement inappropriés ».
- « STOPP START criteria ».

La combinaison des mots clés : « polypharmacy » OR « deprescription » AND « inappropriate prescribing» AND « geriatrics» a permis d'inclure les articles rédigés en anglais et en français qui traitent de la polymédication chez la personne âgée et des prescriptions médicamenteuses inappropriées.

La combinaison des mots clés : « polypharmacy » OR « deprescription » AND « drug-related side effects and adverse reactions » AND « geriatrics » a permis d'inclure les articles rédigés en anglais et en français qui traitent de la iatrogénie chez la personne âgée.

La combinaison des mots clés : « polypharmacy » AND « inappropriate prescribing » AND « potentially inappropriate medications » AND « STOPP START criteria » AND « geriatrics » a permis d'inclure les articles rédigés en anglais ou en français qui concernent spécifiquement l'utilisation de l'outil STOPP/START comme aide pour éviter les PMI chez les personnes âgées.

Ainsi, nous avons pu collecter un nombre conséquent de références bibliographiques dignes d'intérêt.

Toutes les références sélectionnées ont été colligées dans le logiciel ZOTERO® afin de retrouver facilement nos sources et pouvoir établir en fin de travail une bibliographie de qualité.

B. Type d'étude et recrutement.

1. Type d'étude.

L'objectif de notre étude était d'explorer le ressenti des MG concernant la pertinence de l'outil STOPP/START v.2 informatisé et son utilisation en pratique quotidienne.

Pour répondre à cet objectif, nous avons mené une étude selon une méthode qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés que nous avons réalisés auprès de MG gardois investigateurs de l'étude TAPAGE⁹ appartenant au bras « intervention ».

Précisons ici que l'étude TAPAGE, conduite par la CIA (CNGE IRMG Association), vise à établir l'utilité de l'outil STOPP/START informatisé en médecine générale pour améliorer la prise en charge des personnes âgées polymédiquées.

Nous avons ainsi l'assurance que les médecins investigateurs qui appartenaient au bras « intervention » avaient utilisé cet outil auprès d'une population âgée de 75 ans ou plus, polymédiquée.

Concernant l'analyse des données, nous avons opté pour une analyse thématique qui présente l'intérêt de réaliser un inventaire classificatoire et de faire une synthèse des thèmes présents dans un matériau de recherche. Les résultats sont exprimés sous la forme d'un arbre thématique.(38)

2. Recrutement.

L'objectif étant d'obtenir l'exhaustivité dans le Gard, nous avons inclus tous les MG gardois investigateurs de l'étude TAPAGE appartenant au bras « intervention ».

Pour plus de praticité, le choix de la date, de l'heure et du lieu de l'entretien a été entièrement laissé aux médecins. Nous espérons ainsi ne pas perturber leur activité de consultation mais également qu'ils soient pleinement concentrés lors de la réalisation de l'entretien.

⁹ <http://cng-irmg-association.fr/tapage/>

C. Modalités pratiques.

1. Entretiens individuels.

Avant chaque entretien, l'objectif de notre étude a été réexpliqué au médecin interrogé. Le protocole de recueil et de traitement de l'information a été détaillé, en insistant sur l'anonymisation des enregistrements et leur destruction une fois le verbatim retranscrit.

Enfin, nous avons proposé la signature d'un formulaire de consentement au médecin qui donnait ainsi son accord écrit à la réalisation et à l'enregistrement de son entretien puis à son utilisation pour notre travail de thèse. (*Annexe 8*)

Pour tenter de répondre au mieux à notre question de recherche, un guide d'entretien a été construit à partir d'éléments d'intérêt identifiés lors de notre étude bibliographique.

Organisé autour de quatre axes principaux, il visait à prendre en considération tous les aspects de la problématique de la polymédication chez le sujet âgé de 75 ans ou plus et de l'utilisation de l'outil STOPP/START v.2 informatisé dans ce contexte. (*Annexe 9*)

La première question cherchait à recueillir ce qu'évoquait au médecin le renouvellement du traitement des patients de 75 ans ou plus. Une question d'ordre très général pour s'attarder sur la représentation que le médecin avait de ce concept de renouvellement chez le sujet âgé.

La deuxième occurrence cherchait à savoir si le médecin utilisait pour cette population des outils d'aide à la prescription pour le renouvellement et si oui, lesquels ?

Dans un troisième temps, nous voulions savoir si le médecin avait connaissance du concept de prescriptions médicamenteuses inappropriées regroupant le misuse, l'overuse et l'underuse.

Et enfin, le quatrième item questionnait le médecin sur son ressenti vis-à-vis de l'utilisation de l'outil. L'interrogation était centrée sur la pertinence théorique et pratique de l'outil et sur les améliorations qui, selon lui, pourraient y être apportées. Enfin, on recueillait les perspectives d'utilisation de cet outil par le médecin dans différentes situations de soins.

Pour chaque question, des éléments d'intérêt étaient préalablement listés. S'il s'avérait que le médecin ne les évoquait pas spontanément, une relance était effectuée.

À l'issue de l'entretien, quelques renseignements personnels étaient collectés pour caractériser l'échantillon (âge, sexe, durée d'installation, type d'activité, seul(e) ou associé(e) en cabinet de

groupe, part de la patientèle de 75 ans ou plus, formations complémentaires et/ou autres activités).(Annexe 10)

Enfin nous demandions au médecin s'il accepterait, le cas échéant, de nous recevoir à nouveau dans le cadre de notre étude si de nouveaux éléments étaient mis en évidence et que ceux-ci justifiaient d'un entretien complémentaire.

Pendant les entretiens, des éléments de langage corporel ont été notés sur un cahier afin de pouvoir les retranscrire le plus fidèlement possible lors de l'écriture des verbatim.

2. Verbatim.

Les verbatim issus des enregistrements ont été retranscrits à l'aide du logiciel Microsoft Word® au plus tard le lendemain de l'entretien pour bénéficier de la dynamique de ce dernier. Ils ont aussi été imprimés en format papier afin de pouvoir profiter d'un support de travail tangible pour annoter les unités de sens.

D. Analyse des données.

Une première lecture flottante permettant d'annoter succinctement les verbatim a été réalisée, au plus tard le 7^{ème} jour suivant l'entretien (39). Ensuite, une lecture focalisée était menée avec un codage en plusieurs temps et la consignation des unités de sens dans un tableur Excel® :

- Des unités de sens ont d'abord été relevées pour chacun des entretiens, en se positionnant dans une logique herméneutique et en faisant preuve de prudence empirique, et répertoriées selon un mode d'inscription sur fiches.(40)
- Une deuxième lecture de l'ensemble des entretiens a été réalisée par la suite pour associer à chaque unité de sens une idée et un thème selon la méthode de thématization continue.

Un arbre thématique a ainsi été réalisé pour chacun des entretiens.

Au terme du cinquième entretien, après avoir repéré des saillances ou des récurrences thématiques, nous avons utilisé le logiciel Xmind® pour regrouper les thèmes selon un mode empirique et définir des axes thématiques. Nous avons alors complété ce travail jusqu'au neuvième entretien pour réaliser l'arbre le plus complet possible.

La comparaison entre les entretiens a été menée jusqu'à saturation de chacun des thèmes.(41)

En fin d'analyse, nous nous sommes également interrogés sur la robustesse de l'arbre thématique issu de notre travail afin de déterminer si une autre construction aurait été plus pertinente.

III. RESULTATS.

Nous avons donc réalisé des entretiens semi-dirigés entre le 1^{er} février 2019 et le 23 mai 2019.

Ils ont duré entre 16 et 36 minutes, avec sept entretiens de plus de 20 minutes.

Treize médecins gardois faisaient partie du bras « intervention » de l'étude TAPAGE.

Dix médecins ont réellement participé à l'étude.

Un médecin a refusé de participer par manque de temps.

Après contact téléphonique et/ou envoi d'une demande par courriel, neuf médecins ont finalement accepté de me recevoir et de participer à notre étude.

(Figure 4)

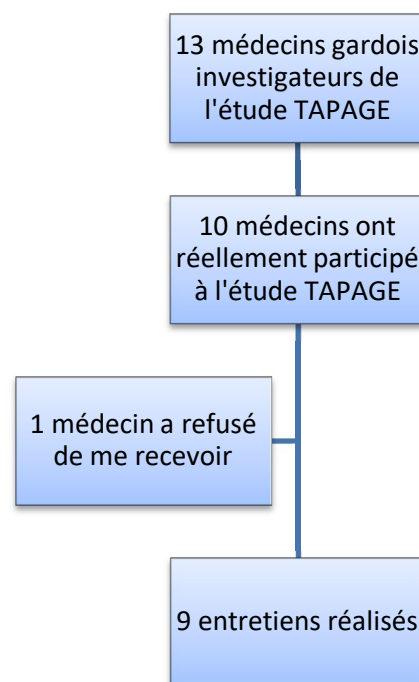


Figure 4 : Diagramme de flux.

Sept entretiens ont été réalisés au cabinet médical du médecin interrogé. Deux entretiens ont eu lieu au domicile du médecin.

L'analyse des entretiens semi-dirigés qui ont été réalisés dans ce travail a permis de faire apparaître quatre grands axes de résultats qu'il sera intéressant de développer.

Dans un premier temps, les médecins ont pu se prononcer sur le renouvellement d'ordonnances chez les patients de 75 ans ou plus dans leur pratique quotidienne.

Puis, ils se sont exprimés sur les outils qu'ils utilisaient déjà dans leur pratique pour optimiser les ordonnances.

Ensuite, les médecins ont pu évoquer leur expérience d'utilisation de l'outil STOPP/START v.2 informatisé d'un point de vue théorique et pratique.

Et enfin, ils ont proposé certaines améliorations à mettre en place pour enrichir l'outil ainsi que des perspectives d'utilisation qu'ils pouvaient imaginer.

Pour conserver l'anonymat des réponses, les résultats seront présentés avec la mention « M1 » pour les réponses du médecin du premier entretien jusqu'au « M9 » pour celles du médecin du neuvième et dernier entretien.

Pour donner du relief à nos résultats, ces-derniers seront classés par ordre décroissant de récurrence.

A. Renouvellement de traitement chez les patients de 75 ans ou plus.

Cf. figure 5.

1. Prise en compte globale du patient : consultation longue et complexe.

La plupart des médecins s'accordent sur le fait que les renouvellements de traitement des patients de 75 ans ou plus nécessitent des consultations longues et complexes durant lesquelles ils prennent du retard.

a) *Durée de consultation variable / pluralité des profils de patients.*

Globalement, le temps de consultation varie entre quinze et vingt minutes, mais l'organisation des consultations varie selon le médecin interrogé et selon la situation clinique du patient.

- M3 : « Ça m'évoque beaucoup de temps, surtout. », « [...], donc, souvent, ça me fait prendre du retard. »
- M4 : « C'est plus de l'organisation, mais j'avoue que sur une consultation parfois il est difficile [...] de s'occuper de l'ensemble des volets. », « [...], c'est pluripathologique, ça peut être aigu mélangé avec du chronique. »
- M6 : « C'est très variable. [...]. 75 ans, y a des gens très en forme qui ont deux médicaments où en vingt minutes vraiment j'ai fait le tour de la question sans problèmes, comme ça peut être parfaitement insuffisant. »
- M7 : « Pour un MMS, il est prévu d'avoir une consultation cognitive plus longue, je peux rien faire en quinze minutes. Donc, y aura forcément deux consultations. »
- M8 : « Un patient hypertendu exclusif peut avoir 90 ans, ce sera toujours [...] une consultation plus, entre guillemets normalement plus simple, qu'un patient qui est polymédiqué, polypathologique, même si il a que 75 ans. », « Donc, le coronarien stable, la consultation peut être très rapide. J'ai pas forcément grand-chose à faire chez un coronarien stable [...]. Alors que c'est le diabétique déséquilibré [...] c'est très variable de toute façon. Entre quinze et trente minutes. C'est rarement moins de quinze minutes. »
- M9 : « Après la difficulté, c'est la contrainte du temps. », « Donc, moi, ma difficulté c'est que j'ai des consultations à rallonge en prenant du retard. », « Je les vois une fois mais que pour créer le dossier, c'est-à-dire que si les gens viennent pour un épisode aigu, je

gère la problématique aiguë et je les reconvoque pour un deuxième rendez-vous où je vais faire que créer mon dossier et faire connaissance avec les gens. », « Non, non, ça passe bien, par contre c'est chronophage. »

b) Organisation de l'emploi du temps pour absorber le retard lié à ces consultations.

La problématique du retard a parfois été abordée, souvent avec résignation.

- M4 : *« On essaie de prévoir des plages pour les pathologies aiguës et pour des pathologies chroniques. Bien sûr que ça c'est dans les livres. Les frontières sont pas aussi nettes en pratique. »*
- M8 : *« Non. Non. Je prends du retard (rires). Mais, j'ai dans mon emploi du temps des créneaux de retard entre guillemets, dégagés et que je remplis au dernier moment selon les rendez-vous que j'ai. »*

c) De nombreuses vérifications à effectuer au cours d'une même consultation.

La plupart des médecins s'accordent pour dire qu'une consultation de renouvellement de traitement suppose la vérification de plusieurs éléments d'importance pour assurer la qualité des soins.

- M2 : *« [...] de voir si on est toujours, si on a toujours des traitements qui soient adaptés ou pas, si il y a toujours l'indication ou pas de garder les traitements, et je vérifie souvent avec les fonctions rénales pour voir si il faut que je modifie certaines choses ou pas. »*
- M3 : *« [...] c'est un peu compliqué de vraiment s'assurer qu'on a tout checké, que, au niveau du suivi de tout, tout est à jour. »*
- M4 : *« [...], puisqu'en avançant en âge, y a certains médicaments [...] pour lesquels les fonctions rénales ou hépatiques nécessitent une réévaluation. »*
- M5 : *« Vraiment le tout premier truc qui me viendrait, c'est toujours un peu [...] la peur d'oublier quelque chose, [...], ne pas réussir à gérer toutes les pathologies. », « Parce qu'un patient qui est diabétique, hypertendu, faut voir le dernier bilan, la dernière fois qu'il a vu le cardio, la dernière fois qu'il a vu le truc. », « Alors, j'ai tendance, et j'essaie d'y travailler mais c'est pas facile, j'ai tendance à vouloir tout faire, à chaque fois sur une consultation [...] même si il y a de l'aigu en plus et du chronique. »*

- M7 : « *Donc que ce soit après, traitement par traitement, médicament par médicament, se reposer la question de savoir s'ils sont encore nécessaires.* », « *Ensuite, moi généralement, je me repose systématiquement la question de, en terme de prévention, si y a des choses à évoquer, des choses à faire.* »
- M9 : « *[...] chaque fois que je vois un nouveau patient, ben je reprends l'intégralité des antécédents, je repose les questions, les vaccinations, je reprends un dossier avec un éclairage et un œil neuf, ce qui impose justement de se reposer les questions de, ben de la pertinence des traitements, de où on en est sur la prévention et notamment les vaccinations, sur voilà, tout un tas de choses, mais c'est vrai que c'est vraiment quelque chose [...] que j'ai en tête et que je veux pas perdre de vue.* »

d) *Concept de fragilité.*

i. *Polypathologie / Polymédication.*

Les médecins rappellent ici que la polypathologie est un facteur indéniable de polymédication.

- M3 : « *Après, ça dépend toujours des patients, mais souvent c'est des patients polypathologiques, donc avec un gros traitement et beaucoup de pathologies à suivre.* »
- M5 : « *[...] ça me fait penser, patient polypathologique donc polymédiqué* », « *Ah ben tiens lui, il est compliqué, il est polypatho, il a une ordonnance qui est longue comme le bras.* »
- M6 : « *[...] c'est des patients fragiles et qui peuvent avoir beaucoup de médicaments en même temps.* », « *C'est la fragilité. C'est-à-dire que, le nombre de médicaments, c'est sûr.* »
- M8 : « *Après, c'est un peu plus complexe souvent par la polypathologie* ».
- M9 : « *[...] chez des patients qui ont...les plus compliqués, c'est-à-dire, plusieurs pathologies chroniques, qui vont avoir une tartine de prescriptions et, chez qui, ça peut être compliqué effectivement d'enlever des prescriptions* ».

ii. *Précarité et perte d'autonomie.*

Un seul médecin (M9) s'est exprimé sur ces deux aspects de la fragilité de certains de ses patients. Il évoque la nécessité de redoubler de vigilance dans ces situations.

- M9 : « *[...] chez les patients très âgés, avec une notion de précarité, des patients qui sont isolés.* », « *enfin les gens très dépendants [...], pour faire un suivi de l'état clinique et justement pas laisser passer quelque chose qui se dégraderait, voilà.* »

e) Spécificités du patient âgé.

Certains médecins évoquent la relecture de leur ordonnance en gardant à l'esprit l'idée que l'on ne prescrit pas la même chose à un patient polyopathologique de 75 ans ou plus que chez un patient plus jeune et avec moins de comorbidités.

- M3 : « [...] sur la délivrance du traitement et puis même quand il faut prescrire des examens, c'est toujours un peu la balance bénéfique/risque, y a des choses sur lesquelles, on est moins sévères, moins exigeants : les statines, je vais laisser tomber, la tension si elle est plus à quinze qu'à quatorze, ça me va aussi. C'est des petites particularités comme ça. », « [...] y a aussi le côté que ça prend plus de temps pour le déshabillage, l'examen clinique, le rhabillage [...] ».
- M4 : [...], j'essaie de peser le pour et le contre puisqu'en avançant en âge, y a certains médicaments dont on peut ne plus avoir besoin. »

2. Temporalité du renouvellement d'ordonnance variable : déterminants.

Selon plusieurs déterminants décrits par les médecins, la fréquence des consultations pour le renouvellement de traitement peut varier.

a) Temporalité variable.

- M2 : « Tous les trois mois, pour la plupart. »
- M3 : « Quand tout va bien, alors [...] c'est tous les trois mois. »
- M5 : « Tous les trois mois en général. »
- M6 : « Entre un à trois mois. »
- M7 : « Trois mois en moyenne. [...] Un mois, parfois quinze jours. »
- M8 : « La plupart des renouvellements sont trimestriels. »
- M9 : « Entre un et trois mois. »

Le médecin 4 a une vision des consultations sur une année :

- M4 : « [...] je répartis mon temps sur une année. Je vois le temps comme ça. [...] Ça veut dire qu'une personne âgée qui est à peu près stabilisée, [...] je vais la voir au moins soixante minutes par an. Le fait de faire comme ça, [...] je m'organise, je note, et si la

première fois, j'ai réévalué l'intérêt des médicaments, que la prochaine fois c'est stable, la fois d'après le psychosocial etc...voilà, je m'organise comme ça. »

b) Si évènement intercurrent, modification de l'ordonnance ou instabilité clinique : adaptation de la fréquence des consultations.

- M1 : *« Là, par contre, un évènement aigu, un accès hypertensif par exemple, je vais changer une molécule, admettons, ou je vais découvrir une hypertension, peu importe. Donc là, pour situer dans la maladie chronique, si il y a nécessité de changer la molécule, je vais pas le laisser trois mois dans la nature. Je vais le faire revenir, effectivement. En général, pour une hypertension, un changement de traitement antihypertenseur, au bout d'un mois avec un bilan biologique souvent pour vérifier la fonction rénale. »*
- M2 : *« Sinon, ça peut être tous les mois [...] pour lesquels je viens de commencer quelque chose, ou pour si y a une modification de traitement, je les revois en général le mois d'après. »*
- M4 : *« Et par exemple, si j'ai un patient que je vois instable ou un patient faible avec beaucoup de traitements, polymédiqué, en faiblesse globale on va dire, par son âge et ses multiples pathologies, je vais le convoquer [...] une fois par mois. »*
- M5 : *« Y en a beaucoup, je les revois quand même souvent, parce qu'y a souvent un problème aigu qui vient, intercurrent, un souci sur la consultation. », « [...] Ça peut m'arriver de leur dire : bon ben ce serait bien qu'on se revoie le mois prochain. Si y a une poussée de tension, je leur fais faire une automesure, si y a une modification de posologie, si y a quelque chose d'intercurrent : bon ben là, je vais vous resurveiller un peu plus. Pendant deux trois mois, on se revoit tous les mois, puis après, on ré-espace. »*
- M6 : *« En cas d'évènements intercurrents, j'adapte. Je les reprogramme, quitte à repasser après à trois mois. Les voir tous les mois pendant quelque temps et à repasser à trois mois après. J'essaie de faire comme ça. »*
- M7 : *« Quand je suis interpellé par une famille, quand moi j'ai repéré des troubles d'ordre cognitif ou des choses qui nécessitent d'être revues plus précocement : une tristesse de l'humeur que j'avais pas noté, des choses de ce type, effectivement, je vais revoir, là-aussi, dans la semaine...dans les quinze jours et avoir une consultation dédiée. »*
- M8 : *« Si c'est une autre pathologie qui s'ajoute au curriculum du patient, ben oui, ça peut s'adapter. Là, j'ai un exemple précis, un patient qui [...] a une insuffisance cardiaque*

qui se majore, que je voyais tous les trois mois, qui était à peu près stable, que je vois tous les mois en ce moment. Après, ça risque d'être jusqu'à la fin parce qu'il est pas en bonne voie. Voilà et après, si les gens repartent mieux, j'ai pas de raison de les voir pour les voir. »

- M9 : « *Ben, sinon, chaque modification de traitement, chaque évènement intercurrent, je vais reconvoquer les gens de façon plus rapprochée. Ça peut même être moins de un mois, sur une modification de traitement souvent, je les revois avec des bio. Par exemple, un traitement pour la tension, on va vérifier que sur le ionogramme ça se passe bien et on les revoit et puis sur la tolérance et sur l'efficacité du traitement. »*

Le médecin 7 rajoute aussi qu'en cas d'évènement intercurrent, l'ajustement rapide du traitement facilite l'observance :

- M7 : « *Pour l'hypertension, puisque j'ai ça en tête, j'essaye vraiment de réajuster le plus rapidement possible pour arriver à un équilibre, pour justement ensuite faciliter l'observance. Si on met trop de temps, à partir du moment où c'est déséquilibré, le patient va se décourager. »*

c) Si prévention primaire, patient stable et/ou peu de médicaments : renouvellement semestriel.

- M4 : « *En fin de compte, j'ai une organisation qui fait que, par exemple, si je vois un patient qui a un seul traitement, qui est très stable, je vais lui renouveler l'ordonnance, par exemple six mois. »*
- M5 : « *[...] j'en ai un ou deux, peut-être, ils ont deux médicaments, je leur fais des ordonnances de six mois mais c'est [...] des patients qui ont pas beaucoup de molécules, pas de gros antécédents aussi, une statine, un antihypertenseur qui traîne. Même après 75 ans, il est possible que ça soit six mois. »*
- M8 : « *Et après, pour la prévention primaire légère, ça reste semestriel. »*

d) Si prévention secondaire, patient stable et/ou plus de cinq médicaments : renouvellement trimestriel.

- M3 : « *Pour ceux qui n'ont pas énormément de problèmes de santé, c'est tous les trois mois. »*

- M4 : « *Si j'ai une personne [...] avec un peu plus de traitements mais qu'elle est stable, je la reconvoque tous les trois mois. »*
- M5 : « *[...] quand on est sur des patients polypathologiques avec des ordonnances, plus de cinq six médicaments, tous les trois mois. »*
- M6 : « *[...] les patients qui ont trois ou quatre médicaments, qui sont bien équilibrés, qui ont pas eu d'évènements intercurrents, je peux me permettre de les voir tous les trois mois. »*
- M8 : « *[...] quasi obligatoirement, dès qu'il y a une polypathologie, notamment tout ce qui va être diabète, cardiopathie, voilà, artériopathie, coronaire, carotidienne, dès qu'il y a de la prévention secondaire à faire, c'est trimestriel. »*

e) Renouvellement mensuel pour certains patients.

- M2 : « *Sinon, ça peut être tous les mois pour ceux que je connais pas bien. »*
- M3 : « *Quand ils sont polypathologiques, que c'est un petit peu compliqué, je les fais revenir tous les mois justement pour que moi ça me permette plus facilement de faire le point un peu sur tout à la fois. »*
- M5 : « *Et après ceux qui ont un STILNOX® indécrottable, bon ben ceux-là, on est obligé de les revoir tous les mois. »*

f) Difficulté de revoir les patients par manque de temps.

Un seul médecin (M5) évoque la difficulté de revoir les patients plus fréquemment que tous les trois mois dans un contexte de stabilité clinique. Ce sous-thème fait écho à l'idée développée précédemment que le médecin tente de gérer toutes les problématiques du patient durant la même consultation.

- M5 : « *J'ai du mal à faire revenir les gens, parce qu'ils ont pas le temps, parce que j'ai pas le temps, parce que le planning est plein. »*

g) Implication du patient par le médecin dans une démarche dynamique pour le responsabiliser vis-à-vis de sa santé.

Dans une démarche d'autonomisation du patient, un seul médecin (M1) a verbalisé le fait de vouloir laisser au patient la prise libre de rendez-vous et de ne pas les contraindre à revenir tous les trois mois, si ce n'est par la durée de ses ordonnances.

- M1 : « *Alors, moi je ne reconvoque pas les patients. C'est quelque chose que, volontairement, je ne fais pas. Je laisse le patient reprendre rendez-vous donc pour être dans une démarche dynamique pour que le patient soit dans la démarche de recontacter son médecin quand il n'a plus de traitement. [...] Pour les traitements chroniques que tu as évoqués, trois mois, six mois, un an, les personnes c'est : je ne les reconvoque pas, c'est eux qui prennent rendez-vous, qui sont responsables de leur santé. Ils font la démarche de venir, ou si ils ont envie de changer de médecin, ils changent de médecin. Enfin, bon, voilà, je les laisse tout à fait autonomes là-dessus.* »

3. Une réévaluation plus qu'un renouvellement de traitement.

La notion de réévaluation est souvent revenue dans nos entretiens, à préférer au terme « renouvellement ». La réévaluation d'un traitement n'a pas la même dimension que son renouvellement et permet, selon certains médecins, de répondre à des spécificités propres au sujet âgé évoquées plus haut.

- M2 : « *Le moment de regarder les ordonnances, de revoir les traitements.* »
- M4 : « *Alors, ce que m'évoque le renouvellement qui est pas le mot le plus adéquat finalement à la situation, c'est plus pour moi la réévaluation en fin de compte du traitement. [...]. Effectivement, parce que renouveler c'est d'abord réévaluer.* »
- M7 : « *Ce que ça m'évoque c'est que en plus du renouvellement, il faut généralement ne pas faire que du renouvellement.* »
- M8 : « *Le renouvellement [...] c'est de la réévaluation.* »

À la relance « Ce travail de réévaluer l'intérêt d'un médicament, vous le faites à chaque consultation de renouvellement de traitement ? », le médecin 7 réponds :

- M7 : « *Oui. Systématiquement.* »

4. Le piège de la routine.

De nombreux médecins ont évoqué l'écueil de la routine comme étant une difficulté supplémentaire dans le renouvellement de traitement des patients de 75 ans ou plus.

Un médecin (M6) constate que concernant le « *renouvellement de traitement, on tombe un peu vite dans l'habitude, poser toujours les mêmes questions.* »,

Alors qu'un autre médecin (M9) parle d' « un piège de notre métier parce que je pense qu'on peut vite rentrer dans une routine et que du coup, il faut justement essayer de faire attention à lutter contre cette routine. [...] et je pense que ça fait partie d'une des difficultés de notre métier »

a) *Risque de retranscrire une ordonnance qui n'est jamais remise en question : une facilité.*

Les LAP ont un effet pervers d'après certains médecins et sont l'occasion de céder à la tentation de rééditer une ordonnance sans se poser la question du bien-fondé des traitements.

- M6 : « [...] renouveler sans trop se poser de questions, essayer de pas trop tomber dans cette habitude-là, même si parfois, ça nous arrange vraiment si la consultation peut durer qu'un quart d'heure parce qu'on renouvelle le traitement à l'identique. »
- M7 : « C'est-à-dire, il faut s'attacher à aller rechercher autre chose que la facilité d'une retranscription d'ordonnance. Pourquoi ? Parce que sinon, y a rien de plus simple que de faire du copier-coller avec les logiciels métiers. », « On est pris dans un engrenage de facilité. »
- M9 : « [...] et se poser la question à chaque consultation de la pertinence de nos prescriptions et de se poser la question [...] du dossier du patient. »

b) *Risque de pérenniser les erreurs d'un renouvellement à l'autre / Iatrogénie.*

Un seul médecin (M7) évoque le risque iatrogène que représente la réédition d'une ordonnance non remise en question.

- M7 : « [...] et surtout, c'est là-dessus que vont se pérenniser les choses qui potentiellement n'auraient pas lieu d'être, comme des traitements, si on se remet pas en tête pourquoi ils ont été prescrits, [...], on met un pied dans la iatrogénie. »

5. Attention / Vigilance.

Un thème connexe à celui du piège de la routine est la notion de vigilance dont les médecins doivent faire preuve pendant ces consultations.

Le premier médecin interrogé (M1) le verbalise clairement : « ça m'évoque : attention, vigilance »

a) *Élaguer les ordonnances pour éviter les effets indésirables.*

- M1 : « *J'essaie d'élaguer les ordonnances d'une manière globale. »*
- M2 : « *Donc du coup, dès que je vois que ça commence à devenir compliqué, je revois l'ordonnance et j'essaye d'en virer le plus possible. »*
- M6 : « *[...] faire attention à ce qu'on prescrit. »*
- M8 : « *[...] ce qu'on fait pour un patient âgé polymédiqué, j'essaie d'enlever des médicaments. », « [...] l'idée générale d'un renouvellement, ça reste ça chez une personne âgée pour moi : c'est d'enlever le maximum de trucs qui sert à rien. »*

b) *Interactions médicamenteuses et introduction d'un traitement aigu / Iatrogénie.*

Le médecin 5 souligne que la difficulté chez la personne polypathologique n'est pas tant le renouvellement que l'introduction d'un nouveau traitement pour une pathologie aiguë, potentiellement inapproprié.

- M5 : « *La gestion de tous ces médicaments-là et puis la iatrogénie surtout. C'est pas tellement sur le renouvellement, mais quand y a un problème aigu et qu'il faut qu'on rajoute quelque chose, là c'est plus compliqué à gérer sur les ordonnances. »*

c) *Attention portée aux galéniques.*

- M2 : « *Et puis, je fais beaucoup plus attention aux galéniques. Oui, ça s'ouvre, ça s'ouvre pas. Je peux les mettre ensemble ou pas.*

6. Convaincre le patient.

La relation médecin/malade semble revêtir une importance toute particulière dans le cadre spécifique de la polymédication.

D'après les médecins interrogés, il n'est pas toujours évident de moduler l'ordonnance comme désiré à cause de plusieurs facteurs.

a) *Pression du patient, attaché à sa liste de médicaments.*

D'après certains médecins, la représentation que les patients ont de leur traitement est parfois un frein à la révision de l'ordonnance.

- M1 : « Alors évidemment, il y a ce qu'on aimerait faire et il y a ce qu'on fait en réalité parce qu'il y a la pression du patient », « [...] je pense que les personnes qui aiment avoir des tartines d'ordonnances, ils changent de médecin. », « Et puis, parce que la polymédication, comme je dis, on est contraint, souvent l'ensemble des médecins généralistes, je pense qu'on est contraint par la demande du patient, par la pression du patient. »
- M8 : « Après il y a ceux qui sont des gens favorables à essayer d'enlever une statine en prévention primaire à partir d'un certain âge qui n'a plus un gros intérêt. Voilà, on peut essayer et après il y a ceux qui sont attachés à leur liste de médicaments historiquement... [...] des fois c'est plus compliqué. »

b) Ajout de traitements plus aisé que leur retrait.

Selon quelques médecins, certains patients ont le sentiment que plus ils ont de médicaments, mieux ils sont soignés.

- M1 : « [...] le patient qui peut être dans l'illusion que, plus il a de médicaments, plus il est bien soigné. »
- M7 : « [...] parce que, on cherche toutes les ficelles possibles, surtout pour arrêter les médicaments, parce qu'ils sont jamais trop réticents à en ajouter mais en retirer, c'est plus difficile. »

c) Problématique des benzodiazépines : réticence à l'arrêt du traitement.

Les benzodiazépines apparaissent, dans nos entretiens, comme la classe médicamenteuse emblématique pour laquelle les médecins rencontrent le plus de difficultés à la déprescription.

- M1 : « [...] si je suis contraint de prescrire, parce que le patient me le demande, je vais au moins lui donner, l'éclairer sur les effets indésirables potentiels, je pense notamment aux anxiolytiques. [...] ça marche chez certains bien sûr, d'eux-mêmes, ils diminuent leur consommation d'anxiolytiques notamment [...] toutes ces molécules-là qu'on essaye d'éviter au maximum chez ces patients souvent polymédiqués. »
- M5 : « Maintenant, on essaie de faire l'effort en disant, ben au moins peut-être qu'ils en auront marre de venir, qu'on réussira à les arrêter. »
- M9 : « Les difficultés, c'est plus sur les benzodiazépines que je les rencontre avec beaucoup de réticence à l'arrêt des médicaments et avec une lutte acharnée pour expliquer,

réexpliquer, ré-réexpliquer, se mettre dans les clous par rapport aux règles de prescription. [...] Donc, c'est principalement, les benzo qui sont une difficulté mais parce que c'est de l'ordre de l'addiction, c'est un sevrage d'une addiction à un produit avec la difficulté que, sur des produits avec une prescription médicale, ben c'est moi qui deviens le dealer des gens, du coup, c'est pas exactement comme faire un sevrage ou accompagner quelqu'un qui boit de l'alcool ou qui fume des cigarettes ou même qui consomme des produits illicites qu'il va se procurer ailleurs. Là c'est moi qui vais lui donner la possibilité ou pas de se procurer ou pas la substance dont il est dépendant, ça rajoute une difficulté dans la relation je trouve.

d) Remise en question des ordonnances des confrères.

Plusieurs médecins évoquent la difficulté de prolonger des prescriptions médicamenteuses faites par des confrères avec lesquelles ils ne sont pas toujours en accord et d'expliquer aux patients leur démarche de déprescription.

- M1 : *« [...] notamment quand on me demandait de mettre un anticholinestérasique, c'est effectivement des molécules qui sont sorties de ma pratique depuis très longtemps, bien avant qu'ils soient déremboursés. [...] j'enlève des traitements de ce type alors qu'ils ont été prescrits par des gériatres parce que je considère que la balance bénéfice/risque, [...] y avait plus d'effets indésirables que de bénéfiques. »*
- M9 : *« [...] la difficulté aussi, c'est de passer après certains collègues et de prendre en charge des gens qui sont suivis et qui ont des traitements depuis des dizaines d'années et qui comprennent pas bien pourquoi on veut arrêter certains traitements parce qu'ils estiment qu'ils n'ont pas de plaintes et qu'ils sont très bien avec leurs médicaments et que du coup, ben pourquoi moi, d'un coup, je les embête à essayer de changer l'équilibre qu'ils ont mis en place pendant des années. », « [...] parce que souvent les confrères respectent pas forcément les règles de prescription ; ils renouvellent les benzodiazépines et que du coup, y a de l'incompréhension quand moi je récupère le dossier et que je demande aux gens de revenir tous les mois pour renouveler les prescriptions de benzodiazépines parce que je suis les règles de prescription on va dire. »*

Le médecin 5 évoque, à demi-mots la problématique de nouveaux patients, suivis auparavant par des confrères, pour lesquels il n'était pas en accord avec les prescriptions :

- *« En pratique, je me bats (soupirs), et j'ai récupéré pas mal de patients...enfin voilà, c'est pas la question. »*

e) *Langage approprié.*

Un seul médecin (M1) a longuement parlé de l'importance des mots et de la communication avec ses patients, présentant le langage comme outil à part entière d'éducation thérapeutique.

- M1 : *« [...] Je m'assurerai qu'elle a bien compris, j'utilise des mots forts [...] pour qu'ils comprennent le message », « [...] je fais de l'éducation thérapeutique du patient. [...]Ça marche plutôt pas mal, je suis assez satisfait. [...] Je me rends bien compte qu'il y a eu un réel impact sur ma pratique, notamment, dans ce domaine-là de la polymédication [...] si on utilise les mauvais outils [...] en disant non, je ne prescris pas, ça ne marche pas de toute façon. »*

7. Motif de consultation courant/fréquent en médecine ambulatoire.

C'est une problématique reconnue comme fréquente par certains médecins.

- M1 : *« C'est une problématique, pas quotidienne, ou peut-être si quand même. C'est quelque chose d'assez courant dans notre exercice. »*
- M9 : *« Ça m'évoque un motif de consultation fréquent. »*

8. Peur de la récurrence après arrêt d'un traitement.

Un autre aspect intéressant qui a été évoqué par un seul médecin (M7) est la peur d'une récurrence des symptômes à l'arrêt d'un traitement.

- M7 : *« [...] et puis quelque part aussi, y a une peur d'une récurrence et de devoir se justifier d'un arrêt prématuré éventuellement, en tous cas qui serait toujours prématuré pour la personne ou pour la famille. »*

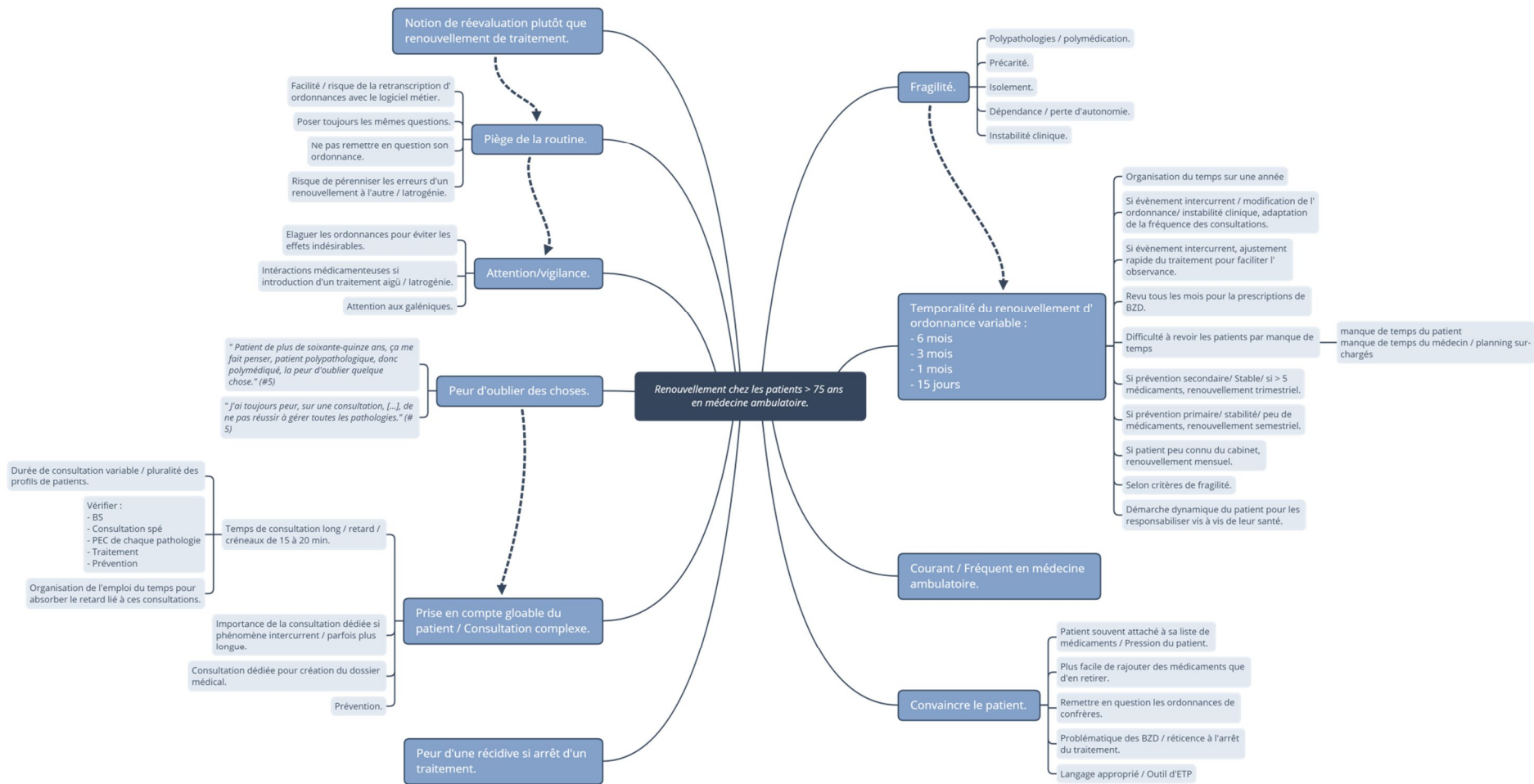


Figure 5 : Renouvellement de traitement chez les patients de 75 ans ou plus en médecine ambulatoire.

B. Aide à la prescription.

Cf. figure 6.

1. Logiciel métier et Logiciel d'Aide à la Prescription : Vidal Expert™ ou Banque Claude Bernard™.

La quasi-totalité des médecins utilisent le LAP intégré dans leur logiciel métier Vidal Expert™.

Un seul médecin (M8) utilise la Banque Claude Bernard™, elle aussi, intégrée dans le logiciel métier.

a) *Récurrence / fréquence / redondance des alertes.*

Une majorité de médecins s'accorde pour dire que la plupart des alertes proposées sont trop fréquentes et peu adaptées à la situation rencontrée avec le patient.

i. *Suppression des alertes sans les lire / Lassitude / Habitude.*

La plupart des médecins ne prêtent plus attention aux alertes proposées par leur LAP.

- M1 : « *Pour ma part, je les utilise pas tellement. La raison est simple, c'est que le bouton s'allume tout le temps. Donc, trop d'information tue l'information.* »
- M3 : « *Y a mon logiciel avec Vidal™ qui m'envoie tout le temps des alertes que je supprime systématiquement sans regarder. »*
- M5 : « *[...] parce que les alarmes [...] y en a toujours qui sortent tout le temps pour tout, donc on a tendance à les ignorer. »*
- M8 : « *Non, je les lis plus comme, je pense, la plupart des médecins. [...] c'est vrai qu'à force, c'est machinal : j'enlève la page, je ferme l'alerte sans l'avoir lu. [...] Je le regarde plus parce que ça revient sur des choses un peu redondantes.* »

À la question « Est-ce que vous tenez compte de ces alertes ? », le médecin 6 répond :

- M6 : « *rarement* » « *Le problème c'est que comme c'est à chaque prescription, à chaque ordonnance, sur les mêmes médicaments, y a malheureusement un peu un phénomène d'habitude [...] et j'ai tendance, à cause de ça, à moins les lire voire à pas les lire.* » (le médecin insiste sur les mots « chaque » et « même »).

- ii. Manque de pertinence des alertes : absence de filtres, de gradation, de hiérarchisation.

La raison à ce manque d'attention qui est majoritairement évoquée est une insuffisance de pertinence des alertes qui ne prennent pas en considération la globalité du patient. Le médecin 3 avoue supprimer systématiquement les alertes « *parce que c'est jamais pertinent.* »

- M1 : « *Le problème de l'outil d'aide à la prescription des logiciels informatiques d'une manière générale, c'est que, effectivement, comme c'est basé sur les données du Vidal™, chaque fois qu'il y a un truc, ça clignote, et c'est pas forcément pertinent. Ces outils-là perdent un peu de leur pertinence parce qu'ils s'allument trop, y a pas de filtres, y a pas de gradation.* »
- M2 : « *[...] c'est tout le temps : attention à ce médicament après 65 ans. C'est des choses qu'on sait bien. Si on prescrit, c'est qu'il faut prescrire, donc voilà. Des fois, il signale des redondances, mais bon c'est pareil, c'est jamais des choses pertinentes. Je les lis même plus.* »
- M6 : « *Y a des médicaments que j'ai l'impression de mieux maîtriser et connaître mieux les interactions où je vais pas être attentive du tout si y a des fenêtres qui s'affichent en disant : ben oui, c'est sûr c'est parce qu'elle a ça aussi.* », « *Quand je vois qu'il n'y a pas de répercussions directes sur l'ordonnance ou sur le patient, y a plus d'intérêt en fait.* »
- M7 : « *Le problème avec le Vidal™, c'est qu'on a tellement d'alertes qui sont pas forcément judicieuses que ben, on va pas forcément toujours les lire.* »

b) *Problématique de référencement des antécédents dans le LAP.*

Un seul médecin (M8) évoque la difficulté du codage des antécédents dans le logiciel métier.

- M8 : « *Après des antécédents, selon ce que c'est, le logiciel propose pas forcément une case précise pour l'antécédent dont moi je veux parler. [...] J'ai pas le temps de faire des pirouettes pour trouver la cotation qui correspond à mon logiciel [...] comme c'est saisi en manuel, je pense qu'il n'y aura pas d'interaction s'il y a un souci.* »

c) *Les alertes oublient la singularité du patient.*

Un seul médecin (M1) évoque le fossé qu'il existe parfois entre les recommandations proposées par les experts et la faisabilité sur le terrain.

- M1 : « [...] les recommandations oublient souvent que le patient en face de nous est un patient unique et que c'est sa singularité. C'est pas toujours dans les recos, la façon dont on va mettre les choses. », « Parce que là, il y a un problème d'adaptabilité, d'adaptation des recommandations Vidal™ [...] la bibliographie, les reco, la HAS tout ça évidemment, ça c'est tout à fait logique et c'est là qu'on se rend compte que l'HAS, c'est pas la pratique médicale du quotidien. C'est complètement à côté de la plaque. »

d) Vérification des posologies et de l'absence d'interactions médicamenteuses.

- M1 : « [...] les interactions médicamenteuses, y a des points rouges des choses qui se mettent en route, à chaque fois qu'il y a des choses importantes. »
- M9 : « Ah moi, le Vidal®, je l'utilise plus pour les posologies parce qu'il est intégré dans mon logiciel métier. »

A la question « utilisez-vous le Vidal® pour les interactions médicamenteuses, le médecin 9 répond :

- M9 : « Oui, parce qu'il est intégré à notre logiciel. »

Le médecin 7 ne semble pas être en adéquation avec ses confrères. À la relance « Diriez-vous que le Vidal Expert™ remplit cette partie d'interactions médicamenteuses ? », il répond :

- M7 : « En tous cas, moi je la trouve pas satisfaisante en comparaison au guide des interactions médicamenteuses de Prescrire®. »

e) Attention accrue aux alertes pour les médicaments rarement prescrits, l'ajout d'un traitement aigu ou après appel du pharmacien.

Certaines situations semblent toutefois générer une plus grande attention du médecin vis-à-vis de ses prescriptions.

- M5 : « J'y fais un peu plus attention parce que j'ai eu une ou deux fois des coups de fil de pharmacie qui disaient : Ah ben ça et ça c'est contre-indiqué, et je regarde et ben oui, en fait, le logiciel avait mis un point rouge. », « [...] quand y a une ordonnance chronique de fond et qu'on rajoute quelque chose, effectivement, je me sers du logiciel. »
- M6 : « Les médicaments que je maîtrise moins, que je prescris pour la première fois, je vais être attentive aux interactions qui me sont soulignées. »

Tous les médecins ont cité leur LAP comme outil d'aide à la prescription. C'est ce qui semble être le plus fréquemment utilisé en pratique quotidienne. Pour les autres outils listés ci-dessous, leur utilisation est moins fréquente mais semble jouer tout de même un rôle dans la révision des ordonnances.

2. Ouvrages médicaux.

Quelques médecins déclarent utiliser des livres d'aide à la prescription.

- M2 : « *Donc, du coup, moi j'ai fait la liste du livret avec le guide P.A.P.A, avec le document de gériatrie là qu'ils ont fait en 2014 je crois et j'avais pris toute une liste, la liste des médicaments écrasables de l'OMEDIT. »*
- M7 : « *[...] j'ai le guide des interactions médicamenteuses en format papier de Prescrire®. [...] Donc, si j'ai vraiment quelque chose qui m'interpelle, [...] je vais m'aider effectivement du guide des interactions médicamenteuses puisque j'ai cet abonnement. »*
- M9 : « *J'utilise beaucoup le Doroz® pour vérifier au niveau de la fonction rénale. [...] Quand je veux vérifier quelque chose sinon, j'le vérifie dans le Doroz® »*

3. Base de données ANTIBIOCLIC®.

Quelques médecins déclarent utiliser cette base de données.

- M4 : « *Après lorsque j'ai pas ce que je veux là-dessus (NDLR sur le Vidal™), je peux utiliser d'autres bases internet par exemple pour les antibiotiques, ANTIBIOCLIC® ».*
- M5 : « *Après, y a les ANTIBIOCLIC®, les trucs comme ça. »*
- M9 : « *Si, j'utilise ANTIBIOCLIC® pour les antibio, donc du coup, ben oui, ils demandent l'âge, ils demandent surtout plus la fonction rénale, etc... »*

4. Livret thérapeutique issu de la synthèse d'un travail en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD).

Le médecin 2 déclare se servir, dans sa pratique, d'un livret thérapeutique conçu lors de son travail dans un EHPAD.

- M2 : « *[...] après c'est les choses que j'ai en tête par rapport à ce que je fais à Korian® aussi. On a fait le livret thérapeutique. [...] J'ai fait une espèce de liste avec ça j'en veux, ça j'en veux pas, ça je prends, lesquels on utilise en gériatrie donc après c'est ceux-là que*

j'ai en tête. [...] y a des médicaments que je prescrivais et que maintenant, je ne prescris plus du tout. Parce que du coup, ça m'a donné sur des classes médicamenteuses et sur des types de médicaments symptomatiques, qui me semblait pas poser souci plus que ça. Du coup, je me suis aperçue que oui, et y en avait, donc j'ai revu complètement mes habitudes de prescription. »

5. L'avis du spécialiste.

Un médecin (M3) déclare se référer à l'avis du gériatre pour réviser les ordonnances de certains patients.

- M3 : *« [...] moi ce que j'hésite pas à faire, [...] je profite pas mal d'une hospit de jour qu'ils font à Balmes. Ils font un bilan de chute sur la journée, et ça permet vraiment de cadrer le patient. [...] Il rencontre, entre autres, un gériatre, qui fait une révision de l'ordonnance. »*

6. La grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR) et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Un médecin (M7) parle d'une utilisation de grilles de dépendance pour évaluer l'état global du patient et adapter ses prescriptions.

- M7 : *« [...] pour avoir une évolution aussi du niveau de dépendance. [...] ça me permet d'avoir un bon historique, [...] quelle évolution on a eu en un an, ça nous donne des indications diagnostiques et aussi parfois, thérapeutiques. »*

7. Connaissance / Empirisme.

Un médecin (M1) parle de son expérience comme faisant partie des aides à la prescription pour renouveler ses ordonnances.

- M1 : *« Donc effectivement, les interactions, je fais au mieux avec mes connaissances, qui valent ce qu'elles valent, donc c'est sûr que je dois laisser passer des choses, très probablement. »*

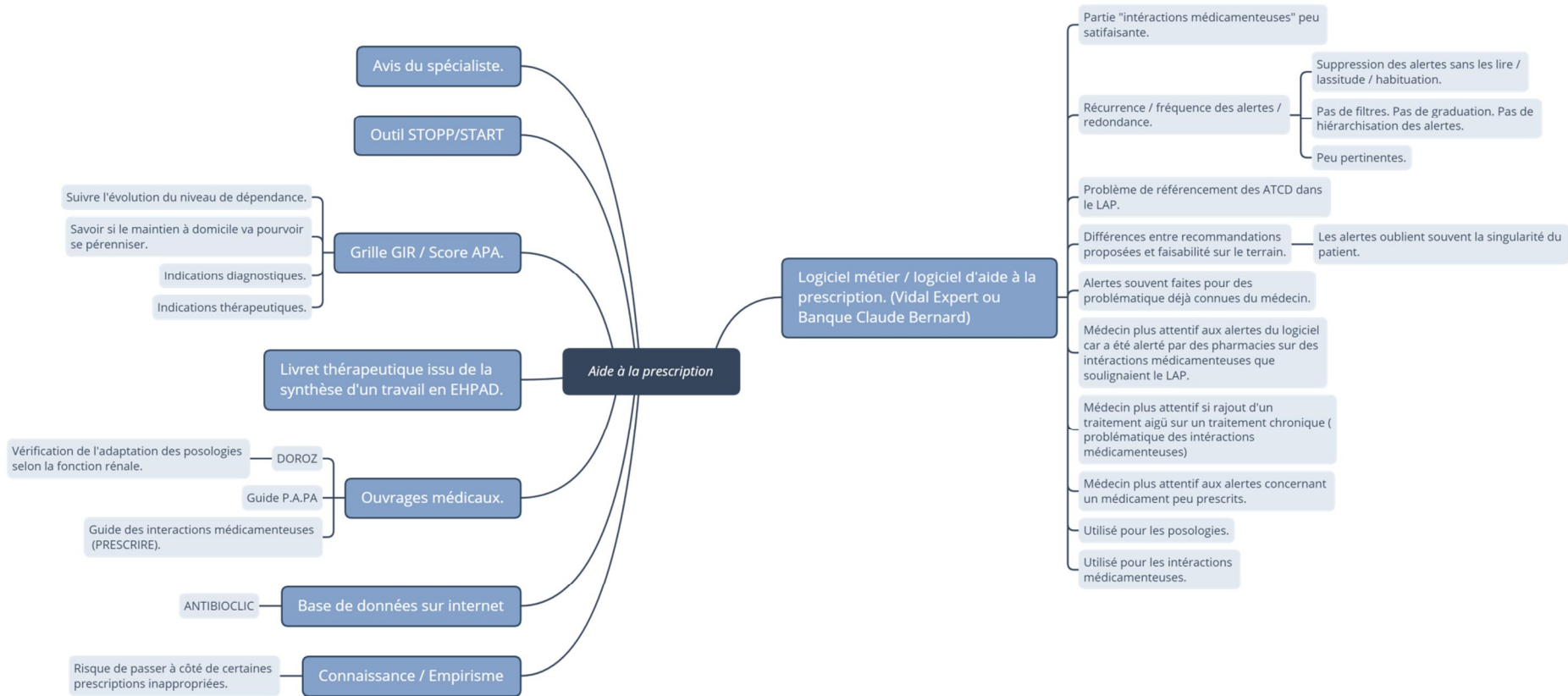


Figure 6 : Outils d'aide à la prescription utilisés en médecine ambulatoire.

C. L'outil STOPP/START v.2 informatisé.

La plupart des médecins n'avait pas connaissance de l'outil STOPP/START avant d'être investigateur de l'étude TAPAGE.

Seul un médecin (M9) avait connaissance de cet outil avant de l'utiliser au travers de l'étude : « *J'en avais entendu parler mais je ne l'avais jamais utilisé. Je pense que c'était peut-être en congrès.* »

Pour mieux évaluer cet outil en médecine générale, nos résultats présenteront deux angles d'analyse principaux et questionneront sa pertinence théorique et sa pertinence pratique.

1. Pertinence théorique.

Cf. figure 7.

a) Pertinence théorique positive.

Dans l'ensemble, la plupart des médecins s'accordent pour dire que l'outil est pertinent d'un point-de-vue théorique selon plusieurs critères.

- M1 : « *Donc, effectivement, la pertinence, oui, je la conçois complètement.* »
 - i. Concordant avec les concepts de « Misuse », « Overuse » et « Underuse ».

Comme décrit dans notre introduction, ces trois concepts font référence quand on se questionne sur les PMI chez le sujet âgé.

Pour une majorité de médecins interrogés, l'outil permet d'identifier ces concepts dans les prescriptions.

- M3 : « *Oui, dans les commentaires qu'on reçoit on voit bien entre le STOPP et START, donc pour ça c'est clair.* »
- M4 : « *Parce qu'en fin de compte, on va retrouver ces concepts, avec ce qu'on voyait sur l'analyse des ordonnances avec STOPP START, la partie effectivement des choses qui pourraient être arrêtées, des choses qui pourraient être initiées.* »
- M5 : « *[...] oui, je pense avoir retrouvé les concepts.* »

A la question « Diriez-vous que l'outil STOPP/START permet de repérer ces situations en pratique courante ? », le médecin 6 répond :

- M6 : « *Ah oui, complètement (ton ferme). J'ai l'impression que l'utilisation [...] que j'en ai eu, ça peut détecter justement ces cas-là.* »

Le médecin 8 répond :

- M8 : « *probablement* »

Et le médecin 9 :

- M9 : « *[...] je vais dire probablement.* »

Seul le médecin 2 n'est pas d'accord avec ses confrères. A la question « Diriez-vous que l'outil STOPP/START permet de repérer ces situations en pratique courante ? », il répond :

- M2 : « *Non, pas vraiment parce qu'en fait ils te donnaient pas réellement d'explications.* »

ii. Révélateur de situations de START oubliées.

L'ensemble des médecins ont reconnu que l'outil avait un intérêt pour révéler des situations d'oubli de prescription essentiellement concernant la vitamine D et le vaccin anti-pneumococcique.

- M1 : « *Pour ma part, sur les dossiers patients que j'avais, j'ai eu quand même des situations de START.* » ; « *[...] ah ben tiens, la vitamine D, tiens zut ! J'ai oublié la vitamine D. La vaccination contre le pneumocoque, tiens à ben oui, j'ai oublié, ben tiens voilà je vais le faire. Ça m'a permis de mettre des choses que j'aurais pas fait.* »
- M2 : « *Après, j'ai eu pas mal de retours de vaccinations chez des gens que j'oubliais complètement, des diabétiques par exemple. Donc voilà, je fais plus attention à ça.* », « *Après, bon les vitamines D [...] peut-être une ou deux alertes sur la vitamine D chez les sujets qui risquent de tomber.* »
- M3 : « *[...] des fois ça m'a fait penser à la vitamine D que je pensais pas forcément à prescrire systématiquement, pour ceux qui ont tendance à chuter, et le vaccin PNEUMOVAX®.* »
- M4 : « *[...] j'ai eu un cas de figure où j'ai initié, ça m'est arrivé deux fois. C'est pour la vaccination contre le pneumocoque. Deux fois c'étaient des patients avec une insuffi-*

sance rénale pour lesquels je n'avais pas pensé [...] à faire la vaccination anti-pneumocoque. ».

- M5 : « Donc la vitamine D. Vaccin pneumocoque. Je suis pas très bonne là-dessus, donc ça m'en a fait prescrire à quelques patients. »
- M6 : « Ça m'a servi, y a un cas précis, je me souviens, je me suis dit : ben là, voilà, y a une vraie utilité, parce que j'y avais pas du tout pensé, c'était une vaccination pneumocoque chez une personne âgée qui rentrait dans les indications que j'avais pas vaccinée. C'est vrai, bien joué. »
- M7 : « Pour ce qui est des rappels en termes vaccinaux, la vaccination anti-pneumococcique, moi ça m'a aidé quand même, à aller faire le point sur mes patients et à voir à quand remontait le dernier vaccin anti-pneumococcique, les indications aussi, mais c'était surtout la date des derniers vaccins, donc ça c'était intéressant. »
- M8 : « La vitamine D : déjà y avait ça [...] je l'avais pas [...] j'avoue volontiers que je dois effectivement négliger certaines vitamines D chez certaines patientes. », « Sinon, y avait la vaccination anti-pneumococcique qui est apparue quelques fois effectivement. »
- M9 : « C'était notamment se reposer la question de la mise à jour des vaccinations, chez des gens qui ont des pathologies chroniques [...]. De l'UVEDOSE® [...]. Donc, plus des choses de prévention. », « [...] ça m'a permis de me reposer la question de certaines vaccinations, notamment le pneumocoque ou ce genre de choses, d'ajouter de l'UVEDOSE®. »

iii. Rappels intéressants.

La plupart des médecins s'accordent pour dire que l'outil leur a permis de faire des rappels intéressants sur certains médicaments voire sur certaines pathologies.

- M1 : « [...] c'est toujours intéressant d'avoir un petit rappel comme ça sur certains médicaments que l'on renouvelle ou d'autres qu'on ne met pas [...] alors qu'ils devraient y être. »
- M3 : « [...] ça m'a permis de faire des rappels. »
- M4 : « Après, y avait des alertes plus pertinentes, pour reprendre encore le potassium, [...] on mettait sur une ordonnance deux ou trois médicaments qui pouvaient provoquer des majorations de potassium, effectivement, si y a des lignes qui montrent deux ou trois

fois de suite le même problème, (...) on peut être un peu plus vigilant par exemple sur les prises de sang qui vont suivre le potassium. »

- M6 : *« Alors pertinentes oui toujours, c'est-à-dire, me rappeler qu'il y a un risque hémorragique chez des personnes de plus de 75 ans qui sont sous KARDEGIC® »*
- M8 : *« Ça a peut-être fait une piqûre de rappel sur le fait d'être attentif au pourquoi de quel médicament, de quelle pathologie et pas justement de rester dans la routine de dire : voilà, le patient, ça fait vingt ans qu'il a sa statine, on va lui laisser sa statine. », « En soi, c'est toujours intéressant d'avoir des piqûres de rappel. »*
- M9 : *« Après, je trouve que c'est intéressant qu'ils remettent certaines recommandations, c'est-à-dire [...] ils me mettaient des conseils liés au traitement. Sur des antiagrégants plaquettaires, sur la METFORMINE®, je crois que c'est sur la METFORMINE® qu'ils disent qu'en cas d'association avec les bêtabloquants, attention aux hypoglycémies ou ce genre de choses. Enfin voilà, ils donnaient quelques conseils [...] qui peuvent être intéressants effectivement de connaître, puis de remettre en tête, de se reposer les bonnes questions. », « [...] mais bon, je me dis que, des fois, c'est pas mal parce que effectivement, sur des gens qui peuvent garder des AVK à vie sur une EP, on en voit plein donc ça permet de se reposer la question. [...] les ARA II en présence d'un antécédent d'hyperkaliémie, voilà, des fois ils font des petits flashes d'infos qui peuvent être intéressantes. »*

iv. Modification d'une prescription inappropriée faite par un spécialiste.

L'outil a permis de remettre en question des prescriptions inappropriées faites par des spécialistes qui perduraient sur l'ordonnance.

- M2 : *« [...] je m'étais jamais posée la question, il était sous KARDEGIC 160® par le cardio depuis la Saint Glinglin. Je m'étais jamais posé cette question-là et c'est vrai que lui me dit : pas d'indications à 160, passer à 75. »*
- M7 : *« La plupart du temps, c'étaient des choses qui étaient prescrites, qui avaient été initiées par des spécialistes, que les spécialistes [...] continuent à prescrire que ce soit des anticoagulants pour un trouble du rythme qui n'a pas été authentifié, qui date de plus d'un an et demi ou deux ans, qui continuent à être sous traitement par AVK et ben à ce*

moment-là, on se repose la question, on refait des investigations et on se redonne vraiment le temps de savoir si c'est justifié. »

- M9 : *« Quelques KARDEGIC® qui étaient prescrits en 160 par des spécialistes et que du coup, j'ai repassé en 75 puisqu'ils réexpliquent les reco notamment pour ce genre de choses. », « [...] moi, ma principale difficulté, c'est des gens qui ont plusieurs maladies chroniques, qui vont avoir un suivi spécialisé. Les spécialistes prescrivent des choses, on a plusieurs spécialistes qui prescrivent différentes choses et puis bon, on est sensé faire la synthèse de tout ça, mais en étant médecin généraliste, en ayant la pression du médecin spécialiste qui a prescrit avant. »*

v. Amélioration du dossier médical du médecin.

Quelques médecins ont évoqué l'outil comme une aide, non pas à l'optimisation des ordonnances mais à l'amélioration du dossier médical du patient.

- M7 : *« [...] ça demande à se repencher dessus (NDLR : sur la situation clinique du patient), à se remettre devant le dossier clinique et savoir, item après item, si c'est justifié, si il faut arrêter, s'il faut recommencer, mais en soi, c'était intéressant. »*
- M8 : *« Après, pour moi, le gros [...] c'est le fait de voilà reprendre le dossier entre guillemets de ces patients et de me dire bon, [...] il va falloir être précis, donc j'ai un historique informatique, j'ai un dossier informatique mais du coup, j'ai repris [...] le dossier papier de mon prédécesseur et voilà j'ai complété certaines choses et effectivement, j'ai découvert certaines choses chez les patients qui faisaient partie de leur passif. », « Comprendre...apprendre un petit peu plus des gens. Donc,[...], une amélioration du propre dossier médical que j'ai au cabinet. On va dire qu'il y a la moitié des dossiers qui étaient corrects et l'autre moitié [...] qui ont dû avoir leur dossier agrémenté de choses et puis de détails ne serait-ce que leur vie, leurs antécédents qui ont été utiles. »*

vi. Ouverture d'un dialogue avec le patient pour le convaincre d'initier ou d'arrêter un traitement.

À défaut de modifier les ordonnances, certains médecins reconnaissent que l'outil leur a permis d'ouvrir un dialogue avec leur patient sur certains médicaments qu'ils jugeaient nécessaires ou, au contraire, inappropriés.

- M6 : « ...alors, après, sans que ça déclenche un arrêt mais au moins, une discussion autour de l'arrêt de telle benzodiazépine [...], ça peut aussi déclencher des discussions, des questionnements sans qu'il y ait forcément un arrêt mais c'est déjà un premier pas (sourires). Ça fait partie aussi peut-être de l'éducation thérapeutique du patient, et si ça peut être au moins un outil pour ça, pourquoi pas. »
- M7 : « Donc, en fait, en leur expliquant qu'il y avait cet outil d'étude, qui reprenait un peu les différentes recommandations, toujours dans le but d'être plus bénéfique pour eux et le moins délétère surtout au niveau des médicaments, il y avait aucun souci pour qu'ils l'acceptent. », « [...] j'essayais vraiment de m'en servir et de rappeler les recommandations concernant les hypnotiques, les études qui sont en cours de développement concernant la prescription des hypnotiques au long cours...voilà, tout ça, ça m'aidait dans le discours d'une réduction pour un arrêt. »
- M9 : « Oui, sur la vaccination. Je suis en train de repenser que sur un ou une patiente, je sais plus, j'ai proposé la vaccination et du coup, j'ai eu un refus catégorique sur des patients anti-vaccination et donc là, on a rediscuté longuement, ça m'a permis de reprendre les choses, de les informer, de discuter par rapport à la vaccination. »

vii. Réassurance du médecin sur ses prescriptions.

Un seul médecin (M3) a évoqué l'aspect rassurant de l'outil pour le conforter dans ses prescriptions.

- M3 : « Ça a un côté rassurant quand même, c'est positif parce que j'ai pas eu de demandes majeures à modifier, donc au moins ça a permis pour des patients comme ça qui sont peut-être difficiles, plus délicats à suivre, d'avoir quelque chose qui me dit c'est bonnes prescriptions sont cohérentes. »

viii. Alerte sur des médicaments peu utilisés en médecine ambulatoire.

Un seul médecin a perçu comme utile les alertes qui concernaient les médicaments qu'il avait peu l'occasion d'utiliser dans sa pratique quotidienne.

- M3 : « Et après, [...], c'est une patiente qui était sous HUMIRA®, il fallait de l'acide folique et du coup, je l'ai rajouté. [...] Donc, c'est plus ces traitements-là qu'on utilise moins tous les jours à la limite quoi. »

- ix. Proposition d'instaurer un même traitement pour d'autres patients dans des situations cliniques similaires.

Un médecin (M3) dit penser à l'instauration de certains traitements en pratique courante pour ses patients même en dehors de l'étude.

- M3 : « [...] en dehors de l'étude, je continue maintenant à penser plus facilement à prescrire de la vitamine D et le vaccin PNEUMOVAX®. »

- x. Aide au tri des médicaments.

- M2 : « L'idée m'a séduite. Moi, je trouve que c'était pas mal : ça nous aide à faire un tri. »
- M9 : « Parfois c'est compliqué de faire le tri sur des choses qui sont recommandées pour telles pathologies mais qui vont interférer avec d'autres pathologies et c'est peut-être là que l'outil peut nous aider. »

- xi. Remise en question plus rapide de l'ordonnance qu'en l'absence de l'outil.

Deux médecins reconnaissent que l'outil leur a permis de remettre en question leurs ordonnances plus rapidement que s'ils n'avaient pas utilisé l'outil.

- M6 : « [...] l'outil est intéressant et ça nous fait nous poser des questions à chaque ordonnance. Il a au moins permis ça : remettre en question l'ordonnance. », « Ça aide à se remettre en question et essayer d'élaguer un peu l'ordonnance. »
- M7 : « Ça m'a amené à effectivement [...] me reposer la question de savoir s'ils étaient justifiés. »

À la question « Si vous n'aviez pas utilisé l'outil, vous seriez-vous posé la question de la même façon ? », le médecin 7 répond :

- M7 : « Sûrement mais peut-être plus tardivement. »

b) Pertinence théorique négative.

À la question « Est-ce que tu as trouvé les alertes pertinentes ? », le médecin 4 répond :

- M4 : « Pas forcément, pas tout le temps. »

- i. Pas ou peu de modifications d'ordonnance / poursuite d'un médicament efficace malgré des effets indésirables connus.

Tous les médecins sont unanimes pour dire que l'utilisation de l'outil n'a pas modifié en profondeur leurs ordonnances.

- M1 : « [...] pour les STOPP [...] je dirais que y a un certain nombre de choses qui restaient sur les ordonnances parce qu'elles devaient rester, qui n'étaient pas dans les reco mais je ne pouvais pas les enlever.[...] on sait qu'il va y avoir un effet indésirable mais on ne l'enlève pas parce qu'on le met pour l'efficacité. », « Donc, c'est pour cette raison que tous les médicaments que le formulaire START/STOPP me demandait d'arrêter, je ne les ai pas arrêtés. D'ailleurs, j'en ai arrêté très peu. »
- M4 : « Mais ça n'a pas beaucoup modifié la prescription. », « C'est plutôt à 95% non. »
- M5 : « [...] ça a eu assez peu d'impact sur mes ordonnances au final. », « l'ordonnance de début d'étude et l'ordonnance à dix-huit mois, sauf évènements intercurrents, elle est à peu près pareille. »
- M7 : « Transformé dans l'ensemble mon ordonnance, jamais. »
- M8 : « [...] honnêtement, j'ai peu modifié mes prescriptions. [...] j'ai pas dû suivre énormément de recommandations pour être honnête. », « [...] mais en même temps, je vais pas l'arrêter parce que si je l'ai mis c'est qu'il y avait bien une raison. »
- M9 : « [...] non, y a pas eu énormément de modifications, en tous cas, j'ai rarement arrêté une molécule par exemple. »

À la question « Si une situation de START ou de STOPP apparaissait, est-ce que tu modifierais ton ordonnance ? », le médecin 2 répond :

- M2 : « Alors, non. Pas à chaque fois. », « Ces histoires d'IEC c'était tout le temps STOPP donc je l'ai jamais fait. »

À cette même question, le médecin 3 répond :

- M3 : « Non du coup, parce que [...] à force de faire, on voyait que finalement, un médicament était automatiquement relié à une proposition d'arrêt et du coup, non, si on devait tout prendre en compte, toutes les ordonnances auraient été modifiées mais ça aurait été problématique quoi. »

ii. Trop de propositions par patient. / Redondance et multiplicité des alertes.

La difficulté évoquée par les médecins au sujet de leur LAP semble être aussi rencontrée avec l'outil STOPP/START pour une majorité de médecin.

- M3 : « [...] parce que des modifications, il en proposait tout le temps, systématiquement en fait », « Au final, par patient y avait deux ou trois feuilles de propositions. »
- M4 : « oui, les alertes que ça donne, ça te met facilement une page et demie, deux pages à lire, par patient, par prescription. », « J'avais parfois l'impression qu'il y avait deux alertes pour un médicament. Par exemple, sur cinq médicaments, j'avais dix alertes. Alors, peut-être que c'est réellement le cas, mais je pense que si on veut mettre vraiment des alertes pour tout ce qu'il y a avec des médicaments, on peut faire des pages et des pages. »
- M5 : « Non, y avait plus, beaucoup beaucoup plus d'alertes qu'autre chose. », « Ça donne beaucoup beaucoup de propositions quand même. », « [...] donc en fait je m'en fous de tout ce qu'il me dit donc on n'a pas envie d'utiliser l'outil. », « Enfin plus de la moitié des items, on les ignore complètement. »
- M6 : « [...] le problème c'est que comme c'est à chaque ordonnance, à chaque médicament prescrit, au bout d'un moment, [...], je ne le vois plus, je ne le regarde plus, je ferme les fenêtres avant de l'avoir lu. », « J'ai jamais eu de cas où il y avait rien au niveau STOPP ou rien au niveau START. »
- M7 : « [...] mais c'est toujours pareil, quand on en met beaucoup, ça nous fait deux pages ou trois pages [...] on a tendance à lire plus en diagonale quand y a vraiment beaucoup d'informations. »
- M8 : « [...] oui, il y avait des redondances. »
- M9 : « C'est très redondant, c'est toujours les mêmes choses qui ressortent.[...] après la difficulté c'est que si y a trop d'alertes et ben ça perd un peu de son sens, parce que du coup, s'il faut deux heures pour lire le compte-rendu et que finalement on modifie rien, on va le faire une ou deux fois puis on va arrêter de le faire [...] si y a des alertes en permanence pour des choses qui sont pas hyper dangereuses, on les lit plus. »

iii. Risque de rater une donnée importante car trop d'informations.

- M3 : « [...] les derniers je les lisais en diagonale [...], je regardais pas forcément les commentaires. »
- M5 : « [...] les alarmes du logiciel, il y en a tellement qu'on passe dessus, [...] à mettre des alertes sur tout, on se dit oui ben encore l'alerte et du coup, c'est le risque de pas faire le truc important. »
- M6 : « Je ferme les fenêtres en me disant, je sais, je sais, je sais et que je risque peut-être comme ça de passer à côté d'une information qui me servirait réellement. »

iv. Évidence de certaines alertes / impression du médecin de s'être déjà posé la question avant l'utilisation de l'outil.

Beaucoup de médecins ont évoqué le faible niveau de pertinence théorique des alertes, la plupart du temps avec des notions déjà connues du médecin.

- M3 : « [...] y a ce que ça signalait en fait, c'était des effets secondaires que je connaissais, des trucs, [...], ça paraissait bête, parce que quand il y a un traitement antihypertenseur et qu'ils disent attention, ça fait baisser la tension, ben oui, on s'en doute. Le KARDEGIC® pareil attention au risque de saignement, tout ça, oui mais on en a besoin du KARDEGIC® et même d'autres traitements, y en avait certains dans le lot avec les benzo, j'étais bien consciente que c'était pas bien mais il les avait, c'est que j'avais déjà essayé de les sevrer, [...] j'avais déjà pas réussi. C'est pas l'outil qui m'a permis de faire mieux. », « Tout ce qui est benzo, hypnotiques, [...] je pense que les médecins en ont conscience quand même. »
- M4 : « [...] ça me demandait de bien surveiller la kaliémie quand il avait du potassium per os en prescription. C'est des choses qui m'aidaient pas forcément en fin de compte. [...] C'est des choses qu'à priori je savais déjà. L'outil ne m'a pas apporté sur ma prescription au quotidien », « [...] c'est vrai que c'est un outil qui [...] soulève de l'agacement et de l'incompréhension sur les alertes qui sont faites, [...] qui semblent vraiment pas justifiées ou alors qui sont des choses qui pour nous, coulent presque de source, nous dire qu'il faut faire attention au saignement chez un patient qui est sous anticoagulant, ou alors le

potassium chez quelqu'un qui prend du potassium per os, je vois pas l'intérêt de l'alerte. »

- M6 : *« J'ai l'impression de m'être déjà posée la question avant, quand c'est pour des médicaments qui sont très banals, très courants. »*
- M8 : *« [...] en même temps, on sait que, enfin j'ose espérer qu'on sait que si on met un bétabloquant, il y a un risque de bradycardie. »*

v. Manque d'individualisation / nécessité d'une relecture adaptée au patient / manque de finesse dans l'analyse.

Un certain nombre de médecins s'est plaint du manque d'adaptabilité à la singularité du patient des propositions faites.

- M2 : *« [...] l'explication c'était toujours la même [...]. Mais quand il y avait une modification à faire, c'est toujours la même phrase de recommandations. [...] j'avais l'impression que c'était pas vraiment adapté à ma prescription mais que c'était un ordinateur qui avait analysé le traitement et qui donnait la recommandation lambda pour tel médicament. J'avais plus l'impression de lire une fiche de reco que quelqu'un qui s'est posé la question de tiens, y a ça et ça, tel âge, telle fonction rénale, c'est pas terrible. Voilà, j'ai plus l'impression que c'était un truc automatique qu'une réflexion réelle. C'était toujours le même commentaire quelle que soit la situation. »*
- M3 : *« [...] c'était automatique. Je pense que c'est ce qui fait au final qu'il y a pas grand-chose qui m'a servi [...]. En effet, c'est typiquement le coup des antihypertenseurs, dire attention, ça fait baisser la tension, ben oui mais je contrôle bien la tension, je vois bien qu'il a besoin de ce traitement. »*
- M4 : *« [...] j'ai trouvé effectivement parfois les propositions qui étaient faites par le logiciel n'étaient pas adaptées au problème du patient. Effectivement, ça donne des informations d'ordre général mais régulièrement, ça ne collait pas en fait avec le cas du patient. »*
- M9 : *« [...] ils donnaient quelques conseils qui étaient pas forcément en adéquation avec mes patients. », « [...] des fois, ils font des petits flashes infos [...] qui ne sont pas toujours adaptés, c'est pour ça qu'il faut vraiment le relire et c'est pour ça que finalement, sur toutes les recommandations, y en a peu qu'on suit parce qu'y en a peu qui sont adaptées aux problèmes de nos patients. Ça manque d'individualisation finalement. »*

- vi. Absence de recoupage entre antécédents du patient et médicaments déjà prescrits. / Pas de prise en compte de la balance bénéfice/risque.

Un autre aspect de l'outil STOPP/START souligné par les médecins comme étant problématique est l'absence de connexion entre les traitements du patient et ses antécédents. Il s'en suit une absence de réflexion sur la balance bénéfice/risque de chaque médicament pour le patient.

- M1 : « *Et l'outil n'est pas suffisamment, comment dire, fin pour analyser la balance bénéfice/risque. [...] Je sais que c'est compliqué de prendre en compte une balance bénéfice/risque d'un médicament, puisque ça va être par rapport à un autre médicament mais effectivement là-dessus on coince un peu.* »
- M5 : « *On sait que le patient il a fait son infarctus, il a du KARDEGIC®, ça marque que la KARDEGIC®, ça augmente le risque hémorragique, oui mais il a fait un infarctus donc on le garde son KARDEGIC® quoi.* », « *[...] il n'y pas de deuxième niveau de lecture en croisant les antécédents et les prescriptions, [...] finalement, on a l'impression que c'est pas tellement rattaché aux antécédents.* », « *[...] mais la plupart des médicaments qu'on a rentrés dans le logiciel par rapport aux antécédents qu'on a rentrés, il y a une indication donc du coup, le logiciel il se pose pas la question de savoir si..., il part du principe que les médicaments sont pas forcément indiqués et il te propose de les arrêter en nous disant plein de bonne raisons [...] mais bon l'indication, elle y est. Finalement, ça pèse pas tellement la balance bénéfice/risque.* », « *[...] parce que du coup, c'est pas forcément rapporté aux antécédents, j'ai l'impression que le START est rapporté aux antécédents maintenant qu'on analyse et pas forcément le STOPP.* »
- M9 : « *Après des fois, y a des trucs qui correspondent strictement pas : pourquoi ils me remettent que sur un premier épisode de TVP, il faut arrêter à six mois mais si c'est pour une AC/FA.* »

- vii. Proposition d'ajout de traitement à un patient déjà bien équilibré.

L'aspect interventionniste de l'outil a été souligné par un médecin (M5) qui ne voyait pas l'utilité de rajouter un traitement à un patient déjà bien équilibré.

- M5 : « *Pareil, pour tout ce qui est antihypertenseurs, ce genre de choses, des fois ça proposait alors que bon, parce qu'on avait rentré hypertension dans les antécédents, bon le*

patient avait une hypertension qui est bien équilibrée, donc je vois pas pourquoi il faut rajouter. », « [...] donc, il propose un corticostéroïde inhalé pour la BPCO, ça pareil, ça se discute, parce que peut-être que mon BPCO est peut-être bien équilibré avec sa bithérapie, les cortico c'est pas ce qu'on met en premier. Euh, l'hypertenseur, il propose de mettre un antihypertenseur alors qu'il en a déjà un. »

viii. Discordance entre le STOPP et le START.

Quelques médecins ont souligné certaines contradictions entre les propositions de STOPP et de START.

- M2 : *« Par contre, j'ai pas compris forcément toujours, dès les premiers tours, j'ai pas compris leurs préconisations parce que souvent [...] tous les IEC, ils nous les font enlever, en nous disant attention, personnes âgées, risque rénal, risque hyperkaliémie, voilà, donc ils nous demandent d'enlever les IEC, risque d'hypotension, de chute et de l'autre côté, ils te disent hypertension, mettre un antihypertenseur. », « J'étais un peu étonnée avec il faut enlever ça dans la première partie où tu te dis comment je fais pour l'enlever ? et dans la deuxième partie, il faut introduire ça alors que finalement tes deux molécules peuvent être la même. Et ça s'est produit plusieurs fois », « [...] du coup, je me suis retrouvée avec tous ceux qui étaient sous IEC, à enlever les IEC et puis après, mettez-moi un antihypertenseur. Donc, ça m'a un peu déroutée. »*
- M7 : *« Autre chose, on retrouve souvent à la fois en STOPP ou en START des données qui se contredisaient. Pour dire un patient par exemple diabétique, introduction d'un ARA II et ensuite attention risque d'hypotension orthostatique avec les antihypertenseurs. »*

ix. Désaccord du médecin avec les propositions.

Plusieurs médecins ont verbalisé leur désaccord sur certaines propositions faites par l'outil.

- M1 : *« D'ailleurs, j'ai pas forcément starté, notamment quand on me demandait de mettre un anticholinestérasique, c'est effectivement des molécules qui sont sorties de ma pratique depuis longtemps, bien avant qu'ils soient déremboursés. », « Mais à chaque fois, effectivement, que je voyais arriver le START anticholinestérasique, ça me faisait sourire. »*

- M2 : « Alors c'est un peu déroutant parce que les IEC chez la personne âgée, ça me paraît pas être la molécule la moins adaptée. Y a des choses qui m'ont laissée un peu perplexe. »
- M5 : « [...] je trouve que l'outil STOPP/START proposait des instaurations de traitements dans des choses qui sont peut-être reco mais pas forcément prouvées, par exemple ça colle de la vitamine D à tout le monde, quand on sait que le bénéfice de la supplémentation en vitamine D chez la personne âgée reste encore à prouver, au-delà de la personne âgée dénutrie en EHPAD. », « [...] le logiciel proposait des choses avec lesquelles moi j'étais pas forcément d'accord ou c'était pas forcément prouvé. »
- M8 : « La vitamine D [...] l'indication est vaste et large et pas forcément établie. »
- M9 : « Tu vois la MEMANTINE® c'est pareil en START C, ça proposait de l'instaurer. »

x. Pas de hiérarchisation dans les traitements / Pas de prise en compte du degré de complexité des pathologies et du traitement.

D'après un médecin, tous les médicaments étaient analysés au même niveau de risque qu'ils soient administrés une fois par jour ou une fois par mois, ce qui est une idée connexe à l'absence de recoupage des antécédents avec le traitement.

- M2 : « [...] on te considère de la même façon, on te compte dans les dix médicaments, on te compte la vitamine D que tu prends qu'une fois dans le mois, on te le compte quand même. », « En fait, moi j'avais l'impression que c'était pas forcément les médicaments qui étaient analysés mais c'était tel médicament chez le sujet âgé.[...] Et j'avais l'impression que ça n'était pas du tout pris en compte, le degré de complexité des pathologies et du traitement. »

xi. Absence de prise en compte de la voie d'administration, de la galénique ou de la posologie.

- M2 : « [...] on considère de la même façon un topique qu'un médicament par la bouche. »
- M3 : « Après je pense que y a pas le concept de la posologie. [...] parce qu'on rentrait juste la molécule mais en effet, si c'était en trop grosse posologie pour l'âge ou la fonction rénale, ça rentrait pas en ligne de compte. »

D'un autre côté, ce même médecin 3 reconnaît :

- « *En même temps, c'était plus facile de rentrer le traitement sans posologie. J'étais bien contente d'avoir juste à taper le nom sans regarder la dose. Ça aurait rendu le travail plus long aussi.* »
- M5 : « *L'outil STOPP/START aussi, il regarde pas du tout la voie d'administration. Je me souviens, j'ai une patiente qui avait de l'ATROVENT® nasal et ça me mettait à chaque fois une alerte attention, anticholinergique, risque urinaire. Bon, elle en a dans le nez, alors oui, effectivement, y a un passage dans le sang, y a un risque, [...] alors après, peut-être qu'il aurait fallu arrêter, mais j'ai pas jugé que le risque de rétention urinaire par rapport à l'ATROVENT® nasal valait le coup de modifier l'ordonnance.* »
- M7 : « *[...] y avait pas de prise en considération des différentes posologies.[...] J'ai en tête par exemple ; la prescription d'IPP : y avait aucune différence entre le fait que l'IPP soit enregistré ou pris à mi-dose ou à dose complète, alors qu'effectivement, les recommandations au-delà de six semaines sur l'IPP pleine dose, elles étaient plus valides, pour autant, ça me mettait les alarmes.[...] Mais sur le fait qu'on puisse pas nuancer les posologies ou en tous cas, que ça soit pas pris en compte, c'était un problème.* »

xii. Pas de réflexion sur les interactions médicamenteuses.

Certains médecins se sont interrogés sur la notion d'interactions médicamenteuses et ont constaté l'absence de réponse à cette problématique au travers de l'outil.

- M2 : « *Il me semble pas avoir vu attention anticholinergique, interaction avec celui-là, j'ai pas vu ce genre de choses du tout.* », « *Moi, j'ai pas l'impression qu'il y était.* » (NDLR : le volet interactions médicamenteuses.)
- M6 : « *En fait, finalement, STOPP/START c'est pas tellement sur les interactions médicamenteuses.* »
- M9 : « *Quand tout est recommandé mais que ça fait pas bon ménage, comment on fait ?* »

xiii. Récidive des symptômes après un suivi de STOPP.

Quelques médecins ont constaté la récurrence des symptômes si un STOPP proposé était suivi et ont donc remis en question la pertinence théorique de la proposition.

- M1 : « Je pense notamment au PLAVIX® que j'ai arrêté chez une mamie, j'étais hésitant longtemps pour l'arrêter puis quand le STOPP/START me l'a sorti, j'ai dit allez, j'y vais. Manque de bol, six mois après, elle s'est rebouchée. [...] c'est sûr que ça pose question. »
- M5 : « [...] et le peu de choses que j'ai réussi à arrêter, les IPP notamment [...] à l'ordonnance d'après, les patients [...] ils redeviennent symptomatiques. »
- M8 : « Alors par exemple, les IPP c'est un peu particulier...je suis pas sûr que ce soient les patients qui veulent plus les avoir, je pense que c'est vraiment une résurgence de symptômes. »

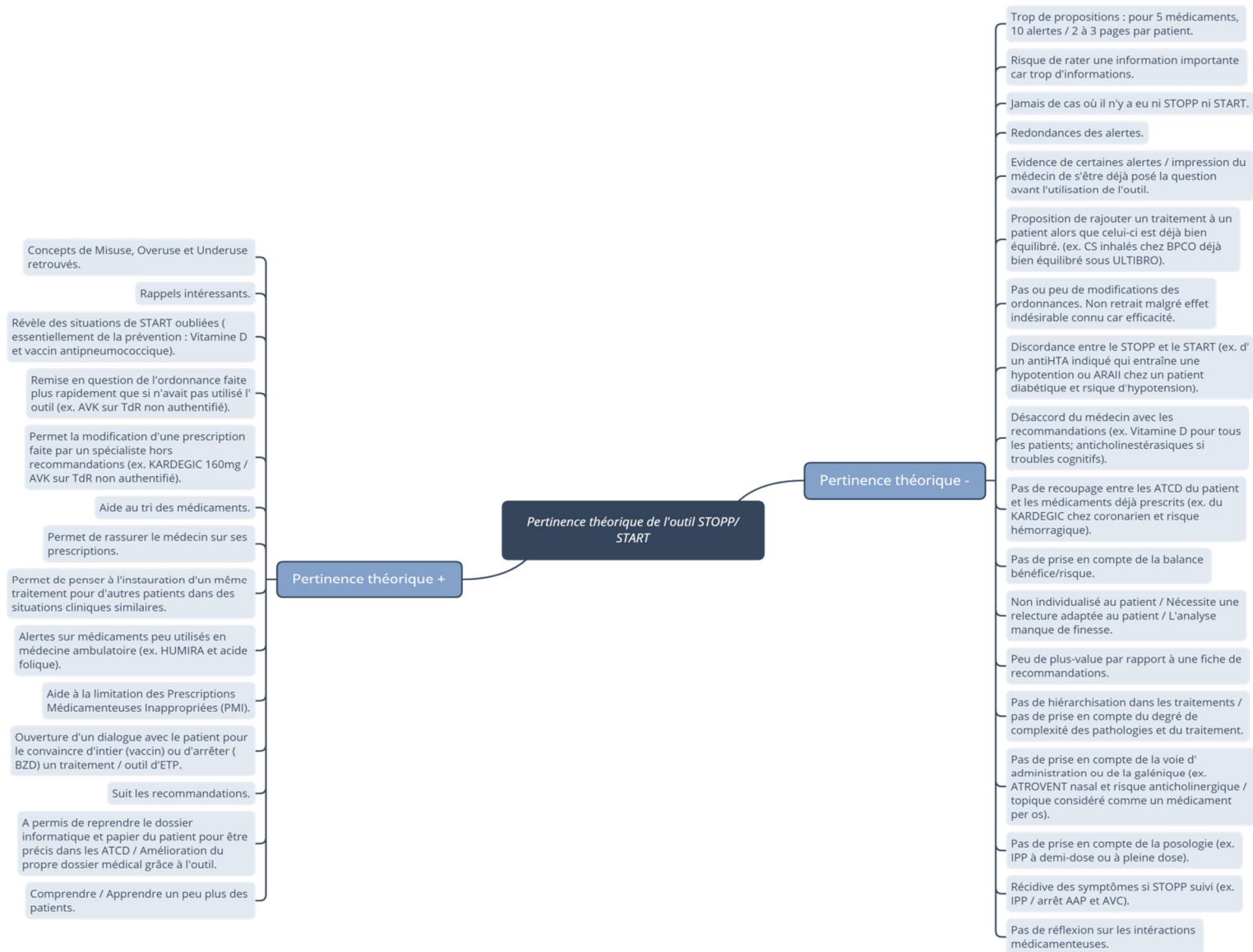


Figure 7 : Pertinence théorique de l'outil STOPP/START version 2 informatisé.

2. Pertinence pratique.

Cf. figure 8.

Les résultats sur la pertinence pratique de l'outil sont hétérogènes.

a) *Pertinence pratique positive.*

i. Interface facile à utiliser.

- M3 : « *Pour le coup, comme il est là, informatisé, oui, ça va parce que rentrer les médicaments, ça se faisait assez rapidement, et après, on avait le compte rendu en direct.* »
- M4 : « *En fin de compte, l'interface [...] ça m'a pas semblé super compliqué.* »
- M5 : « *[...] comme ça c'est effectivement plus rapide et facile.* », « *[...] alors sur la fluidité du truc, je suis d'accord, l'outil est pas mal parce que ça se rentre assez vite.* »

À la question « En terme d'utilisation pratique, est-ce que vous l'avez trouvé facile à utiliser ? », deux médecins répondent :

- M6 : « *Oui.* », « *Alors, non, pas de difficultés pratiques.* »
- M9 : « *L'outil en lui-même est facile à utiliser.* »

ii. Ergonomique.

À la question « En terme d'ergonomie, est-ce que vous l'avez trouvé facile à utiliser ? », le médecin 6 répond :

- M6 : « *Oui.* »
- M7 : « *Est-ce que c'était plutôt ergonomique ? En termes d'outil ou de rentrée des données, j'ai pas trouvé de difficulté là-dessus.* », « *Dans la façon de remplir l'ordonnance, [...] c'était pas plus compliqué que ça.* »
- M8 : « *Là c'était super [...] c'était des menus déroulants, c'était vraiment carré, il y avait des cases pour tout en fait* », « *Le menu était très carré dans le sens où on arrivait avec tout un tas de propositions, [...] finalement la plupart des choses était dans des menus semi-intuitifs en fait, on avait rarement des choses à rajouter en manuel.* »

Le médecin 5 ne partage pas cet avis :

- M5 : « *[...] C'est quand même contraignant de devoir rentrer dans un autre truc à part tous les médicaments, sortir le truc, analyser.* »

iii. Peu chronophage.

- M1 : « *En terme de temps, [...] je pense que c'était gérable. [...] Y avait d'autres difficultés mais pas celle du temps. »* »
- M6 : « *Non. Parce qu'une fois qu'on l'a fait une ou deux fois, en fait, on sait la façon dont c'est présenté, donc on s'habitue au visuel et ça va plus vite. »* »
- M9 : « *[...] sur l'outil en lui-même, c'était rapide. »* »

iv. Utilité du support imprimé pour la lecture immédiate et ultérieure.

- M1 : « *[...] oui, c'est toujours intéressant d'avoir quelque part un support (insiste avec la main en guise de support.) »* »
- M7 : « *[...] j'aimais bien avoir un support papier plutôt que de faire défiler. »* »

v. Saisie des antécédents plus facile que dans un logiciel métier.

- M8 : « *Pour le coup, c'était quand- même bien plus simple de saisir une maladie ou un antécédent avec le logiciel de TAPAGE qu'avec mon logiciel métier qui me propose douze mille trucs pour une même pathologie mais qui a pas forcément tout le temps la bonne. »* »

vi. Analyse brute et automatisée.

- M5 : « *[...] en même temps, c'est peut-être bien d'avoir une analyse automatisée et brute sans réfléchir des interactions des médicaments entre eux, de l'impact. »* »

b) *Pertinence pratique négative.*

i. Allongement du temps de consultation déjà long.

Tous les médecins ne sont pas d'accord sur le temps d'utilisation que demandait l'outil.

- M1 : « *Ça prenait trop de temps pour le faire. »* »
- M2 : « *Alors t'as perdu un temps phénoménal, parce que mine de rien, ça te demande du temps », « Franchement, c'était long, très long. »* »

À la relance « Y-avait-il un critère de temps qui rentrait en ligne de compte ? », le médecin 3 répond :

- M3 : « *Oui, c'est sûr. Sur des consultations qui sont plutôt longues en plus de base. »* »
- M4 : « *[...] Au-delà du fait que effectivement, c'était chronophage. »* »
- M5 : « *[...] si on veut tout lire bien, en consultation, pour le coup ça plombe un peu le timing. »* »
- M7 : « *Ça prend plus de temps que les outils qu'on a à disposition actuellement. Beaucoup plus de temps, non. Plus de temps, certainement. »* »
- M8 : « *C'était chronophage clairement. »*, « *Après, ça demande malgré tout un surplus de temps [...] à chaque consultation pour valider les choses. »* »

ii. Inutilisable en per consultation / modification a posteriori des ordonnances.

- M1 : « *Alors, déjà de façon purement pratique, je le faisais pas pendant la consultation. J'ai toujours fait après. »*, « *Alors effectivement, le peu de médicaments que j'ai arrêté où j'ai suivi le STOPP, je l'ai fait la consultation d'après. Je l'ai pas fait sur la consultation même. »* »
- M2 : « *Je le faisais pas en direct. [...] donc du coup, ça je me le marquait dans le dossier, la fois d'après quand je voyais les gens, je leur disais bon ben là on n'a peut-être plus l'indication machin et puis, ça je les ai bougé comme ça. »* »
- M3 : « *Je faisais après (NDLR : la consultation) [...] pour me pencher sur le dossier pour bien vérifier que j'oubliais pas d'antécédents. »* »
- M4 : « *Non, jamais quand j'avais le patient en consultation parce que ça aurait pris trop de temps »*, « *La prochaine fois. Ou alors, je les appelais, ça m'est arrivé pour le pneumocoque, je les ai appelés. [...] J'avais pas beaucoup d'explications à leur donner, donc je les ai appelés pour le prescrire, pour la modification. »* »
- M6 : « *Si je voulais modifier, je me le mettais dans une note sur le dossier patient informatique [...] ça apparaissait quand j'ouvrais la note pour la fois d'après. »* »
- M7 : « *[...] je reprenais l'ancienne feuille STOPP/START de la consultation précédente pour ensuite voir un petit peu si c'était dans le cadre d'un renouvellement, voir ce qui pouvait être utilisé. »* »
- M8 : « *J'étais seul face à mon ordinateur, mon ordonnance, mes antécédents. »* »

- M9 : « Euh... en général, c'était plutôt après la consultation [...] donc ça a été décalé, c'est un peu le regret que j'ai par rapport à l'étude c'est que du coup, y a plein de choses qui ont fait que [...] je l'ai jamais utilisé en consultation face à mon patient. », « Je me retrouvais à discuter a posteriori et du coup à changer les choses a posteriori, c'est peut-être ce qui m'a le moins convenu du coup. »

iii. Peu intuitif.

À la question « Est-ce que le logiciel t'a semblé intuitif ? », le médecin 2 répond :

- M2 : « Pas du tout. Non, pas du tout. [...] Je comprenais pas ce qu'il fallait que je rajoute donc, après, y a des fois où ça m'énervait tellement où je disais bon, ben cet antécédent, il rentre pas dans leur liste, il a pas de médicaments, ben c'est pas grave, je vais pas leur dire, tu vois. », « Leur outil, il est absolument lourd. »

iv. Faible bénéfice du temps passé sur l'outil.

- M4 : « On a l'impression que parfois, c'est pas un temps qui est bénéfique. », « [...] ça me prendrait plus de temps que le bénéfice que je peux en tirer, même si voilà, on peut pas quantifier le bénéfice. »

v. Résultats peu lisibles.

- M9 : « Les STOPP B ; B8, B11, STOPP C, C3, C8, C9, je trouve que c'est pas forcément hyper lisible en fait. »

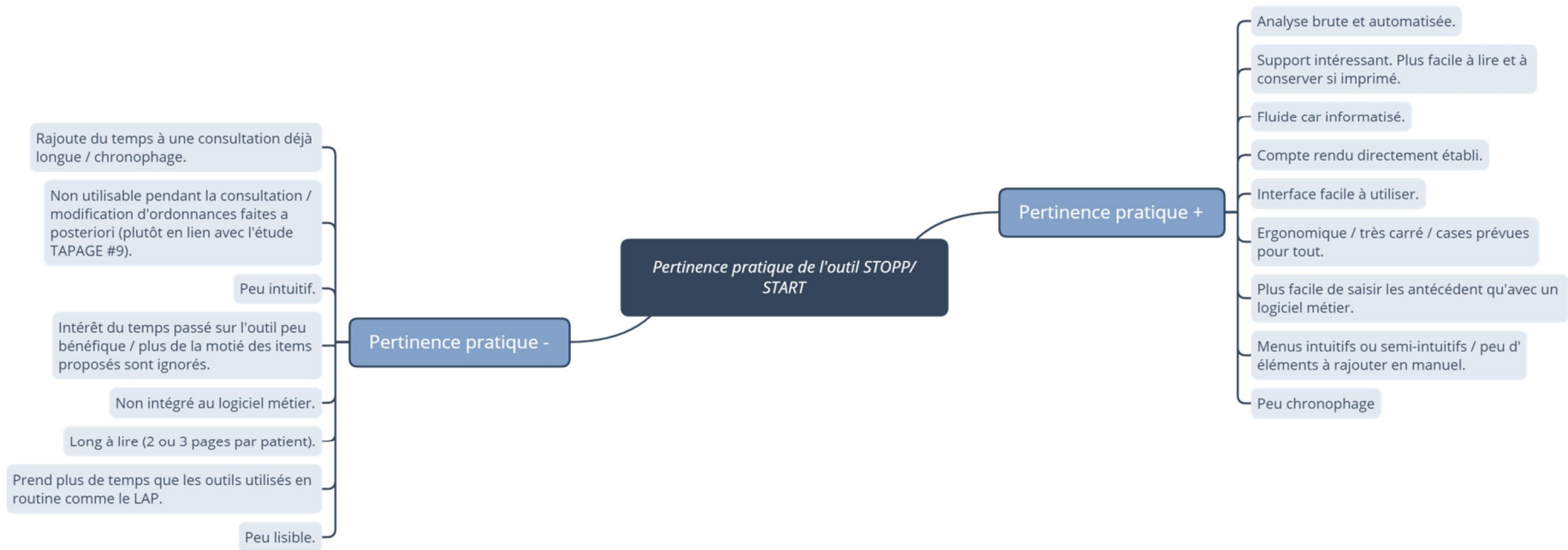


Figure 8 : Pertinence pratique de l'outil STOPP/START version 2 informatisé.

D. Devenir de l'outil STOPP/START v.2 informatisé.

Cf. figure 9.

1. Utilisation en pratique courante.

À la question, « utiliserez-vous l'outil en pratique courante ? », quelques médecins ont répondu par l'affirmative à condition qu'il soit amélioré :

- M1 : « *Si il est amélioré, oui. »*
- M5 : « *Oui, je pense que oui, à condition que je sois convaincue, que j'y vois un intérêt ce qui n'était pas forcément le cas mais là, tu vois, en reparler avec toi, ça me fait réfléchir là-dessus, je pense qu'il y a quand même des bonnes choses à prendre. »*

Un médecin (M4) verbalise le fait que l'outil lui semble difficile à utiliser tel qu'il est conçu aujourd'hui :

- M4 : « *Euh...dans l'état actuel, je ne pense pas. Non, je ne pense pas que je pourrais [...]* », « *Donc, moi, je pense que c'est perfectible encore. Ça doit être perfectionné pour pouvoir être utilisé en pratique. À l'heure actuelle, moi je l'utiliserai pas. »*

Le médecin 2 est partagé en disant : « *Je ne désespère pas. [...]Mais sur le même outil STOPP/START, donc du coup, moi je pense que ça va être un truc intéressant mais, sur celui-là, ça m'a pas convenu. »*

2. Améliorations.

a) Simplifier les interfaces.

Le médecin 1 nous dit : « *Oui, je pense que ce serait intéressant en le rendant vraiment pratique au maximum, ce qui manque un peu aujourd'hui, à mon avis. »*

Le médecin 8 le verbalise tel quel : « *[...] il faut déjà simplifier les interfaces. »*

i. Intégrer l'outil au logiciel métier et le valoriser comme un outil issu de la recherche médicale.

- M1 : « *Et pourquoi pas l'intégrer à un logiciel médical, avec les principaux logiciels médicaux. Passer un partenariat avec eux et l'intégrer comme étant un produit issu de la recherche en médecine générale et pouvoir l'intégrer qu'il soit plus pertinent que les logi-*

ciels actuels intégrés aux logiciels médicaux qui sont issus du Vidal™, de la HAS et tout ça souvent. »

- M3 : *« Déjà pour qu'il soit utilisable, il faut que ce soit intégré au logiciel parce que [...] si ça devait être fait vraiment en pratique avec tous les patients, on pourrait pas tout le temps rentrer à part les antécédents et le traitement donc, faut que ça récupère directement du dossier les antécédents et le traitement. »*
- M5 : *« Oui, je reste que si ils veulent que ce soit utilisé, il faut que ce soit intégré au logiciel. »*

ii. Pouvoir valider dans l'outil une alerte qui a déjà été prise en compte.

- M3 : *« Encore que le vaccin, il suffirait de le dire une fois mais si il répète le vaccin à chaque fois, ce sera un peu...oui, il faudrait qu'il capte aussi si le patient a vraiment été vacciné. »*
- M8 : *« Ou après, il faudrait pouvoir le paramétrer et dire bon ben ça c'est bon, je le sais maintenant on le dégage. [...] voilà ça c'est bon maintenant, on le sait, on coche et voilà. »*
- M9 : *« Ben peut-être justement la prise en charge de ce qui a été modifié, c'est-à-dire, ne pas remettre les mêmes conseils ou les mêmes recommandations à chaque fois, peut-être de pouvoir dire on a bien pris en compte telle ou telle remarque et que du coup ça ressorte pas systématiquement. »*

b) Améliorer la qualité du contenu.

i. Diminuer le nombre d'alertes en hiérarchisant leur importance.

- M4 : *« Je pense que si on arrivait à réduire le nombre de lignes à lire, donc le nombre d'alertes. »*
- M7 : *« Peut-être les redondances éventuelles qu'on pourrait remettre sur la table. C'est des petites choses que nous, de toutes façons, on occulte quand on le lit mais qui diminue la taille des choses à lire, la quantité d'information et donc, un gain de temps indéniable. »*

ii. Croiser les antécédents et le traitement chronique du patient / problématique du codage des antécédents.

- M5 : « [...] et puis même pour que ce soit intégré au logiciel et que ce soit efficace, il faudrait qu'on code nos antécédents », « [...] peut-être en améliorant un peu la pertinence, en la rapportant aux antécédents, notamment sur toutes les propositions d'arrêts, toutes les propositions d'arrêts que ce soit raccordé aux antécédents. »
- M8 : « [...] pouvoir mettre des choses non pas en texte libre, parce que texte libre ne veut rien dire pour un truc informatique, donc ça analysera à moitié les choses. Il faudrait un langage clair. »

iii. Donner plus d'explications sur le résultat de l'analyse.

- M2 : « En fait, moi j'aurais aimé plus d'explications du pourquoi du comment en fait. Pourquoi celui-là fallait l'arrêter ou celui-là fallait le prendre, concrètement en fait. », « J'ai pas forcément compris le lien, à la limite, je serais pas forcément capable après leurs remarques de faire le même schéma tiens, si ces deux-là, ils allaient pas ensemble, pourquoi ils n'allaient pas ensemble et pourquoi je le ferai plus la prochaine fois. »

iv. Intégrer :

(a) Les voies d'administration.

- M5 : « Et peut-être les voies d'administration »

(b) Les interactions médicamenteuses et la balance bénéfique/risque des traitements.

- M1 : « Je sais que c'est compliqué mais en prenant en compte les balances bénéfique/risque de chaque médicament avec les interactions. »
- M2 : « Donc du coup, oui on fonctionne pas de la même façon suivant les pathologies et suivant si tu en as huit ou si tu en as qu'un (NDLR : médicaments) [...] y a des choses que tu vas tolérer quand il a pas du tout de pathologies, il a besoin de quelque chose de symptomatique même si tu sais que pour la personne âgée c'est pas l'idéal, mais tu sais qu'il a vraiment que ça, tu peux le tolérer et tu vas pas le tolérer quand il y en a quinze et que tu préfères faire le tri. »
- M6 : « Après, je pense pas avoir eu, mais parce que, peut-être, ça collait pas avec mes patients, est-ce que ça prend en compte les interactions des médicaments ? (je réponds

non). *Ah voilà, c'est marrant, c'est ce qui me semblait [...] voilà, ça c'est hyper important. »*

v. Privilégier les alertes sur les traitements peu courants en médecine générale.

- M3 : *« Donc, y a peut-être des critères plus pertinents que d'autres à la limite qu'il faudrait filtrer aussi. », « Donc, c'est plus ces traitements-là qu'on utilise moins tous les jours à la limite quoi. »*

vi. Éviter les alertes contradictoires et redondantes.

- M7 : *« [...] que ça soit au niveau des antihypertenseurs, les indications pour les introduire, qu'on n'ait pas un rappel sur les incitations à l'arrêter dans le même temps et sur le même patient à un instant donné. »*

vii. Mise à jour régulière selon les recommandations.

- M5 : *« Après la recommandation est sortie récemment et l'outil est là depuis plus longtemps donc à mettre à jour. »*
- M9 : *« Du coup, c'est sûr que [...], pour ce type d'outil, ça nécessite une remise à jour en fonction des nouvelles reco sinon très rapidement, on peut plus s'en servir. »*

3. Perspectives d'utilisation.

a) *Utilisation hors du cabinet : en EHPAD ou à domicile.*

Les médecins sont globalement partagés sur cette thématique.

- M2 : *« Du coup, ça peut être sympa avec les médecins, parce qu'en étant médecin co, je suis pas sensée faire le tri des ordonnances mais du coup, si je leur dis on arrête et on prend, ils vont dire oui, c'est ça bien sûr. Si je leur dis, ça a été analysé et en fait pour telle et telle raison, il vaut mieux arrêter celui-là, c'est plus facile que d'arrêter celui-là. »*
- M3 : *« Si c'est un outil qui est rattaché au logiciel médical, je pense, y a des logiciels qui sont sur internet en plus, donc on peut voir du coup, en visite à domicile ou en maison de retraite, y aurait pas de soucis à l'utiliser aussi de la même façon, je pense. »*
- M4 : *« Ben oui, à partir du moment où on est informatisé, on a le réseau, il faut ça. »*

- M7 : « *C'est intéressant de l'avoir en EHPAD effectivement qui ont, eux, leur propre logiciel généralement intégré, très souvent très peu ergonomique avec des alertes aussi d'interactions ou d'associations, donc oui. »*
- M8 : « *Peut-être qu'en maison de retraite ça marcherait bien votre affaire. »*
- M9 : « *Ah oui, bien sûr. En maison de retraite ou en visite. »*

Deux médecins ne partagent pas l'avis de leurs confrères.

- M5 : « *[...] en direct, en cours de visite, non clairement, c'est pas possible. [...] et en EHPAD c'est pareil, je pense que c'est illusoire. [...] Rien que pour renouveler une ordonnance, ça prend une plombe, si en plus on doit faire STOPP/START sur le vieil ordinateur dont on n'a pas les codes...Donc, en dehors du cabinet, ça me semble illusoire. »*
- M6 : « *Alors, à domicile, en fait, je fais tout en papier, j'ai pas de logiciel de prescription. Donc ça pourrait me servir actuellement. »*

b) L'outil ne supplantera pas un avis humain.

i. Affiner l'analyse d'une ordonnance est le travail du médecin / relecture indispensable par un praticien formé.

- M3 : « *Non, on voit clairement que c'est un ordinateur qui l'a fait et du coup, il faut une vue d'un médecin quand même avant. »*
- M4 : « *[...] après y avait beaucoup d'autres choses à réévaluer, c'est ça que je dirais. »*
- M5 : « *On ne peut pas demander à un logiciel de ce genre d'avoir un avis nuancé. »*
- M6 : « *Je pense que c'est le travail du médecin [...]. Une analyse plus fine c'est difficile d'imaginer par un ordinateur et par un non-humain. »*
- M9 : « *Ça nécessite une relecture pour adapter à notre patient impérativement », « [...] je pense que c'est notre rôle de le faire. », « [...] après, je pense qu'il y a une relecture indispensable par un praticien formé parce que tout n'est pas forcément adapté. »*

ii. L'avis du spécialiste.

- M3 : « *Bon, même si, c'est pareil, y a pas vraiment une modification d'ordonnance à ceux que j'ai envoyé, mais j'ai quand même plus confiance à cet avis-là qui est humain et qui est gériatre, plutôt qu'à un ordinateur. Et même, je continuerai à la faire même si j'avais un outil sur le logiciel.*

iii. Utilisation de l'outil par le centre de pharmacovigilance de Montpellier comme aide à l'analyse des ordonnances.

- M2 : « *Parce ce qu'eux, ils font une analyse STOPP/START, seulement, eux, ils proposent de nous appeler, de prendre les ordonnances qui nous posaient soucis, de les analyser et de nous donner une réponse [...], donc c'est pas la même démarche.* », « *Oui, avec le centre de pharmacovigilance de Montpellier.* », « *Ils vont prendre au hasard des ordonnances, [...] qui nous ont posé souci ou celles qui avaient plus de tant de médicaments. Donc c'est ça qui est intéressant. Et [...] ils nous ont dit que c'était sur la base de STOPP/START, et qu'après, ça allait être analysé avec des médecins de pharmacovigilance et qu'ils allaient nous expliquer l'ordonnance, nous proposer des choses plutôt que nous dire on arrête, on n'arrête pas.* »

c) *Utile pour éviter les PMI et la iatrogénie.*

À la question « Pensez-vous que cet outil peut éviter les PMI chez le sujet âgé ? », le médecin 7 répond :

- M7 : « *oui, tout à fait.* »

Le médecin 6 répond :

- M6 « *Oui, oui clairement.* »

d) *Utile pour faire une synthèse régulière des traitements chroniques du patient.*

- M5 : « *Donc à chaque renouvellement, je pense que ce serait compliqué mais peut-être une fois par an, se dire tiens, là on se pose, on réévalue un peu tout ça.* »
- M7 : « *À chaque consultation, je suis pas sûr qu'il y ait forcément un intérêt [...] avec des choses plus approfondies une fois tous les trois à six mois.* », « *[...] je veux avoir en tête effectivement d'abord, parce que pour m'en souvenir la dernière ordonnance. Une fois l'examen clinique réalisé, je reviens et là on rediscute des adaptations thérapeutiques à ce moment-là ce serait intéressant, comme une sorte de synthèse de tous les éléments que j'ai mis en évidence, avant la sortie et l'impression.* »
- M9 : « *Pour le renouvellement de traitement, oui. Je pense mais la grande question c'est à quelle fréquence. Je pense que oui, c'est très pertinent mais pas à chaque consultation. [...] si c'est trop fréquent, au bout d'un moment c'est moins intéressant, puisqu'on s'est*

déjà posé les questions. [...]C'est la fréquence maximale à mon avis. Pas plus d'une fois par an. »

e) *Utile dans le cadre d'une préparation de consultation ou de visite.*

- M5 : « oui, alors effectivement, ça m'arrive assez régulièrement quand j'ai des patients un peu chroniques, un peu lourds, quand je sais qu'il y a plein de traitements, je sais que j'ai reçu des compte-rendu tout ça, avant d'aller chercher le patient en salle d'attente, je potasse un peu le dossier, je regarde l'ordonnance [...].Donc pourquoi pas dire ben allez hop je vais le rentrer dans le STOPP/START, voir un peu ce que ça donne. », « [...] mais ponctuellement, quand on a envie de se pencher sur une ordonnance oui peut-être que du coup, je vais m'y remettre et l'utiliser comme ça. », « Oui, ou alors en préparant la visite avant d'y aller en se disant ben tiens, parce que des fois pour aller plus vite on prépare l'ordonnance et puis on modifie à la main si jamais y a un changement à faire. En prévention de la visite. »
- M7 : « [...] mais je pense que déjà, [...] si on avait cette possibilité en un clic, de revoir les grandes lignes des thérapeutiques ou de la synthèse précédente de STOPP/START pour se remettre en tête, je pense que ça pourrait être suffisant. »

f) *Double emploi avec le LAP.*

- M3 : « [...] j'ai peur que ça se transforme un peu comme ce que fait le Vidal™ en ce moment. », « [...] les médicaments que je savais, toute façon, j'ai pas le choix, je les laissais, je regardais pas forcément les commentaires, parce que ça revient un petit peu au même que le Vidal™ du coup. »
- M6 : « Je pense que ça fait double emploi. C'est-à-dire il faudrait avoir qu'un système d'alerte, parce que si j'ai déjà les alertes du Vidal Expert™, plus les STOPP/START, là vraiment, je pense que je lis plus rien. »
- M8 : « À terme, ce sera comme une routine et comme les alertes de votre logiciel de prescription.

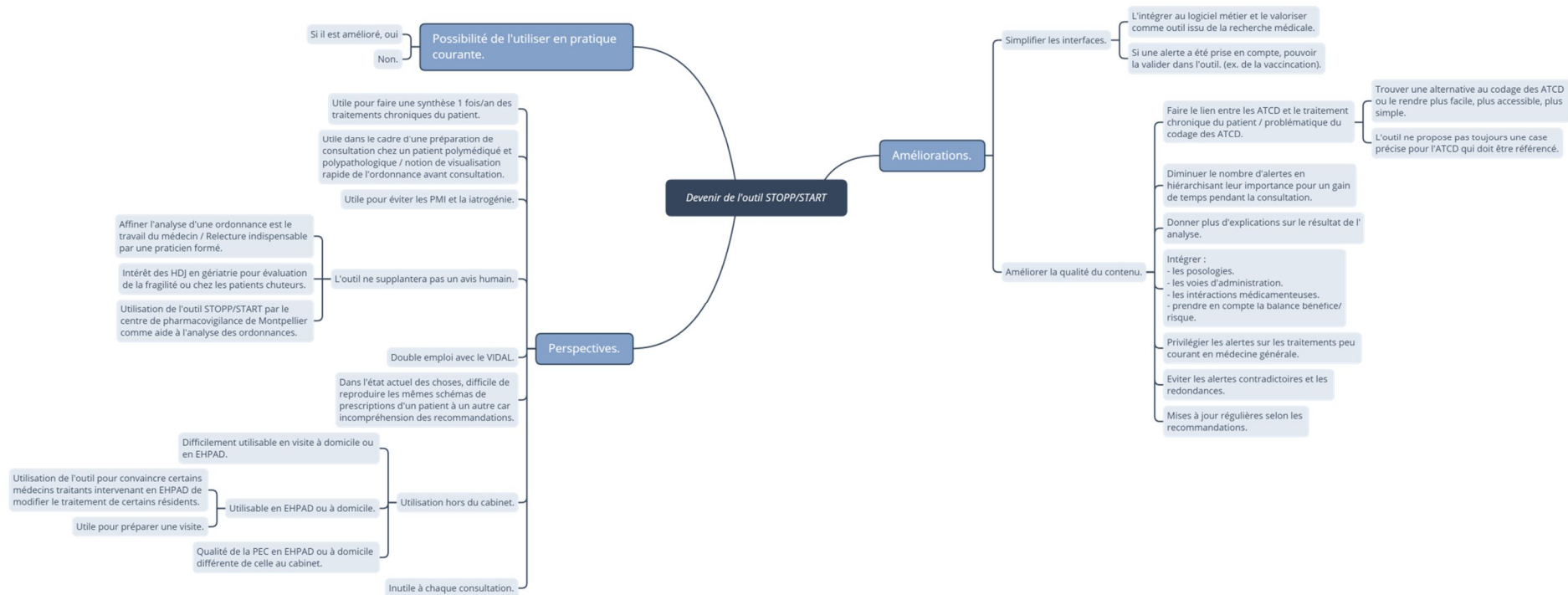


Figure 9 : Devenir de l'outil STOPP/START version 2 informatisé en médecine générale.

IV. DISCUSSION.

A. Forces.

1. Méthodologie adaptée.

a) *Design de l'étude.*

Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG. Cette méthode était adaptée à notre question de recherche que nous rappelons ici : « *Quel est le ressenti des MG concernant la pertinence de l'outil STOPP/START v.2 informatisé et son utilisation en pratique quotidienne ?* »

b) *Validité interne.*

Les entretiens n'ont pas été réalisés de manière systématisée, mais dans le cadre d'une relation et d'un dialogue avec l'interviewé, le cheminement des questions s'adaptant au fil de la discussion.(37) Dans notre grille d'entretien, nous avons prévu une liste d'éléments d'intérêt au sujet desquels nous voulions que tous les médecins interrogés s'expriment. Si cela n'était pas spontanément le cas, les relances prévues en amont lors de la préparation des entretiens ont permis de n'éluder aucun de ces éléments d'intérêt.

Dans notre étude, nous avons inclus l'ensemble des médecins gardois investigateurs de l'étude TAPAGE.

Sur les neuf entretiens réalisés, sept faisaient plus de 20 minutes.

c) *Respect des objectifs et contextualisation de l'étude.*

Les objectifs de l'étude avaient été bien définis avant le recueil des données pour permettre de circonscrire notre recherche. Nous cherchions à explorer le ressenti des MG sur l'utilisation de l'outil STOPP/START v.2 informatisé et à recueillir leur avis sur la pertinence de cet outil en médecine générale.

Au terme de nos entretiens, nous avons pu faire émerger de nombreux éléments d'intérêt concernant l'outil, son utilisation en pratique quotidienne, sa pertinence dans le cadre d'une consultation de médecine générale, sa place comparativement aux outils déjà existants et son devenir d'utilisation.

Notre étude a également permis de faire un état des lieux intéressant sur le renouvellement de traitement chez les patients de 75 ans ou plus. Ceci nous a aidés à mieux comprendre le contexte d'utilisation de l'outil et ainsi à donner du relief à nos résultats.

Nous avons également pu recenser certaines difficultés auxquelles sont confrontés les médecins et déterminer si l'outil peut y apporter une réponse.

2. Originalité de notre travail.

Sur la base de données SUDOC, nous avons dénombré vingt-trois thèses en lien avec l'outil STOPP/START. La plupart de ces études ont été réalisées en milieu hospitalier ou en EHPAD.

Une seule thèse étudiait l'outil STOPP/START en médecine générale ambulatoire mais son évaluation était conduite avec une méthodologie quantitative.(42)

Par ailleurs, l'étude TAPAGE, qui constitue le terreau de notre recrutement, utilise une méthode quantitative.

L'aspect qualitatif de notre étude peut donc s'avérer complémentaire dans une analyse globale des résultats.

Enfin, hormis l'étude qui a conduit à l'informatisation de l'outil STOPP/START v.2 (34), il n'y a pas à notre connaissance de travail qualitatif ayant évalué la pertinence pratique et théorique de cet outil en médecine générale.

3. Cohérence avec la littérature.

Les données recueillies et analysées au cours de notre travail recoupent certains éléments d'intérêt soulignés dans la littérature et repérés lors de notre analyse bibliographique.

a) L'étude Polychrome

Notre étude est concordante avec l'étude Polychrome (43) qui fait référence dans le domaine de la polyopathie et de la polymédication. Son versant qualitatif (44), qui visait à analyser les déterminants de polyprescription et de la iatrogénie auprès de MG, nous intéresse plus spécifiquement.

Nous faisons un constat similaire : la polyprescription est d'abord liée à la polyopathie (cf. notre sous-thème « polyopathie/polymédication »).

L'étude Polychrome s'intéressait aussi aux « *facteurs liés aux patients et à l'interaction médecins-patients* », une notion qui peut s'apparenter à notre thème « convaincre le patient ». Il s'agit ici d'évoquer les comportements et les représentations des médecins et des patients sur la polypathologie ainsi que la polymédication qui en découle.

L'étude Polychrome met en avant la notion de « *Prescription routinière* » que nous avons également développée dans notre thème « le piège de la routine ».

Elle relate la facilité de la réponse médicamenteuse (habitude du médecin et de son patient à une ordonnance figée) et l'inertie thérapeutique (absence de réévaluation de l'ordonnance) qui est souvent liée à l'ancienneté de la prescription.

La problématique de la communication entre médecins est également soulignée et à rapprocher de notre sous-thème « Remise en question des ordonnances des confrères ». La difficulté majeure réside dans le fait que la prescription des médecins spécialistes vient s'ajouter au traitement chronique du patient sans concertation préalable avec le MG.

Apparaissent également dans ce rapport « *les effets liés aux recommandations* » que nous retrouvons dans notre sous-thème « les alertes oublient la singularité du patient ». Les recommandations de bonnes pratiques sont écrites avec une vision mono-problématique. Cependant, la situation du patient polypathologique fait appel, par définition, à de multiples recommandations pouvant parfois nécessiter des concessions sur la prescription des traitements.

Le « *refus de changement de traitement du patient* » corrobore nos sous-thèmes « Pression du patient attaché à sa liste de médicaments » et « Problématique des benzodiazépines : réticence à l'arrêt du traitement ».

Le manque de temps des MG est mentionné dans l'étude Polychrome et fait écho à notre sous-thème « Organisation de l'emploi du temps pour absorber le retard lié à ces consultations. »

Selon l'étude Polychrome, les LAP sont mal adaptés et constituent plus une gêne qu'une aide pour le médecin. La constance et l'automatisme des alarmes diminuent sa vigilance. Ces mêmes constatations sont faites dans notre sous-thème « récurrences / fréquences / redondances des alertes »

b) Critères STOPP/START version 2 : étude de faisabilité de l'utilisation d'une version informatisée en médecine générale.

Nos résultats sont en accord avec certaines données qualitatives issues de cette thèse.(34)

Un critère START apparaît dès qu'une pathologie est intégrée dans les antécédents, indépendamment de la présence du médicament adapté sur l'ordonnance, ce qui alourdit considérablement le document de synthèse.

Il en va de même pour les critères STOPP, où une alerte est lancée dès lors que le médicament est sélectionné sans se référer aux antécédents.

Ces deux éléments qui rejoignent notre sous-thème « absence de recoupage entre les antécédents du patient et les médicaments déjà prescrits. » pourraient, s'ils étaient corrigés, permettre un gain de temps pour les utilisateurs de l'outil.

Ces deux situations fréquentes de START ont également été évoquées dans nos résultats au sein du sous-thème « Révéléateur de situations de START oubliées ».

Dans le volet « amélioration de l'outil », il est fait mention d'une diminution du nombre de critères STOPP ou START afin d'améliorer la pertinence pratique de l'outil. Toutefois des réserves sont émises quant à la suppression de certains critères ce qui rejoint notre sous-thème « Diminuer le nombre d'alertes en hiérarchisant leur importance. ».

D'autre part, l'intégration de l'outil aux LAP semble nécessaire comme nous le retrouvons dans notre sous-thème « Intégrer l'outil au logiciel métier et le valoriser comme produit de la recherche médicale ».

Comme nous l'avons aussi établi dans notre travail, la mise à jour de l'outil semble indispensable pour pérenniser son utilisation.

La chronophagie de l'outil, déjà retrouvée dans cette thèse, est également à souligner dans nos résultats. Même si l'informatisation semble avoir amélioré la pertinence pratique de l'outil, le temps nécessaire à son utilisation ne satisfait pas les médecins participant à notre étude. Pour nuancer nos résultats, l'utilisation de l'outil informatique s'est déroulée au travers de l'étude TAPAGE. Indépendamment de l'outil en lui-même, cette dernière demandait de colliger des informations annexes sur le dossier médical des patients en respectant une temporalité stricte, ce qui a pu aggraver l'impression de chronophagie ressentie par les médecins investigateurs.

À l'instar de nos sous-thèmes « Remise en question plus rapide de l'ordonnance qu'en l'absence de l'outil » et « réassurance du médecin sur ses prescriptions », cette thèse confirme l'idée que l'utilisation de STOPP/START permet d'aider à la réévaluation des ordonnances et de conforter le médecin dans ses prescriptions. (33)

Dans son volet « Contexte d'utilisation », cette thèse évoque une utilisation de l'outil pour une révision annuelle de l'ordonnance au cabinet et également en EHPAD. Ce résultat est connexe à nos sous-thèmes « Utilisation hors du cabinet » et « Utile pour faire une synthèse régulière des traitements chroniques du patient ».

La « réappropriation des éléments du dossier » a été traitée dans cette thèse ainsi que dans notre étude dans le sous-thème « Amélioration du dossier médical du médecin ». L'outil est reconnu utile pour mettre à jour le dossier médical du patient.

Le dernier aspect en lien avec notre étude concerne la « discussion des prescriptions d'autres médecins » que l'on peut retrouver dans notre sous-thème « Modification d'une prescription inappropriée faite par un spécialiste ». L'outil peut être utilisé ici comme une aide pour convaincre un patient du bien fondé d'un changement de traitement. Cette situation peut s'avérer délicate pour le MG quand il s'agit d'interrompre un traitement initié par un médecin spécialiste. Cela peut, d'une part, remettre en cause la confiance des patients envers les spécialistes et, d'autre part, attiser leur suspicion vis-à-vis de la modification proposée par le généraliste.

c) Prévalence des ordonnances inappropriées en médecine générale chez la personne âgée à l'aide de l'outil STOPP START et évaluation de l'outil.

Dans ce travail de thèse (45), la prescription de β -bloquants chez des patients diabétiques est citée comme une source de PMI car elle peut masquer des symptômes d'hypoglycémie.

On retrouve un résultat analogue à l'issue de nos entretiens, avec un médecin qui, après avoir pris connaissance de ce STOPP (STOPP J3), juge ce rappel intéressant (cf. sous-thème « Rappels intéressants »).

B. Faiblesses.

1. Biais internes.

Ils résultent de la confrontation de caractères personnels du chercheur et des participants, ils peuvent entraîner des incompréhensions entre les deux parties et parfois provoquer une réticence à se confier dans le cadre de l'entretien. Ces caractères peuvent être par exemple le genre, l'âge, le statut social, l'expérience, la culture, le niveau d'éducation, les valeurs, les attitudes, etc.(37)

Ces biais sont difficilement contrôlables. Néanmoins nous avons tenté au maximum de les limiter, notamment en reformulant, lorsque cela était nécessaire, le discours des médecins interrogés pour en vérifier la bonne compréhension.

La situation rencontrée lors de l'entretien avec le médecin 8 illustre bien cette difficulté. À la première question de notre entretien « Que vous évoque le renouvellement de traitement des patients de 75 ans ou plus en médecine générale ? », ce médecin a répondu « *Alors, là, c'est plus que large cette question. Alors là, je sais pas... je comprends pas... dans quel sens ?* ». Le climat de confiance a été difficile à instaurer malgré une reformulation qui a permis d'orienter le médecin vers le sujet d'intérêt.

2. Biais externes.

Ils sont liés à l'environnement dans lequel se déroule l'étude.

Malgré toutes les précautions prises en laissant aux médecins le libre choix du lieu, de la date et de l'heure et en leur indiquant la durée moyenne à prévoir (environ 25 minutes), les entretiens ne se sont pas toujours déroulés dans les conditions que nous espérions :

- Deux entretiens réalisés au cabinet ont été interrompus par des sollicitations extérieures (secrétaires ou patients).
- Deux entretiens effectués au domicile des médecins ont été interrompus du fait de la présence d'enfants en bas âge. Dans un cas, il faut noter la présence d'un tiers silencieux.

À cause de ces paramètres, les médecins n'ont peut-être pas pu exprimer librement leur point-de-vue ou ont pu perdre le cours de leur pensée lors du développement d'une réponse.

Les entretiens réalisés dans les cabinets médicaux l'ont tous été sur des journées de consultations des médecins. Même si une plage horaire avait été spécialement prévue, les médecins devaient, à l'issue de notre entretien, reprendre leur activité de consultation. On peut donc imaginer que ce paramètre a eu un impact sur le développement de certaines réponses.

a) Biais d'interprétation.

Le codage des unités de sens a été réalisé par un seul chercheur, il y a eu une ébauche de double codage pour le premier entretien. Il n'y pas eu de triangulation des données en comparant les résultats obtenus avec ceux d'autres études utilisant une méthodologie différente.(37)

Par ailleurs, ce travail de recherche était le premier réalisé par l'étudiant chercheur. Le manque d'expérience de ce dernier peut ici être considéré comme un biais.

b) Biais d'intervention.

Nous avons été amenés à poser quelques questions fermées pour guider les médecins vers un sujet important. Cela a pu influencer le cours de leur pensée et leur faire oublier un thème d'intérêt qu'ils auraient souhaité développer.

Dans la rédaction du guide d'entretien, nous sommes restés vigilants sur la séparation entre les pertinences théorique et pratique. Nous avons cloisonné nos questions de telle façon que les médecins puissent s'exprimer sur les deux aspects en des temps différents. Cependant, nous n'avions pas anticipé la difficulté que les médecins auraient à se départir des conditions de réalisation de l'étude TAPAGE. Ceci a affecté plus que nous ne l'imaginions leur réponse relative à la pertinence pratique de l'outil.

c) Biais de mémorisation.

Les consultations prévues dans le cadre de l'étude TAPAGE ont cessé mi-2018 et nos entretiens ont débuté en février 2019. Plusieurs médecins ont évoqué le fait que leurs souvenirs étaient lointains, ce qui a pu influencer leurs réponses et les amener à omettre certains éléments d'intérêt.

d) Biais de recrutement.

En raison de notre choix d'inclure l'intégralité des médecins gardois investigateurs de l'étude TAPAGE, nous n'avons pas pu maîtriser l'échantillonnage. Il s'est avéré que tous les médecins appartenaient de près ou de loin au département universitaire de médecine générale de Mont-

pellier (Maîtres de conférences des universités, Maîtres de stages universitaires, ancien chef de clinique en médecine générale). Il est probable que cela ait influencé les réponses aux entretiens car ces médecins sont habitués à ce genre d'étude. Ils sont par ailleurs sensibilisés aux problématiques de polymédication et sont donc déjà très vigilants sur leurs prescriptions. Pour ces médecins, le bénéfice de l'utilisation de l'outil peut paraître plus limité du fait d'ordonnances déjà optimisées.

Dix médecins ont participé à l'étude TAPAGE dans le Gard, neuf ont accepté de collaborer à notre travail. Au huitième entretien, aucun nouveau thème d'intérêt n'est apparu. Nous regrettons néanmoins que le dixième participant n'ait pas souhaité nous répondre car cela aurait permis d'améliorer la validité de notre recherche en atteignant la saturation des données et ainsi de renforcer nos résultats.

C. Que nous apprend cette recherche ?

1. Le renouvellement de traitements chez les patients de 75ans ou plus : un sujet complexe.

Notre objectif n'était pas de recueillir l'expérience des MG sur le renouvellement de traitement des patients de 75 ans ou plus en médecine ambulatoire, mais les réponses qu'ils ont faites nous ont permis de rassembler des éléments intéressants. Dans notre discussion, nous ne pouvons pas passer ces informations sous silence, d'autant plus que ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude Polychrome (43) qui fait référence dans ce domaine.

La polypathologie est reconnue, indépendamment de l'âge du patient, comme l'un des facteurs principaux de la polymédication.

La réévaluation du traitement est une idée que nous considérons comme essentielle. Elle est le reflet de la démarche dynamique du médecin face à son patient. Elle s'avère plus complète que la simple idée de renouvellement et incite le médecin à rester acteur de sa prescription et non simple prestataire.

La problématique de la durée des consultations est aussi régulièrement abordée par les MG comme une difficulté au quotidien *a fortiori* chez ces patients polypathologiques. Attention et vigilance sont nécessaires pour ne pas générer de PMI.

Le piège de la routine et le risque de retranscrire les prescriptions sans se poser de questions sur le bien-fondé de chacune d'entre-elles sont également des dangers à éviter : les médecins reconnaissent qu'il est facile de céder aux sirènes de leurs LAP, qui leur permettent en un seul clic de rééditer une ordonnance pour une période déterminée. La situation ainsi décrite génère un sentiment d'ambiguïté chez les médecins. Ils accueillent favorablement le gain de temps que peut offrir un LAP mais regrettent que ce même logiciel ne les aide pas à remettre en question efficacement leurs ordonnances.

Un autre aspect intéressant, en lien avec la relation médecin-patient, est la nécessité de convaincre le patient pour maintenir un traitement ou au contraire le supprimer. Beaucoup de facteurs entrent ici en ligne de compte : l'ancienneté d'une prescription, la pression du patient pour perpétuer ou obtenir une prescription, sa représentation de la maladie et des traitements qui en découlent, ou encore l'incompréhension face à l'arrêt d'un traitement initié par un confrère. Les prescriptions issues de médecins spécialistes viennent souvent s'ajouter au traitement chronique du patient sans qu'il y ait eu de vraie concertation avec le MG ce qui, selon plusieurs médecins, peut être pourvoyeur de PMI.

2. L'outil STOPP/START v.2 informatisé : un avis « mitigé ».

Les médecins sont à la recherche de l'outil le plus efficient possible, facilement utilisable en un temps limité, pour optimiser leur temps de consultation et la rédaction de leur ordonnance.

Notre hypothèse de départ était que l'outil STOPP/START v.2 informatisé devait permettre de répondre à cette double exigence mais nos résultats ne la vérifient pas entièrement.

a) *Aspects positifs*

Le renouvellement des traitements chez les patients âgés de 75 ans ou plus constitue pour les MG une démarche complexe. Elle peut être source d'inquiétudes et elle fait l'objet dans tous les cas d'une attention particulière de la part des praticiens qui veillent à minimiser les PMI, lourdes de conséquences dans cette population fragile. Dans nos résultats, nous avons mis en évidence certains éléments issus des *verbatim* qui soulignent bien cette complexité :

- De nombreuses vérifications à faire pendant une même consultation.
- Une réévaluation plus qu'un renouvellement sans remise en question qui risquerait de pérenniser les erreurs.

- Nécessité d'élaguer les ordonnances pour limiter la polymédication et donc la iatrogénie.
- Interactions médicamenteuses à l'occasion de l'introduction d'un traitement aigu.
- Attention particulière portée aux galéniques.
- Convaincre le patient.

L'outil STOPP/START v.2 informatisé a permis de résoudre certaines de ces difficultés et ainsi présente des aspects intéressants pour assister le médecin dans ces situations de renouvellement de traitement chez les patients âgés.

Si la plupart des médecins ont reconnu que l'outil ne les a pas conduits à modifier systématiquement leurs ordonnances en profondeur et en temps réel pendant la consultation, il leur a tout de même été bénéfique puisqu'il a permis d'ouvrir le dialogue avec leurs patients en particulier sur certains médicaments dont l'indication au long cours pose question. Les exemples types qui sont revenus à de nombreuses reprises dans nos entretiens sont d'une part celui des benzodiazépines et des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) pour les situations de STOPP (traitements complexes à interrompre d'autant plus qu'ils sont souvent prescrits depuis longtemps) et d'autre part la vaccination anti pneumococcique et la supplémentation en vitamine D pour les situations de START. L'outil a ainsi pu être utilisé comme argument supplémentaire de conviction à destination du patient. Il a pu dans une certaine mesure aider à justifier le bien fondé d'un questionnement ou d'une modification thérapeutique initiée par le médecin.

Les applications de l'outil ont été peut être plus fréquentes dans les situations de START où la prescription s'avère plus simple à mettre en place avec les patients que dans les situations de STOPP associées à une déprescription.

La vaccination anti pneumococcique est un exemple représentatif d'une situation où l'outil a permis une modification concrète et rapide des prescriptions en remédiant à un oubli que les médecins admettent volontiers. Certains d'entre eux ont même expliqué que grâce à l'outil, ils avaient pu procéder à un rattrapage du calendrier vaccinal de quelques-uns de leurs patients qui ont accueilli favorablement cette proposition.

La supplémentation en vitamine D a également été mentionnée comme une situation de START récurrente que certains des MG interrogés ont pu mettre en œuvre rapidement. (cf. Aspects négatifs)

Globalement les médecins étaient presque unanimes pour dire que l'outil a joué un rôle sur la réévaluation de leurs ordonnances. En effet, il permet une remise en question automatique des prescriptions sans pour autant aboutir à une modification systématique de l'ordonnance. Il revient ensuite au médecin de juger de l'opportunité de réaliser la modification proposée et, le cas échéant, d'en convaincre le patient.

Par ailleurs nous souhaitons rappeler ici un élément important. L'outil a été ressenti globalement comme étant chronophage, même si ce point doit être nuancé (cf. Aspects négatifs) car l'outil en lui-même utilisé lors d'une consultation « normale » ne nécessite que peu de manipulations. Un médecin est d'ailleurs revenu sur sa première impression en réutilisant l'outil pendant l'entretien ce qui lui a permis de faire un constat différent de ses souvenirs au sein de l'étude TAPAGE. Ce médecin a même spontanément évoqué la possibilité de réintégrer l'outil dans sa pratique alors qu'elle avait, initialement, exclu cette éventualité.

Tous ont déclaré que l'outil pouvait être utile pour la mise à jour des dossiers médicaux des patients. En effet l'utilisation de STOPP/START implique de rentrer dans le logiciel les antécédents et les traitements d'un patient. Cela pouvait être une bonne opportunité de s'assurer de l'exactitude et de l'exhaustivité des informations contenues dans les dossiers des patients.

Enfin, à défaut d'être suffisamment complet et intelligent pour réaliser l'ordonnance à la place du médecin, ce qui ne nous semble pas être souhaitable, l'outil peut être utilisé avantageusement comme un support de formation médicale continue. Il peut permettre de rappeler certaines recommandations et contre-indications et donner la possibilité au médecin d'approfondir ses connaissances sur un sujet précis ou éventuellement, l'inciter à modifier ses habitudes de prescriptions. Il peut également être considéré par le médecin qui reçoit des étudiants comme un support pédagogique voire un support de recherche et d'enseignement et contribuer ainsi au développement et à la diffusion de l'outil.

b) Aspects négatifs.

Lorsqu'une pathologie est renseignée dans l'outil informatisé par le médecin, des critères START apparaissent sans qu'aucune vérification de prescription préalable du médicament adapté ne soit faite. Ceci constitue l'un des principaux écueils mis en évidence dans notre étude. Il faut noter que l'outil STOPP/START informatisé n'est en aucun cas un système expert, voué à prendre la place du médecin qui reste entièrement décisionnaire de ses prescriptions. L'outil

informatisé a uniquement été conçu pour faciliter l'utilisation de STOPP/START qui n'existait jusqu'alors qu'en version papier. Les médecins interrogés dans notre étude ont déclaré qu'ils n'avaient utilisé aucune version de l'outil STOPP/START, on peut donc penser qu'ils ne mesurent pas l'amélioration que génère l'informatisation par rapport à la version papier initiale.

Un élément négatif qui a été évoqué par une partie des médecins réside dans le fait que certaines propositions START émises par l'outil sont médicalement discutables. En effet, quelques médecins ont fait part de leur complet désaccord avec les suggestions de l'outil. Il s'agit notamment de la prescription d'anticholinestérasiques dans les démences Alzheimer ou bien de la supplémentation en vitamine D à visée préventive de l'ostéoporose. Ces alertes ne suivent pas les recommandations de bonnes pratiques que les médecins citent en référence. La légitimité des recommandations utilisées dans la conception de l'outil est donc remise en cause par les utilisateurs. Le risque est donc que les médecins utilisateurs perdent confiance en l'outil, remettent en question sa validité intrinsèque et cessent de l'utiliser. Il convient donc d'apporter une vigilance particulière à la mise à jour régulière du logiciel et principalement des recommandations utilisées par l'algorithme de l'outil.

Une autre faiblesse de l'outil rapportée par les médecins interrogés est la contradiction entre les préconisations STOPP et START. On peut citer en exemple la suggestion de mise en place d'un traitement antihypertenseur de type Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC) alors qu'une fois ce traitement introduit, la contre-indication liée au risque d'hypotension apparaît.

C'est pourquoi l'outil STOPP/START a souvent été perçu comme un logiciel-robot. En effet, beaucoup de médecins interrogés ont, d'une part, déploré l'absence de réflexion de l'outil sur la iatrogénie et sur la question de la balance bénéfique/risque et d'autre part, perçu certaines préconisations comme de véritables injonctions. En réalité, le STOPP/START permet à un médecin généraliste de réévaluer la pertinence des prescriptions médicamenteuses chez une personne âgée de 75 ans ou plus sans pour autant rédiger l'ordonnance à la place du médecin et ne doit, en aucun cas, se substituer au bon sens clinique et à l'expérience du praticien. (32)

Un autre résultat que nous devons discuter et contextualiser est la pertinence pratique de l'outil parfois jugé comme chronophage et peu intuitif. Comme indiqué dans la méthode, le recrutement a été fait au sein d'une population de médecins participant à l'étude TAPAGE. Pour le bon déroulé de l'étude, des informations sans relation directe avec l'utilisation de l'outil

STOPP/START éléments informatiques devaient être saisis par les médecins. Certains d'entre eux n'ont pas réussi à se départir de ces éléments annexes dans leurs réponses au sujet de la pertinence pratique de l'outil en lui-même. Ainsi nos résultats doivent être nuancés : les médecins ont plus dénoncé les contraintes imposées par l'étude que la pertinence pratique de l'outil ce qui a probablement impacté défavorablement leur perception de ce-dernier. Cette difficulté à se départir de l'étude TAPAGE ne concerne que la pertinence pratique de l'outil et non la pertinence théorique.

Dans une thèse publiée en 2017 (45), il est indiqué que le temps moyen d'utilisation de l'outil dans sa version papier est de 3min45. On peut imaginer que l'utilisation de la version informatique nécessite un temps équivalent ou même plus court et que son utilisation régulière permette un usage de plus en plus rapide et fluide.

La pertinence théorique des alertes a également été souvent remise en question. Les praticiens ont comparé l'outil STOPP/START à leur LAP. Pour la plupart des médecins, du fait de la multiplicité et de la redondance des alertes, il n'y a pas de plus-value à utiliser l'outil plutôt que leur LAP.

Comme dans l'article de la revue "exercer" publié en 2015 (33), les médecins ont déploré que l'outil ne soit pas intégré au logiciel métier et que le nombre d'alertes soit trop important. Ils ont émis le souhait que l'outil informatisé soit diffusé via des sociétés savantes de médecine générale pour en faire un produit de la recherche médicale.

L'absence de réflexion sur les interactions médicamenteuse a été soulignée comme étant un défaut important de l'outil, notamment lors de l'introduction d'un traitement aigu chez un patient déjà sous traitement chronique.

Beaucoup de médecins se sont plaints du manque de pertinence des préconisations même si elles semblent claires lorsqu'elles sont analysées individuellement. Le problème vient de l'absence de recoupement entre antécédents et traitements. Par conséquent, nous pensons qu'il est indispensable de vérifier que la préconisation du logiciel s'adapte vraiment à la situation du patient. Ce travail est et doit rester celui du médecin. Certains l'ont verbalisé comme suit : *"on ne peut pas demander à un logiciel non humain une analyse plus fine"*.

D. Ouverture.

Dans notre étude, nous avons exploré le ressenti de MG gardois vis-à-vis de l'utilisation de l'outil STOPP/START v.2 informatisé en médecine ambulatoire.

Il apparaît que cet outil permet d'optimiser les ordonnances des patients âgées de 75 ans ou plus polymédiqués, (supplémentation en vitamine D, vaccination anti-pneumococcique) et d'envisager les problématiques liées à la réévaluation des traitements.

Cependant, les médecins se heurtent à des difficultés pratiques de mise en œuvre en médecine générale ambulatoire (chronophagie, ergonomie) qui compromettent, pour l'instant, sa diffusion et son utilisation courante.

Pour autant, il est nécessaire de poursuivre et approfondir l'évaluation de cet outil.

Il serait intéressant de réaliser une étude de l'outil STOPP/START déconnectée de l'étude TAPAGE. On pourrait alors proposer aux médecins un protocole dans lequel toute la partie administrative serait déléguée à une tierce personne (recueil des antécédents et des traitements réalisé en amont). Les médecins auraient ainsi la possibilité de se concentrer sur la seule pertinence de l'outil et de se prononcer sans que leur avis ne soit parasité par les contraintes de l'étude comme cela a pu se produire au cours de notre étude. Nous émettons l'hypothèse que cette simplification permettrait aux médecins d'investir plus facilement l'outil, de l'utiliser plus régulièrement et ainsi de participer à sa diffusion.

La question fondamentale de son impact réel, d'une part sur la qualité de la prescription et plus encore sur l'incidence d'événements indésirables médicamenteux, est en cours d'investigation dans le cadre de deux projets multicentriques européens qui examinent ces questions sous des angles différents et complémentaires :

- Le projet SENATOR¹⁰ (Software engine for the assessment and optimization of drug and non drug therapy in older persons) évalue l'impact de l'utilisation de l'outil STOPP/START sur les effets indésirables médicamenteux.(46)

¹⁰ <http://www.senator-project.eu>

- Le projet OPERAM (Optimizing therapy to prevent avoidable hospital admissions in the multimorbid elderly) évalue l'impact de l'utilisation de l'outil STOPP/START sur le nombre d'hospitalisations.(47)

En fonction de son apport réel dans chacune de ces situations, il conviendra d'attribuer à l'outil STOPP/START v.2 informatisé une place au sein des LAP des MG.

Enfin, dans ce contexte de polyopathie et de polymédication, le concept de déprescription ne doit pas être ignoré. Bien prescrire, c'est savoir proscrire un traitement contre-indiqué mais également savoir déprescrire un médicament inutile et *a fortiori* dangereux en termes de bénéfices/risques. (48) La déprescription s'impose comme une décision d'importance, d'une part, parce qu'il existe un lien entre le nombre total de médicaments prescrits et la survenue d'effets indésirables médicamenteux et d'autre part, parce que la polymédication favorise la mauvaise observance des traitements. C'est un choix délicat qui n'est pas dénué de conséquences (effet rebond, rupture du lien de confiance, risque déontologique vis-à-vis des prescripteurs de médicaments déprescrits) mais parfois nécessaire pour le patient. Dans une démarche d'amélioration des pratiques médicales, il semble souhaitable d'insister sur cette notion, de former les médecins à cet « art de la déprescription » et d'associer le patient à la prise de décision, en consacrant une consultation spécifiquement dédiée à la modification de son traitement.

V. CONCLUSION.

La question de l'optimisation des prescriptions chez le sujet de 75 ans ou plus est, aujourd'hui plus que jamais, un enjeu essentiel de santé publique. Elle occupe un rôle central dans la qualité des soins apportés au patient mais aussi sur le plan financier (coûts de prescriptions inappropriées et hospitalisations évitables).

Le renouvellement de traitement chez les patients âgés fait souvent l'objet d'une consultation complexe et l'outil STOPP/START v.2 informatisé contribue à lever certaines difficultés rencontrées en médecine générale. Il doit cependant rester un outil d'aide à la prescription et ne peut en aucun cas endosser un rôle d'effecteur à la place du médecin, celui-ci devant rester maître et décisionnaire de sa prescription

VI. BIBLIOGRAPHIE.

1. Bilan démographique 2018 | Insee [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1912926>
2. Fourcade N, Von lennep F, Grémy I, Bourdillon F. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
3. Salomon R, Momas I, Tran B, Haury B. Objectif de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. 2010 avr p. 284. (Avis et rapports).
4. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.
5. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk Factors for Adverse Drug Events Among Older Adults in the Ambulatory Setting. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(8):1349-54.
6. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR, ACMEPLUS Project. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing.* mars 2004;33(2):110-5.
7. Etude FOPAS [Internet]. [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <http://cngc-irmg-association.fr/fopas/>
8. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. 2005.
9. Garros B. Contribution du HCSP aux réflexions sur la lutte contre l'iatrogénie. *Actual Doss En Santé Publique.* 25 déc 1998;(25):9-12.
10. Livre blanc sur la iatrogénie médicamenteuse.
11. O'Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. *Age Ageing.* 1 mars 2008;37(2):138-41.
12. Desnoyer A, Guignard B, Lang P-O, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ? *Presse Médicale.* 1 nov 2016;45(11):957-70.
13. Blain H, Rambourg P, Quéllec AL, Ayach L, Biboulet P, Bismuth M, et al. Bon usage des médicaments chez le sujet âgé. [Httpwwwem-Premiumcomwwwwezpbui-Montpellierfrdatarevues02488663v36i10S0248866315001150](http://www.em-premium.com/www.ezpbiu-montpellierfrdatarevues02488663v36i10S0248866315001150) [Internet]. 23 sept 2015 [cité 20 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/www.ezpbiu-montpellier.fr/article/1003962/resultatrecherche/1>
14. Lang PO, Vogel T, Takeda C, Rassam-Hasso Y. Comment j'optimise un traitement complexe chez un patient âgé. *Med Ther.* 22 mai 2017;23.

15. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. 8 juin 2002;324(7350):1350.
16. Lang PO, Bourgue C, Csajka C. Détection des prescriptions inappropriées, les critères STOPP/START. *Actual Pharm*. 1 janv 2018;57(572):26-32.
17. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents. *Arch Intern Med*. 1 sept 1991;151(9):1825-32.
18. McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1 févr 1997;156(3):385-91.
19. Wenger NS, Roth CP, Shekelle P. Introduction to the Assessing Care of Vulnerable Elders-3 Quality Indicator Measurement Set. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(s2):S247-52.
20. Page RL, Linnebur SA, Bryant LL, Ruscin JM. Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: Defining the problem, evaluation tools, and possible solutions. *Clin Interv Aging*. 2010;5:75-87.
21. Rancourt C, Moisan J, Baillargeon L, Verreault R, Laurin D, Grégoire J-P. Potentially inappropriate prescriptions for older patients in long-term care. *BMC Geriatr*. 15 oct 2004;4(1):9.
22. Lindblad CI, Hanlon JT, Gross CR, Sloane RJ, Pieper CF, Hajjar ER, et al. Clinically important drug-disease interactions and their prevalence in older adults. *Clin Ther*. 1 août 2006;28(8):1133-43.
23. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
24. Basger BJ, Chen TF, Moles RJ. Inappropriate Medication Use and Prescribing Indicators in Elderly Australians. *Drugs Aging*. 1 sept 2008;25(9):777-93.
25. Winit-Watjana W, Sakulrat P, Kespichayawattana J. Criteria for high-risk medication use in Thai older patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 1 juill 2008;47(1):35-51.
26. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. *Scand J Prim Health Care*. 1 janv 2009;27(3):153-9.
27. Stefanacci R, Cavallaro E, Beers M, Fick D. Developing Explicit Positive Beers Criteria for Preferred Central Nervous System Medications in Older Adults [Internet]. 2009 [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ingentaconnect.com/content/ascp/tcp/2009/00000024/00000008/art00005>
28. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List. *Dtsch Arztebl Int*. août 2010;107(31-32):543-51.

29. Mimica Matanović S, Vlahovic-Palcevski V. Potentially inappropriate medications in the elderly: a comprehensive protocol. *Eur J Clin Pharmacol*. 1 août 2012;68(8):1123-38.
30. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. mars 2015;44(2):213-8.
31. Dalleur O, Lang PO, Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. *Pharmactuel* [Internet]. 3 janv 2016 [cité 12 juin 2018];49(1). Disponible sur: <http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095>
32. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):323-36.
33. Wang X, Belche J. Le STOPP&START est-il adapté à la pratique quotidienne du médecin généraliste? *Exerc* 2015. mai 2015;26(121 (suppl 2)):44.
34. Frey-Geoffret A. Critères STOPP/START version 2: étude de faisabilité de l'utilisation d'une version informatisée en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.
35. O'Connor MN, O'Sullivan D, Gallagher PF, Eustace J, Byrne S, O'Mahony D. Prevention of Hospital-Acquired Adverse Drug Reactions in Older People Using Screening Tool of Older Persons' Prescriptions and Screening Tool to Alert to Right Treatment Criteria: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. août 2016;64(8):1558-66.
36. Hill-Taylor B, Walsh KA, Stewart S, Hayden J, Byrne S, Sketris IS. Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria: systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *J Clin Pharm Ther*. 2016;41(2):158-69.
37. Frappé P. Initiation à la recherche. *GMSanté CNGE*. 2011.
38. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exerc* 2013. 2013;(105):4-11.
39. Oude Engberink A, Arino M, Julia B, Bourrel P. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. *Rech Qual Hors Sér*. 2013;(15):20.
40. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. Armand Collin; 2016. (Collection U).
41. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147.
42. Fayolle P-Y. Évaluation par les médecins généralistes de l'outil STOPP-START dans la détection des prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez la personne

âgée. 11 déc 2017 [cité 5 juill 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01914676>

43. Société Française de Médecine Générale : Etude POLYCHROME [Internet]. [cité 25 juill 2019]. Disponible sur: http://www.sfm.org/publications/les_publications/etude_polychrome.html
44. Clerc P, Le Breton J, Mousques J, Hebbrecht G, De Pourville G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polypathologies - Résultats de l' [Internet]. [cité 25 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.youscribe.com/catalogue/documents/savoirs/medecine/les-enjeux-du-traitement-medicamenteux-des-patients-atteints-de-534251>
45. Couffinal G. Prévalence des ordonnances inappropriées en médecine générale chez la personne âgée à l'aide de l'outil STOPP START et évaluation de l'outil [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.
46. Soiza RL, Subbarayan S, Antonio C, Cruz-Jentoft AJ, Petrovic M, Gudmundsson A, et al. The SENATOR project: developing and trialling a novel software engine to optimize medications and nonpharmacological therapy in older people with multimorbidity and polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf*. 1 mars 2017;8(3):81-5.
47. Adam L, Moutzouri E, Baumgartner C, Loewe AL, Feller M, M'Rabet-Bensalah K, et al. Rationale and design of OPTimising thERapy to prevent Avoidable hospital admissions in Multimorbid older people (OPERAM): a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 3 juin 2019;9(6):e026769.
48. QUENEAU P, DOUCET J, PAILLE F. Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? Les stratégies médicales chez les sujets âgés. *Bull Acad Natl Med*. 2007;191(2):271-85.

VII. LISTE DES ANNEXES.

Annexe 1 : Part de la population par groupe d'âge en 2018.

Annexe 2 : Classes médicamenteuses concernant le plus de bénéficiaires avec l'indicateur cumulatif.

Annexe 3 : Classes médicamenteuses concernant le plus de bénéficiaires avec l'indicateur continu.

Annexe 4 : Medication Appropriateness Index (MAI)

Annexe 5 : Caractéristiques des grilles de critères explicites publiées entre 1991 et 2005.

Annexe 6 : Organisation interne des grilles de critères explicites.

Annexe 7 : Critères STOPP/START version 2, adaptation en langue française.

Annexe 8 : Formulaire de consentement.

Annexe 9 : Grille d'entretien.

Annexe 10 : Caractérisation de la population interrogée.

Annexe 1 :

Part de la population par groupe d'âges					en %
	Moins de 20 ans	de 20 à 64 ans	65 ans ou plus	75 ans ou plus	
1998	26,0	58,5	15,5	6,8	
2008	24,9	58,7	16,4	8,5	
2013	24,5	57,9	17,6	9,0	
2014 hors Mayotte	24,5	57,5	18,0	9,1	
2014 y c. Mayotte	24,6	57,4	18,0	9,1	
2015	24,6	57,0	18,4	9,1	
2016	24,6	56,6	18,9	9,2	
2017 (p)	24,4	56,3	19,3	9,1	
2018 (p)	24,3	56,0	19,7	9,2	
2019 (p)	24,1	55,9	20,0	9,3	

(p) résultats provisoires à la fin 2018.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2014 et y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population.

Source : Insee première N°1730 pour illustrer que la part de la population > 75ans augmente d'année en année.

Annexe 2 :

Les 15 classes ATC niveau 3 concernant le plus de bénéficiaires avec l'indicateur cumulatif, avec et sans prise en compte des associations

Indicateur cumulatif AVEC prise en compte des associations			Indicateur cumulatif SANS prise en compte des associations		
Code ATC	Classe thérapeutique (ATC niveau 3)	% de bénéf. (N: 43619)	Code ATC	Classe thérapeutique (ATC niveau 3)	% de bénéf. (N: 43619)
N02	Analgésiques	78,5	N02	Analgésiques	78,5
C09	Médicaments agissant sur le système renine-angiotensine	55,6	C09	Médicaments agissant sur le système renine-angiotensine	55,6
A02	Médicaments des troubles de l'acidité	53,4	A02	Médicaments des troubles de l'acidité	53
B01	Antithrombotiques	53,4	B01	Antithrombotiques	52,8
J01	Antibactériens à usage systémique	49,8	J01	Antibactériens à usage systémique	49,7
C03	Diurétiques	48,8	C10	Agents modifiant les lipides	48,8
C10	Agents modifiant les lipides	48,8	N05	Psycholéptiques	43
A11	Vitamines	46,9	S01	Médicaments ophtalmologiques	39,9
N05	Psycholéptiques	43	A11	Vitamines	38,6
S01	Médicaments ophtalmologiques	39,9	C07	Bêta-bloquants	35,7
C07	Bêta-bloquants	35,7	M01	Anti-inflammatoires et antirhumatismaux	31,8
M01	Anti-inflammatoires et antirhumatismaux	31,8	C03	Diurétiques	30,5
C08	Inhibiteurs calciques	31,1	M02	Topiques pour douleurs articulaires ou musculaires	30,1
M02	Topiques pour douleurs articulaires ou musculaires	30,1	A06	Laxatifs	29,6
A06	Laxatifs	29,6	C08	Inhibiteurs calciques	26,1

ATC : Anatomie thérapeutique et chimique (classification).

Source : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

Annexe 3 :

Les 15 classes ATC niveau 3 concernant le plus de bénéficiaires avec l'indicateur continu, avec et sans prise en compte des associations et conditionnements trimestriels

Indicateur continu AVEC prise en compte des associations			Indicateur continu SANS prise en compte des associations		
Code ATC	Classe thérapeutique (ATC niveau 3)	% de bénéf. (N: 43619)	Code ATC	Classe thérapeutique (ATC niveau 3)	% de bénéf. (N: 43619)
N02	Analgésiques	56,6	N02	Analgésiques	55,4
C09	Médicaments agissant sur le système renine-angiotensine	53,8	C09	Médicaments agissant sur le système renine-angiotensine	53
B01	Antithrombotiques	48,7	B01	Antithrombotiques	48,2
C10	Agents modifiant les lipides	46,6	C10	Agents modifiant les lipides	45,2
C03	Diurétiques	45,7	A02	Médicaments des troubles de l'acidité	36,5
A02	Médicaments des troubles de l'acidité	36,7	C07	Bêta-bloquants	33,7
C07	Bêta-bloquants	34	N05	Psycholéptiques	33
N05	Psycholéptiques	33	C03	Diurétiques	28,8
A11	Vitamines	30,4	C08	Inhibiteurs calciques	23,1
C08	Inhibiteurs calciques	28,7	S01	Médicaments ophtalmologiques	22
S01	Médicaments ophtalmologiques	22	A11	Vitamines	20,9
N06	Psychoanalgésiques	19,2	N06	Psychoanalgésiques	19,2
A12	Suppléments minéraux	17,4	A12	Suppléments minéraux	17,3
C01	Médicaments en cardiologie	17	C01	Médicaments en cardiologie	17
A10	Médicaments du diabète	16,9	A10	Médicaments du diabète	16,8

Source : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

Annexe 4 :

Medication Appropriateness Index

QUESTIONS	SCORE
Is there an indication for the drug?	3
Is the medication effective for the condition?	3
Is the dosage correct?	2
Are the directions correct?	2
Are the directions practical?	2
Are there clinically significant drug-drug interactions?	2
Are there clinically significant drug-disease/condition interactions?	1
Is there unnecessary duplication with other drugs?	1
Is the duration of therapy acceptable?	1
Is this drug the least expensive alternative available compared with others of equal utility?	1
Max Score of Inappropriateness	18

Source : Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. J CLIN EPIDEMIOL . 1992 ; 45(10) : 1045-1051.

Annexe 5 :

Caractéristiques des grilles de critères explicites publiées entre 1991 et 2015								
Nom de la grille	Auteurs	Année	Pays/Région	Méthode de conception	Nombre de tours	Nombre d'experts	Pluridisciplinarité/ International	Population cible
Beers V1 ¹	Beers et al. [17]	1991	États-Unis	Delphi	2	13	Oui/ États-Unis-Canada	≥ 65 ans, en institution
McLeod	McLeod et al. [18]	1997	Canada	Delphi	2	32	Oui/Non	Sujets âgés
Rancourt	Rancourt et al. [30]	2004	Québec	Delphi Modifiée ²	2	4	Oui/Non	≥ 65 ans en institution
Lindblad	Lindblad et al. [29]	2006	États-Unis	Delphi	2	9	Oui/Non	≥ 65 ans
Laroche	Laroche et al. [19]	2007	France	Delphi	2	15	Oui/Non	≥ 75 ans
ACOVE V3 ¹	Wenger et al. [23]	2007	États-Unis	RAND/UCLA ³	3	24	Oui/Non	≥ 75 ans, ambulatoires
Winit-Watjana	Winit-Watjana et al. [34]	2008	Thaïlande	Delphi	3	17/17/16	Oui/Non	Thaïlandais > 65 ans
NORGE ¹	Rognstad et al. [35]	2009	Norvège	Delphi	3	57/50/47	Oui/Non	≥ 70 ans en médecine générale
Stefanacci	Stefanacci et al. [37]	2009	États-Unis	Delphi Modifiée ²	2	8/7/8	Oui/Non	≥ 65 ans
Priscus ¹	Holt et al. [21]	2010	Allemagne	Delphi	2	25/26	Oui/Non	Allemands ≥ 65 ans
Mimica	Mimica Matanovic et Vlahovic-Palcevski [36]	2012	Croatie	Autre ⁴	NA	NA	Non/Non	≥ 65 ans
PIEA ¹	Basger et al. [33]	2012	Australie	RAND/UCLA ³	2	15/12	Oui/Non	Australiens ≥ 65 ans
Beers V5 ¹	The American geriatrics society [28]	2015	États-Unis	Autre ⁵	NA	16	Oui/Non	≥ 65 ans
STOPP/START V2 ¹	O'Mahony et al. [32]	2015	Irlande	Delphi	2	19	Oui/Europe	> 65 ans

V1, V2, V3, V4, V5 : version 1, version 2, version 3, version 4, version 5. NA : non applicable.

¹Pour les grilles ayant bénéficié d'une mise à jour, seule la version la plus à jour est présentée. La première version des critères de Beers constituant la première grille de critères explicites développée, elle est également détaillée dans ce tableau.

²Une méthode Delphi modifiée comporte une réunion pré-sententielle au cours de laquelle les experts discutent des critères, jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.

³RAND/UCLA : méthode « Rand appropriateness method » de la Rand Corporation et l'université de Californie de Los Angeles. Il s'agit d'une méthode Delphi modifiée.

⁴Autre : revue de la littérature et critiques des différentes grilles publiées dans le monde, puis développement d'une nouvelle grille en combinant les critères de Beers 2003, McLeod, Laroche et Lindblad et en ajoutant des interactions médicamenteuses par modification des grilles de Malone et Hanlon [61,62].

⁵Autre : réunion pré-sententielle de 2 jours au cours desquelles 16 membres de la Société américaine de gériatrie ont mis à jour les critères de la version précédente de l'outil et validés de nouveaux critères.

Source : Desnoyer A, Guignard B, Lang P-O, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ? La Presse Médicale. 1 nov 2016;45(11):957-70.

Annexe 6 :

Organisation interne des grilles de critères explicites									
Grilles	Organisation			Présence du rationnel	Présence de recommandations	Présence d'alternatives	Indication		Organisation globale
	Par spécialités médicales	Par pathologies	Par classes thérapeutiques				De la qualité de preuve ou des références	Du niveau de recommandations	
Beers V1 [17]	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	1 tableau
Beers V2 [25]	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	2 tableaux
Beers V3 [26]	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	2 tableaux
McLeod [18]	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	4 tableaux
Rancourt [30]	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	1 tableau
Lindblad [29]	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	1 tableau
Laroche [19]	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	1 tableau
ACOVE V3 [23]	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	1 liste d'indicateurs
Winit-Watjana [34]	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	2 tableaux
NORGEF [29]	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	2 tableaux
Stefanacci [32]	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	1 liste de mdt
Priscus [30]	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	1 tableau
Mimica [31]	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	4 tableaux
PIEA [33]	±	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	2 tableaux
Beers V5 [38]	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	5 tableaux
STOPP/ START V2 [39]	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	2 tableaux

Mdt : médicaments.

Source : Desnoyer A, Guignard B, Lang P-O, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ? La Presse Médicale. 1 nov 2016;45(11):957-70.

Annexe 7 :

Annexe 1 : STOPP/START.v2 adaptation en langue française

Screening Tool of Older Persons' Prescriptions, version 2 (STOPP.v2)

Chez une personne âgée de 65 ans ou plus, la prise de ces médicaments est potentiellement inappropriée dans les circonstances décrites ci-dessous.

Section A : Indication de prescription

A1 Tout médicament prescrit sans indication clinique (aspirine et statine en prévention cardiovasculaire primaire ; inhibiteur de la pompe à protons (IPP) sans atteinte oesogastrique récente...) – (surprescription)

A2 Tout médicament prescrit au-delà de la durée recommandée, si elle est définie – (surprescription)

A3 Toute duplication de prescription d'une classe médicamenteuse (deux benzodiazépines, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), diurétiques de l'anse, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, bêtabloquants, anticoagulants...) – (monothérapie à optimiser avant de considérer la duplication)

Section B : Système cardiovasculaire

B1 La digoxine pour une décompensation d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) conservée – (pas de preuve de bénéfice)

B2 Le vérapamil ou le diltiazem en présence d'une décompensation cardiaque de classe III ou IV – (risque d'aggravation de l'insuffisance cardiaque)

B3 Un bêtabloquant en combinaison avec le vérapamil ou le diltiazem – (risque de bloc de conduction cardiaque)

B4 Un bêtabloquant en présence d'une bradycardie (<50 bpm), d'un bloc atrioventriculaire du second degré ou troisième degré – (risque de bloc complet ou d'asystolie)

B5 L'amiodarone en première intention pour une tachycardie supraventriculaire – (risque d'effets secondaires plus important que celui par bêtabloquant, digoxine, vérapamil ou diltiazem)

B6 Un diurétique de l'anse en première intention pour une hypertension artérielle – (des alternatives plus sûres et plus efficaces sont disponibles)

B7 Un diurétique de l'anse pour oedèmes des membres inférieurs d'origine périphérique (c'est-à-dire en l'absence d'argument pour une insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique, insuffisance rénale ou syndrome néphrotique) – (la surélévation des jambes et le port de bas de contention sont plus appropriés)

B8 Un diurétique thiazidique ou apparenté (indapamide)

en présence d'une hypokaliémie ($K^+ < 3,5$ mmol/l), hyponatrémie ($Na^+ < 130$ mmol/l), hypercalcémie (calcémie corrigée $> 2,65$ mmol/l ou $> 10,6$ mg/dl), ou d'une histoire d'arthrite microcristalline (goutte ou chondrocalcinose) – (risque accru de précipiter ces troubles métaboliques)

B9 Un diurétique de l'anse pour hypertension artérielle en présence d'une incontinence urinaire – (exacerbation probable de l'incontinence)

B10 Un antihypertenseur à action centrale (méthyl dopa, clonidine, moxonidine, riliménidine, guanfacine) en l'absence d'une intolérance ou d'une inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs – (les antihypertenseurs à action centrale sont moins bien tolérés)

B11 Un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) en présence d'un antécédent d'hyperkaliémie – (risque de récurrence)

B12 Un antagoniste de l'aldostérone (spironolactone, éplérénone) en l'absence d'une surveillance de la kaliémie (au moins semestrielle), lorsque cet antagoniste est associé à un médicament d'épargne potassique (IEC, ARA II, amiloride, triamtérène) – (risque d'hyperkaliémie sévère (> 6 mmol/l))

B13 Un inhibiteur de la 5-phosphodiesterase (sildénafil, tadalafil, vardénafil) en présence d'une décompensation cardiaque sévère avec hypotension (pression systolique < 90 mmHg) ou d'un angor traité par nitrés – (risque de choc cardiovasculaire)

Section C : Antiagrégants et anticoagulants

C1 De l'aspirine au long cours à dose > 160 mg/jour – (risque accru de saignement, sans preuve d'efficacité majorée)

C2 De l'aspirine en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodénal sans prescription d'un IPP – (risque de récurrence d'ulcère)

C3 Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) ou un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) en présence d'un risque hémorragique significatif (hypertension artérielle sévère non contrôlée, diathèse hémorragique, ou récent épisode de saignement spontané important) – (risque élevé d'hémorragie)

C4 De l'aspirine associée au clopidogrel en prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien

Annexe 1 : STOPP/START.v2 adaptation en langue française

depuis moins de douze mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique) – (pas de preuve de bénéfice, hors de ces trois exceptions, par rapport à une monothérapie par clopidogrel)

C5 De l'aspirine associée à un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une fibrillation atriale – (pas de bénéfice additionnel de l'aspirine, qui majore le risque de saignement)

C6 Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) en association à un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une artériopathie stable (coronarienne, cérébrovasculaire ou périphérique) – (pas de bénéfice additionnel de l'ajout de l'antiagrégant, qui majore le risque de saignement)

C7 La ticlopidine dans tous les cas – (le clopidogrel et le prasugrel ont des effets secondaires moindres et une efficacité similaire)

C8 Un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) durant plus de six mois pour un premier épisode de thrombose veineuse profonde (TVP) sans facteur de risque de thrombophilie identifié – (pas de bénéfice additionnel après six mois)

C9 Un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) durant plus de douze mois pour un premier épisode d'embolie pulmonaire (EP) sans facteur de risque de thrombophilie identifié – (pas de bénéfice additionnel après douze mois)

C10 Un AINS associé à un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) – (risque accru d'hémorragie gastro-intestinale)

C11 Un AINS en présence d'un antiagrégant plaquettaire, sans traitement préventif par un IPP – (risque accru d'ulcère gastroduodénal)

Section D : Système nerveux central et psychotropes

D1 Un antidépresseur tricyclique en présence d'une démence, d'un glaucome à angle aigu, d'un trouble de conduction cardiaque, d'un prostatisme/antécédent de globe vésical – (risque d'aggravation par effet anticholinergique)

D2 Un antidépresseur tricyclique en traitement de première intention pour une dépression – (risque accru d'effets secondaires par rapport aux ISRS)

D3 Un neuroleptique à effet anticholinergique modéré à marqué (chlorpromazine, clozapine, flupenthixol, fluphenzine, pipothiazine, promazine, zuclopenthixol) en présence d'un prostatisme ou d'un antécédent de globe vésical – (risque de globe vésical)

D4 Un ISRS en présence d'une hyponatrémie ($\text{Na}^+ < 130$ mmol/l) concomitante ou récente – (risque d'exacerbation ou de récurrence de l'hyponatrémie)

D5 Une benzodiazépine depuis plus de quatre semaines – (un traitement prolongé par benzodiazépine n'est pas indiqué (critère A1) ; risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chutes et/ou d'accident de la route. Après quatre semaines, toute prise de benzodiazépine devrait être diminuée progressivement

puisqu'il existe une tolérance de l'effet thérapeutique et un risque de syndrome de sevrage)

D6 Un neuroleptique (autre que la quétiapine ou la clozapine) en présence d'un syndrome parkinsonien ou d'une démence à corps de Lewy – (risque d'aggravation sévère des symptômes extrapyramidaux)

D7 Un médicament anticholinergique en traitement des effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique – (risque d'effets anticholinergiques)

D8 Un médicament à effet anticholinergique en présence d'une démence ou/et d'un syndrome confusionnel – (risque d'exacerbation des troubles cognitifs)

D9 Un neuroleptique chez un patient présentant des symptômes psycho-comportementaux associés à une démence, à moins que ces symptômes soient sévères et que l'approche non pharmacologique ait échoué – (risque accru de thrombose cérébrale et de décès)

D10 Un neuroleptique pour insomnies (à moins qu'elles ne soient dues à une psychose ou une démence) – (risques de confusion, d'hypotension, d'effets secondaires extrapyramidaux, de chutes)

D11 Un inhibiteur de l'acétylcholinestérase en présence d'un antécédent de bradycardie persistante (< 60 bpm), de bloc de conduction cardiaque, de syncopes récidivantes inexplicables, de médicament bradycardisant (bêtabloquant, digoxine, diltiazem, vérapamil) ou d'asthme – (risque de troubles sévères de la conduction cardiaque, de syncope, d'accident, de bronchospasme)

D12 Une phénothiazine comme neuroleptique de première ligne (à l'exception de la prochlorpérazine pour nausées, vomissements et vertiges ; de la chlorpromazine pour hoquet persistant ; de la lévomépromazine comme antiémétique en soins palliatifs) – (effets sédatifs et anticholinergiques sévères ; des alternatives plus sûres existent)

D13 La L-dopa ou un agoniste dopaminergique pour des tremblements essentiels bénins ou pour un syndrome parkinsonien – (pas de preuve d'efficacité)

D14 Un antihistaminique de première génération dans tous les cas – (d'autres antihistaminiques plus sûrs sont disponibles)

Section E : Fonction rénale et prescriptions

Les six prescriptions suivantes sont potentiellement inappropriées chez une personne âgée présentant une altération aiguë ou chronique de sa fonction rénale et notamment lorsqu'est atteint un certain seuil de débit de filtration glomérulaire (DFG) tel qu'estimé par la clairance de la créatinine (selon la formule de Cockcroft-Gault et exprimée en ml/min). Se référer aux notices des médicaments et aux recommandations locales.

E1 La digoxine au long cours à une dose > 125 µg/jour lorsque le DFG est < 30 ml/min – (risque d'intoxication)

E2 Un inhibiteur direct de la thrombine (dabigatran) lorsque le DFG est < 30 ml/min – (risque accru de saignement)

E3 Un inhibiteur direct du facteur Xa (rivaroxaban, apixaban) lorsque le DFG est < 15 ml/min – (risque accru

Annexe 1 : STOPP/START.v2 adaptation en langue française

de saignement)

E4 Un AINS lorsque le DFG est < 50 ml/min – (risque d'aggravation de la fonction rénale)

E5 La colchicine lorsque le DFG est < 10 ml/min – (risque d'intoxication)

E6 La metformine lorsque le DFG est < 30 ml/min – (risque d'acidose lactique)

Section F : Système digestif

F1 La prochlorpérazine ou le métoclopramide en présence de symptômes extrapyramidaux – (risque d'aggravation)

F2 Un IPP à dose maximale pendant plus de huit semaines pour oesophagite peptique ou ulcère gastroduodénal non compliqués – (indication d'une réduction de la dose de l'IPP, voire de son arrêt avant huit semaines)

F3 Un médicament à effet constipant (anticholinergiques, fer par voie orale, opiacés, vérapamil, antiacide à base de sel d'aluminium) en présence d'une constipation chronique lorsque des alternatives existent – (risque de majoration de la constipation)

F4 Du fer élémentaire à dose > 200 mg/jour par voie orale (fumarate de fer > 600 mg/jour, sulphate de fer > 600 mg/jour, gluconate de fer > 1800 mg/jour) – (absorption du fer inchangée au-delà de cette dose, et risque de troubles digestifs)

Section G : Système respiratoire

G1 La théophylline en monothérapie d'une BPCO – (alternatives plus sûres et plus efficaces ; risque d'effets secondaires liés à l'indice thérapeutique étroit)

G2 Des corticostéroïdes par voie systémique plutôt qu'inhalés pour le traitement de fond d'une BPCO modérée à sévère – (exposition inutile à des effets secondaires alors que le traitement inhalé est efficace)

G3 Un bronchodilatateur anticholinergique (ipratropium, tiotropium) en présence d'un glaucome à angle aigu – (risque d'exacerbation du glaucome), ou d'un obstacle à la vidange de la vessie – (risque de rétention urinaire)

G4 Un bêtabloquant non cardiosélectif (sotalol, carvedilol, pindolol, propranolol...), par voie orale ou voie locale (glaucome), en présence d'un antécédent d'asthme nécessitant un traitement bronchodilatateur – (risque de bronchospasme)

G5 Une benzodiazépine en présence d'une insuffisance respiratoire aiguë ou chronique (pO₂ < 60 mmHg ou SaO₂ < 89% ou < 8 kPa ou/et pCO₂ > 6,5 kPa ou > 50 mmHg – (risque d'aggravation de l'insuffisance respiratoire)

Section H : Système musculosquelettique

H1 Un AINS en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodénal ou de saignement digestif, sans traitement gastroprotecteur par IPP ou anti-H₂ – (risque de récurrence de l'ulcère peptique)

H2 Un AINS en présence d'une hypertension artérielle sévère – (risque de majoration de l'hypertension) ou d'une insuffisance cardiaque sévère – (risque de décompensation cardiaque)

H3 Un AINS au long cours (> 3 mois) en première ligne pour une douleur arthrosique – (un analgésique comme le paracétamol est préférable et habituellement efficace pour contrôler les douleurs arthrosiques modérées)

H4 Une corticothérapie au long cours (> 3 mois) pour une polyarthrite rhumatoïde en monothérapie – (risque d'effets secondaires de la corticothérapie)

H5 Une corticothérapie pour douleur d'arthrose, par voie orale ou locale (injections intra-articulaires admises) – (risque d'effets secondaires systémiques de la corticothérapie)

H6 Un AINS ou la colchicine au long cours (> 3 mois) pour le traitement de fond d'une goutte, en l'absence d'un inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol ou febuxostat) sauf si ce dernier est contre-indiqué – (un inhibiteur de la xanthine-oxydase est le premier choix pour la prévention des crises de goutte)

H7 Un AINS ou un inhibiteur sélectif de la COX-2, en présence d'une maladie cardiovasculaire non contrôlée (angine de poitrine, HTA sévère) – (risque accru d'infarctus du myocarde ou de thrombose cérébrale)

H8 Un AINS en présence d'une corticothérapie sans traitement préventif par IPP – (risque accru d'ulcère gastroduodénal)

H9 Un bisphosphonate par voie orale en présence d'une atteinte actuelle ou récente du tractus digestif supérieur (dysphagie, oesophagite, gastrite, duodénite, ulcère peptique ou saignement digestif haut) – (risque de récurrence ou de majoration de l'atteinte digestive haute)

Section I : Système urinaire

I1 Un médicament à effets anticholinergiques en présence d'une démence, d'un déclin cognitif chronique – (risque d'une majoration de la confusion, d'agitation), d'un glaucome à angle fermé – (risque d'exacerbation du glaucome) ou d'un prostatisme persistant – (risque de globe vésical)

I2 Un alpha1-bloquant (tamsulosine, térazosine) en présence d'une hypotension orthostatique symptomatique ou de syncope postmictionnelle – (risque de syncopes récurrentes)

Section J : Système endocrinien

J1 Une sulphonylurée à longue durée d'action (glibenclamide, chlorpropamide, glimépiride, gliclazide à libération prolongée) pour un diabète de type 2 – (risque d'hypoglycémies prolongées)

J2 Une thiazolidinédione (rosiglitazone, pioglitazone) en présence d'une décompensation cardiaque – (risque de majoration de la décompensation cardiaque)

J3 Un bêtabloquant en présence d'un diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques – (risque de masquer les symptômes d'hypoglycémie. Envisager une diminution du traitement hypoglycémiant pour ramener l'HbA_{1c} entre 7,5 et 8,5% (59 et 69 mmol/ml) chez les patients âgés fragiles)

J4 Des oestrogènes en présence d'un antécédent de cancer du sein ou d'épisode thromboembolique veineux – (risque accru de récurrence)

Annexe 1 : STOPP/START.v2 adaptation en langue française

J5 Des oestrogènes par voie orale ou transdermique sans progestatif associé chez une patiente non hystérectomisée – (risque de cancer endométrial)

J6 Des androgènes en l'absence d'un hypogonadisme confirmé – (risque de toxicité aux androgènes ; absence de bénéfice prouvé en dehors de l'hypogonadisme)

Section K : Médicaments majorant le risque de chutes

K1 Une benzodiazépine dans tous les cas – (effet sédatif, trouble de proprioception et d'équilibre)

K2 Un neuroleptique dans tous les cas – (effet sédatif, dyspraxie de la marche, symptômes extrapyramidaux)

K3 Un vasodilatateur (alpha1-bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré de longue durée d'action, IEC, ARA II) en présence d'une hypotension orthostatique persistante (diminution récurrente de la pression artérielle systolique \geq 20 mmHg ou diastolique \geq 10 mmHg lors de la verticalisation) – (risque de syncopes, de chutes)

K4 Un hypnotique Z (zopiclone, zolpidem, zaleplon) – (risque de sédation, d'ataxie)

Section L : Antalgiques

L1 Un opiacé fort en première ligne d'une douleur légère (par voie orale ou transdermique ; morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, diamorphine, méthadone, tramadol, pethidine, pentazocine) – (non-respect de l'échelle OMS de la douleur)

L2 Un opiacé en traitement de fond (c'est-à-dire non à la demande) sans la prescription concomitante d'un traitement laxatif – (risque de constipation sévère)

L3 Un opiacé de longue durée d'action en cas de pics douloureux, en l'absence d'un opiacé à action immédiate – (risque de persistance des pics douloureux)

Section N : Charge anticholinergique

N1 Une utilisation concomitante de plusieurs (\geq 2) médicaments à effets anticholinergiques (antispasmodique vésical ou intestinal, antidépresseurs tricycliques, antihistaminique de première génération...) – (risque de toxicité anticholinergique) Liste non exhaustive de médicaments à activité anticholinergique élevée :

- amitriptyline, clomipramine, doxépine, imipramine ;
- hydroxyzine, meclizine, prométhazine ;
- clozapine, levomepromazine ;
- bipéridène, procyclidine, trihexyphénidyle ;
- fésotérodine, flavoxate, oxybutynine, proprivéline ;
- solifénacine, toltérodine ;
- ipratropium ;
- butylhyoscine, tizanidine, scopolamine.

Principaux effets anticholinergiques centraux : sédation, altération cognitive, delirium (confusion aiguë), désorientation, hallucinations visuelles, agitation, irritabilité, agressivité.

Principaux effets anticholinergiques périphériques : trouble de l'accommodation visuelle, mydriase, sécheresse buccale, sécheresse oculaire, tachycardie, nausées, constipation, dysurie, rétention vésicale.

Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2

(START.v2)

Les traitements médicamenteux proposés ci-après doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide chez une personne âgée de 65 ans et plus, hors situation de fin de vie. Le prescripteur aura vérifié toutes les contre-indications spécifiques de ces traitements médicamenteux avant de les recommander aux patients âgés.

Section A : Système cardiovasculaire

A1 En présence d'une fibrillation atriale (paroxystique, persistante ou permanente), un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur de la thrombine ou inhibiteur du facteur Xa). En cas de fibrillation atriale induite par une cardiopathie valvulaire mitrale ou par un syndrome coronarien aigu ou récent, seule l'antivitamine K est recommandée – (risque cardio-embolique élevé)

A2 En présence d'une fibrillation atriale et d'une contre-indication majeure à l'anticoagulation, de l'aspirine (75 mg à 160 mg/jour) – (risque cardio-embolique élevé)

A3 En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébrovasculaire ou périphérique, un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) – (réduction des événements ischémiques)

A4 En présence d'une hypertension artérielle persistante (systolique $>$ 160 mmHg et/ou diastolique $>$ 90 mmHg), un antihypertenseur. Pour les patients diabétiques, les seuils de 140 mmHg pour la systolique et de 90 mmHg pour la diastolique sont préférés – (réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire)

A5 En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébrovasculaire ou périphérique chez un patient de moins de 85 ans, une statine – (réduction des événements ischémiques)

A6 En présence d'une insuffisance cardiaque systolique ou/et d'une maladie coronarienne, un IEC – (réduction de la morbi-mortalité cardiaque)

A7 En présence d'une cardiopathie ischémique, un bêtabloquant – (réduction de la morbi-mortalité cardiaque)

A8 En présence d'une insuffisance cardiaque systolique stable, un traitement bêtabloquant validé (bisoprolol, nebivolol, métoprolol, carvedilol) – (réduction de la morbi-mortalité cardiaque)

Section B : Système respiratoire

B1 En présence d'un asthme ou d'une BPCO de stade léger à modéré, l'inhalation régulière d'un agoniste bêta2-adrénergique ou d'un antimuscarinique bronchodilatateur (ipratropium, tiotropium) – (contrôle des symptômes)

B2 En présence d'un asthme ou d'une BPCO de stade modéré à sévère, lorsque le volume expiratoire forcé durant la première seconde (VEF1) est $<$ 50% ou lorsque des exacerbations nécessitent une corticothérapie orale, la prise régulière d'un corticostéroïde inhalé – (contrôle des symptômes, diminution des exacerbations)

B3 En présence d'une hypoxie chronique documentée

Annexe 1 : STOPP/START.v2 adaptation en langue française

($pO_2 < 60$ mmHg ou < 8 kPa, ou $SaO_2 < 89\%$ à l'air ambiant), une oxygénothérapie de longue durée – (augmentation de l'espérance de vie)

Section C : Système nerveux central et oeil

C1 En présence d'une maladie de Parkinson de forme idiopathique confirmée, responsable d'un retentissement fonctionnel significatif, de la L-dopa ou un agoniste dopaminergique – (premier choix pour le contrôle des symptômes)

C2 En présence de symptômes dépressifs majeurs persistants, un antidépresseur non tricyclique – (amélioration des formes sévères de dépression)

C3 En présence d'une maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré (donépezil, rivastigmine, galantamine) ou une maladie à corps de Lewy (rivastigmine), un inhibiteur de l'acétylcholinestérase – (amélioration limitée des fonctions cognitives)

C4 En présence d'un glaucome primaire à angle ouvert, un traitement topique par analogue des prostaglandines, de la prostamide ou un bêtabloquant – (diminution de la pression intra-oculaire)

C5 En présence d'une anxiété sévère persistante, un ISRS. En cas de contre-indication aux ISRS, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ou la prégabaline – (médicaments plus appropriés que les benzodiazépines pour un traitement prolongé)

C6 En présence d'un syndrome des jambes sans repos, après avoir écarté une carence martiale et une insuffisance rénale sévère, un agoniste dopaminergique (ropinirole, pramipexole, rotigotine) – (amélioration des symptômes, de la qualité du sommeil et de la qualité de vie)

Section D : Système digestif

D1 En présence d'un reflux gastro-oesophagien sévère ou d'une sténose peptique nécessitant une dilatation, un IPP – (contrôle des symptômes)

D2 En présence d'une maladie diverticulaire associée à une histoire de constipation chronique, une supplémentation en fibres (son, ispaghula, méthylcellulose, sterculiacée) – (contrôle des symptômes)

Section E : Système musculosquelettique

E1 En présence d'une polyarthrite rhumatoïde active et invalidante, un traitement de fond par un inducteur de rémission (méthotrexate, hydroxychloroquine, minocycline, leflunomide, tocilizumab, etanercept, adalimumab, anakinra, abatecept, infliximab, rituximab, certolizumab, golimumab) – (ralentissement de l'évolution de la maladie)

E2 En cas de corticothérapie systémique au long cours (> 3 mois), une supplémentation en Vitamine D et calcium et un traitement par bisphosphonates – (prévention de l'ostéoporose cortico-induite)

E3 En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score $< -2,5$ DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie), une supplémentation en

Vitamine D (cholécalférol 800-1000 UI/jour) et calcium (1-1,2 g /jour) – (prévention de fractures osseuses)

E4 En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score $< -2,5$ DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie), un traitement inhibiteur de la résorption osseuse ou anabolique osseux – (prévention des fractures osseuses)

E5 En présence d'un confinement au domicile, de chutes ou d'une ostéopénie (densitométrie osseuse : $-2,5 < T$ -score < -1 DS), une supplémentation en vitamine D (cholécalférol 800-1000 UI/jour) – (prévention de l'ostéoporose)

E6 En présence de goutte clinique (crises, arthropathie, tophus) ou radiographique, un traitement de fond par un inhibiteur de la xanthine oxydase (allopurinol, febuxostat) – (prévention des crises de goutte)

E7 En cas de traitement par méthotrexate, une supplémentation en acide folique – (prévention des effets indésirables gastro-intestinaux et hématologiques)

Section F : Système endocrinien

F1 En présence d'un diabète compliqué d'une néphropathie (protéinurie à la bandelette urinaire ou micro-albuminurie > 30 mg/24 heures), avec ou sans insuffisance rénale biologique, un IEC. En cas d'intolérance aux IEC, un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II – (protection glomérulaire)

Section G : Système urogénital

G1 En présence d'un prostatisme symptomatique lorsqu'une résection de la prostate n'est pas justifiée, un alpha1-bloquant – (diminution des symptômes)

G2 En présence d'un prostatisme symptomatique lorsqu'une résection de la prostate n'est pas justifiée, un inhibiteur de la 5 α -réductase – (diminution du risque de rétention urinaire aiguë et de résection prostatique)

G3 En présence d'une vaginite atrophique symptomatique, des oestrogènes locaux (crème, ovule, anneau, pessaire) – (diminution des symptômes)

Section H : Antalgiques

H1 En présence de douleurs modérées à sévères, des agonistes opioïdes forts doivent être proposés lorsque le paracétamol, les AINS, les opiacés faibles sont inadaptes à la sévérité des douleurs ou ont été inefficaces – (contrôle de la douleur permettant d'éviter anxiété, dépression, troubles du comportement, du sommeil et de la mobilité)

H2 Chez une personne recevant des opiacés de façon régulière, un traitement laxatif – (prévention de la constipation induite par les opiacés)

Section I : Vaccinations

I1 Une vaccination annuelle contre la grippe, au début de l'automne – (prévention d'hospitalisations et de la mortalité liées au virus Influenza)

I2 Une vaccination contre le pneumocoque par le vaccin conjugué 13-valent ou/et le vaccin polysaccharidique 23-valent, sans moment de préférence durant l'année – (prévention des infections invasives à pneumocoques)

Annexe 8 :

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant : MGx

Projet : Recherche qualitative auprès de médecins généralistes concernant leur expérience de l'utilisation de l'outil STOPP/START informatisé.

L'objectif de ce projet est d'explorer le ressenti des médecins généralistes concernant la pertinence de l'outil STOPP/ START informatisé et son utilisation en pratique quotidienne en médecine ambulatoire.

Réalisation de l'entretien : Je réalise donc des entretiens semi-directifs pour recueillir votre expérience, entretiens enregistrés via un dictaphone. Il durera de 30 à 45 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée dans mon ordinateur avec identifiant et mot de passe.

L'analyse des données sera réalisée par moi-même.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de ma thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de cocher chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
3. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
4. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____

Signature (investigateur) _____

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

Annexe 9 :

GRILLE D'ENTRETIEN

1. Que vous évoque le renouvellement du traitement chez la personne âgée de 75 ans ou plus?

1' Qu'est-ce que cela implique dans l'organisation de vos consultations et de votre activité quotidienne ? (question d'ordre général sur la représentation des médecins)

- Si non évoqués spontanément, recueillir :
 - La part de l'activité gériatrique sur l'ensemble de son activité.
 - La pratique ville (domicile/cabinet) ou EHPAD en proportion et en confort d'exercice.
 - Une consultation dédiée ? Diriez-vous que les consultations durent plus ou moins longtemps pour un renouvellement de traitement que pour un évènement aigu en population gériatrique? Pourquoi ?
 - À quelle fréquence renouvelez-vous les ordonnances de vos patients gériatriques ? Pourquoi ? (3 mois ?; usage ? disponibilité des RDV ?...)
 - Imaginons une consultation où vous modifiez un traitement chronique (posologie, introduction ou retrait d'un médicament..), reconvoquez-vous les patients plus tôt ou conservez-vous le rythme habituel de renouvellement ?

2. Dans le cadre de l'étude TAPAGE, vous avez été amenés à utiliser l'outil STOPP/START version2 informatisé. Connaissiez-vous cet outil avant d'être investigateur et que vous a apporté la participation à cette étude ?

- Si non évoqué spontanément, recueillir :
 - Si oui, comment en avez-vous entendu parler ? L'utilisez-vous déjà au quotidien ? en version informatique ou papier ?
 - Si non, utilisez-vous d'autres outils pour l'aide à la prescription/déprescription ? Utilisez-vous un logiciel d'aide à la prescription ? Si oui, lequel ? (Vidal Expert™, Banque Claude Bernard™, DOROZ®, Prescrire®...).A quelle visée vous en servez-vous ? (indication, posolo-

gie, surdosage, effets indésirables, pharmacocinétique, pharmacodynamie...). Avantages/désavantages par rapport à l'outil STPP/START ?

3. Avez-vous connaissance des concepts de Misuse, Overuse et Underuse ?

- Si non, explication rapide. Trouvez-vous l'outil STOPP/START informatisé utile/pertinent pour repérer ces situations ?
- Si oui, dans quelle mesure l'outil STOPP/START informatisé est utile/pertinent pour repérer ses situations en STOPP et en START ? Critères pertinents retenus pour la conception de l'outil ? Lacunes ? (Cohérence théorique de l'outil).
- *A la lumière de la bibliographie, il est possible que les médecins n'évoquent pas spontanément les situations de START : Vous n'avez pas spontanément évoqué les situations de START. Pour quelles raisons ? (moins présentes, plus difficiles à identifier, prescription moins facile à justifier... ?)*

4. Souvenez-vous de situations au cours desquelles vous avez été amené à utiliser cet outil informatisé : quel a été votre ressenti ? (Réalité de l'utilisation en pratique quotidienne/pertinence pratique).

- Si non évoqués spontanément, recueillir :
 - Si réponse évasive, orienter vers l'aspect praticopratic de l'outil : avez-vous rencontré des avantages/bénéfices ou des difficultés/obstacles à l'utilisation de l'outil ?
 - Simplicité d'utilisation (intuitif), ergonomie, chronophage, intérêt de la réutilisation chez le même patient à chaque renouvellement versus une utilisation annuelle versus une utilisation post phénomène aigu.
 - Une modification proposée par l'outil a-t-elle fait systématiquement l'objet d'une modification de l'ordonnance ?
 - Modalités concrètes d'utilisation (comment vous l'utiliserez en dehors du cadre de l'étude : en présence du patient, ou avant un RDV pour anticiper et préparer le RDV avec le patient, ou dans d'autres circonstances (groupes de pairs... ?) et à quelle fréquence ? Ici, l'étude

à laquelle participe les médecins les oblige peut être à utiliser l'outil d'une façon bien définie. Si c'est le cas, la prochaine question (de perspective) permettrait de répondre à cette question.

5. Au-delà de l'étude à laquelle vous participez, pensez-vous utiliser cet outil en pratique quotidienne ? (Question d'ouverture/de perspective).
- Si oui, pourquoi et comment ? Est-ce déjà le cas ? L'utilisez-vous tel quel ?
 - Pensez-vous que l'outil peut être une aide pour éviter les prescriptions médicamenteuses inappropriées ? (PMI)
 - Pourriez-vous étendre son utilisation auprès des résidents en EHPAD par exemple ?
 - Si non, pourquoi ?
 - Auriez-vous des suggestions à proposer pour améliorer cet outil ?

Annexe 10 :

	Date en 2019	Âge	Sexe	DI	Type de cabinet	Activité	PP > 75 ans (%)	Formations complémentaires	Autres activités	TE
M1	01/02	52	H	19	Groupe - 5 associés	SR	30	DU de pédagogie médicale DU de recherche qualitative Réfèrent régional comité d'éthique du CNGE Réfèrent GRIVE Occitanie FMC	DMG MSU MCA	28 :14
M2	09/02	40	F	9	Seule	U	50	FMC	MSU MedCo EHPAD	17 :05
M3	14/03	31	F	2	Groupe - 3 associés	SR	<5	DESC de nutrition DU de gynécologie DU d'entretien motivationnel	DMG 1j/sem en service de diabétologie / nutrition	20 :26
M4	02/04	36	H	6	Groupe - 3 associés + 1 collaborateur	SU	20	DIU d'acupuncture	–	21 :30
M5	02/04	32	F	4	Groupe - 3 associés + 1 collaborateur	SR	30	DU de gynécologie	DMG MSU	27 :26
M6	08/04	34	F	6	Groupe - 5 associés	SR	20	DU de médecine légale	–	16 :10
M7	06/05	39	H	6	Groupe - 4 associés	SR	35	FMC Formation en hypnose	MSU à partir de novembre 2019	27 :53
M8	09/05	36	H	7	Seul	SR	40	–	–	36 :12
M9	23/05	35	F	3	Groupe - 2 associés + 1 collaboratrice	SR	<5	DU de pédagogie médicale DU de gynécologie	DMG CCA pendant 4 ans MSU	29 :08

Légende :

DI : Durée d'installation (ans).

TE : Temps d'entretien.

U : Urbain.

SU : Semi-Urbain.

SR : Semi-Rural.

PP : Part de la patientèle.

GRIVE : Généralistes Réfèrents en Infectio-Vigilance Extra Hospitalière.

FMC : Formation Médicale Continue.

DMG : Département de Médecine Générale.

MSU : Maître de Stage Universitaire.

MCA : Maître de Conférences Associés.

MedCo : Médecin Coordonnateur.

CCA : Chef de Clinique Assistant.

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction :

La polypathologie et son corollaire, la polymédication, représentent un enjeu de santé publique. En médecine générale, optimiser les ordonnances des patients de 75 ans ou plus est une préoccupation quotidienne des praticiens. L'outil STOPP/START v.2 informatisé est un outil d'aide à la prescription accessible aux médecins généralistes. L'objectif de notre travail était de recueillir leur ressenti sur l'utilisation de cet outil.

Matériel et méthodes :

Étude qualitative par analyse thématique d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès des médecins gardois investigateurs de l'étude TAPAGE.

Résultats :

Neuf entretiens réalisés dans cette étude, entre février et mai 2019, ont permis de définir le contexte du renouvellement de traitement des patients de 75 ans ou plus en médecine ambulatoire et de faire un état des lieux des outils déjà utilisés par les médecins. La pertinence, théorique et pratique, de l'outil STOPP/START v.2 informatisé a été évaluée et des améliorations nécessaires à la généralisation de son utilisation ont été déterminées. Nous avons pu souligner la complexité d'une consultation de renouvellement de traitements chez les patients âgés de 75ans ou plus, et mettre en évidence les points forts et les faiblesses de l'outil.

Discussion :

Nous avons établi que, pour la plupart des médecins interrogés, l'outil est globalement pertinent même si son versant pratique pourrait être revu et amélioré. Pour encourager son utilisation et favoriser sa diffusion, il est indispensable de prévoir son intégration au logiciel métier.

Conclusion :

Cette étude a permis de montrer l'intérêt que portent les médecins généralistes à l'utilisation de cet outil dans leur pratique quotidienne, pour l'édition des ordonnances mais surtout pour la révision du dossier médical et pour l'amorce d'un dialogue médecin-patient afin de le convaincre du bien-fondé des choix thérapeutiques.

Mots-clés :

Gériatrie, polypathologie, polypharmacie, prescription inappropriée, outil d'aide à la prescription, critères STOPP START, iatrogénie, méthode qualitative.