



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON SUD CHARLES MERIEUX

ANNÉE 2017 N°

**Objectifs des prescriptions médicamenteuses :
l'étude transversale OPREM.**

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 12 octobre 2017

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BERNARD Louis

Né le 27 janvier 1987 à L'Haÿ-Les-Roses

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

| | |
|--|--------------------|
| . Président de l'Université | Frédéric FLEURY |
| . Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales | Pierre COCHAT |
| . Directeur Général des Services | Dominique MARCHAND |

SECTEUR SANTE

| | |
|--|-----------------------------------|
| UFR DE MEDECINE LYON EST | Doyen : Gilles RODE |
| UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX | Doyen : Carole BURILLON |
| INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) | Directeur : Christine VINCIGUERRA |
| UFR D'ODONTOLOGIE | Doyen : Denis BOURGEOIS |
| INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR) | Directeur : Xavier Perrot |
| DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE | Directeur : Anne-Marie SCHOTT |

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

| | |
|---|-------------------------------|
| UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES | Directeur : Fabien DE MARCHI |
| UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) | Directeur : Yannick VANPOULLE |
| POLYTECH LYON | Directeur : Emmanuel PERRIN |
| I.U.T. LYON 1 | Directeur : Christophe VITON |
| INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA) | Directeur : Nicolas LEBOISNE |
| OBSERVATOIRE DE LYON | Directeur : Isabelle DANIEL |
| ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE) | Directeur Alain MOUGNIOTTE |

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

| | |
|-------------------------|---|
| ADHAM Mustapha | Chirurgie Digestive |
| BERGERET Alain | Médecine et Santé du Travail |
| BROUSSOLLE Christiane | Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement |
| BROUSSOLLE Emmanuel | Neurologie |
| BURILLON-LEYNAUD Carole | Ophthalmologie |
| CHIDIAC Christian | Maladies infectieuses ; Tropicales |
| DUBREUIL Christian | O.R.L. |
| ECOCHARD René | Bio-statistiques |
| FLOURIE Bernard | Gastroentérologie ; Hépatologie |
| FOUQUE Denis | Néphrologie |
| GEORGIEFF Nicolas | Pédopsychiatrie |
| GILLY François-Noël | Chirurgie générale |
| GOLFIER François | Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale |
| GUEUGNIAUD Pierre-Yves | Anesthésiologie et Réanimation urgence |
| KIRKORIAN Gilbert | Cardiologie |
| LAVILLE Martine | Nutrition |
| LAVILLE Maurice | Thérapeutique |
| MALICIER Daniel | Médecine Légale et Droit de la santé |
| MATILLON Yves | Epidémiologie, Economie Santé et Prévention |
| MORNEX Françoise | Cancérologie ; Radiothérapie |
| MOURIQUAND Pierre | Chirurgie infantile |
| NICOLAS Jean-François | Immunologie |
| PIRIOU Vincent | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| SALLES Gilles | Hématologie ; Transfusion |
| SIMON Chantal | Nutrition |
| THIVOLET Charles | Endocrinologie et Maladies métaboliques |
| THOMAS Luc | Dermato -Vénérologie |
| VALETTE Pierre Jean | Radiologie et imagerie médicale |
| VIGHETTO Alain | Neurologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

| | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| ANDRE Patrice | Bactériologie – Virologie |
| BERARD Frédéric | Immunologie |
| BONNEFOY Marc | Médecine Interne, option Gériatrie |
| BONNEFOY- CUDRAZ Eric | Cardiologie |
| CAILLOT Jean Louis | Chirurgie générale |
| CERUSE Philippe | O.R. L |
| DES PORTES DE LA FOSSE Vincent | Pédiatrie |
| FESSY Michel-Henri | Anatomie |
| FRANCK Nicolas | Psychiatrie Adultes |
| FREYER Gilles | Cancérologie ; Radiothérapie |
| GIAMMARILE Francesco | Biophysique et Médecine nucléaire |
| GLEHEN Olivier | Chirurgie Générale |
| JOUANNEAU Emmanuel | Neurochirurgie |
| LANTELME Pierre | Cardiologie |

LEBECQUE Serge
LINA Gérard
LONG Anne
LUAUTE Jacques
MAGAUD Jean-Pierre
PEYRON François
PICAUD Jean-Charles
POUTEIL-NOBLE Claire
PRACROS J. Pierre
RIOUFFOL Gilles
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
RUFFION Alain
SANLAVILLE Damien
SAURIN Jean-Christophe
SEVE Pascal
TEBIB Jacques
THOBOIS Stéphane
TRILLET-LENOIR Véronique
TRONC François

Biologie Cellulaire
Bactériologie
Médecine vasculaire
Médecine physique et Réadaptation
Hémato ; transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et Imagerie médicale
Cardiologie
Biochimie et Biologie moléculaire
Urologie
Génétique
Hépatogastroentérologie
Médecine Interne, Gériatrique
Rhumatologie
Neurologie
Cancérologie ; Radiothérapie
Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE
BARREY Cédric
BOHE Julien
BOULETREAU Pierre
BREVET-QUINZIN Marie
CHAPET Olivier
HOTEL Franck
COTTE Eddy
DALLE Stéphane
DEVOUASSOUX Gilles
DISSE Emmanuel
DORET Muriel
DUPUIS Olivier
FARHAT Fadi
FEUGIER Patrick
FRANCO Patricia
GHESQUIERES Hervé
GILLET Pierre-Germain
HAUMONT Thierry
KASSAI KOUPAI Berhouz
LASSET Christine
LEGER FALANDRY Claire
LIFANTE Jean-Christophe
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
PAPAREL Philippe
PIALAT Jean-Baptiste
POULET Emmanuel

Anesthésie-Réanimation Urgence
Neurochirurgie
Réanimation urgence
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cancérologie, radiothérapie
Chirurgie Infantile
Chirurgie générale
Dermatologie
Pneumologie
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie Vasculaire,
Physiologie
Hématologie
Biologie Cell.
Chirurgie Infantile
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Epidémiologie., éco. Santé
Médecine interne, gériatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie
Urologie
Radiologie et Imagerie médicale
Psychiatrie Adultes

REIX Philippe
SALLE Bruno
SERVIEN Elvire
TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
WALLON Martine
WALTER Thomas

Pédiatrie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Chirurgie Orthopédique
Thérapeutique
Physiologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique
BOUVAGNET Patrice
CHARRIE Anne
DELAUNAY-HOUZARD Claire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline
MASSIGNON Denis
RABODONIRINA Méja
VAN GANSE Eric

Biochimie et Biologie moléculaire
Génétique
Biophysique et Médecine nucléaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Hématologie – Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre
BRUNEL SCHOLTES Caroline
CALLET-BAUCHU Evelyne
COURAUD Sébastien
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DESESTRET Virginie
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine
MILLAT Gilles

Pédiatrie
Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Hématologie ; Transfusion
Pneumologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cytologie – Histologie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Biochimie et Biologie moléculaire

PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe
VUILLEROT Carole

Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne
DEMILY Caroline
FRIGGERI Arnaud
HALFON DOMENECH Carine
LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
NOSBAUM Audrey
PUTOUX DETRE Audrey
RAMIERE Christophe
SUBTIL Fabien
SUJOBERT Pierre
VALOUR Florent

Rhumatologie
Psy-Adultes
Anesthésiologie
Pédiatrie
Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Immunologie
Génétique
Bactério-viro
Biostats
Hématologie
Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FLANDROIS Jean-Pierre
LLORCA Guy
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul
SAMARUT Jacques

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Thérapeutique
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie
Biochimie et Biologie moléculaire

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Composition du Jury

Président :

Monsieur le Professeur GUEYFFIER François, Université Claude Bernard Lyon 1 – UFR Faculté de médecine Lyon Est

Membres :

Monsieur le Professeur ECOCHARD René, Université Claude Bernard Lyon 1 – UFR Faculté de médecine Lyon Sud

Madame le Professeur DURIEU Isabelle, Université Claude Bernard Lyon 1 – UFR Faculté de médecine Lyon Est

Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent, Université Claude Bernard Lyon 1 – UFR Faculté de médecine Lyon Est

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord aux membres du jury :

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur François Gueyffier,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et du temps que vous avez passé à relire et à commenter mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur René Ecochard,

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Votre aide pour la réalisation des statistiques de ma thèse m'a été très précieuse. Sans votre aide ce travail n'aurait pas pu avoir la même qualité. Soyez assuré de toute mon estime.

A Madame le Professeur Isabelle Durieu,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements.

A Monsieur le Professeur Laurent Letrilliart,

Merci de votre disponibilité et de votre investissement tout au long de ce travail. Votre expérience et la richesse de vos réflexions ont été indispensables à l'aboutissement de ce travail. Merci de l'enseignement dont j'ai eu la chance de bénéficier. Ce fut un grand privilège d'avoir été votre élève.

Mes remerciements vont ensuite à ceux qui ont aussi contribué à ce travail :

Aux internes qui ont recueilli les données, Morgane Aillet, Sofien Amraoui, Florent Debruyne, François Drogou, Aurélie Fleurentin, Aude Henry, Laura Laperriere, Thomas Lecocq, Lucile Moracchini, Allison Netboute, Arnaud Ponçon, Manon Ubéra, pour leur investissement

A Philippe Ameline pour tout le travail réalisé sur le site internet de recueil des données.

A Claire Raut pour son travail de traduction et sa bonne humeur constante.

Au Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament (CNHIM) pour le don de la base Thériaque.

Aux Maitres de Stage Universitaire qui ont participé à l'étude.

Au Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants (CLGE) pour son aide logistique et financière.

Mes remerciements vont aussi à mes Maitres rencontrés lors de l'internat :

A toute l'équipe des urgences de la Croix rousse. Merci de m'avoir accompagné lors de mes premiers pas de médecin.

A toute l'équipe de pneumologie et d'infectiologie du centre hospitalier de Valence.

Aux médecins de l'équipe de soins palliatifs du centre hospitalier de Valence.

A toute l'équipe de pédiatrie du centre hospitalier de Villefranche sur Saône.

A tout le personnel de l'hôpital de Tarare.

Au Dr Mélika Armanet, Dr Olivier Beley, Dr Michel Gadot et Dr Daniel Iosti, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir transmis une partie de votre savoir et de votre passion pour le métier.

A toute l'équipe du Cabinet Médical des Allymes et du pôle de santé des Allymes. Votre recherche constante de l'amélioration de la qualité des soins est pour moi un véritable exemple.

Mes remerciements vont également à mes proches,

A Anne. Cela fait presque 10 ans que j'ai la chance de vivre un bonheur sans cesse renouvelé. Merci pour ton amour et ton immense soutien au quotidien comme dans les moments les plus difficiles.

A mon Père, je suis sûr que tu aurais été fier de moi. Tu me manques.

A ma Mère, pour tout.

A Stephan, merci pour tout, tu nous manques.

A mon Frère, qui continue de se battre contre la maladie.

A Martine et François, des beaux parents d'exception.

A mes belles-sœurs Marie et Sophie, quel bonheur de vous avoir.

A mon beau-frère Thibault et à François, courage un jour on finira par monter sur le podium.

A toute ma famille et toute ma belle-famille.

A toute ma famille vanvéenne d'adoption, Paul, Elo, Louis, Sophie, Florence, Juju, Dodo, Johanna, Geoffrey, Couz, Ladis, Marie, Romain, Mathieu et Marion. Merci d'être tels que vous êtes tout simplement.

C'est une chance inestimable de vous connaître.

A mes co-internes Luc, Carole, Jennifer, Florian et tous les autres, merci de votre solidarité dans le travail et de votre bonne humeur.

Aux copains de Valence et en particulier à Lulu, Dudu, Amélie, Pierre-Luc, Sophie et Frédo. Quel semestre ! et ça dure encore. J'espère que l'on pourra continuer encore longtemps à prendre la route tous ensemble chez vous Pierre-Luc et Amélie...

A mes co-externes, compagnons de BU et à toute l'équipe P5. Merci pour ces moments de révision et d'amitié inoubliable.

Table des matières

| | |
|---|------|
| 1. Article en Anglais | p 13 |
| 2. Article en Français | p 32 |
| 3. Annexes | p 50 |
| 3.1. Questionnaire de recueil des données..... | p 50 |
| 3.2. Fiche aide-mémoire..... | p 52 |
| 3.3. Affiche d'information des patients apposée dans les cabinets des médecins..... | p 54 |
| 3.4. Classification internationale des soins primaires (CISP-2)..... | p 56 |
| 4. Conclusions | p 59 |

Drug Prescription Goals in Primary Care: A Cross-sectional Study

ABSTRACT

Purpose. Care goals are often implicit although their identification is a key element of any prescription process. This study aimed at describing the clinical goals of drug prescriptions in general practice, their determinants and the agreement between physicians and patients.

Methods. Cross-sectional study, conducted by 11 residents trainees in 23 general practices. The residents recorded the indication and main goal for all drugs prescribed during five consultation days in each practice in December 2015. We used an eight-categories generic classification of prescription goals, including three specific, three non-specific and two non-specified categories. Analyses were based on a multivariate, multilevel model and on the kappa statistic.

Results. The sample encompassed 2141 consultations and 5036 drugs. The main goal of drug prescriptions was symptomatic (43.3 %). The other goals were to decrease the risk of morbidity (22.4 %), to cure the disease (11.7 %), to improve the quality of life (10.6 %), to decrease the risk of mortality (8.5 %) and to improve function (1.8 %). The choice of a specific goal was more frequent in patients over 50 (OR [1.09;1.15]), of male gender (OR [1.09;1.39]), with a full financial coverage for a long-term condition (OR [1.47;1.97]), known by the physician (OR [1.19;2.23]), or with a somatic health problem (OR [2.56;4.17]). Cohen's kappa between the patients' and the physician's drug prescription goals was 0.26 (0.23-0.30).

Conclusion. It remains to be assessed whether it's possible to collect information on prescription goals on a daily basis.

INTRODUCTION

The medical process usually starts with the identification of a health problem and the making of a diagnosis. It's only after those steps, and according to the diagnosis that has been established, that a therapeutic decision is made. This decision, which aims at getting a positive effect on the health of the patient, implies to set one or several care goals that can be somehow formalized. The identification of these goals is acknowledged to be one of the key elements of any prescription process.¹ Explaining these goals can help the practitioner make sure they are clinically relevant and the patient accept and stick to the treatment.^{2,3} Discussing the care goals contributes to a shared medical decision,^{4,5} in accordance with patient's needs,

preferences and values.^{6,7} It enables the patient to prioritize his expectations⁸ and the practitioner to have the care goals coincide with the most important expectations of the patient.^{9,10} Indeed, the therapeutic proposals should meet patient's preferences.^{11,12}

Within the frame of evidence-based medicine, the therapeutic decision should be made according to studies based on the highest level of evidence available. The studies can lead to different conclusions, depending on the outcome criteria that are considered. Making a therapeutic decision based on the results of a study implies that the therapeutic goal determined for the patient coincides with the outcome of the study. Sharing a therapeutic goal, or a set of goals, with the patient is a way for the physician to quantify the therapeutic benefit, and so to personalize it.¹³ A clinical approach that includes explicit goals, measurable at the patient level, can give the possibility to use them for monitoring the treatment and also for assessing care quality in terms of results.^{7,8,14,15}

Two primary care studies have shown that less than half of the patients with chronic conditions had already discussed the goals of their treatments with their doctors.^{16,17} But these studies did not mention the type of care goals they took into account, and in particular whether the goals were intermediary – in order to improve biological or physiological markers – or clinical.^{4,18} A couple of studies have described the care goals of patients and/or practitioners, but in selected groups of multi-morbid or end-of-life patients and these studies did not link the care goals to a specific health problem or treatment.^{9,19,20,21,22}

Our primary objective was to describe the clinical goals of primary care drug prescriptions according to the patients' health problems and to the prescribed drugs. Our secondary objective was to measure the level of agreement between the patients' and the physicians' goals and to determine the factors influencing physicians' goals.

METHODS

The study was a multicentre, cross-sectional regional study, conducted in French general practice. It included 23 centres using the practices of university trainers associated with the College of General Practice of the University of Lyon 1.

Inclusion criteria

The data were collected by 11 general practice residents under the supervision of university trainers. Each resident trainee investigated 2 or 3 different practices. All the patients encountered at the office or at home over a period of 5 days in each practice from November 2, 2015 to January 6, 2016 were included. The patients who refused to participate or to be examined in the presence of the resident were not included.

Data collection

The resident investigators had training sessions on how to collect and enter data. They were given a checklist with the various necessary procedures for data collection and entry.

The data about the consultations was collected as free text on a paper questionnaire document. It focused on the following variables: place of consultation (office or home visit), patient age, gender, socio-professional class and medical fee exemption status (full financial coverage by the national public health care insurance for long-term conditions or for low income), new or returning patient, health problem managed by the physician, and for each health problem assessed, the prescribed drugs – first prescription or renewed prescription. After each consultation, once the patient has left, the investigating resident asked the physician to state the main goal of each of the prescribed drugs according to a generic list of eight predefined goals categories (Box 1).

The following data were collected about the University trainers: age, gender, work environment (rural, semi-rural, urban), type of practice (solo, group practice, multidisciplinary group/health care centre).

During one day per practice, each resident investigator asked the patient -in addition to the physician- to explain the main goal of his prescription according to the same list of categories (with a formulation adapted to patient understanding).

Data entry

The resident investigator entered the data they had collected on the paper questionnaire into a central database that was accessible via a dedicated website. The data about the health problem managed were

entered after being coded according to the French version of the International Classification of Primary Care (ICPC-2),^{23,24} with the help of an online coding software.²⁵ The drugs that had been prescribed were entered with the support of a search engine into the Thériaque database²⁶, which includes the Anatomical Therapeutic Chemical classification of drugs (ATC).²⁷ A subsample of the consultations was subject to a double entry to verify the accuracy of the entry of drugs and goals.

Data analyses

They consisted in describing the frequency of the various drug prescription goals and their distribution according to the characteristics of the physicians, the patients and the health problems managed.

Physicians' prescription goals were compared according to patients' characteristics using the chi-square test. Drugs were analysed according to the 4th level of the ATC classification. The influence of the factors dependent on the physician, the patient and every health problem managed, has been estimated with univariate analyses and then with a multivariate hierarchical model, using the R software.²⁸ This model was built by grouping the eight categories of the classification of prescription goals into a dichotomous variable that distinguished specific goals (mortality, morbidity and cure) and non-specific goals (symptoms, quality of life, functional state), after excluding the "other goals" and "no goal" categories. The level of agreement between patients' and their physicians' goals was estimated with the Cohen's kappa test.

Ethical and regulation aspects

On December 12, 2015, the Ethics Committee of the Hospices Civils de Lyon agreed on the conduct of the study. A poster was displayed in the participating practices to inform patients on the study.

RESULTS

Our sample encompassed 2141 consultations, 3319 health problems managed, and 5036 drugs prescribed along with their corresponding goals. Eight patients were not included at their request. Characteristics of physicians and patients are presented in Table 1.

Distribution of prescription goals

The main goal of drug prescription by the physicians was to relieve the symptoms (43.3%) before decreasing the risk of morbidity (22.4%), curing or providing remission of disease (11.7%), improving the quality of life (10.6%), decreasing the risk of mortality (8.5%) and improving function (1.8%). Physician's goal for drug prescribing was associated with patient's gender and age, physician's knowledge of the patient and the existence of a full financial coverage for a long-term condition. In particular, for male patients over 45 who were already known by the physician or had a full financial coverage for a long-term condition, the goals to decrease mortality and morbidity were more frequent whereas the goals to relieve the symptoms were less frequent (Table 2).

The drugs most often prescribed with the goal of decreasing mortality and morbidity were cardiovascular system drugs (ATC class C). Those most often prescribed with the goal of disease cure or remission were penicillins with extended spectrum (Table3). As far as symptoms and the quality of life improvements were concerned, the anilides class (including paracetamol) prevailed.

Patients' and physicians' goals were compared from a sub-sample of 355 consultations (16.6%) and 1129 drugs and goals (22.4%). They reported the same goal in 488 prescriptions (44.2%). Cohen's kappa coefficient between patients' and physicians' goals was equal to 0.26 (0.23-0.30), corresponding to a poor level of agreement. The difference in assessment was maximal for the goal of improving quality of life (22.1% the patients vs. 10.4% for physicians) (Table 4).

Determinants of prescription goals

Once the goals were grouped in two main categories – specific and non-specific goals– the multivariate analyses showed that drugs were prescribed more frequently with a specific goal when the patient was over 50 (OR=1.12), of male gender (OR = 1.23), had a full financial coverage for a long-term condition (OR=1.70), was already known by the physician (OR=1.63) or had a somatic health problem managed (OR=3.23) (Table 5).

Reliability of the data entry

A sub-sample of 190 consultations (8.9%) was entered twice. Among the 606 prescribed drugs, 18 were different between the two entries (3.0%) – 14 because of a different drug and 4 because of a missing drug. Among the 606 prescription goals, 19 were different between the two entries (3.0%) – 15 because of a different goal and 4 because of a missing goal.

DISCUSSION

The main physician's goal of drug prescriptions was mostly symptomatic (43.3 %). The second goal was to decrease the risk of morbidity (22.4 %), and the other goals were to cure the disease (11.7 %), to improve the quality of life (10.6 %), to decrease the risk of mortality (8.5 %) and to improve function (1.8 %). These goals varied according to patient's gender and age, physician's knowledge of the patient, a full financial coverage for a long-term condition, and the health problem nature. After grouping the goals, the multivariate analyses showed that physician's choice of a specific goal was more frequent in male patients, over 50, with a full financial coverage for a long-term condition, who were known by him and had a somatic health problem. Patients' and physicians' agreement on drug prescriptions goals was poor.

Strengths and limitations

There was no missing data in our database. Classification mistakes were limited by the training of the investigators, data control and the use of an online coding software. The mistake rate for data entry was estimated at 3.0% for drugs and for goals.

The study was conducted with university trainers but the characteristics of their patients and drug prescriptions can be considered broadly representative of patients attending general practice.²⁹ The study is only about the goals of drug prescriptions and does not encompass all other care goals. It would be interesting in future studies to focus on prescription goals for care delivered by allied health care professionals (nursing care, physiotherapy, podiatry, ergotherapy, speech therapy...), medical devices, sick leave periods and home support services.

A prevailing symptomatic goal

Almost half of drugs (43.3%) are prescribed to relieve a symptom. A symptom can fit into a syndrome or an illness, or be isolated. When the symptom is related to a well-identified illness, the physician can be led to prescribe several drugs with different goals. For instance, in the case of a bacterial throat infection, antibiotics can be prescribed to reduce the risk of complications and a painkiller to relieve the symptoms.³⁰ On the contrary, the health problem can correspond to an isolated symptom when a more accurate diagnosis cannot be made during the encounter, which is the case for at least 20% of health problems assessed.^{31,32} If an isolated symptom persists in time without being related to a specific illness, it becomes a medically unexplained symptom.³³ In these two situations, a symptomatic treatment is essential³⁴, in a patient-centred perspective.³⁵ As the absence of an accurate etiological diagnosis is a cause for patient dissatisfaction,³⁶ the physician is confronted to a double challenge: satisfy patient's need to get an interpretation of his symptom and avoid unjustified diagnostic escalation.³⁷

In almost a third of the cases, the drugs prescribed to relieve the symptoms were either paracetamol or non-steroidal anti-inflammatory drugs, which had probably been prescribed with an analgesic purpose. In France, most of these drugs do not require a medical prescription and pharmacists are involved in their delivery over the counter.³⁸ If a bigger proportion of the symptoms usually managed by general practitioners were dealt with by pharmacists and nurses, they would have more time to focus on complex cases.³⁹

As far as returning patients over 45 and with a long-term condition were concerned, physicians' goals to decrease mortality and morbidity were more frequent whereas the goal to relieve the symptoms was less frequent. Most of the time, these three categories correspond to the treatment of chronic conditions for which morbidity and mortality are high. The goals to decrease mortality and morbidity are more frequent with male patients than with female patients, as opposed to the goal to relieve the symptoms. This may be due to the fact that men more frequently suffer from cardio-vascular diseases,⁴⁰ for which drug treatments have proved efficient in decreasing morbi-mortality.^{41,42}

A low level of shared decision-making

The low level of agreement observed in our study between physicians' and patients' goals (Cohen's kappa: 0.26) suggests that a shared decision-making is not fully effective in general practice yet. A study conducted with frail elderly patients has already shown that the agreement between the clinician and the caregiver about the most important among a list of six care goals (day-to-day functioning, safety, emotional and behavioural issues, medical issues, social support, caregiver stress) was low (Cohen's kappa: 0.20)²⁰. Prescription goals are probably still quite implicit in the medical process⁸. A Canadian survey showed that less than half of the patients with a chronic condition have already discussed the goals of their treatment with their physician.¹⁶ Although shared decision-making is regarded as an ethical obligation,^{43,44} various barriers have been identified.⁶ One of them is the difficulty for the patients to understand technical data. That is why some authors promote the idea of re-engineering the shared decision-making by asking the patients to prioritize their care goals. In practice, rather than asking patients to choose a specific treatment or test, the physician should ask them to prioritize their goals, so that he can turn them into care processes⁶. One limitation of this approach is the lack of validated care goals data collection system. Unfortunately, the outcome criteria used in drug trials usually do not meet the patients' preferences, which can generate discrepancies between scientific data available and patients' care goals.

An operational classification

It is usual to make a distinction between treatments with preventive, curative, symptomatic and palliative aims.⁴ Such classification remains too simple if we consider that the goal of prevention can encompass the prevention of mortality and morbidity and that the palliative goal can encompass the goal to relieve patient's symptoms and improve his quality of life or his functioning. Instead of those traditional goals, DL Sackett et al. have suggested using more concrete and precise goals representing the ultimate objectives of treatment, namely: to cure, prevent a recurrence, limit functional or structural deterioration, prevent the later complications, relieve the current distress, deliver reassurance, or allow to die with comfort and dignity.⁴⁵ However, this list of goals relies on weakly defined categories. JP. Boissel and P. Gallois have suggested hierarchizing therapeutic goals according to their usefulness. They have then defined the following five

levels: increasing life expectancy, decreasing the occurrence of non-lethal morbid events, getting rid of inconvenient symptoms, preventing handicap, improving quality of life.¹⁸ This classification does not include the curing and remission goal. Other authors developed a goal typology with four categories: three were professional goal categories (functional, biological and adaptive) and another one was defined by the patient. To limit the tensions between professionals' and patients' personal goals, they propose to put the personal goals at the top of the goal hierarchy and then to translate them into professional goals.⁴⁶ To our knowledge, none of these classifications have been tested in care situations.

Several qualitative studies based on the interview of the various actors involved in the medical process have been conducted with the aim of describing care goals. A study on elderly patients with multi-morbidities showed that the goals expressed by the patients, their family physicians and informal caregivers were grouped according to the following categories: health maintenance, health improvement and symptoms management, behaviour change, preparation for future needs, social help, safety and dignity¹⁹. A study in a geriatric evaluation centre about family caregivers and clinicians showed that the most important goals were: day-to-day functioning, safety, emotional and behavioural issues, caregiver stress, medical issues, social support.²⁰ In a study in a geriatric ambulatory consultation centre, the patients reported six categories of goals: safety, independence and day-to-day functioning, social and family relationships, personal health, economic stability, maintenance of autonomy and dignity.²¹ In another study targeting patients with dementia, the same team identified two additional categories: general well-being and behavioural and emotional issues.²² The results of these qualitative studies shed a useful light on the patients' perspectives, but the reported categories have been built empirically and cannot be considered as operational classifications.

Our proposal to use an eight-categories generic classification proved operational in daily general practice, although it remains to be further validated. It may be extended with terminologies including detailed goals, such as the International classification of primary care (ICPC-2) to illustrate the morbidity risk reduction categories²⁴ or the International classification of functioning (ICF) to illustrate the improvement or maintenance of functioning.⁴⁷

Box 1. Classification of prescription goals

1. To decrease the risk of mortality (global or specific)
2. To decrease the risk of morbidity (disease or complications)
3. To cure or provide the remission of disease
4. To relieve symptoms
5. To improve or maintain quality of life
6. To improve or maintain functioning
7. Other goal
8. No goal

Table 1. Characteristics of the population

| | n (%) |
|--|-------------|
| Characteristics of the patients | |
| Age | |
| ≤14 | 372 (17.4) |
| 15-44 | 616 (28.8) |
| 45-74 | 840 (39.2) |
| 75-97 | 313 (14.6) |
| Gender | |
| Males | 923 (43.1) |
| Females | 1218 (56.9) |
| Anteriority | |
| Returning | 2017 (94.2) |
| New | 124 (5.8) |
| Medical fee exemption status | |
| For long-term conditions | 410 (19.1) |
| For low income | 96 (4.5) |
| Characteristics of the physicians | |
| Gender | |
| Males | 16 (69.6) |
| Females | 7 (30.4) |
| Age | |
| 31-39 | 5 (21.7) |
| 40-49 | 5 (21.7) |
| 50-59 | 9 (38.1) |
| 59-66 | 4 (17.4) |
| Work environment | |
| Rural | 9 (39.0) |
| Semi-rural | 8 (34.8) |
| Urban | 6 (26.2) |
| Type of practice | |
| Multidisciplinary group/health care center | 6 (26.0) |
| Group | 14 (60.9) |
| Solo | 3 (13.1) |

Table 2. Distribution of physicians' prescription goals according to patients' characteristics

| | Mortality | Morbidity | Cure | Symptom | Quality of life | Functioning | Other or none | Total |
|-------------------------------|------------------|------------------|-------------|----------------|------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| Total | 429 (8.5%) | 1128 (22.4%) | 587 (11.7%) | 2183 (43.3%) | 534 (10.6%) | 91 (1.8%) | 84 (1.7%) | 5036 (100%) |
| Gender | | | | | | | | |
| Male | 213 (10.0%) | 564 (26.4%) | 213 (10.0%) | 858 (40.2%) | 217 (10.2%) | 41 (1.9%) | 28 (1.3%) | 2134 (100%) |
| Female | 216 (7.4%) | 564 (19.4%) | 374 (12.9%) | 1325 (45.7%) | 317 (10.9%) | 50 (1.7%) | 56 (1.9%) | 2902 (100%) |
| Age | | | | | | | | |
| 0-44 | 44 (2.7%) | 151 (9.1%) | 271 (16.4%) | 970 (58.7%) | 151 (9.1%) | 24 (1.5%) | 42 (2.5%) | 1653 (100%) |
| ≥45 | 385 (14.7%) | 977 (31.6%) | 316 (6.7%) | 1213 (31.9%) | 383 (11.7%) | 67 (2.1%) | 42 (1.3%) | 3383 (100%) |
| Anteriority | | | | | | | | |
| Returning | 420 (8.7%) | 1103 (23.0%) | 561 (11.7%) | 2046 (42.6%) | 512 (10.7%) | 83 (1.7%) | 79 (1.6%) | 4804 (100%) |
| New | 9 (3.9%) | 25 (10.8%) | 26 (11.2%) | 137 (59.1%) | 22 (9.5%) | 8 (3.4%) | 5 (2.2%) | 232 (100%) |
| Long term condition | | | | | | | | |
| Yes | 285 (16.6%) | 564 (32.9%) | 112 (6.5%) | 492 (28.7%) | 200 (11.7%) | 39 (2.3%) | 21 (1.2%) | 1713 (100%) |
| No | 144 (4.3%) | 564 (17.0%) | 475 (14.3%) | 1691 (50.9%) | 334 (10.1%) | 52 (1.6%) | 63 (1.9%) | 3323 (100%) |
| Low income | | | | | | | | |
| Yes | 18 (8.2%) | 29 (13.2%) | 25 (11.4%) | 108 (49.1%) | 36 (16.4%) | 0 (0%) | 4 (1.8%) | 220 (100%) |
| No | 411 (8.5%) | 1099 (22.8%) | 562 (11.7%) | 2075 (43.1%) | 498 (10.3%) | 91 (1.7%) | 91 (1.7%) | 4816 (100%) |
| Health problem managed | | | | | | | | |
| Psycho-social | 2 (0.5%) | 25 (5.9%) | 66 (15.6%) | 173 (41.0%) | 144 (34.1%) | 6 (1.4%) | 6 (1.4%) | 422 (100%) |
| Somatic | 427 (9.2%) | 1103 (23.9%) | 521 (11.3%) | 2010 (43.6%) | 390 (8.5%) | 85 (1.8%) | 78 (1.7%) | 4614 (100%) |

NA Chi² test not realized due to a theoretical effective < 5

Table 3. The most frequent 4th level ATC sub-classes according to prescription goals

| Goal | Sous classes ATC | n (%) |
|----------------------------|--|-------------|
| Mortality (n=429) | Platelet aggregation inhibitors excl. heparin (B01AC) | 51 (11.9%) |
| | HMG CoA reductase inhibitors (statin) (C10AA) | 48 (11.2%) |
| | Beta blocking agents, selective (C07AB) | 32 (7.5%) |
| | ACE inhibitors, plain (C09AA) | 30 (7.0%) |
| | Angiotensin II antagonists, plain (C09CA) | 22 (5.1%) |
| Morbidity (n=1128) | HMG CoA reductase inhibitors (statin) (C10AA) | 106 (9.4%) |
| | Vitamin D and analogues (A11CC) | 74 (6.6%) |
| | ACE inhibitors, plain (C09AA) | 65 (5.8%) |
| | Beta blocking agents, selective (C07AB) | 59 (5.2%) |
| | Calcium channel blockers, dihydropyridine derivatives (C08CA) | 54 (4.8%) |
| Cure (n=587) | Platelet aggregation inhibitors excl. heparin (B01AC) | 54 (4.8%) |
| | Penicillins with extended spectrum (J01CA) | 59 (10.1%) |
| | Glucocorticoids (H02AB) | 38 (6.5%) |
| | NSAID propionic acid derivatives (M01AE) | 31 (5.3%) |
| | Selective serotonin reuptake inhibitors (N06AB) | 29 (4.9%) |
| Symptom (n=2183) | Imidazole and triazole derivatives for topical use (D01AC) | 25 (4.3%) |
| | Anilides ¹ (N02BE) | 559 (25.6%) |
| | NSAID propionic acid derivatives (M01AE) | 121 (5.5%) |
| | Proton pump inhibitors (A02BC) | 113 (5.2%) |
| | Corticosteroids for nasal use (R01AD) | 105 (4.8%) |
| Quality of life (n=534) | Other drugs for functional gastrointestinal disorders (A03AX) | 78 (3.6%) |
| | Anilides ¹ (N02BE) | 51 (9.6%) |
| | Benzodiazepine derivatives (N05BA) | 32 (6.0%) |
| | Benzodiazepine related drugs (N05CF) | 30 (5.6%) |
| | Selective serotonin reuptake inhibitors (N06AB) | 30 (5.6%) |
| Functioning (n=91) | Proton pump inhibitors (A02BC) | 25 (4.7%) |
| | Other anti-inflammatory and antirheumatic agents, non-steroids (M01AX) | 7 (7.7%) |
| | Vitamin D and analogues (A11CC) | 4 (4.4%) |
| | Anilides ¹ (N02BE) | 4 (4.4%) |
| Other (n=60) | Other nasal preparations (R01AX) | 4 (4.4%) |
| | Progestogens and estrogens, fixed combinations (G03AA) | 9 (15.0%) |
| | Progestogens and estrogens, sequential preparations (G03AB) | 6 (10.0%) |
| None (n=24) | Bacterial and viral vaccines, combined (J07CA) | 3 (5.0%) |
| | Vitamin D and analogues (A11CC) | 4 (16.7%) |
| | Antiseptics biguanides and amidines (D08AC) | 3 (12.5%) |
| | Natural opium alkaloids (N02AA) | 2 (8.3%) |
| | Anilides ¹ (N02BE) | 2 (8.3%) |
| Mucolytics (R05CB) | 2 (8.3%) | |

¹Including paracetamol

Table 4. Distribution of patients' and physicians' prescription goals

| | Mortality | Morbidity | Cure | Symptom | Quality of life | Functioning | Other or none | |
|------------|------------------|------------------|-------------|----------------|------------------------|--------------------|----------------------|------------------------|
| Physicians | 85 (7.5%) | 256 (22.7%) | 121 (10.7%) | 517 (45.8%) | 118 (10.4%) | 18 (1.6%) | 14 (1.2%) | 1129 (100%) |
| Patients | 75 (6.6%) | 168 (14.9%) | 187 (16.6%) | 368 (32.6%) | 250 (22.1%) | 47 (4.2%) | 34 (3.0%) | 1129 (100%) |

Table 5. Determinants of Physician's choice of a specific goal

| | Specific goals (n = 2144) | | Non-specific goals (n = 2808) | | Univariate analysis | | Multivariate analysis ¹ | |
|---|------------------------------|--------------|----------------------------------|------|---------------------|-------------|------------------------------------|---------|
| | | | | | OR | [IC 95%] | OR | [IC95%] |
| Characteristics of the patient | | | | | | | | |
| Age | | | | | | | | |
| < 50 | 554 (25.8%) | 1285 (45.8%) | 1285 (45.8%) | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | |
| > 50 | 1590 (74.2%) | 1523 (54.2%) | 1523 (54.2%) | 2.42 | [2.14 ; 2.73] | 1,12 | [1.09 ; 1.15] | |
| Gender | | | | | | | | |
| Females | 1154 (53.8%) | 1692 (60.3%) | 1692 (60.3%) | 1.00 | 1.00 | 1,00 | | |
| Males | 990 (46.2%) | 1116 (39.7%) | 1116 (39.7%) | 1.30 | [1.16 ; 1.45] | 1,23 | [1.09 ; 1.39] | |
| Long-term condition | | | | | | | | |
| No | 1183 (55.2%) | 2077 (74.0%) | 2077 (74.0%) | 1.00 | 1.00 | 1,00 | | |
| Yes | 961 (44.8%) | 731 (26.0%) | 731 (26.0%) | 2.31 | [2.05 ; 2.60] | 1,70 | [1.47 ; 1.97] | |
| Low income | | | | | | | | |
| Yes | 72 (3.4%) | 144 (5.0%) | 144 (5.0%) | 1.00 | 1.00 | 1,00 | | |
| No | 2072 (96.6%) | 2664 (95.0%) | 2664 (95.0%) | 1.56 | [1.17 ; 2.08] | 1,30 | [0.95 ; 1.79] | |
| Patient known by the physician | | | | | | | | |
| No | 60 (2.8%) | 167 (5.9%) | 167 (5.9%) | 1.00 | 1.00 | 1,00 | | |
| Yes | 2084 (97.2%) | 2641 (94.1%) | 2641 (94.1%) | 2.20 | [1.63 ; 2.97] | 1,63 | [1.19 ; 2.23] | |
| Characteristics of the physician | | | | | | | | |
| Urban | 539 (25.1%) | 789 (28.1%) | 789 (28.1%) | 1.00 | 1.00 | 1,00 | | |
| Rural or semi-rural | 1605 (74.9%) | 2019 (71.9%) | 2019 (71.9%) | 1.16 | [1.02 ; 1.32] | 1,20 | [0.98 ; 1.47] | |
| Characteristics of the consultation | | | | | | | | |
| Health problem managed | | | | | | | | |
| Psycho-social | 93 (4.3%) | 323 (11.5%) | 323 (11.5%) | 1.00 | 1.00 | 1,00 | | |
| Somatic | 2051 (95.7%) | 2485 (88.5%) | 2485 (88.5%) | 2.86 | [2.27 ; 3.57] | 3,23 | [2.56 ; 4.17] | |
| Adjusted to physician's age and center | | | | | | | | |

1. De Vries TPGM, Hennings RH, Horgerzil HV, et al. Guide to good prescription. WHO Action programme on essential drugs. Geneva: WHO; 1995.
2. Shakib S, George A. Prescribing: What's all the fuss?. *Aust Fam Physician*. 2003;32:35-8.
3. Shakib S, George A. Diagnosis and therapeutic goals. What are you actually treating? *Aust Fam Physician*. 2003;32:147-149.
4. No Author. Treatment goals: Discuss them with the patient. *Prescrire Int*. 2012;21:276-278.
5. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century: The challenge of chronic conditions. Geneva: WHO; 2005.
6. Gillick MR. Re-engineering shared decision-making. *J Med Ethics*. 2015;41:785-788.
7. David B, Reuben MD. Goal-oriented patient care: An alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med*. 2012;366:777-779.
8. Rijken M, Bekkema N, Boeckxstaens P. et al. Chronic disease management programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expect*. 2014;17:608-621.
9. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, et al. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. *Arch Intern Med*. 2011;171:1854-1856.
10. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 2012;345:e6572
11. Man-Son-Hing M, Gage BF, Montgomery AA, et al. Preference-based antithrombotic therapy in atrial fibrillation: implications for clinical decision making. *Med Decis Making*. 2005;25:548-559
12. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med*. 2002;346:1061-1066
13. Gueyffier F, Boissel JP, Cucherat M. [Integratable message: central problem of communication for therapeutic information]. *Therapie*. 1996;51:240-245.

14. Working Group on Health Outcomes for Older Persons with Multiple Chronic Conditions. Universal health outcome measures for older persons with multiple chronic conditions. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:2333-2341.
15. Tinetti ME, McAvay G, Chang SS, et al. Effect of chronic disease-related symptoms and impairments on universal health outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59:1618-1627.
16. Canadian Institute for Health Information. Seniors and the health care system: What is the impact of multiple chronic conditions. Analysis in Brief. Ottawa, Ontario: Canadian Institute for Health Information; 2011.
17. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood).* 2009;28:w1-16.
18. Boissel JP, Gallois P. [Example of a method for evaluating the efficacy of a prescribers' information system]. *Médecine.* 2009;5:72-76.
19. Kuluski K, Gill A, Naganathan G, et al. A qualitative descriptive study on the alignment of care goals between older persons with multi-morbidities, their family physicians and informal caregivers. *BMC Family Practice.* 2013;14:133.
20. Bogardus ST, Bradley EH, Williams CS, et al. Goals for the care of frail older adults: do caregivers and clinicians agree? *Am J Med.* 2001;110:97-102.
21. Bradley EH, Bogardus ST Jr, Tinetti ME, Inouye SK. Goal-setting in clinical medicine. *Soc Sci Med.* 1999;49:267-278.
22. Bogardus ST Jr, Bradley EH, Tinetti ME. A taxonomy for goal setting in the care of persons with dementia. *J Gen Intern Med.* 1998;13:675-680.
23. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brûlet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires, deuxième version: CISP-2. Care Edition, Bruxelles; 2000.
24. World Health Organization. International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>. Accessed Sep 25, 2017.
25. CISP Club. Prometheus. <http://www.promethe.org/>. Accessed Sep 25, 2017.

26. Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament. Banque de donnée sur le médicament Thériaque. <http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>. Accessed Sep 25, 2017.
27. World Health Organization. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system. http://www.whooc.no/atc/structure_and_principles/. Accessed Sep 25, 2017.
28. The R foundation. The R Project for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/>. Accessed Sep 25, 2017.
29. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, et al. Comparison of French training and non training general practice: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2016;16:126.
30. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(11):CD000023.
31. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;114:148-157.
32. Britt H, Miller GC, Henderson J, et al. General practice activity in Australia 2015-16. General practice series number 40. Sydney: Sydney University Press; 2016.
33. Koch H, van Bokhoven MA, Bindels PJ, et al. The course of newly presented unexplained complaints in general practice patients: a prospective cohort study. *Fam Pract*. 2009;26:455-465.
34. Kumar A, Allaudeen N. To cure sometimes, to relieve often, to comfort always. *JAMA Intern Med*. 2016;176:731-2.
35. Grol R, de Maeseneer J, Whitfield M, et al. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands. *Fam Pract*. 1990;7:100-103.
36. Rosendal M, Carlsen AH, Rask MT. Symptoms as the main problem: a cross-sectional study of patient experience in primary care. *BMC Fam Pract*. 2016;17:29.
37. Rask MT, Andersen RS, Bro F, et al. Towards a clinically useful diagnosis for mild-to-moderate conditions of medically unexplained symptoms in general practice: a mixed methods study. *BMC Fam Pract*. 2014;15:118.

38. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Médicaments en accès direct. [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0). Accessed Sep 25, 2017.
39. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:127
40. D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, et AL. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2008;117:743-753.
41. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA.* 2002;288:2981-2997.
42. Wright JM, Musini VM. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD001841.
43. Salzburg Global Seminar. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ.* 2011;342:d1745.
44. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27:1361-1367.
45. Deciding on the best therapy. In: Sacket DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell, editors. *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine*, 2nd ed. Boston: Brown and Company; 1991. p.187-248.
46. Berntsen GK, Gammon D, Steinsbekk A, et al. How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. *BMJ Open.* 2015;5:e009403.
47. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Accessed Sep 25, 2017.

Objectifs des prescriptions médicamenteuses : l'étude transversale OPREM.

RÉSUMÉ

Introduction. Les objectifs de soins sont souvent implicites alors que leur identification constitue un élément clé de toute démarche de prescription.

Objectif. Décrire les objectifs cliniques des prescriptions médicamenteuses en médecine générale, leurs déterminants et la concordance entre médecins et patients.

Méthodes. Etude transversale multicentrique, conduite par 11 internes chez 23 maitres de stage universitaire. Les internes ont recueilli l'indication et l'objectif principal de tous les médicaments prescrits pendant cinq jours de consultation par maitre de stage durant le mois de décembre 2015. Nous avons utilisé une classification générique des objectifs de prescriptions à huit catégories incluant trois catégories spécifiques, trois catégories non spécifiques et deux catégories non spécifiées. Les analyses ont été réalisées avec un modèle multivarié multiniveau et un test de concordance de kappa.

Résultats. L'échantillon comportait 2141 consultations et 5036 médicaments. L'objectif principal des prescriptions médicamenteuses était le plus souvent symptomatique (43.3 %), devant les objectifs de diminution du risque de morbidité (22.4 %), de guérison (11.7 %), d'amélioration de la qualité de vie (10.6 %), de diminution du risque de mortalité (8.5 %) ou d'amélioration fonctionnelle (1.8 %). Le choix d'un objectif spécifique était plus fréquent chez les patients de 50 ans ou plus (OR [1.09 ; 1.15]), de sexe masculin (OR [1.09 ; 1.39]), ayant un statut d'exonération ALD (OR [1.47 ; 1.97]), déjà connu du médecin (OR [1.19 ; 2.23]) ou ayant un problème de santé somatique (OR [2.56 ; 4.17]). Le kappa de concordance des objectifs des prescriptions médicamenteuses entre médecins et patients était de 0.26 (0.23-0.30).

Conclusion. La faisabilité de la documentation des objectifs de prescription reste à évaluer en routine.

INTRODUCTION

Traditionnellement, la démarche médicale commence par l'identification d'un problème de santé et l'établissement d'un diagnostic. Ce n'est qu'ensuite, en fonction du diagnostic retenu, qu'une décision thérapeutique est choisie. Celle-ci a pour but d'obtenir un effet positif sur la santé du patient et suppose donc l'existence d'un ou de plusieurs objectif(s) de soins qui peuvent être plus ou moins formalisés. L'identification de ces objectifs est d'ailleurs reconnue comme un élément clé de toute démarche de

prescription.¹ Expliciter ses objectifs peut aider le médecin à s'assurer de leur pertinence clinique.² En informer le patient est susceptible d'améliorer son adhésion au traitement.³ La discussion de ces objectifs de soins contribue à la décision médicale partagée entre le médecin et le patient,^{4,5} dans le respect des besoins, des préférences et des valeurs du patient.^{6,7} Cette démarche permet au patient de hiérarchiser ses attentes⁸ et au médecin de faire coïncider les objectifs des soins avec les attentes prioritaires du patient.^{9,10} En effet, les propositions thérapeutiques devraient être adaptées aux préférences de chaque patient.^{11,12}

Dans le cadre de la médecine factuelle, la décision thérapeutique devrait idéalement se baser sur les études du plus haut niveau de preuve disponible. Selon de critère de jugement considéré les études peuvent présenter des conclusions différentes. Baser une décision thérapeutique sur les résultats d'une étude suppose donc que l'objectif thérapeutique retenu pour le patient coïncide avec le critère de jugement de l'étude. Partager les objectifs thérapeutiques avec le patient permet au médecin de quantifier le bénéfice thérapeutique et ainsi de le quantifier.¹³ Une approche clinique incluant des objectifs explicite, mesurable par le patient, permet d'envisager leurs utilisations comme un outil de suivi du traitement d'une part et comme un outil d'évaluation de la qualité des soins en termes de résultats d'autre part.^{7,8,14,15}

Deux études en soins primaires ont montré que moins de la moitié des patients atteints de pathologies chroniques avaient déjà discuté avec leur médecin des objectifs de leurs traitement.^{16,17} Mais ces études ne précisaient pas les types d'objectifs de soins considérés, en particulier s'il s'agissait d'objectifs intermédiaires (amélioration d'un marqueur biologique ou physiologique) ou cliniques.^{4,18} Quelques études ont décrit les objectifs de soins des patients et/ou des médecins, mais dans des populations sélectionnées de patients en fin de vie ou ayant de multiples problèmes de santé et ces études ne rapportaient pas les objectifs de soins à un problème de santé ou à un traitement précis.^{9,19,20,21,22}

Notre objectif principal était de décrire les objectifs cliniques des prescriptions médicamenteuses dans le cadre des soins primaires, en fonction des problèmes de santé des patients et des médicaments prescrits. Les objectifs secondaires étaient de mesurer la concordance de ces objectifs entre les médecins et les patients et de déterminer les facteurs susceptibles d'influencer les objectifs des médecins.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale régionale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. Elle comportait 23 centres, constitués de cabinets de Maîtres de stage rattachés au Collège universitaire de médecine générale de l'Université de Lyon 1.

Critères d'inclusion

Les données ont été recueillies par 11 internes de médecine générale en stage supervisé chez le praticien, chacun étant investigateur dans 2 à 3 cabinets différents. Tous les patients vus en consultation ou en visite durant une période de 5 jours par cabinet, répartis entre le 02 novembre 2015 et le 06 janvier 2016, ont été inclus. Les patients manifestant leur refus de participation ou de présence de l'interne ont été exclus.

Recueil des données

Les internes investigateurs ont bénéficié de réunions de formation au recueil et à la saisie des données selon la Classification internationale des soins primaires (CISP-2).^{23,24} Une fiche aide-mémoire, rappelant les diverses procédures nécessaires au recueil et à la saisie des données, leur a été remise.

Les données concernant les consultations ont été recueillies en texte libre sur un questionnaire papier. Il s'agissait des variables suivantes : lieu de consultation (cabinet ou visite), âge du patient, genre, catégorie socioprofessionnelle et statuts d'exonération éventuel, (CMU, AME, ALD), patient nouveau ou déjà connu, problème de santé pris en charge par le médecin (résultat de consultation). Pour chaque résultat de consultation, les médicaments prescrits et leurs caractères nouveau ou renouvelé. Pour chaque médicament prescrit, l'interne investigateur demandait au médecin prescripteur, après la consultation (en l'absence du patient), de préciser l'objectif principal de sa prescription selon une liste d'objectifs prédéfinie (encadré 1).

Les données suivantes ont été recueillies à propos des MSU : âge, genre, milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), mode d'exercice (isolé, en groupe médical, en groupe pluridisciplinaire, en centre de santé).

Pendant une journée par cabinet, chaque interne investigateur a aussi demandé au patient (en plus du médecin) de préciser l'objectif principal de leur prescription selon la même classification des objectifs (avec une formulation adaptée).

Saisie des données

Les internes investigateurs ont saisi les données préalablement recueillies sur les questionnaires papier dans une base de données centralisée accessible sur un site Web dédié. Les données concernant les problèmes de santé pris en charge ont été saisies en format codé selon la CISP-2, avec l'assistance d'un moteur d'aide au codage en ligne.²⁵ Les médicaments prescrits ont été saisies à l'aide d'un moteur de recherche dans la base Thériaque²⁶ qui inclus la classification Anatomique Thérapeutique et Chimique (ATC) des médicaments.²⁷ Les questionnaires d'un sous-échantillon des consultations ont fait l'objet d'une double saisie pour évaluer la qualité de la saisie des médicaments et des objectifs.

Analyse des données

Elles ont consisté à décrire la fréquence des différents objectifs de prescription médicamenteuse et leur distribution selon les caractéristiques des médecins, des patients et des problèmes de santé prise en charge. Les comparaisons ont été réalisées avec un test du chi-2 pour les analyses stratifiées. Les médicaments ont été analysés selon le quatrième niveau de la classification ATC. L'influence des facteurs liés au médecin, au patient et à chaque problème de santé a été estimée en analyse univariée puis selon un modèle hiérarchique multivarié. Celui-ci a été réalisé en regroupant les 8 catégories de la classification des objectifs de prescription en une variable dichotomique distinguant les objectifs spécifiques (mortalité, morbidité, guérison), des objectifs non spécifiques (symptômes, qualité de vie, état fonctionnel), après avoir exclus les catégories « autres objectifs » et « aucun objectif », en utilisant le logiciel R.²⁸ L'étude de la concordance des objectifs entre les patients et les médecins a été réalisée avec le test de concordance Kappa de Cohen.

Aspects éthiques et réglementaires

Le comité d'éthique des Hospices Civiles de Lyon a émis un avis favorable à la réalisation de l'étude le 17/12/2015. Une affiche d'information des patients était apposée dans les cabinets des médecins concernés.

RÉSULTATS

Notre échantillon comportait 2141 consultations, 3319 résultats de consultations, associés à 5036 médicaments prescrits et objectifs correspondants. Huit consultations ont été exclues à la demande du patient ou du médecin. Les caractéristiques des patients et des médecins sont présentées dans le tableau 1.

Distribution des objectifs de prescription

Les objectifs principaux des prescriptions médicamenteuses des médecins étaient le plus souvent l'amélioration des symptômes (43,3%) et la diminution du risque de morbidité (22,4%), devant la guérison ou la rémission de la maladie (11,7%), l'amélioration de la qualité de vie (10,6%), la diminution du risque de mortalité (8,5%) et l'amélioration fonctionnel (1,8 %). La distribution des objectifs était associée, au sexe et à l'âge du patient, à la connaissance du patient par le médecin, et à l'existence d'une ALD. Pour les patients de sexe masculin, de plus de 45 ans, déjà connus du médecin ou ayant une affection de longue durée, les objectifs de diminution de la mortalité ou de la morbidité étaient plus fréquent alors que celui de diminution des symptômes était moins (Tableau 2). Les classes de médicaments les plus prescrites en fonction des objectifs sont présentées dans le tableau 3. Les médicaments les plus fréquemment prescrits avec un objectif de diminution de la mortalité et de la morbidité étaient principalement des médicaments du système cardiovasculaire (classe C de l'ATC). La première classe médicamenteuse prescrite avec un objectif de guérison ou rémission était celle des pénicillines à spectre large. Pour l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie, la classe des anilides, incluant le paracétamol, prédominait.

La distribution des objectifs des patients et des médecins a été évaluée à partir d'un sous-échantillon de 355 consultations (16,6%) et de 1129 médicament et objectifs (22,4%). Les médecins et les patients rapportaient le même objectif pour 488 prescriptions (44,2%). Le Kappa de concordance des objectifs entre médecins et patients était de 0.26 (0,23-0,30), correspondant à un accord faible. La différence d'appréciation concernait particulièrement l'objectif d'amélioration de la qualité de vie (22,1% pour les patient vs 10,4% pour les médecins) (Tableau 4).

Déterminants des objectifs de prescription

Après regroupement des objectifs en objectifs spécifique et non spécifique l'analyse multivariée a montré que les médicaments étaient prescrits plus fréquemment avec un objectif spécifique lorsque le patient était de sexe masculin (OR=1,23), avait une affection longue durée (OR=1,70), était connu antérieurement du médecin (OR=1,63) et présentait un problème de santé somatique (OR=3,23) (Tableau 5).

Fiabilité de la saisie

Un sous-échantillon de 190 consultations (8,9%) a fait l'objet d'une double saisie. Parmi les 606 médicaments prescrits, 18 différaient entre les deux saisies (3,0%), 14 du fait d'un médicament différent et 4 du fait d'un médicament manquant. Parmi les 606 objectifs de prescription, 19 différaient entre les deux saisies (3,0%), 15 du fait d'un objectif différent et 4 du fait d'un objectif manquant.

DISCUSSION

L'objectif principal des prescriptions médicamenteuses était le plus souvent symptomatique (43,3 %), devant celui de diminution du risque de morbidité (22,4 %), de guérison (11,7 %), d'amélioration de la qualité de vie (10,6 %), de diminution du risque de mortalité (8,5 %) ou d'amélioration fonctionnelle (1,8 %). Il existait des variations de ces objectifs selon le genre et l'âge du patient, le fait qu'il soit connu du médecin, son statut d'exonération ALD éventuelle et selon la nature du problème de santé. Après regroupement des objectifs, l'analyse multiniveau a montré que le choix d'un objectif spécifique était plus fréquent chez les patients de plus de 50 ans, de sexe masculin, ayant un statut d'exonération ALD, déjà connu du médecin ou ayant un problème de santé somatique. La concordance des objectifs des prescriptions médicamenteuses entre médecins et patients était faible.

Forces et limites

Notre base de données ne présentait aucune donnée manquante. Les erreurs de classification des données ont été limitées par la formation des investigateurs, par le contrôle des données et par l'utilisation d'un moteur de codage en ligne intégré au site de recueil. Les erreurs de saisies ont été évaluées à 3,0% pour les médicaments et les objectifs.

L'étude a été conduite auprès de MSU, mais il a été montré que les caractéristiques de leurs patientèles et de leurs prescriptions médicamenteuses différaient peu de celles des autres médecins.²⁹ Cette étude concerne uniquement les objectifs des prescriptions médicamenteuses et ne couvre donc pas tous les domaines des soins. En particulier les objectifs de prescription de soins paramédicaux (soins infirmiers, de kinésithérapie, de podologie, d'ergothérapie, d'orthophonie etc.), de matériel médical, d'arrêt de travail ou d'aides au domicile pourront faire l'objet de travaux ultérieurs.

Un objectif symptomatique prédominant

Près de la moitié (43,3%) des médicaments sont prescrits pour soulager un symptôme. Un symptôme peut s'intégrer dans le cadre d'un syndrome ou d'une maladie ou bien être isolé. Lorsqu'il est rattaché à une maladie bien identifiée, le médecin peut être amené à prescrire plusieurs médicaments ayant des objectifs différents. Par exemple, dans l'angine bactérienne, un antibiotique peut être prescrit pour diminuer le risque de complications et un antalgique pour soulager les symptômes.³⁰ A l'inverse, le résultat de consultation peut correspondre à un symptôme isolé lorsqu'un diagnostic plus spécifique n'a pas pu être établi au cours de la consultation, ce qui est le cas pour au moins 20% des résultats de consultation.^{31,32} Si un symptôme isolé persiste dans le temps sans être rattaché à une maladie spécifique, il devient un symptôme médicalement inexplicable.³³ Dans ces situations, le traitement symptomatique reste essentiel³⁴, à condition que le médecin reste centré sur le patient.³⁵ Comme l'absence d'un diagnostic étiologique précis est une cause d'insatisfaction des patients,³⁶ le médecin est confronté à un double enjeu : d'une part satisfaire l'attente par le patient d'une interprétation de son symptôme, d'autre part éviter une escalade diagnostique injustifiée.³⁷

Dans près d'un tiers des cas, les médicaments prescrits pour améliorer les symptômes étaient soit du paracétamol soit un anti-inflammatoire non stéroïdien, vraisemblablement prescrits principalement à titre antalgique. La plupart de ces médicaments ne nécessite pas de prescription médicale en France³⁸ et les pharmaciens sont déjà impliqués en France dans leurs délivrances en auto médication. Pour libérer du temps médical, une plus grande part des symptômes actuellement gérés par les médecins généralistes pourraient

être déléguée aux pharmaciens ou aux infirmiers, pour ne laisser aux médecins que les situations les plus complexes.³⁹

Chez les patients ayant une affection longue durée, de plus de 45 ans et déjà connu du médecin, les objectifs de diminution de la mortalité et de la morbidité sont plus fréquents et l'objectif d'amélioration des symptômes est moins fréquent. Ces trois catégories correspondent le plus souvent à des situations de soins de maladies chroniques pour lesquelles la morbidité et la mortalité sont la plus importante. Les patients hommes aussi ont plus fréquemment que les femmes des objectifs de diminution de la mortalité et de la morbidité et plus rarement des objectifs de diminution des symptômes. Cela peut s'expliquer par la fréquence plus importante chez les hommes de maladies cardio-vasculaires,⁴⁰ pour lesquelles il existe de nombreuses preuves de l'efficacité des interventions médicamenteuses pour diminuer la morbi-mortalité.^{41,42}

Faible niveau de décision partagé

La faible concordance observée dans notre étude entre les objectifs des médecins et des patients (kappa : 0,26) suggère que la décision médicale partagée n'est pas encore pleinement effective dans le cadre de la médecine générale. Une étude menée auprès de personnes âgées et fragiles avait déjà montré que l'accord entre le médecin et l'aidant principal concernant l'objectif de soin le plus important parmi une liste de 6 objectifs (fonctionnement quotidien, sécurité, troubles comportementaux et affectifs, problème médical, soutien social, stress des aidant) était globalement faible (kappa : 0,20)²⁰ Les objectifs des prescriptions sont probablement encore relativement implicites dans la démarche médicale⁸. Une enquête canadienne a mis en évidence que moins de la moitié des patients ayant un problème de santé chronique avait déjà discuté avec leur médecin des objectifs de leur traitement.¹⁶ Bien que la décision médicale partagée soit considérée comme un impératif éthique,^{43,44} différents d'obstacles à la décision médicale partagée ont été identifiés.⁶ L'un d'eux est la difficulté pour le patient d'évaluer des données techniques. C'est pourquoi certains auteurs préconisent de repenser le modèle actuel de la décision médicale partagée en demandant aux patients de prioriser leurs objectifs de soins. En pratique, plutôt que de proposer au patient de choisir un traitement ou un examen spécifique, il serait préférable que le patient priorise ses objectifs et que le médecin les traduise

en procédures de soins.⁶ Une des limites à cette approche, pour le clinicien, est l'absence de système validé de recueil des objectifs de soins. Au niveau de la recherche, les critères de jugement utilisés dans les essais médicamenteux ne correspondent souvent pas aux préférences des patients, ce qui peut générer des discordances entre les données scientifiques disponibles et les objectifs de soins des patients.

Une classification opérationnelle

Il est classique de distinguer les traitements à visée préventive, curative, symptomatique ou palliative.⁴ Cette ébauche de classification reste très sommaire car l'objectif de prévention peut regrouper la prévention de la mortalité et de la morbidité, et l'objectif « palliatif » les objectifs d'amélioration des symptômes, de la qualité de vie et de l'état fonctionnel. DL Sackett et al. ont proposé de substituer à ces objectifs traditionnels des objectifs plus concrets et plus précis, représentant les objectifs ultimes des traitements : guérir, prévenir une récurrence, limiter une détérioration fonctionnelle ou structurelle, prévenir une complication, soulager une détresse, reconforter, permettre de mourir dans le confort et la dignité.⁴⁵ Mais cette liste d'objectifs présente des catégories insuffisamment délimitées. JP. Boissel et P. Gallois ont proposé de hiérarchiser les objectifs thérapeutiques en fonction de leurs utilités perçues socialement. Ils ont défini les cinq niveaux suivant : augmentation de l'espérance de vie, diminution de la survenue des événements morbides non létaux, disparition des symptômes gênants, prévention du handicap, amélioration de la qualité de vie.¹⁸ Cette classification ne prend pas en compte l'objectif de guérison ou de rémission de la maladie. Des auteurs ont développé une typologie d'objectifs à quatre catégories : trois étaient des catégories d'objectifs professionnels (fonctionnel, biologique et adaptatif) et la dernière était défini par le patient. Pour limiter les tensions entre les objectifs professionnels et les objectifs personnels du patient ils ont proposés de mettre les objectifs personnels du patient au sommet de la hiérarchie des objectifs et de les traduire ensuite en objectifs professionnels. A notre connaissance, ces classifications n'ont pas été expérimentées en situations de soins.⁴⁶

Plusieurs études qualitatives ont cherché à décrire les objectifs de soins à partir d'entretiens menés auprès des différents acteurs impliqués dans les soins. Une étude chez des patients âgés ayant de multiples problèmes de santé a montré que les objectifs de soins formulés par les patients, les aidants et/ou les

médecins ont été regroupé selon les catégories suivantes : entretien de la santé, amélioration de la santé et gestion des symptômes, changement de comportement, préparation des besoins futurs, aide sociale, sécurité et dignité.¹⁹ Une étude menée dans un centre d'évaluation gériatrique auprès des aidants familiaux et des médecins a montré que les objectifs choisis comme étant les plus importants étaient : les capacités fonctionnelles quotidiennes, la sécurité, la santé émotionnelle et comportementale, le stress des aidants, les problèmes médicaux, le soutien social.²⁰ Dans une étude menée dans un centre de consultation ambulatoire gériatrique les patients ont rapporté des objectifs qui ont été regroupés selon six catégories : la sécurité, l'indépendance et le fonctionnement quotidien, les relations sociales et familiales, la santé personnelle, la stabilité économique, le maintien de l'autonomie ou de la dignité.²¹ Dans une autre étude ciblant les patients atteints de démence la même équipe identifiait deux objectifs supplémentaires : le bien-être général et la prévention des troubles affectifs ou du comportement.²²

Ces résultats apportent un éclairage utile sur les perspectives des patients mais ces catégories construites empiriquement ne constituent pas une classification opérationnelle. A l'inverse, notre proposition de classification générique en huit catégories s'est révélée opérationnelle en routine en médecine générale, bien qu'elle reste encore à valider. Elle pourrait être étendue par des terminologies comportant des objectifs détaillés, comme par exemple la classification internationale des soins primaires (CISP-2) pour documenter la catégorie « diminution du risque de morbidité » ou la classification internationale du fonctionnement (CIF) pour documenter la catégorie « amélioration ou maintien du statut fonctionnel ».⁴⁷

Encadré 1. Classification des objectifs de prescription

1. Diminution du risque de mortalité (spécifique ou globale)
2. Diminution du risque de morbidité (complications ou maladie)
3. Guérison ou rémission de la maladie
4. Amélioration des symptômes
5. Amélioration ou maintien de la qualité de vie
6. Amélioration ou maintien du statut fonctionnel
7. Autres à préciser (en texte libre)
8. Aucun objectif

Tableau 1. Caractéristiques de la population

| | n (%) |
|---|-------------|
| Caractéristiques des patients | |
| Age | |
| Inférieur à 14 ans | 372 (17,4) |
| Entre 15 et 44 ans | 616 (28,8) |
| Entre 45 et 74 ans | 840 (39,2) |
| Entre 75 et 97 ans | 313 (14,6) |
| Sexe | |
| Masculin | 923 (43,1) |
| Féminin | 1218 (56,9) |
| Antériorité | |
| Connu | 2017 (94,2) |
| Nouveau | 124 (5,8) |
| Statuts d'exonération | |
| ALD | 410 (19,1) |
| CMU et/ou AME | 96 (4,5) |
| Caractéristiques des médecins | |
| Sexe | |
| Homme | 16 (69,6) |
| Femme | 7 (30,4) |
| Age | |
| De 31 à 39 ans | 5 (21,7) |
| De 40 à 49 ans | 5 (21,7) |
| De 50 à 59 ans | 9 (38,1) |
| De 59 à 66 ans | 4 (17,4) |
| Milieu d'exercice | |
| Rural | 9 (39,0) |
| Semi-rural | 8 (34,8) |
| Urbain | 6 (26,2) |
| Mode d'exercice | |
| Centre et maison de santé pluri-professionnel | 6 (26,0) |
| Groupe | 14 (60,9) |
| Solo | 3 (13,1) |

Tableau 2. Distribution des objectifs de prescription des médecins en fonction des caractéristiques des patient

| | Mortalité | Morbidité | Guérison | Symptômes | Qualité de vie | Fonctionnel | Autre ou aucun | Total |
|--------------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|------------------------------|
| Total | 429 (8,5%) | 1128 (22,4%) | 587 (11,7%) | 2183 (43,3%) | 534 (10,6%) | 91 (1,8%) | 84 (1,7%) | 5036 (100%) |
| Sexe | | | | | | | | |
| Hommes | 213 (10,0%) | 564 (26,4%) | 213 (10,0%) | 858 (40,2%) | 217 (10,2%) | 41 (1,9%) | 28 (1,3%) | 2134 (100%) p<0,01 |
| Femmes | 216 (7,4%) | 564 (19,4%) | 374 (12,9%) | 1325 (45,7%) | 317 (10,9%) | 50 (1,7%) | 56 (1,9%) | 2902 (100%) |
| Age | | | | | | | | |
| 0-44 ans | 44 (2,7%) | 151 (9,1%) | 271 (16,4%) | 970 (58,7%) | 151 (9,1%) | 24 (1,5%) | 42 (2,5%) | 1653 (100%) |
| ≥45 ans | 385 (14,7%) | 977 (31,6%) | 316 (6,7%) | 1213 (31,9%) | 383 (11,7%) | 67 (2,1%) | 42 (1,3%) | 3383 (100%) |
| Antériorité | | | | | | | | |
| Connu | 420 (8,7%) | 1103 (23,0%) | 561 (11,7%) | 2046 (42,6%) | 512 (10,7%) | 83 (1,7%) | 79 (1,6%) | 4804 (100%) |
| Nouveau | 9 (3,9%) | 25 (10,8%) | 26 (11,2%) | 137 (59,1%) | 22 (9,5%) | 8 (3,4%) | 5 (2,2%) | 232 (100%) |
| Statut ALD | | | | | | | | |
| ALD | 285 (16,6%) | 564 (32,9%) | 112 (6,5%) | 492 (28,7%) | 200 (11,7%) | 39 (2,3%) | 21 (1,2%) | 1713 (100%) |
| Non ALD | 144 (4,3%) | 564 (17,0%) | 475 (14,3%) | 1691 (50,9%) | 334 (10,1%) | 52 (1,6%) | 63 (1,9%) | 3323 (100%) |
| Statut CMU ou AME | | | | | | | | |
| CMU/AME | 18 (8,2%) | 29 (13,2%) | 25 (11,4%) | 108 (49,1%) | 36 (16,4%) | 0 (0%) | 4 (1,8%) | 220 (100%) |
| Non CMU/AME | 411 (8,5%) | 1099 (22,8%) | 562 (11,7%) | 2075 (43,1%) | 498 (10,3%) | 91 (1,7%) | 91 (1,7%) | 4816 (100%) |
| Problème de santé | | | | | | | | |
| Psycho-social | 2 (0,5%) | 25 (5,9%) | 66 (15,6%) | 173 (41,0%) | 144 (34,1%) | 6 (1,4%) | 6 (1,4%) | 422 (100%) |
| Somatique | 427 (9,2%) | 1103 (23,9%) | 521 (11,3%) | 2010 (43,6%) | 390 (8,5%) | 85 (1,8%) | 78 (1,7%) | 4614 (100%) |

NA Test chi² non réalisé en raison d'un effectif théorique < 5

Tableau 3. Sous classes ATC du 4^{ème} niveau les plus fréquentes selon l'objectif de prescription

| Objectif | Sous classes ATC | n (%) |
|---------------------------|---|-------------|
| Mortalité (n=429) | Inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, héparine exclue (B01AC) | 51 (11,9%) |
| | Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines) (C10AA) | 48 (11,2%) |
| | Bêtabloquants sélectifs (C07AB) | 32 (7,5%) |
| | Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (C09AA) | 30 (7,0%) |
| | Antagonistes de l'angiotensine II, isolés (C09CA) | 22 (5,1%) |
| Morbidité (n=1128) | Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines) (C10AA) | 106 (9,4%) |
| | Vitamine D et analogues (A11CC) | 74 (6,6%) |
| | Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (C09AA) | 65 (5,8%) |
| | Bêtabloquants sélectifs (C07AB) | 59 (5,2%) |
| | Inhibiteur calcique dérivés de la dihydropyridine (C08CA) | 54 (4,8%) |
| Guérison (n=587) | Inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, héparine exclue (B01AC) | 54 (4,8%) |
| | Pénicillines à spectre large (J01CA) | 59 (10,1%) |
| | Glucocorticoïdes (H02AB) | 38 (6,5%) |
| | AINS dérivés de l'acide propionique (M01AE) | 31 (5,3%) |
| | Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (N06AB) | 29 (4,9%) |
| Symptômes (n=2183) | Dérivés imidazolés et triazolés à usage topique (D01AC) | 25 (4,3%) |
| | Anilides ¹ (N02BE) | 559 (25,6%) |
| | AINS dérivés de l'acide propionique (M01AE) | 121 (5,5%) |
| | Inhibiteurs de la pompe à protons (A02BC) | 113 (5,2%) |
| | Corticostéroïdes nasal (R01AD) | 105 (4,8%) |
| Qualité de vie (n=534) | Autres médicaments des troubles fonctionnels du côlon (A03AX) | 78 (3,6%) |
| | Anilides ¹ (N02BE) | 51 (9,6%) |
| | Dérivés des benzodiazépines (N05BA) | 32 (6,0%) |
| | Médicaments apparentés aux benzodiazépines (N05CF) | 30 (5,6%) |
| | Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (N06AB) | 30 (5,6%) |
| Fonctionnel (n=91) | Inhibiteurs de la pompe à protons (A02BC) | 25 (4,7%) |
| | Autres anti-inflammatoires antirhumatismaux non stéroïdiens (M01AX) | 7 (7,7%) |
| | Vitamine D et analogues (A11CC) | 4 (4,4%) |
| | Anilides ¹ (N02BE) | 4 (4,4%) |
| Autre (n=60) | Autres préparations nasales (R01AX) | 4 (4,4%) |
| | Progestatifs et œstrogènes en association fixe (G03AA) | 9 (15,0%) |
| | Progestatifs et œstrogènes pour administration séquentielle (G03AB) | 6 (10,0%) |
| Aucun (n=24) | Vaccins bactériens et viraux associés (J07CA) | 3 (5,0%) |
| | Vitamine D et analogues (A11CC) | 4 (16,7%) |
| | Antiseptiques biguanides et amidines (D08AC) | 3 (12,5%) |
| | Alcaloïdes naturels de l'opium (N02AA) | 2 (8,3%) |
| | Anilides ¹ (N02BE) | 2 (8,3%) |
| | Mucolytiques (R05CB) | 2 (8,3%) |

¹Incluant le paracétamol

Tableau 4. Distribution des objectifs de prescription contre évalué

| | Mortalité | Morbidité | Guérison | Symptômes | Qualité de vie | Fonctionnel | Autre ou aucun | |
|-----------------|-----------|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|----------------|------------------------|
| Médecins | 85 (7,5%) | 256 (22,7%) | 121 (10,7%) | 517 (45,8%) | 118 (10,4%) | 18 (1,6%) | 14 (1,2%) | 1129 (100%) |
| Patients | 75 (6,6%) | 168 (14,9%) | 187 (16,6%) | 368 (32,6%) | 250 (22,1%) | 47 (4,2%) | 34 (3%) | 1129 (100%) |

Tableau 5. Déterminants du choix d'un objectif spécifique

| | Objectif spécifique (n = 2144) | | Objectif non spécifique (n = 2808) | | Analyse univariée | | Analyse multivariée ¹ | |
|---|-----------------------------------|--------------|---------------------------------------|---------------|-------------------|----------------------|----------------------------------|---------|
| | | | | | OR | [IC 95%] | OR | [IC95%] |
| Caractéristiques du patient | | | | | | | | |
| Age | | | | | | | | |
| < 50 ans | 554 (25,8%) | 1285 (45,8%) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| > 50 ans | 1590 (74,2%) | 1523 (54,2%) | 2,42 | [2,14 ; 2,73] | 1,12 | [1,09 ; 1,15] | | |
| Sexe | | | | | | | | |
| Femme | 1154 (53,8%) | 1692 (60,3%) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| Homme | 990 (46,2%) | 1116 (39,7%) | 1,30 | [1,16 ; 1,45] | 1,23 | [1,09 ; 1,39] | | |
| Statut affection longue durée | | | | | | | | |
| Non | 1183 (55,2%) | 2077 (74,0%) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| Oui | 961 (44,8%) | 731 (26,0%) | 2,31 | [2,05 ; 2,60] | 1,70 | [1,47 ; 1,97] | | |
| Couverture maladie universelle | | | | | | | | |
| Oui | 72 (3,4%) | 144 (5,0%) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| Non | 2072 (96,6%) | 2664 (95,0%) | 1,56 | [1,17 ; 2,08] | 1,30 | [0,95 ; 1,79] | | |
| Patient antérieurement connu | | | | | | | | |
| Non connu | 60 (2,8%) | 167 (5,9%) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| Déjà connu | 2084 (97,2%) | 2641 (94,1%) | 2,20 | [1,63 ; 2,97] | 1,63 | [1,19 ; 2,23] | | |
| Caractéristiques du médecin | | | | | | | | |
| Urbain | 539 (25,1%) | 789 (28,1%) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| Rural ou semi rural | 1605 (74,9%) | 2019 (71,9%) | 1,16 | [1,02 ; 1,32] | 1,20 | [0,98 ; 1,47] | | |
| Caractéristique de la consultation | | | | | | | | |
| Type de problème de santé | | | | | | | | |
| Problème psycho-social | 93 (4,3%) | 323 (11,5%) | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | |
| Problème somatique | 2051 (95,7%) | 2485 (88,5%) | 2,86 | [2,27 ; 3,57] | 3,23 | [2,56 ; 4,17] | | |

¹ Ajusté sur l'âge du médecin et sur l'effet centre

1. De Vries TPGM, Hennings RH, Horgerzil HV, et al. Guide to good prescription. WHO Action programme on essential drugs. Geneva: WHO; 1995.
2. Shakib S, George A. Prescribing: What's all the fuss?. *Aust Fam Physician*. 2003;32:35-8.
3. Shakib S, George A. Diagnosis and therapeutic goals. What are you actually treating? *Aust Fam Physician*. 2003;32:147-149.
4. No Author. Treatment goals: Discuss them with the patient. *Prescribe Int*. 2012;21:276-278.
5. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century: The challenge of chronic conditions. Geneva: WHO; 2005.
6. Gillick MR. Re-engineering shared decision-making. *J Med Ethics*. 2015;41:785-788.
7. David B, Reuben MD. Goal-oriented patient care: An alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med*. 2012;366:777-779.
8. Rijken M, Bekkema N, Boeckxstaens P. et al. Chronic disease management programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expect*. 2014;17:608-621.
9. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, et al. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. *Arch Intern Med*. 2011;171:1854-1856.
10. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 2012;345:e6572
11. Man-Son-Hing M, Gage BF, Montgomery AA, et al. Preference-based antithrombotic therapy in atrial fibrillation: implications for clinical decision making. *Med Decis Making*. 2005;25:548-559
12. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med*. 2002;346:1061-1066
13. Gueyffier F, Boissel JP, Cucherat M. [Integratable message: central problem of communication for therapeutic information]. *Therapie*. 1996;51:240-245.

14. Working Group on Health Outcomes for Older Persons with Multiple Chronic Conditions. Universal health outcome measures for older persons with multiple chronic conditions. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:2333-2341.
15. Tinetti ME, McAvay G, Chang SS, et al. Effect of chronic disease-related symptoms and impairments on universal health outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59:1618-1627.
16. Canadian Institute for Health Information. Seniors and the health care system: What is the impact of multiple chronic conditions. Analysis in Brief. Ottawa, Ontario: Canadian Institute for Health Information; 2011.
17. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood).* 2009;28:w1-16.
18. Boissel JP, Gallois P. [Example of a method for evaluating the efficacy of a prescribers' information system]. *Médecine.* 2009;5:72-76.
19. Kuluski K, Gill A, Naganathan G, et al. A qualitative descriptive study on the alignment of care goals between older persons with multi-morbidities, their family physicians and informal caregivers. *BMC Family Practice.* 2013;14:133.
20. Bogardus ST, Bradley EH, Williams CS, et al. Goals for the care of frail older adults: do caregivers and clinicians agree? *Am J Med.* 2001;110:97-102.
21. Bradley EH, Bogardus ST Jr, Tinetti ME, Inouye SK. Goal-setting in clinical medicine. *Soc Sci Med.* 1999;49:267-278.
22. Bogardus ST Jr, Bradley EH, Tinetti ME. A taxonomy for goal setting in the care of persons with dementia. *J Gen Intern Med.* 1998;13:675-680.
23. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brûlet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires, deuxième version: CISP-2. Care Edition, Bruxelles; 2000.
24. World Health Organization. International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>. Accessed Sep 25, 2017.
25. CISP Club. Prometheus. <http://www.promethe.org/>. Accessed Sep 25, 2017.

26. Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament. Banque de donnée sur le médicament Thériaque. <http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>. Accessed Sep 25, 2017.
27. World Health Organization. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system. http://www.whooc.no/atc/structure_and_principles/. Accessed Sep 25, 2017.
28. The R foundation. The R Project for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/>. Accessed Sep 25, 2017.
29. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, et al. Comparison of French training and non training general practice: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2016;16:126.
30. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(11):CD000023.
31. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;114:148-157.
32. Britt H, Miller GC, Henderson J, et al. General practice activity in Australia 2015-16. General practice series number 40. Sydney: Sydney University Press; 2016.
33. Koch H, van Bokhoven MA, Bindels PJ, et al. The course of newly presented unexplained complaints in general practice patients: a prospective cohort study. *Fam Pract*. 2009;26:455-465.
34. Kumar A, Allaudeen N. To cure sometimes, to relieve often, to comfort always. *JAMA Intern Med*. 2016;176:731-2.
35. Grol R, de Maeseneer J, Whitfield M, et al. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands. *Fam Pract*. 1990;7:100-103.
36. Rosendal M, Carlsen AH, Rask MT. Symptoms as the main problem: a cross-sectional study of patient experience in primary care. *BMC Fam Pract*. 2016;17:29.
37. Rask MT, Andersen RS, Bro F, et al. Towards a clinically useful diagnosis for mild-to-moderate conditions of medically unexplained symptoms in general practice: a mixed methods study. *BMC Fam Pract*. 2014;15:118.

38. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Médicaments en accès direct. [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0). Accessed Sep 25, 2017.
39. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:127
40. D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, et AL. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2008;117:743-753.
41. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA.* 2002;288:2981-2997.
42. Wright JM, Musini VM. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD001841.
43. Salzburg Global Seminar. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ.* 2011;342:d1745.
44. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27:1361-1367.
45. Deciding on the best therapy. In: Sacket DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell, editors. *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine*, 2nd ed. Boston: Brown and Company; 1991. p.187-248.
46. Berntsen GK, Gammon D, Steinsbekk A, et al. How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. *BMJ Open.* 2015;5:e009403.
47. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Accessed Sep 25, 2017

ANNEXE 1

Questionnaire de recueil des données

| Heure de début / __ h __ / __ h __ | Heure de fin / __ h __ / __ h __ | Initiales MG / / / | Date de consultation / / / / | Consultation Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/> | Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Déjà connu <input type="checkbox"/> | Année de naissance / _ _ _ _ / | Genre M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Etudiant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
|--|-------------------------------------|--|---------------------------------|---|---|-----------------------------------|--|---|--------------------|--|
| Statut CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> | | Profession agriculteur <input type="checkbox"/> artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> employé ³ <input type="checkbox"/> cadre sup., profession intellectuelle ¹ <input type="checkbox"/> profession intermédiaire ² <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> autre sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> | | 1 Inclut les professions libérales, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. 2 Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. 3 Inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. 4 Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs. | | | | | | |
| Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) [RC] | | | | | | | | | | |
| 1. | 5. | | | | | | | | | |
| 2. | 6. | | | | | | | | | |
| 3. | 7. | | | | | | | | | |
| 4. | 8. | | | | | | | | | |
| Prescription médicamenteuse (Initiation ou renouvellement) | | | | | | | | | | |
| DCI ou Nom commercial | I / R | N°RC | Voie | Objectif principal | DCI ou nom commercial | I / R | N° RC | Voie | Objectif principal | |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | 11. | | | | | | |
| 3. | | | | 12. | | | | | | |
| 4. | | | | 13. | | | | | | |
| 5. | | | | 14. | | | | | | |
| 6. | | | | 15. | | | | | | |
| 7. | | | | 16. | | | | | | |
| 8. | | | | 17. | | | | | | |
| 9. | | | | 18. | | | | | | |
| 10. | | | | 19. | | | | | | |
| | | | | 20. | | | | | | |

I= Initiation; R= Renouvellement

Objectif principal: 1= Diminution du risque de mortalité (spécifique ou globale) ; 2= Diminution du risque de morbidité (complication ou maladie) ; 3= Rémission ou guérison de la maladie
4= Amélioration des symptômes ; 5= Amélioration de la qualité de vie ; 6= Amélioration du statut fonctionnel ; 7= Autres à préciser (en texte libre) ; 8= Aucun

ANNEXE 2

Fiche aide-mémoire

Fiche aide-mémoire

- **Inclusions**

- Tous les patients consultant au cabinet ou vus en visite à domicile (hors garde)
- pour une durée cumulée de 10 jours environ répartis sur 5 semaines
- réparties équitablement entre les différents Maîtres de stage universitaires.
- afin d'aboutir au minimum à l'enregistrement de 200 consultations

- **Questionnaire**

- Pour chaque médicament prescrit, préciser à quel résultat de consultation il se rattache (en précisant le numéro du RC)
- En cas d'absence de prescription, remplir le questionnaire avec les données contextuelles (date, âge, sexe etc...) sans remplir de RC ni de prescription
- Un problème clinique qui n'est associé à aucune prescription médicamenteuse ne doit pas être saisi.
- En cas d'absence de diagnostic certain, le RC reste un symptôme ou une plainte.
- Pour chaque prescription, notez le médicament tel qu'il apparaît sur l'ordonnance du patient (en nom commercial, en nom de générique ou en dénomination commune) en précisant la voie d'administration.
- Un médicament prescrit en initiation correspond à une prescription non prescrite de façon régulière par le MSU.
- Une prescription médicamenteuse régulière dont la posologie ou la forme galénique change ne doit pas être considérée comme une initiation.
- Pour une demande de renouvellement de plusieurs médicaments, mettre tous les RC en rapport avec tous les médicaments prescrits.
- Si une prescription médicamenteuse est réalisée à l'intention d'une personne non présente lors de la consultation, ne pas enregistrer cette prescription.
- Pour chaque médicament prescrit, il faut noter un seul objectif (principal), du point de vue du prescripteur (le Maître de stage).
- On peut saisir à la fois « Etudiant » et une catégorie professionnelle, le cas échéant (les étudiants n'incluent pas les lycéens).

- **Saisie**

- Connectez-vous avec les identifiants qui correspondent au bon maître de stage
- Ne pas saisir de RC en l'absence de prescription
- Saisir tous les RC à la fois en texte libre et avec un code CISP-2. Ne pas utiliser d'abréviations et veiller à l'orthographe, dans le but de faciliter les requêtes sur les verbatim.
- Saisir les médicaments en vérifiant si la prescription a été rédigée en nom commercial, en nom de générique ou en DC et en vérifiant que la voie d'administration est la bonne
- Un médicament prescrit en nom commercial et en DC est considéré comme prescrit en nom commercial. Prescrit en générique et en DC considéré comme générique.
- Le dosage du médicament et le nom du laboratoire de générique ne sont pas importants
- Si jamais le médicament prescrit est absent de la liste proposée, il faut le signaler à Louis Bernard et au Pr Laurent Letrilliart, afin que le médicament soit ajouté à la liste du serveur. Dans ce cas, vous saisirez le médicament dans un second temps
- En cas de refus d'un patient, préciser s'il s'agit du refus de participer à l'étude ou du refus de la présence de l'interne lors de la consultation. Remplir néanmoins les champs « patient nouveau ou déjà connu », son « année de naissance » et son « genre » et préciser le motif du refus lors de la saisie.

- **Contre-évaluation**

- Au cours de la 4^{ème} semaine de recueil de données, vous devrez recueillir systématiquement l'objectif (principal) de chaque prescription médicamenteuse aussi dans la perspective du patient

ANNEXE 3

Affiche d'information des patients apposée dans les cabinets des
médecins

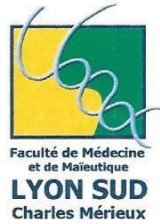
Etude OPREM

Ce cabinet participe à l'étude OPREM (Objectifs des PREscriptions Médicamenteuses), promue par le Collège lyonnais des généralistes enseignants (CLGE) et le Collège universitaire de médecine générale (CUMG) de l'Université de Lyon 1. L'objectif principal de cette étude est de mieux connaître les objectifs thérapeutiques qui motivent les prescriptions de médicaments en médecine générale.

Les données qui seront recueillies par l'Interne en stage dans ce cabinet avec votre accord seront anonymes et ne permettront pas de vous identifier (ou d'identifier votre enfant, le cas échéant). Elles seront utilisées uniquement par l'équipe de recherche à des fins scientifiques. Cette étude a reçu l'accord favorable du Comité d'éthique des Hospices Civils de Lyon.

ANNEXE 4
Classification internationale des soins primaires
CISP-2

| ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC) | Sang, syst. hématop/ immunol. B | Oeil F | Ostéo-articulaire L |
|---|---|---|---|
| Procédures | B02 Canglion lymph. augmenté/ douloureux | F01 Oeil douloureux | L01 S/P du cou |
| -30 Ex médical/bilan santé détaillé | B04 S/P du sang | F02 Oeil rouge | L02 S/P du dos |
| -31 Ex médical/bilan santé partiel | B25 Peur du SIDA/du VIH | F03 Ecoulement de l'œil | L03 S/P des lombes |
| -32 Test de sensibilité | B26 Peur du cancer du sang/lymph. | F04 Taches visuelles/flottantes | L04 S/P du thorax |
| -33 Ex microbiologique/immunologique | B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate | F05 Autre perturbation de la vision | L05 S/P du flanc et du creux axillaire |
| -34 Autre analyse de sang | B28 Limitation de la fonction/incap. (B) | F13 Sensation oculaire anormale | L07 S/P de la mâchoire |
| -35 Autre analyse d'urine | B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol. | F14 Mouvements oculaires anormaux | L08 S/P de l'épaule |
| -36 Autre analyse de selles | B70 Adénite aiguë | F15 Apparence anormale de l'œil | L09 S/P du bras |
| -37 Cytologie/histologie | B71 Adénite chronique/non-spécifique | F16 S/P de la paupière | L10 S/P du coude |
| -38 Autre analyse de laboratoire | B72 Maladie de Hodgkin/lymphome | F17 S/P lunettes | L11 S/P du poignet |
| -39 Epreuve fonctionnelle | B73 Leucémie | F18 S/P lentilles de contact | L12 S/P de la main et du doigt |
| -40 Endoscopie | B74 Autre cancer du sang | F27 Peur d'une maladie de l'œil | L13 S/P de la hanche |
| -41 Radiologie diagnostique/imagerie | B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. | F28 Limitation de la fonction/incap. (F) | L14 S/P de la jambe et de la cuisse |
| -42 Tracé électrique | B76 Rupture traumat. de la rate | F29 Autre S/P de l'œil | L15 S/P du genou |
| -43 Autre procédure diagnostique | B77 Autre traumat. sang/lymph/rate | F70 Conjonctivite infectieuse | L16 S/P de la cheville |
| -44 Vaccination/médication préventive | B78 Anémie hémolytique héréditaire | F71 Conjonctivite allergique | L17 S/P du pied et de l'orteil |
| -45 Recom./éducation santé/avis/régime | B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate | F72 Blépharite, orgelet, chalazion | L18 Douleur musculaire |
| -46 Discussion entre dispensateurs SSP | B80 Anémie par déficience en fer | F73 Autre infection/inflammation de l'œil | L19 S/P musculaire NCA |
| -47 Discussion dispensateur spécialiste | B81 Anémie carence vit B12/ac. folique | F74 Tumeur de l'œil et des annexes | L20 S/P d'une articulation NCA |
| -48 Clarification de la demande du patient | B82 Autre anémie/indét. | F75 Contusion/hémorragie de l'œil | L26 Peur autre maladie syst. ostéo-articul. |
| -49 Autre procédure préventive | B83 Purpura/défaut de coagulation | F76 CE dans l'œil | L28 Limitation de la fonction/incap. (L) |
| -50 Médication/prescription/injection | B84 Globules blancs anormaux | F79 Autre lésion traumat. de l'œil | L29 Autre S/P ostéo-articulaire |
| -51 Incision/drainage/aspiration | B87 Spéléomégalie | F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant | L70 Infection du syst. ostéo-articulaire |
| -52 Excision/biopsie/cauté/débridation | B88 Infection par le virus HIV, SIDA | F81 Autre anom. congénitale de l'œil | L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire |
| -53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage | B89 Autre maladie sang/lymph/rate | F82 Dégénérescence maculaire | L72 Fracture du radius/du cubitus |
| -54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse | Syst. Digestif D | F83 Rétinopathie | L73 Fracture du tibia/du péroné |
| -55 Traitement local/infiltration | D01 Douleur/crampes abdominales gén. | F84 Ulcère de la cornée | L74 Fracture de la main/du pied |
| -56 Pansement/compression/bandage | D02 Douleur abdominale/épigastrique | F86 Trachome | L75 Fracture du fémur |
| -57 Thérapie manuelle/médecine physique | D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac | F91 Défaut de réfraction | L76 Autre fracture |
| -58 Conseil therap/écoute/examens | D04 Douleur rectale/anale | F92 Cataracte | L77 Entorse de la cheville |
| -59 Autres procédures thérapeutiques | D05 Démangeaisons périanales | F93 Glaucome | L78 Entorse du genou |
| -60 Résultats analyses/examens | D06 Autre douleur abdominale loc. | F94 Cécité | L79 Entorse articulaire NCA |
| -61 Résultats ex/procéd autre dispensateur | D07 Dyspepsie/indigestion | F95 Strabisme | L80 Luxation et subluxation |
| -62 Contact administratif | D08 Flatulence/gaz/renvoi | F99 Autre maladie de l'œil/annexes | L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire |
| -63 Rencontre de suivi | D09 Nausée | Oreille H | L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire |
| -64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. | D10 Vomissement | H01 Douleur d'oreille/otalgie | L83 Syndrome cervical |
| -65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers | D11 Diarrhée | H02 P. d'audition | L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation |
| -66 Référence à dispens. SSP non médecin | D12 Constipation | H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille | L85 Déformation acquise de la colonne |
| -67 Référence à médecin | D13 Jaunisse | H04 Ecoulement de l'oreille | L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation |
| -68 Autre référence | D14 Hématémèse/vomissement de sang | H05 Saignement de l'oreille | L87 Bursite, tendinite, synovite NCA |
| -69 Autres procédures | D15 Méléna | H13 Sensation d'oreille bouchée | L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive |
| Général et non spécifié A | D16 Saignement rectal | H15 Précoc. par l'aspect des oreilles | L89 Coxarthrose |
| A01 Douleur générale/de sites multiples | D17 Incontinence rectale | H27 Peur d'une maladie de l'oreille | L90 Gonarthrose |
| A02 Frissons | D18 Modification selles/mouvem. intestin | H28 Limitation de la fonction/incap. (H) | L91 Autre arthrose |
| A03 Fièvre | D19 S/P dents/gencives | H29 Autre S/P de l'oreille | L92 Syndrome de l'épaule |
| A04 Fatigue/faiblesse générale | D20 S/P bouche/langue/lèvres | H70 Otite externe | L93 Coude du joueur de tennis |
| A05 Sensation d'être malade | D21 P. de déglutition | H71 Otite moyenne aiguë/myringite | L94 Ostéochondrose |
| A06 Evanouissement/syncope | D23 Hépatomégalie | H72 Otite moyenne séreuse | L95 Ostéoporse |
| A07 Coma | D24 Masse abdominale NCA | H73 Salpingite d'eustache | L96 Lésion aiguë interne du genou |
| A08 Gonflement | D25 Distension abdominale | H74 Otite moyenne chronique | L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. |
| A09 P. de transpiration | D26 Peur du cancer du syst. digestif | H75 Tumeur de l'oreille | L98 Déformation acquise membres inf. |
| A10 Saignement/hémorragie NCA | D27 Peur d'une autre maladie digestive | H76 CE dans l'oreille | L99 Autre maladie ostéo-articulaire |
| A11 Douleur thoracique NCA | D28 Limitation de la fonction/incap. (D) | H77 Perforation du tympan | Neurologique N |
| A13 Précoc. par/peur traitement médical | D29 Autre S/P du syst. digestif | H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille | N01 Mal de tête |
| A16 Nourrisson irritable | D70 Infection gastro-intestinale | H79 Autre lésion traumat. de l'oreille | N03 Douleur de la face |
| A18 Précoc. par son aspect extérieur | D71 Oreillons | H80 Anom. congénitale de l'oreille | N04 Jambes sans repos |
| A20 Demande/discussion sur l'euthanasie | D72 Hépatite virale | H81 Excès de cérumen | N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils |
| A21 Facteur de risque de cancer | D73 Gastro-entérite présumée infectieuse | H82 Syndrome vertigineux | N06 Autre perturbation de la sensibilité |
| A23 Facteur de risque NCA | D74 Cancer de l'estomac | H83 Otosclérose | N07 Convulsion/crise comitiale |
| A25 Peur de la mort, de mourir | D75 Cancer du colon/du rectum | H84 Presbycusie | N08 Mouvements involontaires anormaux |
| A26 Peur du cancer NCA | D76 Cancer du pancréas | H85 Traumatisme sonore | N16 Perturbation du goût/de l'odorat |
| A27 Peur d'une autre maladie NCA | D77 Autre cancer digestif/NCA | H86 Surdité | N17 Vertige/étourdissement |
| A28 Limitation de la fonction/incap. NCA | D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. | H89 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde | N18 Paralytie/faiblesse |
| A29 Autre S/P général | D79 CE du syst. digestif | Cardio-vasculaire K | N19 Trouble de la parole |
| A70 Tuberculose | D80 Autre traumat. du syst. digestif | K01 Douleur cardiaque | N26 Peur d'un cancer neurologique |
| A71 Rougeole | D81 Anom. congénitale du syst. digestif | K02 Oppression/constriction cardiaque | N27 Peur d'une autre maladie neurologique |
| A72 Varicelle | D82 Maladie des dents/des gencives | K03 Douleur cardiovasculaire NCA | N28 Limitation de la fonction/incap. (N) |
| A73 Paludisme | D83 Maladie bouche/langue/lèvres | K04 Palpitat./perception battements card. | N29 Autre S/P neurologique |
| A74 Rubéole | D84 Maladie de l'oesophage | K05 Autre battement cardiaque irrégulier | N70 Poliomyélite |
| A75 Mononucléose infectieuse | D85 Ulcère duodénal | K06 Veines proéminentes | N71 Méninigit/encéphalite NCA |
| A76 Autre exanthème viral | D86 Autre ulcère peptique | K07 Oedème, gonflement des chevilles | N72 Tétanos |
| A77 autre maladie virale NCA | D87 Trouble de la fonction gastrique | K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire | N73 Autre infection neurologique |
| A78 Autre maladie infectieuse NCA | D88 Appendicite | K24 Peur d'une maladie de cœur | N74 Cancer du syst. neurologique |
| A79 Cancer NCA | D89 Hernie inguinale | K25 Peur d' de l'hypertension | N75 Tumeur bénigne neurologique |
| A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA | D90 Hernie hiatale | K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire | N76 Autre tumeur indét. neurologique |
| A81 Polytraumatisme/lésions multiples | D91 Autre hernie abdominale | K28 Limitation de la fonction/incap. (K) | N79 Commotion |
| A82 Effet tardif d'un traumatisme | D92 Maladie diverticulaire | K29 Autre S/P cardiovasculaire | N80 Autre lésion traumat. de la tête |
| A84 Intoxication par subst. médicinale | D93 Syndrome du colon irritable | K70 Infection du syst. cardio-vasculaire | N81 Autre lésion traumat. neurologique |
| A85 Effet sec. subst. médicinale | D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse | K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale | N85 Anom. congénitale neurologique |
| A86 Effet toxique subst. non médicinale | D95 Fissure anale/abcès périanal | K72 Tumeur cardio-vasculaire | N86 Sclérose en plaque |
| A87 Complication de traitement médical | D96 Vers/autre parasite | K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire | N87 Syndrome parkinsonien |
| A88 Effet sec. de facteur physique | D97 Maladie du foie NCA | K74 Cardiopathie ischémique avec angor | N88 Epilepsie |
| A89 Effet sec. de matériel prothétique | D98 Cholécytite/cholélithase | K75 Infarctus myocardique aigu | N89 Migraine |
| A90 Anom. congénitale NCA/multiple | D99 Autre maladie du syst. Digestif | K76 Cardiopathie ischémique sans angor | N90 Algie vasculaire de la face |
| A91 Résultat d'investigat. anormale NCA | CODES PROCÉDURE | K77 Décompensation cardiaque | N91 Paralytie faciale/paralytie de Bell |
| A92 Allergie/réaction allergique NCA | SYMPTÔMES ET PLAINTES | K78 Fibrillation auriculaire/flutter | N92 Névralgie du trijumeau |
| A93 Nouveau-né prématuré | INFECTIONS | K79 Tachycardie paroxysmique | N93 Syndrome du canal carpien |
| A94 Autre morbidité périnatale | NÉOPLASMES | K80 Arythmie cardiaque NCA | N94 Névrite/neuropathie périphérique |
| A95 Mortalité périnatale | TRAUMATISMES | K81 Souffle cardiaque/artériel NCA | N95 Céphalée de tension |
| A96 Mort | ANOMALIES CONGÉNITALES | K82 Cœur pulmonaire | N99 Autre maladie neurologique |
| A97 Pas de maladie | AUTRES DIAGNOSTICS | K83 Valvulopathie NCA | |
| A98 Gestion santé/médecine préventive | | K84 Autre maladie cardiaque | |
| A99 Maladie de nature/site non précisé | | K85 Pression sanguine élevée | |
| | | K86 Hypertension non compliquée | |
| | | K87 Hypertension avec complication | |
| | | K88 Hypotension orthostatique | |
| | | K89 Ischémie cérébrale transitoire | |
| | | K90 Accident vasculaire cérébral | |
| | | K91 Maladie cérébrovasculaire | |
| | | K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. | |
| | | K93 Embolie pulmonaire | |
| | | K94 Phlébite et thrombophlébite | |
| | | K95 Varices des jambes | |
| | | K96 Hémorroïdes | |
| | | K99 Autre maladie cardio-vasculaire | |



Nom, prénom du candidat : BERNARD Louis

CONCLUSIONS

Les objectifs de soins sont souvent implicites alors que leur identification, leur explicitation et leur discussion devraient constituer des éléments-clés de toute démarche de prescription. Pourtant il n'existe pas de classification validée ou reconnue des objectifs de soins et peu d'études les ont explorés dans la perspective des patients et/ou des médecins. L'objectif de cette étude était de décrire les objectifs cliniques des prescriptions médicamenteuses en médecine générale, leurs déterminants et leur concordance entre médecins et patients.

Il s'agissait d'une étude transversale multicentrique conduite par 11 internes de médecine générale en stage chez 23 maîtres de stage universitaires. Les internes investigateurs ont recueilli l'indication et l'objectif principal de tous les médicaments prescrits durant 5 jours de consultation chez chacun de leurs maîtres de stage, en décembre 2015. Nous avons utilisé une classification générique des objectifs de prescriptions incluant 3 catégories spécifiques (diminution du risque de mortalité, diminution du risque de morbidité, guérison ou rémission), 3 catégories non spécifiques (amélioration des symptômes, de la qualité de vie ou du statut fonctionnel) et 2 catégories non spécifiées (autre, aucun). Les analyses statistiques ont comporté un modèle multivarié multiniveaux et un test kappa de concordance.

L'échantillon comportait 2141 consultations et 5036 prescriptions médicamenteuses. L'objectif principal des prescriptions médicamenteuses était le plus souvent symptomatique (43,3 %), devant les objectifs de diminution du risque de morbidité (22,4 %), de guérison (11,7 %), d'amélioration de la qualité de vie (10,6 %), de diminution du risque de mortalité (8,5 %) ou d'amélioration fonctionnelle (1,8 %). Le choix d'un objectif spécifique était plus fréquent chez les patients de 50 ans ou plus (OR [1,09-1,15]), de sexe masculin (OR [1,09-1,39]), ayant un statut ALD (OR [1,47-1,97]), déjà connus du médecin (OR [1,19-2,23]) ou ayant un problème de santé somatique (OR [2,56-4,17]). Le kappa de concordance des objectifs des prescriptions médicamenteuses entre médecins et patients était de 0,26 (0,23-0,30).

Cette étude est la première, au niveau national et international, à décrire précisément les objectifs cliniques des soins en médecine générale. Elle apporte un éclairage original sur la pratique de la médecine générale et met en évidence la place prépondérante de la prise en charge des symptômes pour les patient et plus

encore pour les médecins. La faible concordance des objectifs entre les médecins et les patients suggère que la décision médicale autour de ces prescriptions est insuffisamment partagée. Il reste à déterminer la faisabilité de la documentation des objectifs en routine et leur intérêt comme outil d'aide au partage de la décision médicale.

Le Président de jury,



Professeur François GUEYFFIER

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 19 septembre 2017

BERNARD Louis

Objectifs des prescriptions médicamenteuses : l'étude transversale OPREM

15 f., ill., tabl.

Th. Méd. : Lyon 2017 ; n°

RÉSUMÉ : Les objectifs de soins sont souvent implicites alors que leur identification devrait constituer un élément-clé de toute démarche de prescription. L'objectif de cette étude était de décrire les objectifs cliniques des prescriptions médicamenteuses en médecine générale, leurs déterminants et leur concordance entre médecins et patients.

Il s'agissait d'une étude transversale multicentrique, conduite par 11 internes chez 23 maîtres de stage universitaire. Les internes ont recueilli l'indication et l'objectif principal de tous les médicaments prescrits pendant cinq jours de consultation par maître de stage durant le mois de décembre 2015. Nous avons utilisé une classification générique des objectifs de prescriptions à huit catégories incluant trois catégories spécifiques, trois catégories non spécifiques et deux catégories non spécifiées. Les analyses ont été réalisées avec un modèle multivarié multiniveau et un test de concordance de kappa.

L'échantillon comportait 2141 consultations et 5036 prescriptions médicamenteuses. L'objectif principal des prescriptions médicamenteuses était le plus souvent symptomatique (43,3 %), devant les objectifs de diminution du risque de morbidité (22,4 %), de guérison (11,7 %), d'amélioration de la qualité de vie (10,6 %), de diminution du risque de mortalité (8,5 %) ou d'amélioration fonctionnelle (1,8 %). Le choix d'un objectif spécifique était plus fréquent chez les patients de 50 ans ou plus (OR [1,09-1,15]), de sexe masculin (OR [1,09-1,39]), ayant un statut d'exonération ALD (OR [1,47- 1,97]), déjà connus du médecin (OR [1,19-2,23]) ou ayant un problème de santé somatique (OR [2,56- 4,17]). Le kappa de concordance des objectifs des prescriptions médicamenteuses entre médecins et patients était de 0,26 (0,23-0,30).

Les objectifs des prescriptions médicamenteuses sont majoritairement non spécifiques. Leur faible concordance entre médecins et patients suggère que la décision médicale autour de ces prescriptions est insuffisamment partagée. La faisabilité de la documentation des objectifs de prescription reste à évaluer en routine.

MOTS CLÉS

- Objectifs de soins
- Prescription médicamenteuse
- Décision partagée
- Soins primaires

JURY

Président : Monsieur le Professeur GUEYFFIER François

Membres : Monsieur le Professeur ECOCHARD René
Madame le Professeur DURIEU Isabelle
Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent

DATE DE SOUTENANCE

Le 12 octobre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR

19 rue Abbé Boisard – 69007 Lyon