

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Marie ESPENAN

Le 15 Juin 2021

ACCEPTABILITÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DES BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION : ÉTUDE QUANTITATIVE DANS LE TARN

Directeur de thèse : Dr Théophile COMBES

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Philippe CESTAC

Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA

Monsieur le Docteur Théophile COMBES

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul

Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTÉ Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUDAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Française	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Dédicaces aux membres du jury

Au Président du Jury,

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse et de juger mon travail. Je vous remercie de l'intérêt porté à cette thèse et de votre disponibilité auprès des internes de médecine générale. Veuillez recevoir ici le témoignage de ma reconnaissance, de ma considération et de mon profond respect.

À mon Directeur de Thèse,

À Monsieur le Docteur Théophile COMBES,

Merci d'avoir accepté de me diriger, de m'avoir guidée dans ce travail avec patience et disponibilité. Merci pour ton aide précieuse, ton soutien et ta bienveillance aussi bien lors de ce travail que lors de mon stage ambulatoire. C'était un réel plaisir de t'avoir comme maître de stage et comme directeur de thèse.

Aux Membres du Jury,

À Monsieur le Professeur Philippe CESTAC,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, je suis très honorée de votre présence dans ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à cette collaboration interprofessionnelle lors des réunions professionnels dans le Tarn. Veuillez recevoir ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et suis très honorée de votre présence dans ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail. Veuillez recevoir ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Dédicaces personnelles,

À **mon médecin traitant**, Dr Namet qui avait dit qu'il fallait faire des études dans les domaines où l'on n'avait pas de facilités sinon on ne progressait jamais, merci cela m'a beaucoup inspirée.

À **tous les responsables des services hospitaliers et stages ambulatoires** que j'ai fréquentés, merci à tous ces professionnels rencontrés autant médicaux que paramédicaux, aux supers secrétaires, merci à tous pour cette extraordinaire formation de médecine générale, cela a été un honneur et un plaisir d'être votre interne.

Au Service de médecine polyvalente de Lavaur, vous faites pour moi figure d'exemple sur le lien que vous entretenez avec la médecine de ville, merci à toute l'équipe médicale et paramédicale.

Au Service des Urgences du CH de Villefranche de Rouergue, merci pour leur accueil dans ce beau département.

Au Professeur Hanaire et au Service de l'Hôpital de Jour de diabétologie du CHU Rangueil, j'adresse particulièrement ma gratitude aux CCA extraordinaires et aux supers infirmières du service qui ont montré beaucoup de bienveillance à mon égard.

Au Professeur Amar et au Service de médecine de l'hypertension artérielle du CHU Rangueil, merci pour vos enseignements si enrichissants et votre bienveillance.

Aux formidables Maîtres de stage de Médecine Générale,

Merci au Dr Didillon pour mon tout premier stage d'externat grâce auquel j'ai découvert ma merveilleuse spécialité et n'ai jamais douté de mon désir de faire de la médecine générale.

À mes MSU de Gynéco-Pédiatrie ambulatoire, merci au Dr Faye Pichon, au Dr Rethacker, au Dr Bley Ribet, pour la bienveillance, le dévouement aux patients, et pour m'avoir fait confiance.

À mes MSU de Praticien niveau 1, merci au Dr Dutech, au Dr Couradet, au Dr Courrière, Dr Fabié pour leur accueil, leur gentillesse et m'avoir apporté leurs expériences.

À mes MSU en SASPAS, au Dr Carayon, au Dr Pascal, au Dr Combes pour leur générosité, la mise en autonomie, et m'avoir permis de profiter du beau département du Tarn.

À ma famille,

À mes grands-mères, vous êtes dans mon cœur à chaque consultation,

À ma famille que j'aime plus que tout et qui a toujours cru en moi, à mes parents Myriam et Jean-Michel « les plus forts » que je ne remercierai jamais assez pour leur soutien, à Sarah ma sœur adorée qui sera toujours mon modèle de perfection, à Cyril parce que c'est le plus sympa de la famille vraiment merci pour ton aide, à Louca le plus mignon des neveux qui a eu l'amabilité de ne pas soutenir sa thèse avant moi.

À Nathan mon amoureux merci d'avoir partagé tout ça avec moi, vivement la suite !

À mes amis,

À mes inestimables amies d'enfance, Laurie, Morgane, Maïté, merci d'être restées les mêmes qu'hier, bravo pour tout ce que vous avez accompli et merci pour tous les supers moments à venir.

À Marielle, pour ton soutien, ta joie de vivre et merci pour les tableaux croisés dynamiques !

Aux amitiés extraordinaires nées de cette P1, je ne me souviens que de nos fous rires, Laure et Inana votre bonne humeur dans les amphis a été le meilleur soutien possible ; merci à Amy pour ses talons et son humour, merci Camille pour ta gentillesse et les gâteaux.

À Adrien merci pour les blagues, surtout celles à ton insu, reste toi-même... mais à 2m50 quand même ; à Lauriane pour nous faire autant rire, pour râler aussi c'est comme ça que l'on te préfère ; à Marine, pour ta patience, les pauses café, les marches du soir, les enveloppes, merci !

À Anne-Va, Marie, Mélanie, Audrey, Laurence, Ines, Laurie, Amandine, Mathilde ; des bancs de la fac aux merveilleux voyages, merci pour ces magnifiques études ensemble et pour tout ce qu'il nous reste à faire, bravo mesdames les docteurs pour votre réussite !

À mes co-internes de folie de l'Aveyron qui sont depuis des amies alors merci Audrey pour ton immense soutien et merci Lucia pour ton optimisme.

Aux médecins de ma vie personnelle que je respecte infiniment et sur lesquels je sais que ma famille et moi pouvons toujours compter, merci Christian, Sophia, Céline.

Aux patients bien sûr, merci d'être aussi différents les uns des autres, merci de partager votre intimité avec moi, merci de me faire douter, exercer ce métier n'aurait pas de sens sans ces formidables rencontres.

Table des matières

I.	Introduction	5
A.	La personne âgée en soins primaires	5
1.	Contexte	5
2.	La prescription chez la personne âgée	5
B.	Lutter contre la iatrogénie	6
1.	Genèse du concept en milieu hospitalier	6
2.	Iatrogénie et secteur ambulatoire	6
C.	Le bilan partagé de médication (BM)	7
1.	Mise en place légale	7
2.	Expérimentations internationales	8
3.	En France	8
4.	En Occitanie	9
D.	Objectifs de l'étude	10
II.	Matériels et méthodes	11
A.	Type d'étude	11
B.	Population étudiée	11
C.	Méthode de retour et analyse des résultats	11
III.	Résultats	12
A.	Echantillon de l'étude	12
B.	Collaboration entre MG et PO	14
1.	Identification des pharmacies	14
2.	Relations interprofessionnelles entre MG et PO	14
C.	Les bilans partagés de médication	15
1.	La préparation des BM	16
2.	L'avis sur les Interventions Pharmaceutiques (IP)	17
3.	Pluriprofessionnalité : attentes	21
4.	Synthèse réponses libres aux freins à l'application des BM (annexe 3)	23

5.	Lien avec actualité : Influence de la pandémie Covid ?	23
D.	Analyses statistiques comparatives / analyses bivariées.....	23
IV.	Discussion	25
A.	Forces et faiblesses	25
1.	Forces.....	25
2.	Faiblesses	25
B.	Analyse descriptive des principaux résultats	26
1.	Objectif principal	26
2.	Objectifs secondaires	26
C.	Perspective : vers un approfondissement de la relation interprofessionnelle entre MG et PO	32
V.	Conclusion.....	34
	Bibliographie	35
	Annexe 1 : Bilan partagé de médication exemple tutoré REIPO	42
	Annexe 2 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes.....	49
	Annexe 3 : Verbatim des remarques libres.....	55

Liste des figures

Figure 1: Diagramme de flux participants à l'étude.	12
Figure 2: La perception des relations interprofessionnels avec les pharmaciens.	15
Figure 3: Avis sur la réalisation des bilans de médication	16
Figure 4: Pertinence des IP selon les MG.....	18
Figure 5: Domaines thérapeutiques où les IP semblent les plus utiles	19
Figure 6: Domaines thérapeutiques où le respect d'un confrère spécialiste est un frein à l'application des IP.....	20
Figure 7: Respect de la prescription d'un confrère : frein à l'application des IP ?	20
Figure 8: Bilans de médication : quelles attentes des MG ?.....	21
Figure 9: Choix pour la communication des BM réalisés par le PO	23
Figure 10 : Avis sur les BM en fonction du mode d'exercice (mono ou pluriprofessionnel)	24

Liste des tableaux

Tableau 1 : Description des médecins ayant répondu	13
Tableau 2 : Caractéristiques propres aux Maîtres de Stage des Universités (MSU).....	14
Tableau 3: Identification par les MG des pharmacies référentes de leurs patients	14
Tableau 4 : Choix de préparation des BM.....	17
Tableau 5: Choix du partage de l'information médicale avec le pharmacien.....	17
Tableau 6: Attentes de la relation interprofessionnelle MG/PO.....	22

LISTE DES ABREVIATIONS

BM : bilan partagé de médication

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CPAM : Caisse Primaire Assurance Maladie

EI : Effets Indésirables

ESP : Equipé de Soins Primaires

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Interventions Pharmaceutiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PA : Personnes âgées

PO : Pharmacien d'Officine

PPI : prescription potentiellement inappropriée

REIPO : Réseau d'Enseignement et d'Innovation en Pharmacie d'Officine

I. Introduction

A. La personne âgée en soins primaires

1. Contexte

La part de la population âgée ne cesse de s'accroître en Europe et en France. En effet, au 1^{er} janvier 2018 ; la population en Europe âgée de plus de 65 ans représentait 19.7% (1). Au 1^{er} janvier 2020, elle représentait 20,5% de la population française(1). Les projections statistiques suggèrent que la population âgée va augmenter dans les années à venir. En conséquence la prise en charge de cette patientèle est un enjeu primordial pour les soins primaires en France.

2. La prescription chez la personne âgée

De nombreux rapports de la Haute Autorité de Santé (HAS) mettent en relation la polymédication et le risque d'hospitalisation (2). Les actions menées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) montrent un impact de la polymédication et de la iatrogénie dans les causes de ré-hospitalisation en particulier les personnes âgées (PA) de plus de 65 ans (3).

Le Ministère de la Santé et des Solidarités définit la « iatrogénie » comme « *Ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé* ». (4)

La consommation médicamenteuse augmente avec l'âge et selon un rapport de la HAS en 2002, les PA de plus de 65 ans consommaient en moyenne 3,9 médicaments par jour et jusqu'à 4,4 chez les plus de 80 ans (5). Parmi les causes d'hospitalisations chez les PA de plus de 65 ans, 10% d'entre elles pourraient être causées par la iatrogénie médicamenteuse, ce chiffre augmente chez la population âgée de plus de 80 ans (5). Une étude au sein du CHU de Toulouse montre que la dépendance liée au risque iatrogénique pourrait largement être évitable (6).

La polymédication est difficile à définir. L'OMS définit la polymédication « *comme l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments* » (7). L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) analyse ainsi la polymédication en admettant un seuil de 5 médicaments et plus. Ce seuil est retrouvée dans les différents rapports sur la consommation médicamenteuse des personnes âgées en France (2) et dans les différentes études concernant les personnes âgées hospitalisées pour cause iatrogénique. Les différentes études observationnelles sur la

polymédication des personnes âgées et sur les rapports d'hospitalisations admettent un seuil de 5 médicaments.

B. Lutter contre la iatrogénie

1. Genèse du concept en milieu hospitalier

Depuis le projet High 5s de l'OMS, le concept de « conciliation médicamenteuse » s'est concrétisé dès 2006 autour de valeurs de sécurité et d'efficacité des établissements de soins pour prévenir les erreurs médicamenteuses (8,9). Par la suite les services hospitaliers ont observé plus précisément en gériatrie des moyens de prévenir la dépendance liée aux soins. En définissant des critères de « fragilité » ou de « vulnérabilité » sont apparues des échelles de repérage des effets indésirables liés aux soins (par exemple confusion aiguë lors d'une hospitalisation, risque de chute...) permettant d'identifier des risques et ainsi mettre en place des dispositifs préventifs (6,10,11). De nombreuses études ont montré l'incidence des effets indésirables comme cause d'admission en service d'urgence au sein de la population âgée (12).

2. Iatrogénie et secteur ambulatoire

Contrairement au secteur hospitalier la proportion d'effets indésirables dans la population ambulatoire âgée de plus de 65 ans reste mal évaluée (13) bien que les indicateurs de repérage des consultations pour effets indésirables semblent importants dans cette population (14).

Le risque d'effet indésirable dans la population âgée de 65 ans et plus a été mis en évidence lors de nombreuses études et une importante proportion semble évitable. Nous pouvons citer l'étude parue dans le JAMA réalisée dans le Massachusetts en 2003 qui retrouve dans une importante cohorte de patients âgés de plus de 65 ans une proportion de 27,6% des effets indésirables qui pourraient être évitables (13). La HAS conjointement avec le Collège National professionnel de Gériatrie a élaboré une fiche de repérage de la iatrogénie pour prévenir la dépendance liée à l'hospitalisation (6). Ce rapport évalue la prévalence des prescriptions potentiellement inappropriées (PPI) et leur impact sur le risque de chute et de dépendance.

L'application de cette conciliation médicamenteuse hospitalière semble applicable au secteur ambulatoire (15).

C. Le bilan partagé de médication (BM)

1. Mise en place légale

La collaboration médecin-pharmacien s'inscrit dans la continuité de la loi HPST de 2009 qui ouvre la coopération des professionnels de santé en les encourageant à élaborer un projet de soins par l'article 51 qui stipule « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3* » (16).

La HAS définit le bilan partagé de médication (BM) comme « *une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, et ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les coûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés.* »

L'arrêté du 9 mars 2018 concernant l'avenant 12 à la Convention Nationale du 4 mai 2012 organise les rapports entre les pharmaciens d'officine et l'Assurance Maladie sur la mise en œuvre du bilan partagé de médication. Les patients éligibles au bilan partagé de médication (BM) sont les patients de 65 ans et plus, avec au moins une affection longue durée et les patients âgés de plus de 75 ans, sous traitement au moment de l'adhésion pour lesquels au moins 5 molécules sont prescrites pour une durée consécutive supérieure ou égale à 6 mois. (17). Après le recueil du consentement du patient, le pharmacien procède au recueil des données médicales via un questionnaire patient et procède ensuite à un entretien avec ce dernier. A la suite de cet entretien, il rédige une synthèse à destination du médecin traitant.

Cela suppose une nouvelle organisation du pharmacien avec mise à disposition d'un local, la mise en place d'un entretien privé dans ce local ou au domicile du patient et préparer en amont ce bilan (18).

L'avenant 19 à la Convention Nationale signé le 19 novembre 2019 a élargi les patients éligibles au BM à tous les patients âgés de plus de 65 ans recevant un traitement chronique contenant au moins 5 molécules dès le 1^{er} janvier 2020 (19).

2. Expérimentations internationales

Des bilans de médication existent dans certains pays de manière antérieure au territoire français (20). En Angleterre par exemple, dès 1996 l'intérêt du conseil pharmaceutique auprès du patient a été démontré par une enquête de satisfaction (21) (22). Depuis des méta analyses sur plusieurs études n'ont pas montré de différences significatives sur le coût de santé ni sur le nombre d'hospitalisations (22) bien que d'autres études montrent leur intérêt sur la réduction des PPI chez les patients âgés de plus de 65 ans (23) ainsi que la réduction d'effets indésirables dans certaines catégories de patients (insuffisants cardiaques en Australie (24)) et la réduction des coûts de santé chez les patients âgés de plus de 70 ans ayant plus de 8 lignes de traitement en Espagne (25). Depuis 2005 le système de santé en Angleterre (NHS) a acté cette collaboration médecin-pharmacien à travers le « Medicine Use Review » : une réévaluation des traitements par le pharmacien d'officine. (26).

Peu d'études mettent en évidence le bénéfice en terme d'hospitalisation mais montre une réduction des prescriptions. En Ecosse, des pharmaciens ont évalué des traitements (dit à haut risque) et ont montré une réduction significative du risque d'effet indésirable lorsque le médecin généraliste appliquait les propositions pharmaceutiques. L'étude comportait l'association de traitements jugés à haut risque (anticoagulants, insuffisance cardiaque, forte proportion de patients âgés de plus de 60 ans) (27).

3. En France

Les modifications d'ordonnance suite à des hospitalisations pour iatrogénie ont été partiellement évaluées dans différents travaux notamment la thèse de Elodie Magre en 2015 sur l'optimisation des ordonnances après passage des patients à l'Hôpital de jour de la fragilité à Toulouse. Elle montre que 69% des patients inclus avaient au moins 1 PPI (11).

Nous pouvons également citer la thèse de Mélodie Daret qui a analysé les ordonnances de suites hospitalières des patients après hospitalisation en gériatrie aigue qui montre que les ordonnances restent inchangées (28).

Les modifications thérapeutiques semblent pourtant mieux acceptées dans le milieu hospitalier qu'ambulatoire (29). Les différentes études identifiant les risques iatrogéniques avant hospitalisation comme risque iatrogénique évitable suggèrent qu'une prévention des risques en secteur ambulatoire serait un outil adéquat pour prévenir la iatrogénie (30).

L'hétérogénéité des études ne parvient pas à montrer d'impact de la conciliation médicamenteuse sur la morbi-mortalité mais suggère une influence sur la diminution du taux de ré-hospitalisations à court terme (31,32).

Il existe encore peu de BM effectivement réalisés et il existe des freins à leur réalisation et à leur application (33,34). Parmi les freins repérés, il y a notamment un manque de communication (transmissions des BM) (35) et des facteurs liés au médecin généraliste comme le montre une récente étude qualitative réalisée sur le ressenti des MG réalisée en 2020 en Indre et Loire (36).

Les patients quant à eux semblent montrer une satisfaction sur la connaissance de leurs traitements et de leurs effets indésirables selon une thèse réalisée par Julie Joncourt en 2017 sur la réalisation des BM par des étudiants en pharmacie de l'Université Grenoble-Alpes (37).

4. En Occitanie

Actuellement, le dispositif se déploie à travers l'Occitanie soutenue par une formation des pharmaciens à la réalisation de ces bilans partagés de médication. En 2018 une thèse soutenue par Rokia Koné a recherché les types d'interventions pharmaceutiques qui pouvaient être réalisées dans l'ex région Midi Pyrénées et l'application de ces propositions. Le constat est la disparité d'application d'un médecin à un autre (35). Des études qualitatives et quantitatives sur la perception des médecins généralistes de ces BM il apparaît un manque de connaissance du dispositif avec peur d'un glissement des tâches, difficultés à modifier la prescription d'un autre médecin, manque de communication des BM mais il ressort également l'intérêt en particulier pour l'observance (35,36,38). Le REIPO (réseau d'enseignement et d'innovation pour la pharmacie d'officine) espère optimiser la prise en charge de la personne âgée notamment grâce au « *déploiement de pratiques innovantes, à des formations communes afin de renforcer la pluriprofessionnalité et le lien ville-hôpital et d'évaluer l'efficacité des nouvelles missions pharmaceutiques dans le cadre du développement d'actes pharmaceutiques rémunérés* » (39).

Ce réseau a permis de développer la connaissance de ces bilans de médication (40). Cette initiative a conduit à l'élaboration du projet BIMEDOC (acronyme de Bilan de MEDication en Occitanie) permettant le tutorat des pharmaciens d'officine (PO) en Occitanie par des pharmaciens hospitaliers et de contractualiser la collaboration médecin- pharmacien afin de déployer la réalisation de bilans partagés de médication (41) (Annexe1). La thèse de Marion Arnaud, récemment publiée en janvier 2020 montre l'évolution des ordonnances 5 mois après la réalisation des BM en Occitanie avec une diminution significative du nombre de prescriptions médicamenteuses (42). Dans cette étude 8 pharmacies du Tarn avaient bénéficié du Tutorat.

Au travers de réunions en 2019 entre la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Grand Gaillacois et la CPAM du Tarn une simulation faite par les administrateurs de l'Assurance Maladie a été réalisée. Cette simulation consistait à créer des couples médecin-pharmacien ayant en commun des patients rentrant dans les critères d'éligibilité au bilan de médication. Grâce à ces échanges il est apparu que le bilan de médication était encore peu déployé dans ce bassin de santé pour analyser les répercussions. Il existait en revanche de nombreuses interrogations chez les médecins généralistes sur ce dispositif. Nous avons entrepris de réaliser une étude sur la perception et les attentes des médecins généralistes envers ces bilans partagés de médication.

L'objectif de la CPAM du TARN était de promouvoir par visite d'un délégué de l'assurance maladie les bilans partagés de médication. Nous avons considéré que nous nous adressions à un public de médecins généralistes informés.

D. Objectifs de l'étude

Question de recherche : Les médecins généralistes du Tarn sont -ils favorables au bilan partagé de médication ?

Objectif principal : Etudier l'acceptabilité des bilans partagés de médication par les médecins généralistes du Tarn.

Objectifs secondaires :

- Identifier les leviers d'une meilleure compréhension de ce dispositif et les attentes des médecins généralistes pour favoriser l'application des interventions pharmaceutiques.
- Cibler les domaines thérapeutiques d'importance en médecine générale.
- Identifier les freins à la réalisation et la mise en application des bilans partagés de médication par les médecins généralistes du Tarn.

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive auprès des médecins généralistes (MG) du département du Tarn. Les données ont été recueillies par questionnaire anonyme par envoi postal avec enveloppe retour pré affranchie.

L'étude étant non interventionnelle il n'a pas été demandé d'autorisation auprès d'un comité d'éthique.

B. Population étudiée

Il s'agit d'un questionnaire interrogeant les médecins généralistes du Tarn sur leur appréciation du bilan de médication, la place du pharmacien dans l'équipe de soins, et le bilan partagé de médication (Annexe 2).

Nous avons choisi cette population cible du fait du faible déploiement du bilan partagé de médication au sein de ce département. Le questionnaire intervenait après une campagne d'information de l'Assurance Maladie sur les BM auprès des MG du Tarn.

Nous avons procédé à une phase test auprès des médecins généralistes de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Nailloux (département Haute-Garonne) et nous avons procédé à des modifications des questions au vu des réponses reçues.

L'envoi initial des questionnaires était prévu en mars 2020 mais du fait de l'épidémie à SarsCov2 et de la mobilisation des professionnels de santé en résultant, nous avons estimé que le report était souhaitable.

C. Méthode de retour et analyse des résultats

Le questionnaire a pu être envoyé par envoi groupé unique le 10 septembre 2020 avec enveloppe retour pré affranchie grâce aux services professionnels de la Poste afin de garantir l'anonymat des réponses. La méthode n'a pas permis d'effectuer de relance.

Les réponses ont été collectées entre le 15 septembre et le 01 décembre 2020.

Les données ont été classées vers un tableau réalisé à l'aide du Logiciel Microsoft EXCEL. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les analyses statistiques comparatives des résultats ont été réalisées à l'aide de tableaux croisés dynamiques et de l'outil BiostatGV de l'INSERM disponible en ligne.

III. Résultats

A. Echantillon de l'étude

Un seul envoi du questionnaire a été effectué le 10 septembre 2020 auprès de 302 médecins généralistes du Tarn (dont la liste a été fournie par la CPAM du Tarn). Il y a eu 89 réponses entre le 10 septembre et le 01 décembre 2020. Au total 88 questionnaires exploitables ont été retenus pour analyse (voir Figure 1).

Les questions étaient pour certaines à réponse unique et obligatoire mais du fait de l'envoi papier certains participants ont choisi de ne pas répondre à certaines questions ou de répondre plusieurs réponses dont le choix devait être unique. Nous avons retenu une méthodologie différente pour analyser ces réponses et l'avons précisé pour chaque résultat avec une mention astérisque.

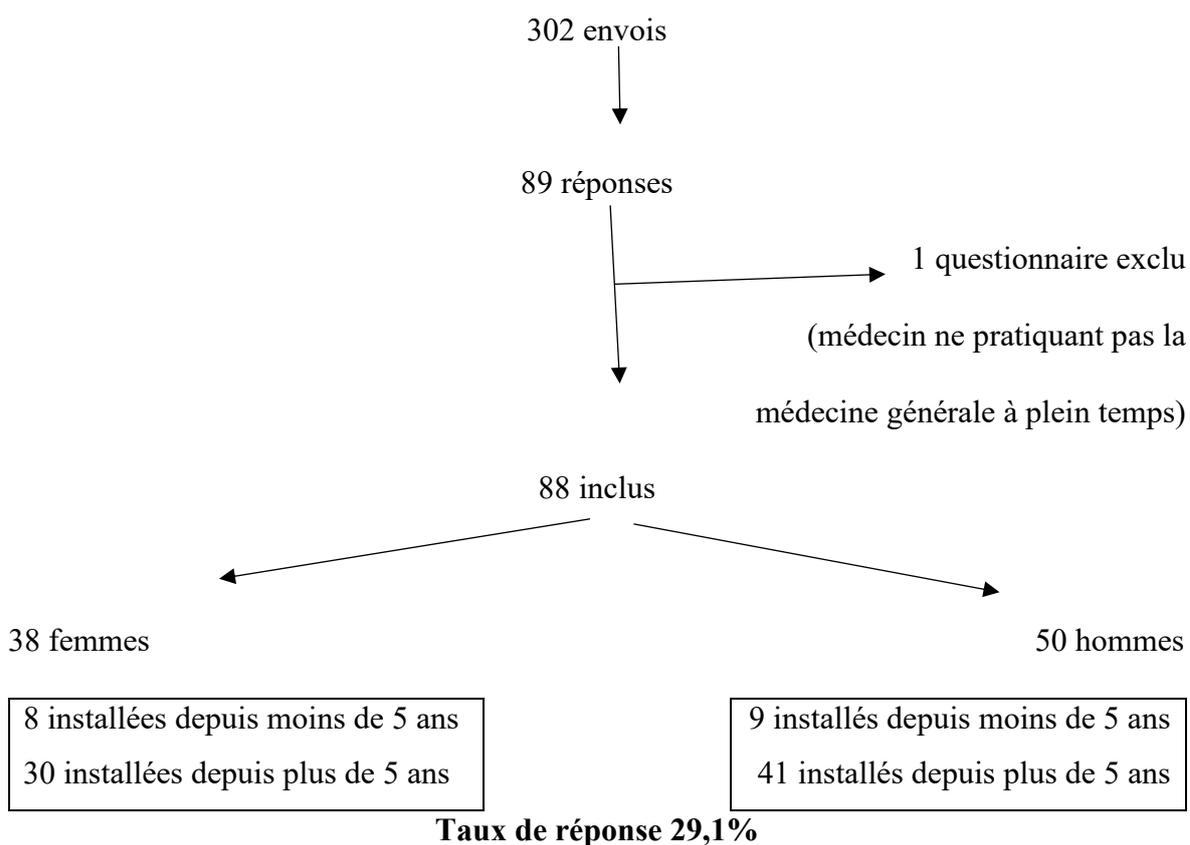


Figure 1: Diagramme de flux participants à l'étude.

Nous avons obtenu 88 réponses de MG dont près de la moitié exercent soit en zone urbaine soit semi rurale, seul 20,45% exercent en zone rurale exclusive (Tableau 1).

Tableau 1 : Description des médecins ayant répondu

N = 88

Sexe			
Homme	50	56,82%	
Femme	38	43,18%	
Installation			
< 5ans	17	19,32%	
> 5ans	71	80,68%	
Lieu d'exercice			
Rural	18	20,45%	
Semi- rural	36	40,91%	
Urbain	34	38,64%	
Taille patientèle			
Moins de 500	8	9,09%	
De 500 à 1000	35	39,77%	
De 1000 à 1500	29	32,95%	
Plus de 1500	15	17,05%	
Sans réponse	1	1,14%	
Mode d'exercice (Plusieurs réponses possibles)			
Seul(e)	22	25%	
Maitre de stage universitaire (MSU)	31	35,23%	
Cabinet de groupe	56	63,64%	
Maison de santé (MSP)	14	15,91%	
ESP ou CPTS*	11	12,5%	
Sans réponse	1	1,14%	
Exercice interprofessionnel			
Mono-professionnel	67	76,14%	
Pluriprofessionnel (MSP ou ESP ou CPTS)	19	21,59%	
Sans réponse	2	2,27%	

*ESP : Equipe Soins Primaires / CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Nous avons ensuite interrogé les MG sur leur mode d'exercice. La question était à choix multiples de façon à explorer tous les modes d'exercice. Nous avons regroupé l'exercice en mono-professionnel (médecin seul ou en cabinet de groupe sans participation à un exercice type ESP/CPTS/MSP) et pluri professionnel (ESP ou MSP ou CPTS).

Tableau 2 : Caractéristiques propres aux Maîtres de Stage des Universités (MSU)

Type d'exercice	Nombre (n=31)	
Seul	3	9,68%
Cabinet de groupe	21	67,74%
En MSP	11	35,48%
ESP ou CPTS	10	32,26%

B. Collaboration entre MG et PO

La seconde partie du questionnaire s'intéressait à la place du pharmacien d'officine (PO) dans l'équipe de soins. Nous avons interrogé les MG sur leur connaissance des pharmacies dans lesquelles se rendent leurs patients ainsi que leurs relations interprofessionnelles avec les PO.

1. Identification des pharmacies

Les patients d'un secteur semblent se rendre dans plusieurs pharmacies. Les MG identifient donc plus souvent plus de 2 pharmacies (62 réponses sur 88) voire même plus de 5 (16 répondants) dans lesquelles se rendent leurs patients.

Tableau 3: Identification par les MG des pharmacies référentes de leurs patients

Question 6	n=88
Non pas du tout	3
Oui j'en identifie une surtout	7
Oui entre 2 et 5	62
Plus de 5	16

Un médecin a répondu oui une surtout et entre 2 et 5 nous l'avons comptabilisé dans la réponse « 2 à 5 », un médecin a répondu à la fois « 2 à 5 » et « plus de 5 » nous l'avons comptabilisé dans « plus de 5 ».

2. Relations interprofessionnelles entre MG et PO

Nous avons interrogé les MG sur leurs relations professionnelles avec les PO.

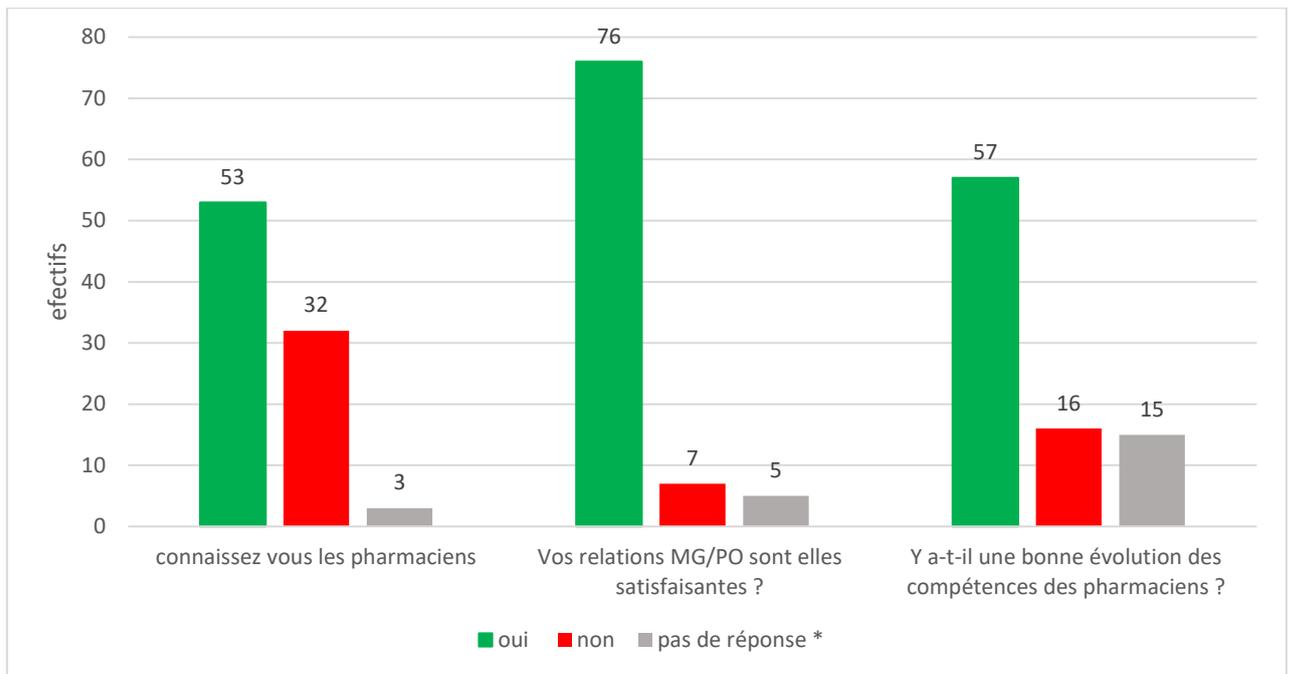


Figure 2: La perception des relations interprofessionnels avec les pharmaciens.

(réponse que nous avons créée afin d'interpréter correctement notre critère de jugement principal)*

60,23% des MG interrogées connaissent les pharmaciens de leurs patients, 86,36% estiment que leur relation professionnelle est satisfaisante et 64,77% déclarent approuver l'évolution de leurs compétences.

C. Les bilans partagés de médication

La troisième partie du questionnaire s'intéressait à l'avis des MG concernant la réalisation des BM.

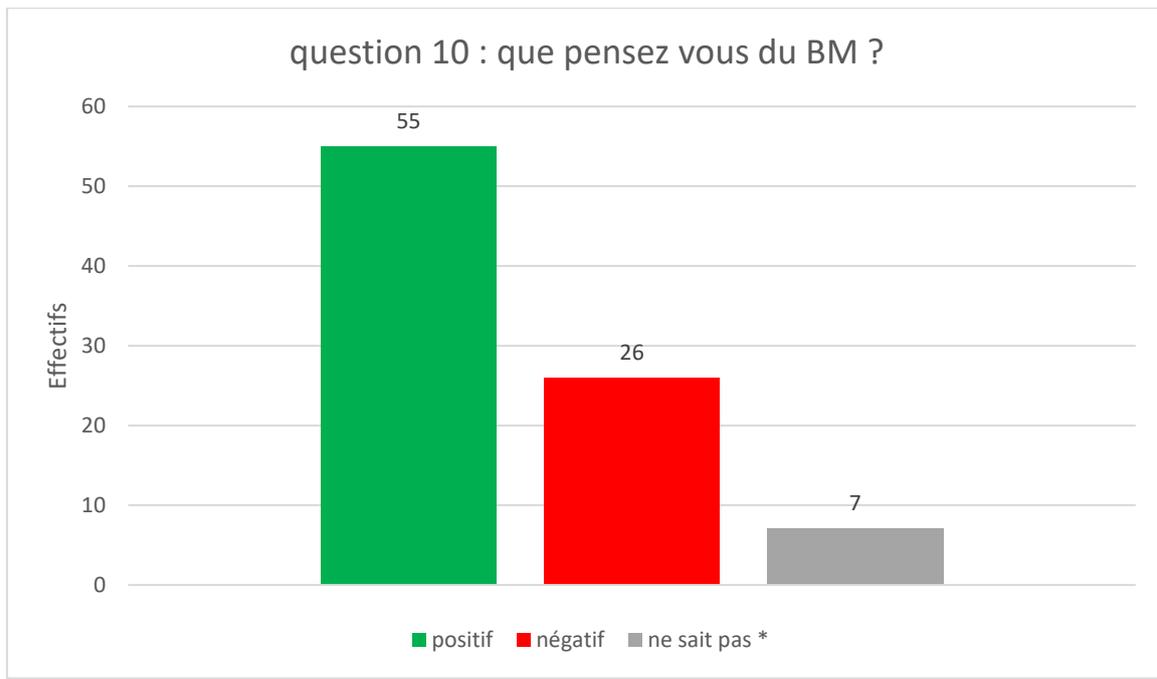


Figure 3: Avis sur la réalisation des bilans de médication

(* réponse qui n'existait pas sur le questionnaire que nous avons créée pour intégrer ceux n'ayant pas répondu)

Il y a 62,5 % d'impression positive sur le bilan de médication parmi les répondants et 29,5 % d'impression négative.

1. La préparation des BM

Nous avons interrogé les MG sur leur souhait de communication en amont des BM. La question contenait plusieurs réponses dont une seule à choisir. Certains participants de l'étude ont répondu plusieurs réponses (ce qui n'était pas prévu nous avons donc présenté les deux résultats. Nous avons également choisi d'intégrer le nombre de personnes n'ayant pas répondu ou répondu de manière manuscrite « je ne sais pas ». Ainsi, en considérant l'échantillon ayant répondu une réponse unique (n=79), 48 (soit 55,55%) préfèrent être informé par le pharmacien en amont.

Tableau 4 : Choix de préparation des BM

Question 11 : « concernant la préparation des BM vous préférez ... ? »	
Réponses uniques	n=79
Etre informé par le pharmacien en amont	48
Pas de contact avant BM	29
Proposer sa liste au pharmacien	2
Réponses multiples	n=6
« être informé par le pharmacien » + « proposer sa liste au pharmacien »	4
« pas de contact » + « proposer sa liste au pharmacien »	2
Absence de réponse	n=3

Au travers du projet BIMEDOC le pharmacien d'officine (PO) propose une collaboration avec le MG notamment pour recevoir des informations médicales sur le patient. Nous avons interrogé les MG sur cette transmission de données médicales. Les avis sont partagés, 42,05% préfèrent transmettre directement au pharmacien, 25% choisissent l'intermédiaire d'un document remis au patient, 23,86% ne veulent transmettre aucune information, 5,68% hésitent entre transmettre directement ou bien par l'intermédiaire d'un courrier, 3,4% n'ont pas répondu.

Tableau 5: Choix du partage de l'information médicale avec le pharmacien

Question 12 « concernant le partage d'information médicale vous préférez... ? »		
Ne pas transmettre	21	23,86 %
Transmettre directement au pharmacien	37	42,05%
Transmettre par l'intermédiaire d'un document remis patient	22	25%
Transmettre directement au pharmacien/courrier au patient	5	5,68%
Absence de réponse	3	3,4%

2. L'avis sur les Interventions Pharmaceutiques (IP)

Le pharmacien après entretien rédige une synthèse avec des propositions d'interventions pharmaceutiques (Figure 4) :

- Réévaluer un traitement (modification dose) qui semble pertinente à 77 participants (soit 87,5%).
- Stopper (balance bénéfice risque défavorable ou absence d'indication) semblant pertinent à 32 participants (soit 36,36%).

- Augmenter (modification de posologie par rapport à l'indication retrouvée) approuvé par 18 participants soit 20,45%.
- Diminuer (posologie inadaptée, effet indésirable dose-dépendant...) approuvé par 36 participants soit 40,09%.
- Introduire (absence de thérapeutique pour une indication retrouvée) pertinent pour 8 MG soit 9,09% de l'échantillon.

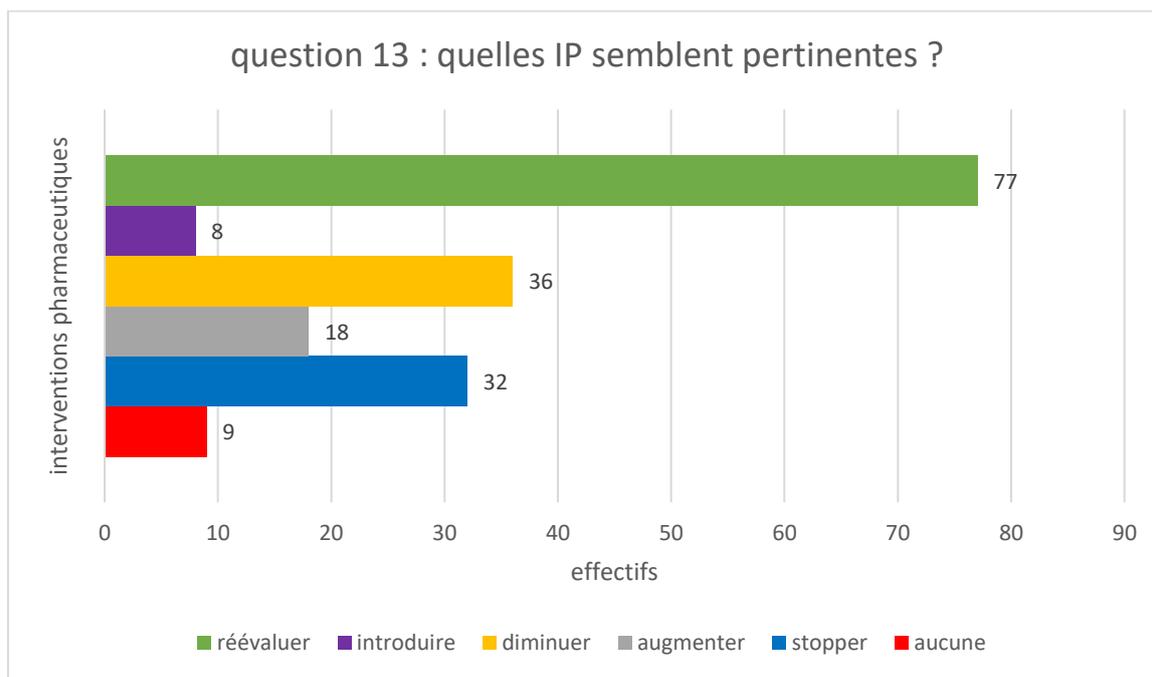


Figure 4: Pertinence des IP selon les MG

Seuls 7 participants ont répondu que les 5 compétences étaient toutes pertinentes.

Seuls 9 médecins ont jugé qu'aucune n'était pertinente.

Nous avons considéré que l'absence de réponse à cette question signifiait qu'aucune des propositions n'était jugée pertinente.

La suite du questionnaire concernait les domaines thérapeutiques d'utilité (Figure 5) et ceux où l'avis d'un confrère spécialiste d'organe pouvait être un frein à l'application des IP (Figure 6).

1 participant n'a pas répondu malgré le fait que la réponse « aucun » était possible nous l'avons considéré dans la réponse « aucun ». De même 3 ont refusé de répondre nous les avons classés dans « aucun ».

1 participant a répondu « aucun » et « observance » nous avons choisi de comptabiliser sa réponse uniquement dans le domaine « observance ».

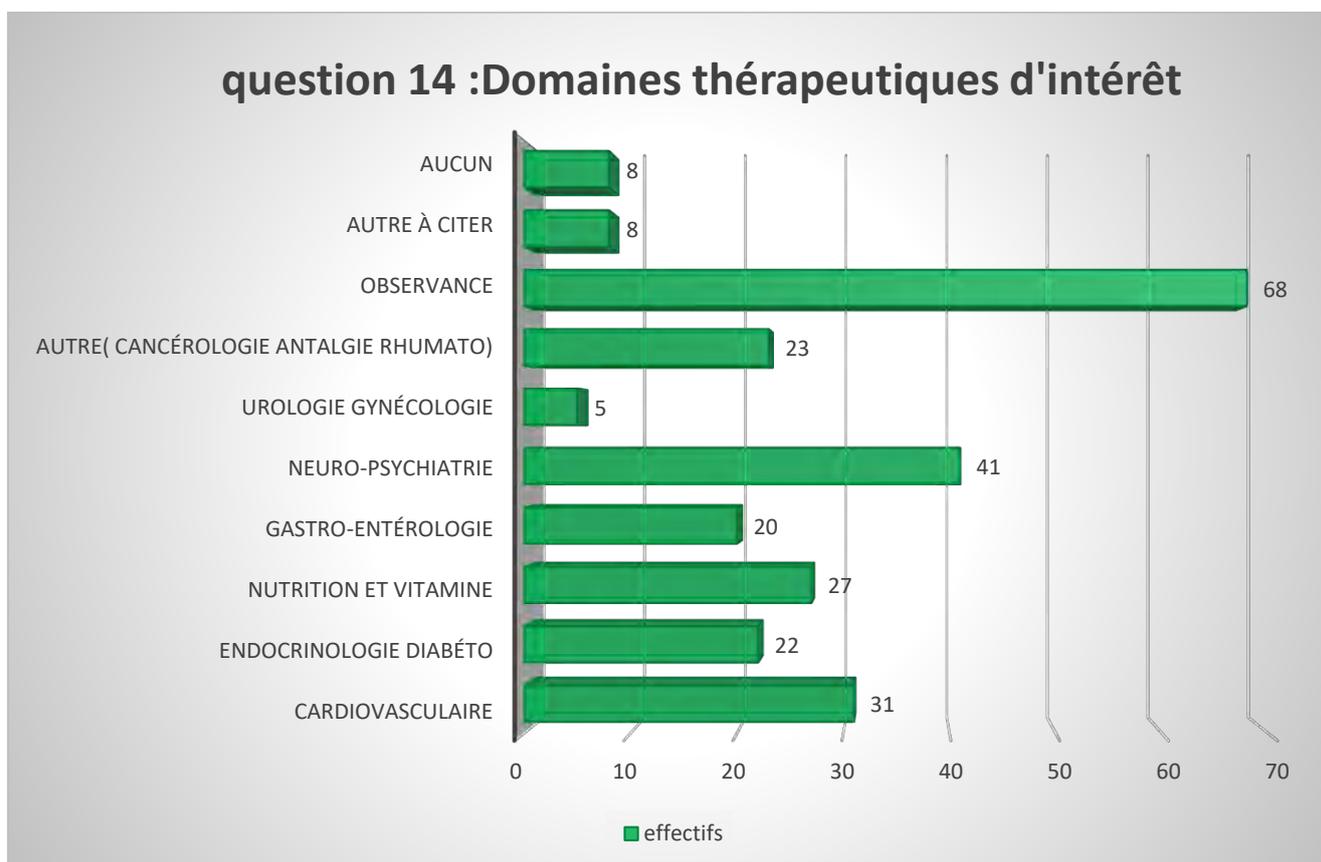


Figure 5: Domaines thérapeutiques où les IP semblent les plus utiles

Les 3 domaines les plus pertinents selon les MG sont l'observance approuvée par 77,27% de l'échantillon puis la neuro-psychiatrie (46,59%) et ensuite le système cardiovasculaire (35,23%).

Les 3 domaines où les MG expriment des réticences à modifier les traitements sans l'avis d'un confrère sont le système cardiovasculaire (50% des MG expriment leur réserve dans ce domaine), puis le système neuro-psychiatrie (37,5%) et enfin le domaine endocrinologie diabétologie (36,36%).

question 15 : Domaines thérapeutiques avec réticence à application des propositions sans l'avis d'un confrère

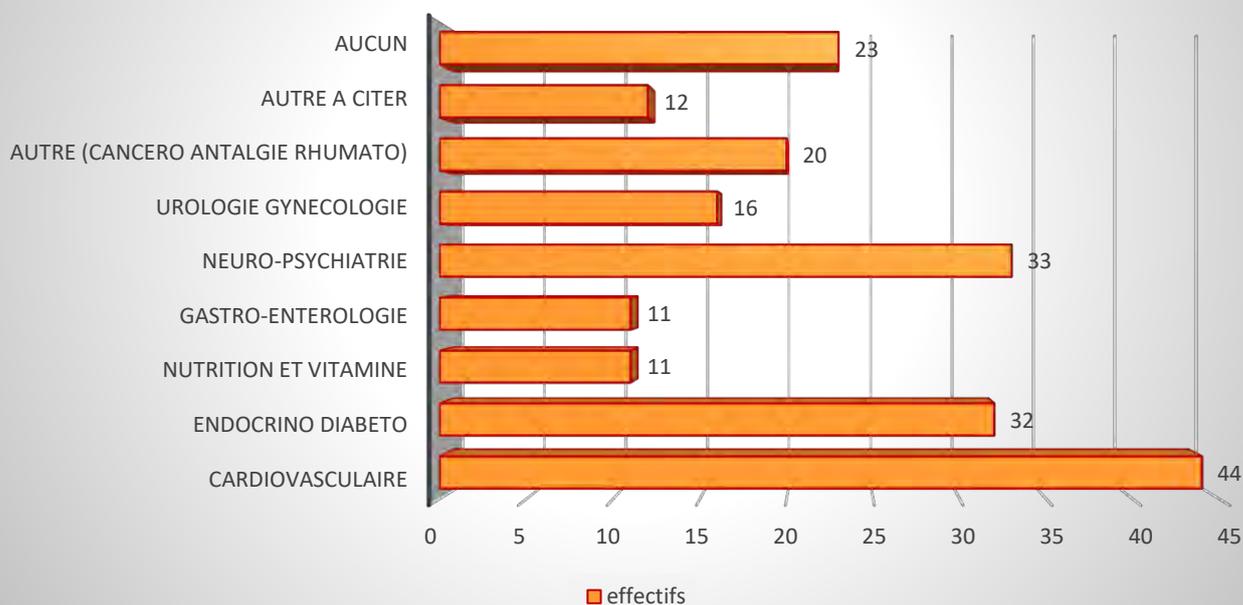


Figure 6: Domaines thérapeutiques où le respect d'un confrère spécialiste est un frein à l'application des IP

Nous avons interrogé les MG sur le respect de la prescription d'un autre confrère sans préciser un domaine thérapeutique particulier (Figure 7).

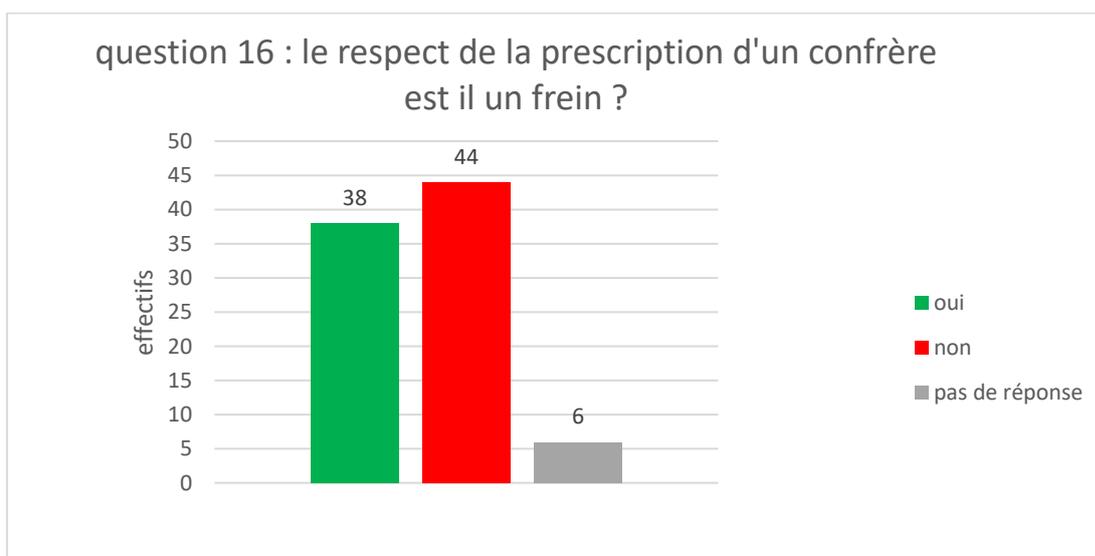


Figure 7: Respect de la prescription d'un confrère : frein à l'application des IP ?

A la question « est-ce que le respect de la prescription d'un autre confrère est un frein ? » les médecins généralistes sont assez partagés, 44 médecins sur 88 (soit 50%) estiment que non

mais 38 (soit 43,18%) l'identifient comme un frein. 6 participants n'ont pas répondu nous les avons classés distinctement comme absence de réponse.

3. Pluriprofessionnalité : attentes

Les MG étaient ensuite interrogés par des questions à choix multiples sur leurs attentes de ce nouveau dispositif.

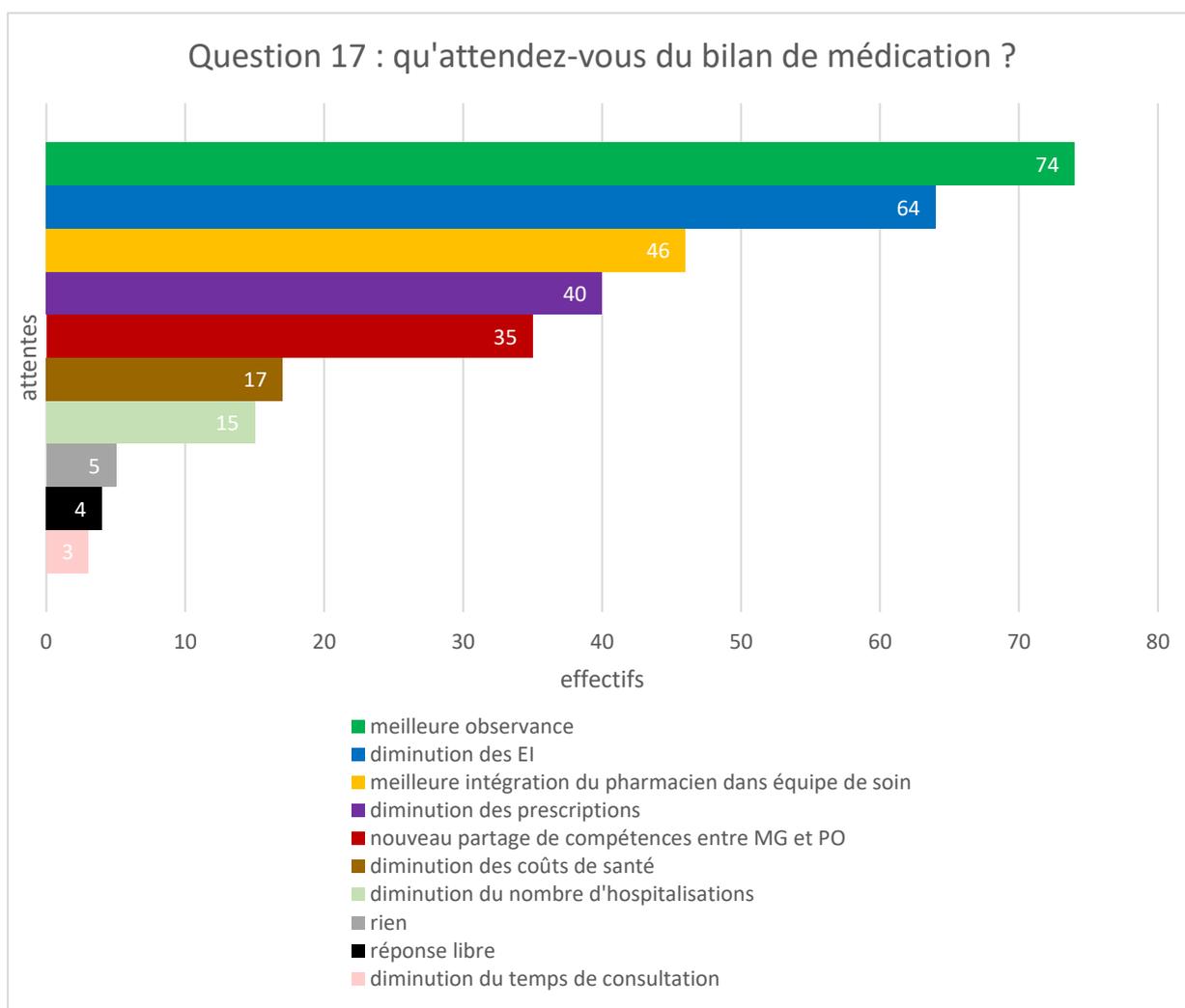


Figure 8: Bilans de médication : quelles attentes des MG ?

Les 3 premiers résultats rassemblant au moins la moitié de l'échantillon sont : l'observance, la diminution des EI et une meilleure intégration du pharmacien dans le réseau. Si l'on exprime les résultats par ordre de fréquence, les attentes sont : la meilleure observance (84,09%), la diminution des EI (72,73%), la meilleure intégration du pharmacien dans le réseau (52,27%), la diminution des prescriptions (45,45%), le nouveau partage des compétences entre PO et MG (39,77%), la diminution des coûts de santé (19,32%), la diminution

du nombre d'hospitalisation (17,05%), rien (5,68%), réponses libres (4,55%), diminution du temps de consultation (3,41%).

Parmi les réponses libres les médecins ont cité « *deux avis valent mieux qu'un* », « *rattrapage vaccinal* », « *chacun sa place* ».

Les attentes sont très largement : observance / diminution des EI / intégration pharmacien.

Les participants étaient ensuite invités à répondre à une question à choix multiples sur leurs attentes de la relation médecin-pharmacien. Les MG attendent majoritairement la surveillance des prescriptions. La réflexion entre médecin et pharmacien (sur la dispensation des médicaments, réflexion sur les mentions « non substituables ») et la participation plus active dans les soins primaires (distribution masques, signalement des violences...) intéressent respectivement 39 et 40 participants.

Tableau 6: Attentes de la relation interprofessionnelle MG/PO

Question 18	
Surveillance prescription / observance	71
Participation plus active dans les soins primaires	40
Réflexion entre médecin et pharmacien	39
Développement projets communs	25
Réponse libre	2
Rien	3

2 n'ont pas répondu nous les classons dans une case « RIEN », 1 autre médecin n'a coché aucune réponse sauf la réponse libre avec ajout « rien »

Nous considérons que 3 médecins n'attendent « rien » de la relation médecin pharmacien.

2 répondants ont répondu « réponse libre sans précision et l'autre « concertation téléphonique ».

La synthèse des BM doit être adressée aux médecins traitants. Nous les avons interrogés sur leurs souhaits de communication de la synthèse des IP (Figure 9). 3 répondants n'ont donné aucune réponse nous avons ajouté la réponse « ne sait pas » pour faciliter l'analyse. La réponse était à choix multiples. La communication par messagerie sécurisée (Medimail) est largement privilégiée à 67,05 %.

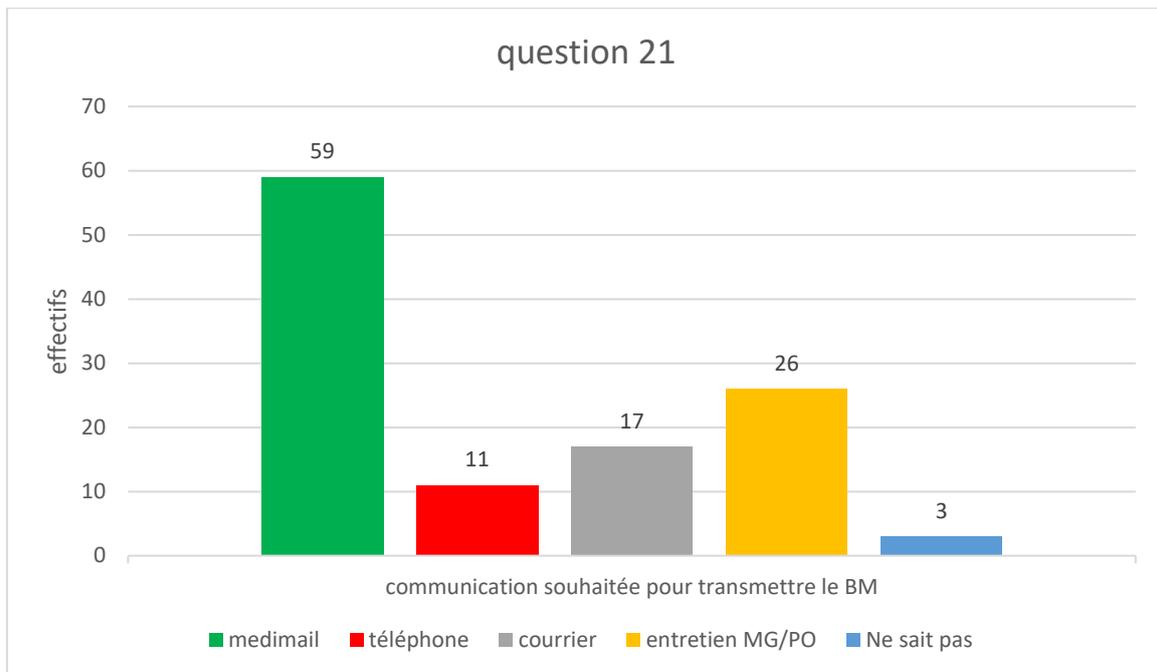


Figure 9: Choix pour la communication des BM réalisés par le PO

4. Synthèse réponses libres aux freins à l'application des BM (annexe 3)

- Adhésion du patient
- Vision « commerciale » du pharmacien, manque confiance sur compétence
- Glissement des tâches
- Manque communication
- Décision du pharmacien sans la clinique / sentiment de jugement des prescriptions

5. Lien avec actualité : Influence de la pandémie Covid ?

A la question « Pensez-vous que les mesures exceptionnelles pendant l'épidémie à SarsCov2 (Covid) vont changer la relation médecin/pharmacien ? » la réponse non (52 réponses soit 59,09%) est majoritaire contre 32 réponses oui (soit 36,36%). 2 participants n'ont pas répondu.

D. Analyses statistiques comparatives / analyses bivariées

Afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes, un test exact de Fisher a été réalisé (effectifs théoriques inférieurs à 5). Le seuil alpha retenu pour ces tests était de 0,05.

Nous n'avons pu mettre en évidence d'association statistiquement significative entre l'appréciation des BM et :

- Sexe des médecins
- Ancienneté d'installation
- Statut MSU ou non
- Lieu d'exercice

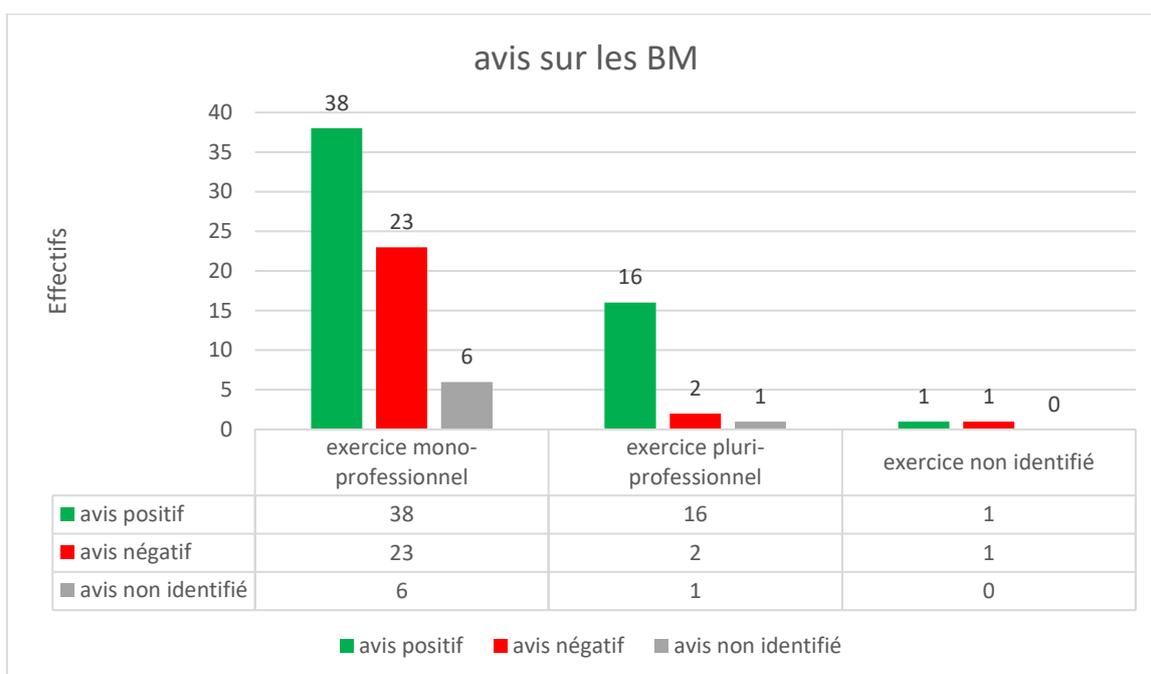


Figure 10 : Avis sur les BM en fonction du mode d'exercice (mono ou pluriprofessionnel)

En ce qui concerne l'appréciation des BM selon le type d'exercice (Figure 10) nous avons considéré 86 réponses exploitables (2 réponses exclues car incomplètes sur le type d'exercice avec seule réponse « MSU » ou absence de réponse). Parmi ces réponses nous avons également exclu de l'analyse statistique les médecins n'ayant pas répondu à la question sur leur impression sur le BM (que nous avons classé « avis non identifié ») car la réponse n'était pas pertinente pour notre comparaison. Ainsi en considérant seulement les médecins ayant répondu correctement aux deux questions (type d'exercice et impression négative ou positive du BM) nous avons analysé les réponses de 79 répondants. La différence entre exercice mono-professionnel (seulement exercice seul ou entre médecins dans un cabinet de groupe) et pluriprofessionnel (appartenant à MSP/ESP/CPTS) est statistiquement significative ($p=0,043$). L'impression positive du BM est d'autant plus importante du fait d'être installé en exercice pluriprofessionnel.

Nous n'avons pas trouvé d'association statistiquement significative sur les différents types d'IP (réévaluer, introduire, diminuer, augmenter, stopper) en fonction du type d'exercice.

IV. Discussion

A. Forces et faiblesses

1. Forces

L'exploration du point de vue d'une population de médecins généralistes

Nous nous sommes inspirés de thèses sur le bilan de médication pour évaluer les leviers et freins à l'acceptation des propositions thérapeutiques. Ces aspects sont souvent explorés par des thèses qualitatives. Puisqu'il en existait déjà sur le sujet, nous avons choisi d'approfondir les pistes évoquées par une méthode quantitative.

Sujet d'actualité : développement de la pluriprofessionnalité

La complexité des soins primaires conduit le coordinateur des soins qu'est le médecin généraliste à enrichir son exercice auprès de professionnels de santé de son territoire afin de d'améliorer le suivi ambulatoire. Avec ce dispositif le pharmacien affirme sa place dans cette équipe de soins.

Méthode anonymisée, papier

Contrairement à un formulaire informatisé obligeant à répondre à toutes les questions, l'envoi papier ne l'impose pas, ce qui permet de passer certaines questions tout en allant jusqu'au bout du questionnaire, d'où un meilleur taux de réponse. D'autre part cela permet aux répondants de s'exprimer plus sur certains aspects sujets qui les intéressent.

2. Faiblesses

Taux de réponse

Sur 302 envois, 88 réponses exploitables soit 29,1 % de taux de participation. Les effets statistiques peuvent être moins marqués du fait de la taille de l'échantillon.

Biais de sélection

Les répondants sont plus intéressés par le sujet que les autres.

Biais d'échantillonnage

La population des médecins généralistes du Tarn n'est peut être pas représentative de l'ensemble des médecins généralistes.

Biais méthodologique

Nous avons choisi une approche statistique de cette problématique. Toutefois, une méthode qualitative permettrait d'affiner le positionnement des MG sur le suivi des IP une fois les BM déployés plus largement.

Biais de recueil

Les questions fermées imposent un choix limité.

B. Analyse descriptive des principaux résultats

1. Objectif principal

L'étude nous a permis de répondre à notre question les médecins généralistes interrogés dans le Tarn sont majoritairement favorables aux bilans partagés de médication à 62,5%.

2. Objectifs secondaires

Identification des leviers

Relation médecin pharmacien

Les médecins connaissent majoritairement les pharmaciens avec qui ils travaillent (60,23%), et entretiennent des relations jugées satisfaisantes (86,36%). Parmi les 7 répondants jugeant les relations insatisfaisantes, 6 d'entre eux déclarent ne pas connaître les pharmaciens de leurs patients.

Une thèse quantitative réalisée en 2017 en Meurthe et Moselle sur la perception des compétences des pharmaciens par les médecins généralistes retrouve les mêmes proportions d'opinions favorables à la collaboration médecin-pharmacien. Cette thèse identifie notamment l'intérêt des médecins pour les compétences des pharmaciens d'officine en matière d'interaction médicamenteuse, d'éducation thérapeutique et d'observance. Ils sont réticents à leur participation aux soins aigus (diagnostic des angines...) et aux actes de soins techniques qui n'étaient auparavant dévolus qu'aux médecins et infirmiers (vaccination).(43)

Le dialogue entre deux professions des soins primaires apparait comme une opportunité dans des thèses qualitatives et des échanges de pratiques (44).

Evolution des compétences des pharmaciens

L'évolution des compétences est jugée majoritairement satisfaisante (64,77%).

Améliorer l'Observance

Le médecin généraliste se heurte à l'inobservance des traitements par les patients. Cet axe est un source d'intérêt pour les MG du Tarn alors que les BM abordent très largement cette question dans les entretiens, d'autant que les pharmaciens ont accès aux remboursements des traitements et peuvent ainsi regarder les délivrances de médicaments sur les dossiers des patients (45). Une étude publiée en 2020 sur le taux d'acceptation des IP proposées lors des BM en Occitanie, a retrouvé un manque d'observance chez 32,4% des patients recrutés.

La surveillance des prescriptions et la possible non-délivrance sont des obligations légales des pharmaciens. Il apparaît que leur implication dans l'observance des traitements est déjà démontrée (45) et respectée par les MG (38).

Domaines thérapeutiques en particulier

- Système nerveux

C'est dans ce domaine après l'observance que les MG jugent majoritairement l'utilité des IP. 46,59% de notre échantillon jugent utiles les IP proposées dans ce domaine. Il a en effet été démontré à de nombreuses reprises que les PPI les plus fréquentes concernent les psychotropes (dont les benzodiazépines) et les anticholinergiques (6) et leur impact sur l'altération des fonctions supérieures.

Le recours à l'aide du pharmacien pour arrêter les prescriptions d'anxiolytiques a déjà été relevé dans une thèse sur les suivis de bilans partagés de médication dans la région Occitanie avec un pourcentage élevé d'acceptation des IP concernant l'arrêt des anxiolytiques. (42)

La prescription de psychotropes est particulièrement délicate pouvant requérir l'avis d'un autre spécialiste et influencée par la demande et croyances / difficultés d'adhésion des patients.

Les psychotropes sont une classe médicamenteuse difficile à maîtriser où le médecin généraliste a souvent recours à un avis d'un confrère et c'est également une classe médicamenteuse régulièrement réévaluée lors des séjours d'hospitalisation en gériatrie. Selon la thèse de Mélody Daret ayant analysés les ordonnances plusieurs mois après réévaluation en

service de gériatrie à l'hôpital de Lannemezan, les prescriptions ne changent pas révélant la grande complexité de ce domaine thérapeutique (28).

- Système cardio-vasculaire

Ce domaine d'intervention apparaît ensuite comme très pertinent par un tiers de l'échantillon. A noter que 50% des médecins généralistes sont réticents à modifier la prescription d'un spécialiste de ce domaine.

Dans l'étude faite à Paris analysant les comptes-rendus d'hospitalisation en service de gériatrie pour cause iatrogénique (20 CRH analysés) on retrouve 55% médicaments du système cardio-vasculaires, 45% psychotropes, 15% antalgiques (12).

Les domaines cardio-vasculaires et système nerveux concentrent non seulement les risques iatrogéniques mais aussi un recours à d'autres médecins spécialistes expliquant l'intérêt des MG mais aussi leurs réticences à des modifications sans l'avis d'un correspondant. Une thèse réalisée au Gérontopôle de Toulouse a montré la prévalence importante (29,8% sur 1115 patients) de prescription inappropriée avec risque iatrogénique chez les PA traités par anti-hypertenseurs (46).

- Supplémentation vitaminique

Le domaine « nutrition et vitamine » intéresse 30,68% de l'échantillon. On remarquera que dans les études relevant les IP proposées lors de ces BM la supplémentation vitaminique en particulier la vitamine D est souvent proposée pour « absence de thérapeutique pour une indication retrouvée » (42,47). Les recommandations en matière de supplémentation sont ambivalentes. En effet en dehors de toute pathologie ostéoporotique la fréquence des carences en vitamine D suggère de supplémenter toutes les PA sans dosage biologique qui n'est d'ailleurs pas remboursé en dehors de pathologie osseuse (48) (49). Or une supplémentation inadaptée (fortes doses rapprochées) est associée à un sur risque de chute (50). Une uniformisation des pratiques sur la supplémentation en vitamine D en prévention primaire paraît souhaitable.

- Statut vaccinal

Une thèse de 2017 sur les perceptions des MG des compétences des pharmaciens montrait la réticence des médecins généralistes à accepter l'acte de vaccination par les pharmaciens. Les thèses sur les BM ont montré leur efficacité sur le rattrapage vaccinal en faisant mention des vaccins pneumocoque, grippe et tétanos. Il n'y a pas mention de la vaccination zona dans les thèses. Au vu du contexte incertain (vaccination COVID en préparation) au moment de

l'étude le domaine vaccinal n'a pas été intégré au questionnaire, de plus l'acte vaccinal pouvait être confondu par les répondants avec la recommandation de mise à jour du statut vaccinal entraînant une confusion possible dans les réponses.

Dans ce travail certains domaines thérapeutiques n'ont pas été directement évoqués car inspirés d'autres thèses afin de comparer les résultats avec les principaux domaines thérapeutiques iatrogéniques identifiés. Il est intéressant de voir que spontanément aucun médecin n'a fait mention des domaines de dermatologie, ni d'ophtalmologie bien qu'il existe des thérapeutiques identifiées à risque élevé et dont la prescription spécialisée est parfois inconnue du MG mais connue du PO qui la délivre. L'étude fine des différents domaines thérapeutiques pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche.

- La réévaluation des posologies : importance de la fonction rénale

Il est établi que l'insuffisance rénale majore le risque de surdosage de certains médicaments. Une étude sur une cohorte de suivi de patients âgés poly-médiqués de trois villes françaises montrait l'inadéquation de plus de 10% des patients avec leur degré d'insuffisance rénale (51). La réévaluation des posologies en fonction de l'insuffisance rénale est prévue par les BM (52). La thèse soutenue par Rokia Koné est la seule étude que nous ayant trouvée, qui a analysé la population âgée qui souffre spécifiquement d'insuffisance rénale au travers des BM recueillis. Il n'a pas été retrouvé dans cette étude d'association statistique entre le degré d'insuffisance rénale et le taux d'application des IP (35).

Attentes des médecins généralistes : exercice pluriprofessionnel

Outre l'observance et la diminution des EI, 52,27% des MG répondants attendent « une meilleure intégration du pharmacien dans le réseau ».

Les MG exerçant en exercice pluriprofessionnel acceptent davantage le dispositif du BM que ceux exerçant en exercice mono-professionnel ($p=0,043$).

Identification des freins

Secret professionnel

La notion de partage d'informations directement entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine a posé des questions quant aux frontières du secret médical. Certains médecins

généralistes ont été interloqués par la charte présentée par les PO à travers l'accord proposé par le REIPO pour officialiser la coopération médecin-pharmacien.

En effet la loi de modernisation du système de santé de 2016 permet de communiquer des informations médicales entre professionnels, l'accord du patient étant implicite dès lors que les professionnels de santé appartiennent à la même équipe de soins. La loi rappelle qu'il est du devoir des professionnels d'informer le patient qu'il peut à tout moment s'y opposer(53). Cette notion d'équipe de soins peut être mal comprise par les professionnels et une communication serait bienvenue afin de mieux comprendre le partage d'information (54).

Pour ce qui est de l'information médicale (des expérimentations avec questionnaire, conventions entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes en amont des BM ont été expérimentés) les médecins généralistes sont divisés. Il existe au sein de l'hôpital une équipe de soins dans laquelle médecin et pharmacien sont inclus dans le partage d'information. En médecine libérale le respect du secret médical ne délie pas le médecin généraliste vis-à-vis du pharmacien car 23,86% des répondants préfèrent ne pas transmettre d'information médicale, une part similaire de 25% préfèrent transmettre par l'intermédiaire d'un document remis au patient et 42,05 % au contraire souhaitent communiquer directement avec le pharmacien. Il y a 5,68 % qui ont répondu à la fois transmettre directement au pharmacien ou par l'intermédiaire d'un courrier au patient nous les avons classés à part, 2,41% des répondants n'ont pas souhaité répondre.

Sur le courrier de synthèse, il a été montré que cette communication devait être améliorée et que le pharmacien devait limiter les IP aux priorités pour le patient (55).

Respect de la prescription d'un confrère / multiplication des prescripteurs

Les MG sont très divisés sur la question de la modification d'une prescription rédigée par un autre confrère spécialiste d'organe. Cela démontre des indications thérapeutiques peut être mal renseignées auprès du PO, en effet l'étude de l'application des IP en Occitanie par Arnaud montre la re-prescription des inhibiteurs de la pompe à protons notamment alors qu'initialement l'indication n'avait pas été retrouvée (42).

Les prises en charge complexes font intervenir la coordination des plusieurs professionnels de santé dont le MG ce qui rend la modification des traitements délicate sans une nouvelle réévaluation pluridisciplinaire. Nous pouvons citer une thèse qualitative de 2017 sur l'optimisation des traitements par les MG chez les insuffisants cardiaques (56) montrant la nécessité de la coordination médecin généraliste – cardiologue pour l'optimisation des traitements.

Peur du glissement de tâches

Nous notons un contraste sur les modalités des IP chez les MG. Parmi les IP les médecins sont plus intéressés par « réévaluer » (87,5%) qui fait unanimité. Les autres compétences sont approuvées avec moins de 50% de l'échantillon. Une thèse concernant l'application des BM publiée en 2017 en Midi Pyrénées avait oublié cette compétence car jugée très difficile à interpréter. En effet cette notion « réévaluer » est complexe et multifactorielle (répond à la question de la balance « bénéfique risque défavorable ») (35).

Les compétences « diminuer » (40,91%) et « stopper » (36,36%) semblent diviser l'échantillon. Les compétences « augmenter » (20,45%) et « introduire » (9,09%) semblent rejetées. Seuls 7,95% (n=7) ont répondu que les 5 IP étaient pertinentes et 10,22% (n=9) ont jugé qu'aucune ne l'était. A noter que ces mêmes répondants qui ont jugé qu'aucune IP n'était pertinente ont tous répondu que leur impression du BM était négative. Une thèse publiée en 2018 a évalué le taux d'application des IP par les MG d'Occitanie, dans l'échantillon il était de 36% (35). Dans cette étude le taux d'application était plus important pour « stopper » un traitement (50%), puis pour diminuer (40%) et enfin pour augmenter (33,3%). Les IP concernant l'introduction d'une thérapeutique étaient les moins acceptées (25%). Plus récemment une thèse publiée en 2020 sur le taux d'application des BM en Occitanie retrouve un pourcentage d'acceptation de 22,7% mais qui s'élève à 49,7% si l'on considère qu'au moins 1 IP a été acceptée (42). Cette étude retrouvait ainsi une diminution significative des prescriptions.

Nous pouvons supposer que la faible proportion des médecins généralistes intéressés par la compétence d'« introduction » de traitement montre la réticence connue à l'ouverture la prescription des pharmaciens déjà évaluée dans une thèse qualitative de 2020 en Indre et Loire (36) par peur de glissement des tâches, de peur que le patient ne s'y retrouve plus au milieu des prescripteurs (voir annexe 3) et non d'une peur d'un gonflement inapproprié des prescriptions que nous n'avons pas juger bon de noter car déjà évalué comme non fondé dans d'autres travaux (36) et notamment à travers le concept de « dé-prescription » venant du Canada(57). Dans les remarques libres il n'y a pas eu de remarques craignant que les pharmaciens ne se servent du BM à des fins commerciales.

Une thèse en pharmacie réalisée en 2017 sur le type d'interventions pharmaceutiques lors des bilans de médication réalisés dans l'ex région Midi Pyrénées révèle pourtant que l'intervention d'introduction (ajout d'un médicament car absence de thérapeutique existante pour une indication valide) concerne quasi exclusivement la supplémentation en vitamine D et la

mise à jour vaccinale (tétanos, grippe, pneumocoque) (47). La diffusion des BM pourrait donc modifier l'attitude et l'inquiétude des MG pour l'acceptation des IP d'ajout de thérapeutique.

Réponses libres (Annexe 3)

Les MG ayant fait des remarques permettent d'identifier des freins liés au MG lui-même : manque de temps pour la plupart, et peur d'un certain jugement des prescriptions.

Il y a également des freins supposément liés au patient : adhésion du patient difficile à plusieurs intervenants et difficile de faire changer les prescriptions.

Parmi les freins liés au rôle du pharmacien nous retenons : peur du glissement des tâches et parfois « vision commerciale », communication insuffisante. Le MG craint que le PO se substitue à lui, et impose des IP sans l'avis du médecin généraliste démontrant la méconnaissance de l'outil ou les IP sont transmises au MG seul qui choisit ou non de les appliquer.

Communication interprofessionnelle à améliorer

L'échantillon est divisé sur la communication en amont du Bilan partagé de Médication. La plupart des médecins ne souhaitent pas proposer une liste de patients mais majoritairement être informé par le pharmacien en amont (59,09%) et 35,23 % ne souhaitent pas de contact avant la réalisation des BM.

En ce qui concerne le partage d'informations médicales nous avons expliqué précédemment les avis divergents et les craintes vis-à-vis du secret médical.

Les modalités d'implication des MG semblent difficiles à standardiser au vu des attentes très différentes en matière de communication/échanges.

C. Perspective : vers un approfondissement de la relation interprofessionnelle entre MG et PO

Les MG souhaitent très majoritairement l'aide des pharmaciens en matière d'observance, de diminution des EI et du nombre de prescription. Toutefois, il semble y avoir une réticence à admettre une compétence d'introduction par les pharmaciens bien qu'il s'agisse de thérapeutique en majorité sans interaction notable (vaccination, supplémentation vitaminique).

La prise en charge de l'épidémie COVID dès mars 2020 en France a élargi les compétences des PO notamment dans la délivrance des ordonnances et la gestion de stocks de masques pour les professionnels. Les MG estiment que ces nouvelles applications n'allaient selon eux pas modifier la relation MG/PO. Il nous a paru important de relever à cet instant la perception des MG puisque la qualité des relations entre professionnels de santé entre en compte dans la mise en œuvre de projets professionnels.

Les études qualitatives comme les réponses libres récoltées via ce questionnaire montrent qu'il existe d'autres paramètres que les compétences qui interfèrent avec les relations entre professionnels de santé notamment le partage des compétences.

Notre étude montre une acceptabilité plus importante des bilans de médication parmi les médecins généralistes exerçant en milieu pluriprofessionnel. Il serait intéressant de connaître le taux d'acceptation des IP par les MG selon leur mode d'exercice mono ou pluriprofessionnel.

Dans ce contexte de déploiement de l'exercice inter et pluriprofessionnel, le BM est un outil appelé à se développer dans l'éventail des dispositifs en soins primaires.

V. Conclusion

Le bilan partagé de médication par les pharmaciens d'officine reste un dispositif encore peu déployé dans le Tarn. Toutefois, notre étude montre une bonne acceptabilité chez les médecins généralistes du Tarn qui identifient l'intérêt que représente l'aide des pharmaciens d'officine pour favoriser l'observance et la réévaluation des traitements de leurs patients. Cette démarche s'inscrit dans un contexte de déploiement de l'exercice coordonné interprofessionnel dans le champ ambulatoire. Il s'agit d'une opportunité d'élargir les possibilités de prévention de la iatrogénie médicamenteuse en soins primaires.

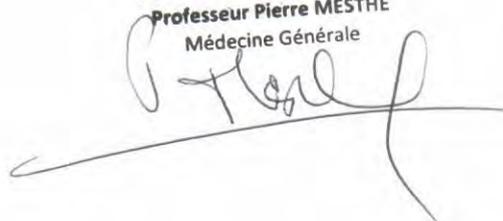
Les craintes des médecins généralistes sur les modifications d'ordonnance montrent une certaine méconnaissance du dispositif lui-même car au final ils restent libres d'appliquer ou non les interventions pharmaceutiques préconisées. Les médecins généralistes semblent s'inquiéter d'une confusion des tâches de chaque professionnel qui pourrait nuire à la compréhension et l'adhésion du patient par dispersion de l'information.

Le bilan partagé de médication est un outil supplémentaire en soins primaires qui semble utile à l'approfondissement des relations interprofessionnelles entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes.

Toulouse, le 27 mai 2021
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE

Vu
Toulouse le 26/05/2021

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale



Bibliographie

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Rapport Charges et produits | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-referance/assurance-maladie/rapports-charges-et-produits/rapport-charges-produits>
3. Haute Autorité de Santé - Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee
4. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Iatrogénie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/iatrogenie>
5. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
6. Haute Autorité de Santé, Collège National professionnel de gériatrie. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées [Internet]. 2017 oct. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatro-gene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees
7. Prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France : enquête de l'IRDES [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/14959-prevalence-de-la-polymedication-chez-les-personnes-agees-en-france-enquete-de-l-irdes.html>
8. Pratique de conciliation des traitements médicamenteux en France : enjeux et sondage pilote d'état des lieux - ScienceDirect [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2211104212000227>
9. Haute Autorité de Santé - Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation - Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français [Internet]. 2015 sept [cité 18 avr 2021] p. 125 pages. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante

10. Bertrand L. Impact de réunions de concertation pluridisciplinaire sur la prévalence des prescriptions potentiellement inappropriées en EHPAD : analyse d'une sous-population de la cohorte IDEM [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2312/>
11. Magre E. Rôle du pharmacien à l'Hôpital de jour de la fragilité: impact d'une revue de médication sur l'optimisation des ordonnances par les médecins traitants [PhD Thesis]. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2015.
12. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital : enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale - ScienceDirect [Internet]. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com-s.docadis.ups-tlse.fr/science/article/pii/S1627483014001068>
13. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 5 mars 2003;289(9):1107-16.
14. OMG - Données [Internet]. Observatoire de la Médecine Générale. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
15. Desbarats A. Bilan de médication à l'officine et prescriptions potentiellement inappropriées : concordance entre analyse officinale et analyse de l'équipe référente pharmacie clinique gériatrie. Toulouse III Paul Sabatier Faculté des Sciences Pharmaceutiques; 2017.
16. Titre Ier : Coopération entre professionnels de santé (Articles L4011-1 à L4011-3) - Légifrance [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020897409/2009-07-23>
17. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
18. Un nouveau dispositif d'accompagnement du patient en officine : le « bilan partagé de médication ». Annales Pharmaceutiques Françaises [Internet]. 1 juill 2019 [cité 11 avr 2021];77(4):265-75. Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/science/article/pii/S0003450918301901>
19. Journal Officiel de la république française. avenant 19 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et

l'assurance maladie. [Internet]. févr 4, 2020. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-garonne/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>

20. Cinq enseignements de publications scientifiques étrangères avant l'introduction des bilans de médication en France [Internet]. USPO. 2018 [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://uspo.fr/cinq-enseignements-de-publications-scientifiques-etrangeres-avant-lintroduction-des-bilans-de-medication-en-france/>

21. Use of pharmacists by older people in the community - ScienceDirect [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/science/article/pii/S0167494396007224>

22. Loh ZWR, Cheen MHH, Wee HL. Humanistic and economic outcomes of pharmacist-provided medication review in the community-dwelling elderly: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther.* déc 2016;41(6):621-33.

23. Riordan DO, Walsh KA, Galvin R, Sinnott C, Kearney PM, Byrne S. The effect of pharmacist-led interventions in optimising prescribing in older adults in primary care: A systematic review. *SAGE Open Med.* 2016;4:2050312116652568.

24. The Effectiveness of Collaborative Medicine Reviews in Delaying Time to Next Hospitalization for Patients With Heart Failure in the Practice Setting | *Circulation: Heart Failure* [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.109.861013>

25. SciELO - Public Health - Reduction of pharmaceutical expenditure by a drug appropriateness intervention in polymedicated elderly subjects in Catalonia (Spain) Reduction of pharmaceutical expenditure by a drug appropriateness intervention in polymedicated elderly subjects in Catalonia (Spain) [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.scielosp.org/article/gs/2019.v33n2/106-111/en/>

26. Medicines use reviews: a potential resource or lost opportunity for general practice? | *BMC Family Practice* | Full Text [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-57>

27. Morrison C, MacRae Y. Promoting Safer Use of High-Risk Pharmacotherapy: Impact of Pharmacist-Led Targeted Medication Reviews. *Drugs - Real World Outcomes* [Internet]. sept 2015 [cité 25 avr 2021];2(3):261-71. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s40801-015-0031-8>

28. DARET M. Modifications des prescriptions à la suite d'une hospitalisation en gériatrie : étude à la sortie, à trois mois à six mois sur 80 patients de Lannemezan. [Toulouse]: Toulouse III Paul Sabatier; 2019.
29. Mondet L, Housieaux E, Khayat Y, Brazier M, Belhout M, Bloch F, et al. Réévaluation des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé: bilan partagé de médication en officine et revue de médication en établissement de santé. *Le pharmacien hospitalier & clinicien*. 2021;
30. Cambon A. Transfert aux urgences des résidents d'EHPAD : analyse des cas d'iatrogénie médicamenteuse au sein de la cohorte fine [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2333/>
31. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 22 févr 2016 [cité 12 avr 2021];6(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769405/>
32. CLEMENTZ A. Impact de la pharmacie clinique sur le taux de ré-hospitalisations des patients âgés chuteurs admis à la Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA) du CU de Limoges : Enjeux cliniques et économiques (Etude MUPA-PHARM). [Toulouse]: Faculté des Sciences Pharmaceutique; 2019.
33. Freins et leviers à la réalisation des bilans partagés de médication en officine : retour sur une expérimentation dans la région Grand Est - ScienceDirect [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/science/article/pii/S0003450920301255>
34. La Revue PRESCRIRE. Bilans partagés de médication : franchir le pas. nov 2020;Tome 40(445):873.
35. Koné R. Bilans de médication par le pharmacien d'officine : analyse de l'application des propositions pharmaceutiques par le médecin généraliste en Occitanie [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2113/>
36. MAINO B. Le Bilan de médication partagé : ressenti des médecins généralistes [These de doctorat]. Faculté de Médecine Université de Tours; 2020.

37. Joncourt J. Le bilan de médication à l'officine: étude pilote auprès de 41 pharmacies en vue de leur implantation en routine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
38. Lalière C, Pendola-Luchel I. Enquête sur la perception des médecins généralistes sur l'intérêt du bilan de médication en ville. 2017.
39. Le Réseau REIPO | Optimage Poctefa Reipo [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.optimage-poctefa.com/nos-reseaux/le-reseau-reipo>
40. « Le Reipo a pour objectif de restructurer le métier par l'innovation des pratiques » [Internet]. Revue Pharma. 2018 [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.revue-pharma.fr/2018/04/reipo-a-objectif-de-restructurer-metier-linnovation-pratiques/>
41. Projet BIMEDOC - Bilan de Médication en Occitanie chez les sujets âgés : Optimisation des traitements via une approche collaborative entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/37555>
42. ARNAUD M. Suivi des interventions pharmaceutiques émises dans le cadre du déploiement du bilan partagé de médication dans la région Occitanie : Etude BIMEDOC régionale [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Pharmacie]. [Toulouse]: Faculté des Sciences Pharmaceutique Université Toulouse III Paul Sabatier; 2020.
43. Miget P. Nouvelles missions du pharmacien d'officine et collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine: enquête sur la perception des médecins généralistes [Internet] [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Pharmacie]. Université de Lorraine; 2018. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932390>
44. La Revue PRESCRIRE. Bilans partagés de médication : opportunités. févr 2021;Tome 41(448):154.
45. Le médecin généraliste face à l'usage inapproprié des traitements - ScienceDirect [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/science/article/pii/S0515370019301399>
46. Heim A. Identification des facteurs associés à la prescription potentiellement inappropriée des antihypertenseurs chez le sujet âgé [Internet] [exercice]. Université Toulouse

III - Paul Sabatier; 2019 [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2994/>

47. Bonnin L. Bilans de médication à l'officine : quels types d'interventions pharmaceutiques ? [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Pharmacie]. Toulouse III Paul Sabatier Faculté des Sciences Pharmaceutiques; 2017.

48. Haute Autorité de Santé. Utilité clinique de dosage de la vitamine D [Internet]. 2013 janv. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/utilite_clinique_du_dosage_de_la_vitamine_d_-_note_de_cadrage.pdf

49. Raynaud-Simon A, Rolland Y, Souberbielle J-C. Vitamine D chez la personne âgée : pourquoi ? Quand ? Comment ? Nutrition Clinique et Métabolisme [Internet]. 1 mai 2014 [cité 18 mai 2021];28(2):123-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0985056214000429>

50. Supplémentation en vitamine D : quelles pratiques adopter ? [Internet]. Repères en Gériatrie. 2020 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://geriatries.fr/supplementation-en-vitamine-d-quelles-pratiques-adopter/>

51. Inappropriate drug use and mortality in community-dwelling elderly with impaired kidney function—the Three-City population-based study | Nephrology Dialysis Transplantation | Oxford Academic [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ndt/article/26/9/2852/1817189?login=true>

52. Renault A. Mise en place du bilan partagé de médication : avantages, inconvénients et rôles du pharmacien d'officine [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Pharmacie]. Université de Caen Normandie; 2019.

53. Article 96 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913456?r=zdB2O5xpFh

54. Conseil National Ordre des Médecins. Echanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge une personne Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1dojf2d/cnom_echanges_et_partage_informations.pdf

55. La Revue PRESCRIRE. Bilans partagés de médication : soigner la communication. janv 2021;Tome 41(447):74.
56. Mathieu Damien CD. Les freins à l'optimisation des traitements médicamenteux de fond de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée par le médecin généraliste : étude qualitative réalisée entre mars 2016 et juin 2017. 2017.
57. Qu'est-ce que la déprescription? - Deprescribing.org [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://deprescribing.org/fr/quest-ce-que-la-deprescription/>

Annexe 1 : Bilan partagé de médication exemple tutoré REIPO

BILAN DE MEDICATION



Nom :

Prénom :

Poids (kg) :

Mode de vie : Seul(e)
 Avec conjoint
 Avec famille
 Autre:

Date de l'entretien :

Visite : Bilan initial
 Réévaluation n°

Aides existantes :

Aide-ménagère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
IDE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Portage des repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Téléalarme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Précisez :

Né(e) le :

Age :

Sexe : F M

Lieu de vie : Domicile (habitation individuelle)
 Domicile (habitation collective)
 Foyer logement
 EHPAD
 Autre:

Contexte: Sortie d'hospitalisation
 A la demande du médecin traitant
 Doute sur l'observance
 Polymédication
 Autre :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

.....

Nom et coordonnées du (des) médecin(s) spécialiste(s) :

.....

.....

Nom et coordonnées de l'infirmier(e) à domicile :

.....

.....

Nom et coordonnées de l'aidant principal :

.....

.....

SFPC – Version 2018

Page 1

Antécédents et Comorbidités

Pathologies cardiovasculaires :

HTA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Fibrillation auriculaire ou flutter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
IDM ou insuffisance coronarienne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Artériopathie des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
AVC avec ou sans séquelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Accident Ischémique Transitoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Pathologies psychiatriques :

Dépression	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble psychotique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Pathologies neurologiques :

Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Démence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Autres pathologies :

Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Cancer en cours d'évolution	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Pathologie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Ostéoporose fracturaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Maladie de système (Horton, PR, Goujerot)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Autres pathologies ? (précisez)

.....
.....

Autres :

Chute au cours des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Plainte du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Somnolence en journée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Perte de poids de + de 4.5 kg dans l'année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Traitements médicamenteux

DCI / Dosage	Posologie Moment de prise		Indication	Date de début du traitement (jjmmaaaa)		Biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables en lien avec le médicament
	OUI	NON		OUI	NON	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

Nombre de médicaments :

Allergies médicamenteuses : oui non ne sait pas

Si oui, précisez :

.....
.....

Vaccinations :

Etes-vous à jour des vaccinations suivantes ?

Grippe oui non ne sait pas
Tétanos oui non ne sait pas
Pneumocoque oui non ne sait pas

Gestion globale du traitement :

Utilisez-vous un pilulier ? oui non

Si oui, est-ce vous qui le préparez ? oui non

Allez-vous chercher vous-mêmes vos médicaments à la pharmacie ? oui non non applicable

Gérez-vous la prise de vos traitements seuls ? oui non non applicable

Prescription des médicaments :

Les horaires de prise de vos médicaments sont-ils adaptés à votre mode de vie ?

oui non ne sait pas

Si non, précisez :

.....
.....

Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ? oui non ne sait pas

Gestion du stock de médicaments :

Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ? oui non ne sait pas

Avez-vous au contraire un stock de médicaments excédentaire ? oui non ne sait pas

Possédez-vous un stock de médicaments en commun avec vos proches ? oui non non applicable

Préparation et prise des médicaments :

Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?) oui non ne sait pas

Si oui, quel(s) médicament(s) vous posent problème et pourquoi ?

.....
.....
.....

Si oui, ces difficultés sont-elles expliquées par

Un déficit moteur à la main prédominante oui non

Un déficit visuel retentissant sur la vie quotidienne oui non

Y-a-t-il des médicaments que vous écrasez ou des gélules que vous ouvrez ?

oui non non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?

oui non non applicable

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....
.....
.....

Pendant les 2 dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?

oui non

Lorsque vous voyagez ou vous quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ?

oui non

Avez-vous pris vos médicaments hier ?

oui non

Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre vos médicaments ?

oui non

Si vous vous sentez plus mal en prenant vos médicaments, arrêtez-vous de les prendre ?

oui non

Avez-vous des difficultés pour vous rappeler qu'il faut prendre vos médicaments chaque jour ?

oui non

Utilité des médicaments :

Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ?

oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

Effets secondaires :

Pensez-vous avoir déjà eu des effets secondaires suite à la prise de médicaments ?

oui non ne sait pas

Si oui, quel(s) effet(s) secondaire(s) avec quel(s) médicament(s) ?

.....
.....
.....

Suivi du traitement :

Si certains de vos médicaments nécessitent un suivi par prise de sang, rencontrez-vous des difficultés à la faire ? oui non non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Automédication :

Avez-vous parfois recours à la prise de médicaments sans prescription ? oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Avez-vous déjà diminué ou augmenté les doses de certains médicaments de votre propre initiative ?

oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Autre :

Avez-vous des besoins particuliers ou des interrogations concernant vos médicaments non abordés lors de cet entretien ?

.....
.....

Perception du traitement :

Pensez-vous que les médicaments peuvent améliorer votre santé ? oui non non applicable

Interventions pharmaceutiques transmises au médecin généraliste

	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au médecin</u>	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au patient</u>	<u>IP acceptée par le médecin</u>	
			oui	non
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

Enquête sur l'acceptabilité des Bilans de Médication (BM) et interventions pharmaceutiques auprès des médecins généralistes du Tarn

Rédigé par Marie Espenan sous la supervision du Docteur Théophile Combes

Il s'agit d'un travail de thèse de médecine générale qui s'adresse uniquement aux médecins généralistes installés dans le Tarn, qu'ils reçoivent ou non des bilans de médication. C'est un questionnaire rapide à remplir, anonyme avec une enveloppe pré affranchie jointe pour respecter cette méthodologie.

Afin de faciliter ce travail je vous demande de poster vos réponses **avant le 1^{er} décembre 2020.**

Pour tout renseignement vous pouvez m'adresser un mail à cette adresse : marie.espenan@gmail.com

Merci par avance pour votre participation.

PARTIE 1 : votre pratique ambulatoire

1. Vous êtes
 - Un homme
 - Une femme

2. Vous êtes installés depuis
 - Moins de 5 ans
 - 5 ans ou plus

3. Vous exercez dans quel environnement ?
 - En zone rurale
 - En zone semi-rurale
 - En zone urbaine

4. Vous exercez sous quel mode (plusieurs réponses possibles)
 - Seul(e)
 - Vous êtes maitre de stage universitaire
 - Au sein d'un cabinet de groupe
 - Au sein d'une maison de santé
 - Vous faites partie d'une ESP ou d'une CPTS

5. A combien estimez-vous votre patientèle ? (Nombre de patients vous ayant déclaré médecin traitant)

- Moins de 500
- De 500 à 1000
- De 1000 à 1500
- Plus de 1500

PARTIE 2 : La place du pharmacien dans l'équipe de soins

6. Pouvez-vous citer les pharmacies dans lesquelles vos patients se rendent ?

- Non pas du tout
- Oui j'en identifie une surtout
- Oui entre 2 et 5 pharmacies habituelles
- Beaucoup plus de 5 pharmacies différentes

7. Connaissez-vous les pharmaciens de vos patients ?

- Non
- Oui (CPTS, formations, réunions ou projets mis en place ensemble)

8. Comment qualifieriez-vous vos relations médecin-pharmacien(ne) actuellement ?

- Satisfaisantes
- Non satisfaisantes

9. Comment qualifieriez-vous l'évolution des compétences des pharmaciens ?

- Je pense que les compétences des pharmaciens évoluent vers le mieux
- Je ne pense pas que les compétences évoluent vers le mieux

PARTIE 3 : Le bilan partagé de médication (BM)

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le bilan partagé de médication comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, et ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les coûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques,

de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés. »

L'arrêté du 9 mars 2018 concernant l'avenant 12 à la Convention Nationale du 4 mai 2012 organise les rapports entre les pharmaciens d'officine et l'Assurance Maladie sur la mise en œuvre du bilan partagé de médication. Les patients éligibles au bilan partagé de médication (BM) sont les patients de 65 ans et plus, avec au moins une affection longue durée et les patients âgés de plus de 75 ans, sous traitement au moment de l'adhésion pour lesquels au moins 5 molécules sont prescrites pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois. Après le recueil du consentement du patient le pharmacien procède au recueil des données médicales via un questionnaire au patient et ensuite procède à un entretien avec le patient. A la suite de cet entretien il rédige une synthèse à destination du médecin traitant.

10. Votre première impression sur le bilan de médication ?

- Positive
- Négative

11. Concernant la proposition de bilan de médication (résumé des interventions pharmaceutiques proposées)

- Vous souhaiteriez que le pharmacien vous informe en amont des patients à qui il pense proposer le BM
- Vous ne souhaiteriez pas être contacté par le pharmacien avant la réalisation du BM
- Vous souhaiteriez proposer directement une liste de patients éligibles au BM au pharmacien

12. Concernant le partage d'informations médicales, vous préférez :

- Ne pas transmettre d'information médicale
- Transmettre directement au pharmacien
- Transmettre par l'intermédiaire d'un document remis en mains propres au patient

13. Les compétences des pharmaciens permettent 5 types de propositions d'interventions (que vous pouvez accepter ou refuser) : REEVALUER, INTRODUIRE, DIMINUER, AUGMENTER, STOPPER, lesquelles vous semblent pertinentes ?

- Réévaluer
- Introduire
- Diminuer

- Augmenter
- Stopper

14. Dans quels domaines pensez-vous que les propositions thérapeutiques seraient les plus utiles ?

- Cardio-vasculaire (anti-hypertenseur, statines ...)
- Endocrinologie-diabétologie (posologie des antidiabétiques oraux...)
- Nutrition (supplémentation vitaminique...)
- Gastro-entérologie (inhibiteurs pompes à protons, régulateurs du transit...)
- Neuro -psychiatrie (benzodiazépines, traitement maladie d'Alzheimer...)
- Urologie -gynécologie
- Autre (antalgie, rhumatologie, oncologie...)
- Observance générale des traitements
- Autre : (texte libre)
.....
.....
- Aucun

15. Dans quels domaines seriez-vous réticent à appliquer des propositions thérapeutiques sans l'avis d'un autre confrère médecin

- Cardio-vasculaire (anti-hypertenseur, statines...)
- Endocrinologie-diabétologie (posologie des antidiabétiques oraux...)
- Nutrition (supplémentation vitaminique...)
- Gastro-entérologie (inhibiteurs pompes à protons, régulateurs du transit...)
- Neuro -psychiatrie (benzodiazépines, traitement maladie d'Alzheimer...)
- Urologie -gynécologie
- Autre (antalgie, rhumatologie, oncologie...)
- Autre : (texte libre)
.....
.....
- Aucun

16. Est-ce que le respect de la prescription d'un autre confrère médecin est un frein à l'acceptation des propositions pharmaceutiques ?

- Oui
-

non

17. Qu'attendez-vous de ce Bilan de Médication ?

- Une diminution des prescriptions
- Une meilleure observance
- Une diminution du nombre d'hospitalisation de vos patients
- Une diminution des effets indésirables
- Une diminution des couts de santé
- Une diminution du temps de consultation
- Un nouveau partage de compétences entre pharmacien et médecin
- Une meilleure intégration des pharmaciens dans le réseau de soins
- Rien
- Réponse libre :

18. Qu'attendez- vous de la relation médecin-pharmacien ?

- Une réflexion entre médecin et pharmacien (dispensation des médicaments, réflexion sur les mentions « non substituables »)
- Le développement de projets communs
- Une surveillance des prescriptions / observance
- Une participation plus active dans les oins primaires (distribution masques pour les médecins, aide signalement violences pendant épidémie COVID...)
- Réponse libre :

19. Pensez-vous que les mesures exceptionnelles prises pendant l'épidémie COVID va changer la relation médecin -pharmacien ? (distribution de masques, renouvellement ordonnances)

- Oui
- Non

20. Réponse libre aux freins à l'application des propositions thérapeutiques faites par les pharmaciens au cours des bilans de médicaments (exemple : manque communication ? adhésion patient ?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

21. Comment souhaiteriez-vous que le/la pharmacien(ne) communique son BM ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Par Médimail
- Par téléphone
- Par courrier
- Par entretien médecin-pharmacien

REMARQUES LIBRES :
.....

Merci pour votre participation !

Annexe 3 : Verbatim des remarques libres

REPONSES QUESTION 20 (réponse libre frein à l'application des IP)

Communication

« problème de moyen mettre en place traçabilité commune : réseau de communication commun, oral, courrier électronique, DMP, logiciels médicaux MSP et adhésion patients pas évident retours compliqués »

« aucune communication, ni retour pharmaciens une façon déguisée de leur payer une compensation de la baisse du prix des médicaments, choix des patients sollicités inapproprié, manque de confidentialité... »

« localement pour mon exemple personnel gros manque de communication avec les pharmacies locales »

« information donnée au médecin avant l'application des nouvelles taches du pharmacien »

Adhésion du patient

« Adhésion du patient »

« adhésion patient difficile d'arrêter des traitements prescrits des fois il y a 10 ou 20 ans ! par un confrère et le patient a très peur de les arrêter »

« risque de déstabilisation du patient absence de respect du secret professionnel immiscions dans la relation médecin malade »

« défiance patient vis-à-vis prescription médecin »

« -adhésion patient et avis des médecins spécialistes / - certaines médications restent très difficiles à stopper... par l'habitude es patients, et en tant que jeune installée par confiance parfois pas encore acquise par patients »

« les propositions des pharmaciens sont souvent théoriques et pas toujours applicables mais le dialogue est intéressant »

« surtout l'adhésion du patient il faut rediscuter chaque proposition »

« communication, adhésion patient »

« période particulière avec discrédit des médecins/multiples variations de reco/covid, -> méfiance de certains patients et risque de perdre un peu plus leur confiance »

« confiance en leur médecin généraliste -> le patient peut ne pas comprendre pourquoi le pharmacien modifierait les prescriptions sans l'accord du med gé »

« coordination pour adhésion peur de mal faire ? »

« réticence du patient lui-même à la modification du traitement »

« il faut que le couple « médecin-pharmacien » soit bien identifié par le patient pour que les propositions soient bien accueillies et suivies »

Manque de temps

« disposer du temps pour fournir l'adhésion du patient » « manque de temps de concertation médecin/pharmacien »

« pressé par le temps je suis peu disponible pour augmenter nos échanges pluriprofessionnels qui mériteraient pourtant de l'être -> manque de communication »

« que ça ne devienne pas chronophage / entretien téléphonique suivi d'un BM avec proposition pertinente / meilleure connaissance de compétences de chacun »

« manque de temps »

Glissement de tâches / Formation des pharmaciens différente des médecins

« où prennent-ils leurs informations : labos ou sources indépendantes »

« un seul patient concerné actuellement cela n'a pas changé grand-chose par contre très bonne relation avec les pharmaciens mais je trouve qu'ils empiètent un peu sur nos compétences »

« manque de connaissance globale du patient environnement croyances intolérances, allergies, réticences... »

« la prescription raisonnée est difficile »

« pas d'accord pour des propositions thérapeutiques à appliquer »

« la médecine doit être pratiquée par un médecin et seulement un médecin »

« compétences pharmaceutiques qui sont dans une logique commerciale », « compétence médicale limitée des pharmaciens »

Vision commerciale des pharmacies

*« non à la distribution de masques par les pharmaciens, autre endroit « non commercial »,
« oui au renouvellement d'ordonnance »*

« quand on voit un détournement des masques au début du COVID »

*« la problématique pécuniaire reste problématique avec certains pharmaciens et crée un
biais important »*

« trop de médicaments sans ordonnance dangereusement proposés et inutiles vendus par pharmaciens... pour l'instant manque de confiance »

« intérêt financier des pharmaciens / manque d'information sur les ATCD/ttt antérieurs du patient »

« les pharmaciens continuent de vendre librement du daflon et pseudoéphédrine » « je fais déjà de l'optimisation thérapeutique je n'ai pas besoin des pharmaciens »

REMARQUES LIBRES (notées sur des questions précises ou à la fin du questionnaire)

A propos question 12

« transmission par courrier au patient pour respect secret médical »

ne pas transmettre d'info « pas le temps, interroger le patient »

A propos question 14

Réponse AUTRE *« bénéfice risque »*

« ne pas prendre de décision à la place du médecin »

autre question 14 *« interaction médicamenteuse »*

« interactions »

A propos question 15

« les pharmaciens n'examinent pas le patient il n'est pas compétent pour donner son avis autre qu'un médicament générique ou allergisant connu »

à propos réponse 15I *« conflit d'intérêt c'est déjà vu « si au courant d'une douleur de genou prescription médicament arthrose » »*

A propos question 17

« deux avis valent mieux qu'un »

« je ne vois pas l'intérêt de ce BM car si le pharmacien fait son travail et le médecin également cette mesure est inutile » à propos du questionnaire « je communique très facilement avec les pharmaciens car ils peuvent m'appeler directement au téléphone sans passer par le secrétariat « « la médecine ne rentre pas dans des cases ni dans des questionnaires. Elle s'appuie sur la relation de confiance médecin/patient et sur le secret médical! Le respect du médecin, du patient et des différents intervenants paramédicaux et chacun doit rester à sa place dans sa fonction propre sans empiéter sur celle des autres professionnels. Je suis opposée à ce BM »

« le pharmacien ne doit pas prendre de décision seul sans l'avis du médecin »

A propos question 18

« consultation téléphonique sur toute forme de doute » à propos q8 « cela dépend des pharmaciens », « les compétences des pharmacies dévient leurs fonctions parfois »

A propos question 19

« je pense plutôt que c'est grâce aux réunions communes type réunion CPTS et concertations locales que la relation va changer »

réponse OUI -> *« mêmes souffrances face à la gouvernance ca rapproche »*

A propos question « 21D »

« si nécessaire »

Réponse NON puis *« exceptionnellement pas de temps pour cela »*

« je suis contre »

Remarques libres non ciblées

« pharmacien primordial de surveillance d'ordonnance », « nous avons testé déjà avec des pharmaciens impliqués mais le patient ne suit pas toujours donc implication des familles,

des IDE dans les changements des propositions, des corrections, temps supplémentaire mais chacun a beaucoup de travail malheureusement compliqué »

« les patients sont rarement fidèles à leur pharmacie », « relations satisfaisantes au téléphone mais soucis entre pharmaciens et patient lors renouvellement traitement chaque pharmacien disait « sa vérité »

à propos de l'adhésion patient « nous avons une infirmière ASALEE » attente que « le pharmacien fasse son travail quid de la délivrance de produits CTC nous ne sommes jamais tenus au courant »

« il me semble que la surveillance des prescriptions est leur première raison d'être. La pharmacologie = parent pauvre des études médicales donc leur avis bien venu »

« démasquer certains préjugés mieux connaître les pharmaciens »

« les pharmaciens doivent tenir compte des prescriptions Hors AMM et ne pas bloquer la délivrance des médicaments / les pharmaciens ne doivent pas se substituer aux médecins, ils n'examinent pas les patients et ne sont pas formés pour / leurs compétences sont remplacements des génériques, ne pas livrer des médicaments allergisants aux patients pour le reste concertation obligatoire avec médecin »

« très bonnes relations avec pharmaciens contacts se fait par entretien pharmacien »

« il suffirait que les médecins soient mieux rémunérés pour leur temps de consultation ils font déjà le W ! (j'espère)... »

« que les pharmaciens comment déjà quand un médicament est manquant par savoir proposer des alternatives au lieu de renvoyer le patient à son médecin traitant »

« ignorance des nouvelles compétences de mon pharmacien »

« collaboration déjà très bonne »

« Nous ne sommes pas dans le même objectif de prise en charge ils ont une logique commerciale malheureusement »

« Un avis complémentaire pour la prise en charge d'un patient est toujours utile mais doit entrer dans un travail d'équipe pharmacien/médecin /// rapport du bilan de médication du pharmacien adressé au médecin indiquant des recommandations (mais le médecin gère la prescription finale) // meilleure communication entre pharmacien et médecin indispensable »

« Le MG n'a pas envie d'être démembré, les sage femmes font ceci et le pharmacien vaccine (les cas faciles) et nous il nous reste tout ce qui est long et complexe pour 25 euros, non pas d'accord »

REMARQUES SUR LE QUESTIONNAIRE : Travail de thèse en général

« courage, allez allez »

« belle évolution en perspective, à encourager +++ »

« merci pour ce sujet très intéressant et d'avenir cela change des sujets biomédicaux »

Auteur : ESPENAN Marie

Titre : Acceptabilité par les médecins généralistes des bilans partagés de médication : étude quantitative dans le Tarn.

Directeur de Thèse : Dr Théophile COMBES

Date et lieu de soutenance : 15 juin 2021, Faculté de médecine de Toulouse

RESUME

Introduction : Le bilan de médication est un nouveau dispositif ambulatoire permettant au pharmacien d'officine de réévaluer les traitements chroniques de patients polymédiqués âgés de plus de 65 ans selon certaines conditions. Il est encore peu déployé, et son taux d'acceptation par les médecins généralistes est encore peu évalué.

Méthode : Cette étude descriptive quantitative par questionnaires adressés entre le 10 septembre et 1^{er} décembre 2020, a pour objectif de savoir si les médecins généralistes tarnais sont favorables au bilan partagé de médication.

Résultats : Sur 302 questionnaires envoyés aux médecins généralistes tarnais, 88 ont été reçus et exploités. 62,5% des répondants sont en faveur du bilan de médication. L'intervention pharmaceutique « réévaluer » est jugée la plus utile à 82,5% alors que l'intervention « introduire » semble rejetée. Le mode d'exercice pluriprofessionnel semble être un facteur d'adhésion au dispositif ($p=0,043$).

Discussion : Malgré une opinion favorable du bilan partagé de médication, le taux d'application des interventions pharmaceutiques par les médecins généralistes reste faible. L'analyse des attentes des médecins généralistes (meilleure observance, intégration du pharmacien dans l'équipe de soins) et de leurs réticences à accepter les interventions pharmaceutiques (respect de prescription d'un confrère, le manque d'adhésion du patient, les difficultés de communication) montre l'importance d'améliorer la communication interprofessionnelle.

Conclusion : Le bilan de médication est un outil pluriprofessionnel appelé à se développer en tenant compte des attentes des médecins généralistes pour favoriser l'acceptation des interventions thérapeutiques.

Mots-clés : bilan de médication, médecin généraliste, pluriprofessionnel, interventions pharmaceutiques, Tarn.

Title: Acceptability of shared medication reviews by general practitioners : Quantitative study in Tarn.

Introduction: The medication review is a new outpatient device that allows pharmacists to re-evaluate the chronic treatments of polymedicated patients over the age of 65 under certain conditions. It is still little deployed, and its acceptance rate by general practitioners is still poorly evaluated.

Method: This quantitative descriptive study by questionnaire sent between September 10 and December 1, 2020, has for main objective showing the acceptance of general practitioners in Tarn of this medication review.

Results: Out of 302 mailings, 88 questionnaires completed by general practitioners in Tarn were used. 62.5% of respondents are in favor of the medication review. The "re-evaluate" pharmaceutical intervention is the most accepted at 82.5% while the "introduce" intervention seems to be rejected. The multiprofessional mode of exercise seems to be a factor of adherence to the device ($p = 0.043$).

Discussion : Despite a favorable opinion, the application rate by general practitioners is low. The analysis of general practitioners expectations (better compliance, better integration of the pharmacist into the primary care team) and their obstacles to accepting pharmaceutical interventions (modification of a prescription from a colleague, lack of patient support, communication difficulties) show the importance of improving interprofessional communication.

Conclusion: The medication review is a multiprofessional tool set to develop while taking into account the expectations of general practitioners to promote acceptance of therapeutic interventions.

Keywords: medication review, general practitioner, multi-professional, pharmaceutical interventions, Tarn.

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04- France