

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Victor THOMAS

Le 12 septembre 2023

**Connaissance et utilisation des bilans partagés de médication : enquête auprès des
médecins généralistes de la région ex-Midi-Pyrénées**

Directeur de thèse : Dr Michel BISMUTH

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Jordan BIREBENT

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Département Médecine, Maieutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROUCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrice	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROUCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie Orthopédique et Podologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAILL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytogénie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier
Mme BONGARD Vanina
M. BOUNES Vincent
Mme BOURNET Barbara
Mme CASPER Charlotte
M. CAVAIGNAC Etienne
M. CHAPUT Benoît
M. COGNARD Christophe
Mme CORRE Jill
Mme DALENC Florence
M. DE BONNECAZE Guillaume
M. DECRAMER Stéphane
Mme DUPRET-BORIES Agnès
M. EDOUARD Thomas
M. FAGUER Stanislas
Mme FARUCH BILFELD Marie
M. FRANCHITTO Nicolas
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio
Mme GASCOIN Géraldine
M. GUIBERT Nicolas
M. GUILLEMINAULT Laurent
M. HERIN Fabrice
M. LAIREZ Olivier
M. LEANDRI Roger
M. LOPEZ Raphael
M. MARTIN-BONDEL Guillaume
Mme MARTINEZ Alejandra
M. MARX Mathieu
M. MEYER Nicolas
Mme MOKRANE Fatima
Mme PASQUET Mariène
M. PIAU Antoine
M. PORTIER Guillaume
M. PUGNET Grégory
M. REINA Nicolas
M. RENAUDINEAU Yves
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline
Mme SAVAGNER Frédérique
M. SAVALL Frédéric
M. SILVA SIFONTES Stein
Mme SOMMET Agnès
M. TACK Ivan
Mme VAYSSE Charlotte
Mme VEZZOSI Delphine
M. YRONDI Antoine
M. YSEBAERT Loic

Chirurgie infantile
Epidémiologie, Santé publique
Médecine d'urgence
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique
Radiologie
Hématologie
Cancérologie
Anatomie
Pédiatrie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et imagerie médicale
Addictologie
Chirurgie Plastique
Pédiatrie
Pneumologie
Pneumologie
Médecine et santé au travail
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie du dével. et de la reproduction
Anatomie
Maladies infectieuses, maladies tropicales
Gynécologie
Oto-rhino-laryngologie
Dermatologie
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Médecine interne
Chirurgie Digestive
Médecine interne
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Immunologie
Rhumatologie
Biochimie et biologie moléculaire
Médecine légale
Réanimation
Pharmacologie
Physiologie
Cancérologie
Endocrinologie
Psychiatrie
Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétiq	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et physiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Curot Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétiq
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS

Au professeur Stéphane Oustric, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger en tant que président de jury. Merci pour votre implication dans la formation et l'accompagnement des internes toulousains pour qui vous avez fait et continuerez à faire beaucoup.

Au professeur Jordan Birebent, sans qui ce travail aurait pu rester au point mort encore quelques temps. Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans la fin de mon parcours. Ton aide et ta disponibilité auront été une source de motivation essentielle. A notre collaboration future.

Au professeur Jean-Christophe Poutrain, merci d'avoir accepté de juger de travail. J'espère que cette thèse sera à la hauteur de l'enthousiasme dont vous avez fait preuve le jour de votre réponse, une réaction qui m'a profondément touché. Par votre investissement auprès des étudiants de médecine et de pharmacie, vous contribuez à l'amélioration des relations interprofessionnelles.

Au jury dans sa globalité, merci d'avoir accepté de juger ce travail, et merci de contribuer à la mise en valeur de la médecine générale à travers votre investissement universitaire et professionnel.

Au docteur Amandine Cambon, merci pour votre aide à l'élaboration de mon questionnaire de thèse. Vous voir siéger aujourd'hui aurait été un honneur. J'espère que cette thèse vous sera utile dans les travaux que vous pourrez mener avec le REIPO.

À ma famille, pour leur soutien permanent et leur amour inconditionnel que je n'aurai de cesse d'essayer de leur rendre. Papa, Maman, je vous aime de tout mon cœur. Clara, ma sœur, je t'aime et je suis admiratif de ton parcours. Mes pensées émues à papy Paul, parti cette année, avec qui je n'aurai pas la chance de partager ces petits bonheurs. À ma belle famille, qui déborde d'amour.

À mes amis peut être fous, mes berzingueurs, qui m'accompagnent depuis tant d'années et qui contribuent à mon bonheur.

À mes amis de la fac Amaury, Bérengère, Candice, Erwan, Mélanie, Marie, Romain, Solène, pour les soirées, les pauses tarot, leur bonne humeur et leur soutien sans faille.

Aux Rostocker François, Hélène, Marine, Robin, à vos amours, pour tous ces moments partagés en Allemagne puis à travers l'Europe. Nous parlons toujours de retourner à Rostock ensemble, nul doute que le jour viendra...

Aux amis de Toulouse, Olivier, Sophie, Héloïse, Antoine, Marie, Pierre, Claire, Ségolène, merci pour les week-ends rando, ski, bonne bouffe et jeux de société.

À ma deuxième famille, les Jörg, avec qui j'ai partagé bien plus que 6 mois d'échange scolaire.

Toujours dans la catégorie « outre Rhin », à Victor et Audrey, vous êtes des amis formidables, toujours présents malgré la distance.

À mes maîtres de stage rencontrés tout au long de mon parcours et qui m'ont tant apporté, ainsi qu'aux collègues des urgences dont la bonne humeur accompagnait chaleureusement les nuits de garde, et aux collègues de l'HAD auprès de qui j'ai beaucoup appris, et pas qu'à préparer les tisanes. Aux docteurs Gounot et Durand pour leur accompagnement et leurs échanges fructueux, au docteur Arson désormais plus amie que maîtresse de stage, et aux docteurs Birebent, Rocher et Sendra pour m'avoir fait confiance lors de mon premier saspa. Vous tous avez contribué à mon développement en tant que médecin ainsi qu'à mon désir d'installation dans cette belle Ariège. Au Docteur Krier, pédiatre à Épinal, qui avait prédit que je prendrais sa suite et qui m'accueilli pour mon stage de troisième. Un mauvais prédicateur, mais excellent conseiller d'orientation.

Aux Saint-Paulois, ce petit groupe de copains devenus amis, qui continue de grandir, et qui nous a accueilli à bras ouverts à notre arrivée. Et au bar bus, évidemment !

Les amis des parents sont aussi nos amis, alors merci à la famille Suran, à la famille Guillouet, et aux autres avec et grâce à qui j'ai grandi.

À Nargess, mon amour, mon univers, ma meilleure amie et une formidable partenaire d'aventures, qui se vivront bientôt à trois. Merci d'être là depuis si longtemps, à la fois derrière moi et à me tirer vers le haut. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction	4
1. La population française et son état de santé	4
a) Caractéristiques démographiques	4
b) État de santé de la population	4
2. Le médecin généraliste et la prescription médicamenteuse	5
a) Le généraliste, prescripteur principal et coordonnateur de l'ordonnance	5
b) Outils d'aide à la prescription	5
3. La polymédication	7
a) Définition	7
b) Prévalence	7
c) Conséquences	7
d) Particularités chez la personne âgée	9
4. Le bilan partagé de médication	9
a) Genèse	9
b) Modalités de réalisation	10
c) Point de vue des pharmaciens d'officine	11
d) Point de vue des médecins	11
5. Question de recherche et objectifs	12
II. Matériel et Méthode	12
III. Résultats	13
1. Caractéristiques de la population	13
2. Sollicitation du pharmacien	15
3. Connaissance du BPM	16
4. Modalités de réalisation des BPM	17
5. Avis, freins à la réalisation	19

<i>IV. Discussion</i>	20
1. Principaux résultats	20
2. Forces et faiblesses de l'étude	21
a) Forces	21
b) Faiblesses	21
3. Le bilan de médication à l'étranger	22
4. Les autres missions du pharmacien d'officine	24
5. La conciliation médicamenteuse en établissement de santé	24
6. La relation pharmacien-médecin	25
7. Conclusion générale	26
<i>Références</i>	27

Liste des figures et tableaux

Figure I : Répartition par tranche d'âge des répondeurs	14
Figure II : Répartition selon les modes d'exercice coordonnés	14
Figure III : Réponses à la question "Sollicitez-vous le pharmacien dans votre exercice ?"	15
Figure IV : Modes de découverte du BPM.....	17
Figure V : Utilisation du BPM parmi l'ensemble des participants	17
Figure VI : Modalités de transmission des BPM.....	18
Figure VII : Positionnement du médecin généraliste par rapport au BPM	19
Tableau 1 : Connaissance du BPM en fonction de variables socio-démographiques	16
Tableau 2 : satisfaction de l'organisation des BPM selon le nombre réalisé.....	18

Liste des abréviations

ALD	Affection Longue Durée
HAS	Haute Autorité de Santé
MAI	Medication Appropriateness Index
HPST	Hôpitaux Patients Santé Territoire
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
PIM	Potentially Inappropriate Medication
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
EIM	Évènement Indésirable Médicamenteux
B(P)M	Bilan (Partagé) de Médication
REIPO	Réseau d'Enseignement et d'innovation pour la Pharmacie d'Officine
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

I. Introduction

1. La population française et son état de santé

a) Caractéristiques démographiques

Entre 2017 et 2022, dernière donnée disponible à ce jour, la population française est passée de 66,7 millions à 67,8 millions d'habitants. Avec un vieillissement global de la population, la part des plus de 65ans est passée sur la même période, de 19,3% à 21% alors même que l'espérance de vie a peu évolué (0,1 an pour les femmes et les hommes) (1). Les projections de l'INSEE l'estiment à 26,5% en 2040(2).

b) État de santé de la population

Sur la période 2017-2021, le nombre de patients en affection longue durée est passé de 10,7 millions à 12,1 millions, avec en tête les diabètes de type 1 et 2 et les maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral regroupés totalisant 7,3 millions de prises en charge ALD(3). D'après la HAS en 2015, « 57% des personnes âgées de 75ans et plus ont au moins une ALD »(4). La multimorbidité est définie par la coexistence de deux problèmes de santé chroniques(5). Elle augmente avec l'âge et en France, et concerne 51 à 66% des hommes et 58 à 70% des femmes de 65ans et plus(6).

L'accumulation des comorbidités et des maladies chroniques peut entraîner une accumulation de médicaments pris par les patients. Une étude exploitant la base de données européenne SHARE(7) (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) évalue que la prise de 5 médicaments ou plus concerne en France 31% des personnes âgées de 65ans et plus(8). Cette proportion augmente avec l'âge, de 24,6% chez les 65-74ans à 46,4% chez les 85ans et plus(8).

2. Le médecin généraliste et la prescription médicamenteuse

a) Le généraliste, prescripteur principal et coordonnateur de l'ordonnance

En 2018, on comptait 226.000 médecins en activité dont 45% de médecins généralistes. 78% des consultations de médecine générale se concluent par la prescription d'un médicament, avec en moyenne 2,9 médicaments prescrits par consultation en 2002, et ce chiffre monte à 3,7 si on exclut les consultations ne donnant pas lieu à une prescription médicamenteuse(9). Le coût des traitements délivrés sur ordonnance des professionnels de santé de ville atteignait plus de 15 milliards d'euros en 2022 (base de remboursement)(10). Les dépenses annuelles pour les médicaments représentent sur les années précédentes entre 30 et 32 milliards d'euros. Sa part dans la consommation de soins et biens médicaux a diminué passant de 30% à 14,8% entre 2004 et 2019(11,12)

Le médecin généraliste est au cœur du parcours de soin du patient. La loi dite Hôpitaux Patients Santé Territoires ou HPST du 21 juillet 2009 réinscrit ses missions de premiers recours parmi lesquelles figurent des actions de « coordination des soins » et de « synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ».

Fort de cette position centrale, le médecin généraliste doit adapter la prescription du patient polypathologique à sa santé globale. La prise en charge médicamenteuse optimale de chaque pathologie préconisée par les recommandations et/ou les différents spécialistes consultés peuvent interférer. A ce titre, la révision de l'ordonnance est un élément clé de la prise en charge du patient polypathologique(4). Une enquête menée par la DREES en 2004 a montré que 42% des consultations de médecine générale concernaient « le contrôle et le suivi des affections chroniques stables » et que 27% des consultations concernaient des patients en ALD.(13)

b) Outils d'aide à la prescription

Le médecin généraliste dispose aujourd'hui de nombreux outils l'aidant dans la prescription médicamenteuse.

La plupart des logiciels médicaux intègrent un logiciel d'aide à la prescription (LAP) basé sur une banque de données de médicaments. 22 LAP sont actuellement certifiés par la HAS(14). Les fonctionnalités minimales requises comprennent notamment :

« La diffusion systématique et en temps réel de messages d'alerte sanitaire (...), L'information sur les durées de traitement et posologies recommandées quand elles existent (...), L'intégration systématique des systèmes d'aide à la décision indexée par médicament, (...) L'interface avec le dossier médical partagé (15) ».

Les critères STOPP/START, publiés en 2008 puis révisés en 2015, ont pour but d'optimiser la prescription médicamenteuse en particulier chez les patients polyopathologiques en identifiant des prescriptions potentiellement inappropriées mais également potentiellement indiquées dans des situations courantes parmi une liste revue et validées par consensus d'experts(16). Les 115 critères ont été adaptés en français(17) et l'outil existe en version informatisée(18). L'étude TAPAGE a évalué l'utilisation de l'outil dans sa version informatisée chez les médecins généralistes français a mis en lumière son utilité dans l'optimisation de l'ordonnance et une relative facilité d'utilisation, surtout chez les plus jeunes(19).

Les sites internet d'aide à la prescription se sont également développés, sur des thèmes variés, dont les plus connus sont celui concernant l'antibiothérapie (<https://antibiocllic.com>) ou la prescription des antivitamines K (<https://www.mgform.org/boite-a-outils/avkclic>). Le recours à la ressource antibiocllic a été évaluée dans une thèse et a montré une amélioration significative du respect de la durée de l'antibiothérapie prescrite(20).

Le Medication Appropriateness Index ou MAI(21) est un outil reproductible permettant d'évaluer la qualité d'une prescription. Pour chaque traitement, 10 questions sont posées et cotées de 1 à 3. Elles évaluent l'indication, la posologie, les interactions médicamenteuses, le coût financier. C'est un indicateur régulièrement utilisé en recherche mais qui semble peu applicable en pratique notamment en France où aucune traduction n'est disponible à ma connaissance.

Nous pouvons également citer la liste des médicaments potentiellement inappropriés(22) adaptés de la liste PIM européenne et en cohérence avec les recommandations françaises dont une grande partie est également retrouvée dans les critères STOPP/START.

3. La polymédication

a) Définition

La polymédication est définie de manière succincte par l'OMS comme « la prise simultanée de plusieurs médicaments » ou « la prise d'un nombre excessif de médicaments »(23). Sa définition plus exacte reste floue. La prise quotidienne de 5 médicaments ou plus serait la définition la plus couramment utilisée, dans près de 46% des publications scientifiques(24). D'autres définitions, descriptives ou mixtes, existent et parmi elles la notion de polymédication appropriée ou inappropriée en référence aux indications des traitements pris(24,25), dans une approche centrée sur le patient.

b) Prévalence

31% des 65 ans et plus déclarent prendre de manière simultanée 5 médicaments ou plus(8). A plus petite échelle, une étude observationnelle chez les 50-74ans relevait un taux de polymédication de 21%(26).

Cette proportion est variable selon le seuil numérique et l'indicateur temporel. Ainsi, une étude d'après une base de données de médecins généralistes montre qu'au seuil de 5 médicaments ou plus simultanément, la prévalence de la polymédication chez le 75 ans et plus est de 23% pour « un jour au hasard » et de 14% pour « un jour en moyenne sur l'année »(27).

c) Conséquences

La polymédication expose à des risques d'interactions médicamenteuses, d'évènements indésirables, de mauvaise observance(4). Une méta analyse récente a montré que la polymédication était associée à un risque de décès plus élevé et ce de manière croissante en fonction du nombre de médicaments pris(28).

1. Mauvaise observance

La prévalence de la mauvaise observance chez la personne âgée polymédiquée est difficile à estimer, et varie de 6 à 55%(29).

Dans une population de 65ans et plus autonome, le risque de mauvaise observance est multiplié par 3 chez ceux qui sont polymédiqués(30). La proportion de non observants était de 43%.

Une étude de cohorte en sortie d'hospitalisation retrouvait également une corrélation entre le nombre de traitements prescrits et le défaut d'observance(31).

La recherche de la mauvaise observance est donc capitale. Elle peut s'inclure facilement dans la discussion en consultation. Le test de Girerd est un outil validé, simple et court d'évaluation de l'observance(32).

2. Interactions médicamenteuses

La prise simultanée de plusieurs médicaments augmente le risque d'interaction dite « médicament-médicament ». Une étude française montrait que parmi les délivrances de médicaments, 0,2% comprenaient une association contre-indiquée pour interaction médicamenteuse, et 1,4% comprenaient une association déconseillée pour interaction médicamenteuse(33).

Une étude transversale écossaise s'intéressant à la polymédication et aux interactions médicamenteuses sur la période 1995-2010 retrouve une augmentation par 2 de la prévalence de la polymédication et la présence d'interaction médicamenteuse potentiellement sévère chez 13% des adultes, avec une association forte entre le pourcentage d'interaction et le nombre de médicaments prescrits(34).

3. Évènements indésirables médicamenteux

La traduction clinique d'une interaction médicamenteuse potentiellement grave n'est pas systématique. Une revue systématique de littérature portant sur les interactions médicamenteuses en milieu hospitalier a rapporté une prévalence d'environ 10% d'interactions ayant eu une manifestation clinique, avec des chiffres allant de 1,5 à 60% selon les services étudiés(35).

Cependant, les hospitalisations liées à un EIM sont en forte progression. L'étude IATROSTAT (36)retrouve une incidence des hospitalisations en lien avec un EIM de 8,5%

en 2018 en France contre 3,6% pour l'étude EMIR(37) de 2007. Les événements indésirables concernent par ordre de fréquence les manifestations hémorragiques, les atteintes hématologiques, les insuffisances rénales aiguës, les troubles hydroélectrolytiques et les chutes(36). 16,1% de ces EIM ont été considérés comme potentiellement évitables si le médicament avait été utilisé conformément aux recommandations(36).

Ces EIM ne sont pas toujours la résultante d'une interaction médicamenteuse ; par exemple, un anticoagulant seul peut être à l'origine d'une manifestation hémorragique, ou un anti-inflammatoire seul peut aggraver une insuffisance rénale.

d) Particularités chez la personne âgée

Le vieillissement a des conséquences sur les paramètres biologiques et métaboliques individuels, comme la diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse, ou la diminution de la clairance métabolique hépatique(38), qui peuvent donc influencer sur les paramètres pharmacocinétiques des médicaments

La polymédication chez la personne âgée augmente le risque de chute et de fractures, bien que certaines études montrent que cette association est surtout retrouvée lorsque des médicaments favorisant les chutes sont prescrits(39). La polymédication est associée à une altération des fonctions cognitives, qui est également plus rapide chez ces derniers(39). Il a été retrouvé une association forte entre la polymédication et la fragilité dans une revue systématique, sans qu'un lien de causalité puisse être établi(40).

4. Le bilan partagé de médication

a) Genèse

Reconnu par la loi HPST comme professionnel de premier recours, le pharmacien d'officine s'est vu attribuer des rôles dans le suivi, la prévention et l'accompagnement des patients, notamment en lui donnant la possibilité, d'après l'article R5125-33-6 du code de la santé publique, de « mettre en place des actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique. Il prévient la iatrogénie médicamenteuse. Il garantit le bon usage des médicaments et le suivi de l'observance en procédant à l'analyse des informations relatives au patient et à l'ensemble de ses traitements. Sauf opposition du patient, les préconisations qui en résultent sont formalisées et transmises au médecin traitant »(41)

L'arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012 acte de la création légale du BPM(42).

L'organisation du bilan partagé de médication est inscrite dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS sur le risque médicamenteux au domicile.

Ses objectifs principaux attendus sont l'optimisation thérapeutique, l'identification des interactions médicamenteuses et la vérification de la bonne observance(43,44).

b) Modalités de réalisation

Le bilan de médication prend la forme d'un entretien structuré entre le pharmacien et le patient volontaire. Il s'adresse aux patients de 65 ans et plus ayant au moins 5 médicaments prescrits de manière consécutive depuis au moins 6 mois.

L'entretien permet de recueillir :

- Les informations générales du patient
- Son mode de vie et notamment ses habitudes en termes de prise médicamenteuse
- Son état physiologique centré sur les problèmes pouvant modifier l'absorption, la distribution ou l'élimination des médicaments, comme les troubles de la déglutition, ou l'insuffisance rénale. A ce titre, il peut prendre connaissance d'exams complémentaires que le patient mettrait à sa disposition en accédant par exemple à son dossier médical partagé.
- Le traitement, en essayant de dépister également l'automédication du patient pour être le plus complet possible. A ce moment du bilan, le pharmacien recherchera le niveau de connaissance du patient concernant les indications, les effets indésirables et les éventuelles particularités concernant la prise de ses médicaments.
- Le niveau d'observance par le score de Girerd(32).

L'analyse du traitement par le pharmacien se fait ensuite sans le patient. Le contenu du premier entretien doit être transmis au médecin traitant. Au cours d'un second entretien, le pharmacien délivre son analyse au patient et le conseille. Enfin, il sera complété par un entretien de suivi de l'observance.

La rémunération du bilan de médication la première année est fixée à 60 euros, celle des années suivantes à 20 euros, majoré à 30 euros en cas de changement dans le traitement.

Les documents validés pour la réalisation de ces trois entretiens sont présents en annexe de l'arrêté du 9 mars 2018.

c) Point de vue des pharmaciens d'officine

Le bilan partagé de médication a été principalement évalué du côté des pharmaciens. Une étude menée dans le Grand Est par des étudiants pharmaciens stagiaires en officine a pointé du doigt certaines difficultés dans le recrutement des patients, ainsi que des freins liés au temps nécessaire et à la rémunération inadéquate(45).

La durée moyenne d'un premier bilan comprenant l'entretien, l'analyse, la rédaction du compte-rendu, l'entretien conseil et le travail administratif complémentaire était estimée à environ 2heures30.

D'autres difficultés relevées concernent le relationnel pharmacien-médecin et le manque d'un espace dédié adapté à la tenue de l'entretien et au respect du secret médical.

Une thèse évaluant la réalisation des BPM par des étudiants en pharmacie a montré que 76% des BPM donnaient lieu à une proposition d'intervention pharmaceutique, avec comme raisons principalement évoquées des prescriptions non justifiées, une prescription non conforme ou une posologie inadaptée(46). Dans un autre travail de thèse évaluant le taux d'application des interventions pharmaceutiques par le médecin généraliste après réalisation d'un BPM, une intervention pharmaceutique était proposée dans 93,8% des cas(47). L'étude portait sur un effectif plus faible et ne pouvait analyser que les BPM effectivement transmis.

d) Point de vue des médecins

Le point de vue des médecins a été relativement peu évalué, ce qui a été un critère motivant la réalisation de ce projet de thèse. Néanmoins, une étude qualitative récente(48) témoigne d'une relation délicate entre le médecin et le pharmacien qui peut compliquer la réalisation ou tout du moins la transmission des conclusions des BPM. Les médecins tendaient à reconnaître la place du pharmacien en tant que professionnel de santé partenaire dans la prise en charge du patient, mais pouvaient également s'estimer plus à même de réaliser la revue de l'ordonnance du patient. Mais avant toute chose, il existait une grande méconnaissance de ce qu'était le bilan partagé de médication. Lors des entretiens, les médecins les plus jeunes semblaient les plus ouverts à la réalisation des BPM.

Dans le travail de thèse cité précédemment(47), le taux d'application moyen des propositions d'optimisation thérapeutique était de 36% à 3 mois. Les recommandations d'initiation de traitement étaient les moins appliquées.

5. Question de recherche et objectifs

Le bilan partagé de médication est mis en place depuis 2018, or il reste méconnu et peu utilisé. Alors, quel bilan tirer du positionnement des médecins généralistes de la région ex-Midi-Pyrénées face au bilan de médication ? L'objectif principal de ce travail de thèse sera d'évaluer la connaissance et l'utilisation des bilans partagés de médication par les médecins généralistes. Secondairement, nous essayerons d'identifier les freins et leviers à leur réalisation.

II. Matériel et Méthode

Pour répondre à notre question de recherche nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive au moyen d'un questionnaire auto-administré à destination des médecins généralistes d'Occitanie. Ce questionnaire a été réalisé en prenant compte des études équivalentes menées auprès des pharmaciens, et avec l'aide du réseau d'enseignement et d'innovation pour la pharmacie d'officine (REIPO) Occitanie, notamment en la personne du Docteur Amandine Cambon, sa coordinatrice. La recherche a été déclarée au délégué à la protection des données du Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de médecine de Toulouse et inscrite sous le numéro 2023TV42.

Le questionnaire comprenait une première partie visant à définir les caractéristiques démographiques et les modalités d'exercice. La seconde partie recherchait des informations quant à la réalisation des bilans partagés de médication chez les médecins en ayant reçu, et la dernière partie visait à recueillir les freins et leviers à leur réalisation. Il a été réalisé en ligne avec l'outil Google Forms®.

Les personnes ayant affirmé connaître l'existence des BPM avaient accès à d'autres questions concernant le nombre de BPM réalisés et les modalités de réalisation le cas échéant.

Les personnes ne connaissant pas le BPM ont eu accès à une brève description des principaux objectifs du BPM par la définition de la HAS et un schéma représentant les acteurs et objectifs du BPM, disponible en annexe.

La dernière partie du questionnaire était commune et visait à déterminer les freins et leviers à leur réalisation.

Notre questionnaire a été soumis à l'Union Régionale de Professionnels de Santé pour diffusion aux médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées. Il a été diffusé du mois d'octobre au mois de novembre 2022. Il n'y a pas eu de relance. 153 personnes ont répondu.

Les données brutes ont été rapportées sur un tableur Excel® qui a également été utilisé pour réaliser les tableaux et graphiques.

Pour évaluer la dépendance entre les variables, nous avons réalisé des tests d'indépendance du Chi deux, ou le test exact de Fisher en présence d'effectifs inférieurs à 5. Le risque alpha retenu était de 5%.

Pour la variable de l'âge des réponders, un regroupement en 3 tranches d'âge a été effectué : moins de 40 ans, 40 à 55 ans, et plus de 55 ans.

Les différents tests statistiques ont été réalisés à l'aide de l'outil en ligne « biostaTGV » (<http://biostatgv.sentiweb.fr>).

III. Résultats

153 réponses au questionnaire ont été enregistrées. 1 réponse a été retirée de l'analyse à cause de données non remplies. 152 questionnaires complets ont été analysés dans notre travail.

1. Caractéristiques de la population

L'âge des réponders variait de 30 à 76 ans. La moyenne d'âge était de 48,4 ans, l'âge médian était de 46,5ans. La figure 1 les répartit par tranche d'âge qui peuvent représenter le début, le milieu et la fin de l'exercice professionnel. Cette répartition était homogène. 63% des médecins réponders étaient des femmes. Les généralistes installés constituaient la majorité avec 98% des sondés pour 2% de médecins remplaçants.

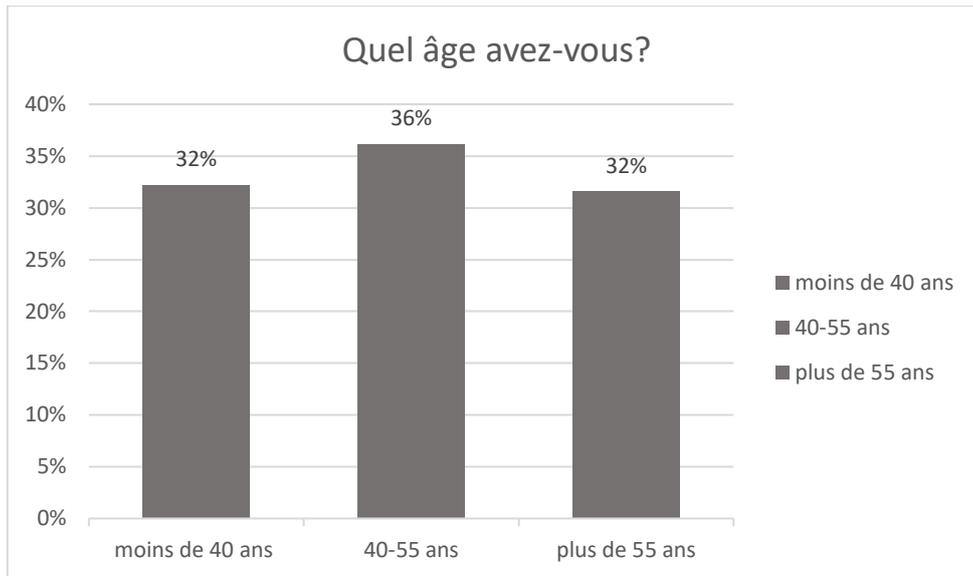


Figure I : Répartition par tranche d'âge des répondeurs

Les médecins généralistes répondeurs exerçaient principalement en milieu semi-rural (42%), puis en milieu urbain (31%) et en milieu rural (27%). 52% exerçaient au sein d'une structure pluriprofessionnelle coordonnée, le plus souvent au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (voir figure II).

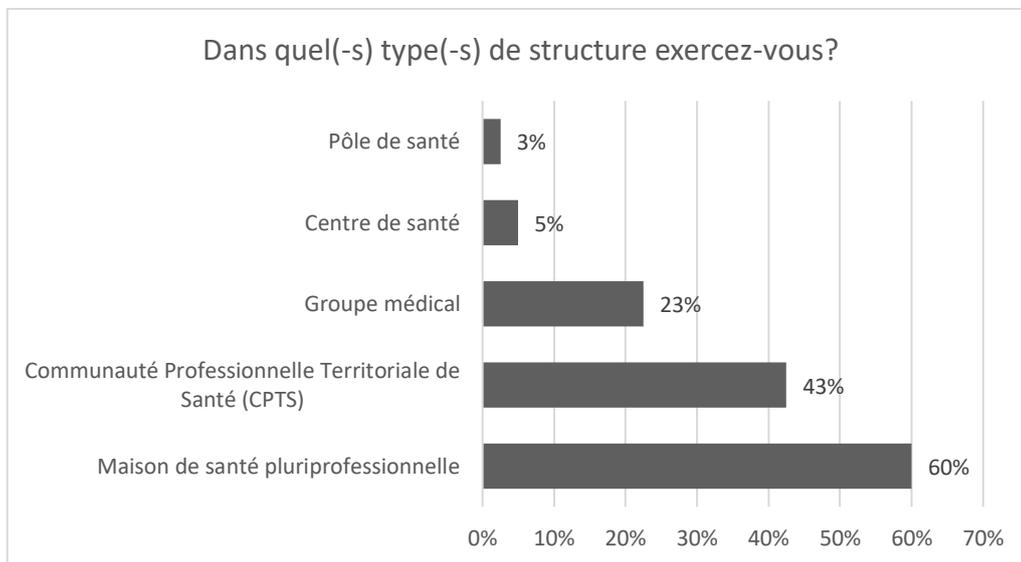


Figure II : Répartition selon les modes d'exercice coordonnés

2. Sollicitation du pharmacien

Les médecins généralistes interrogés étaient 53% à solliciter le pharmacien 1 à 2 fois par semaine.

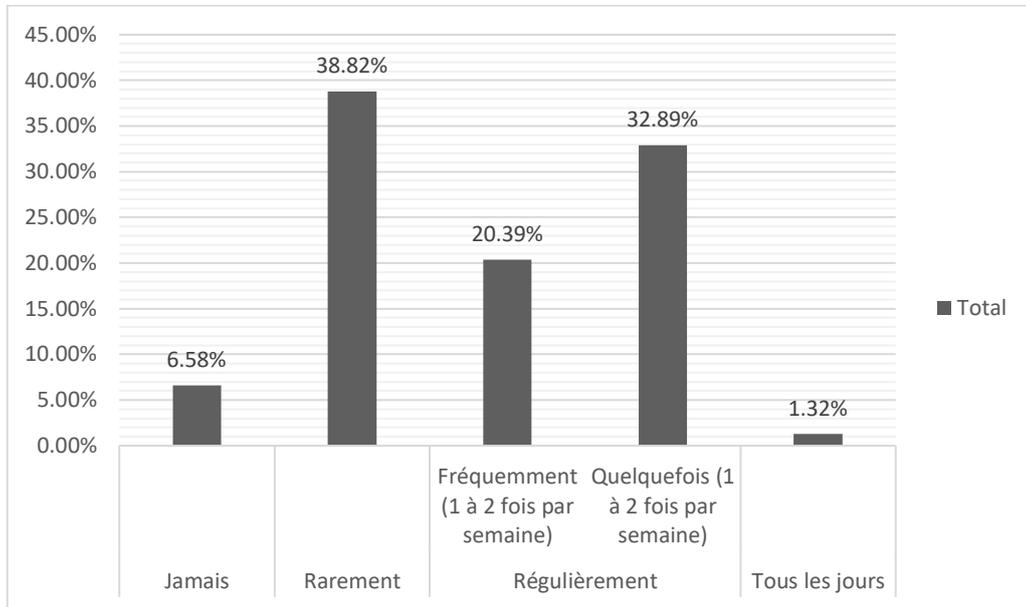


Figure III : Réponses à la question "Sollicitez-vous le pharmacien dans votre exercice ?"

3. Connaissance du BPM

L'objectif principal de l'étude était de définir la connaissance du BPM par les médecins généralistes de la région ex Midi-Pyrénées. A cette question, 48,7% ont affirmé en avoir déjà entendu parler.

Les associations entre la connaissance des bilans de médication et l'âge, le travail en pluriprofessionnalité, le lieu d'exercice ont été testées. Seul l'exercice au sein d'une structure pluriprofessionnelle était associé avec la connaissance de l'existence de l'outil (p=0,02).

			Connaissance du BPM				p-value
			Oui		Non		
			n	%	n	%	
variables	Âge	>40 ans	25	51	24	49	0,71
		40-55 ans	28	51	27	49	
		>55 ans	21	43,7	27	56,3	
	Lieu d'exercice	Rural	20	48,8	21	51,2	0,08
		Semi-rural	37	57,8	27	42,2	
		Urbain	17	36,17	30	63,83	
	Travail en structure coordonnée	Oui	46	57,5	34	42,5	0,02
		Non	28	38,89	44	61,11	
	Sollicitation du pharmacien	Quelquefois ou plus	40	48,2	43	51,8	0,76
		Rarement ou jamais	35	50,7	34	49,3	
Total des répondeurs		78	51,3	74	48,7	-	

Tableau 1 : Connaissance du BPM en fonction de variables socio-démographiques

L'information de l'existence de cet outil était faite par le biais du pharmacien pour plus de la moitié des répondeurs, suivie par les structures comme le conseil de l'ordre ou l'URPS, et par les réunions d'information.

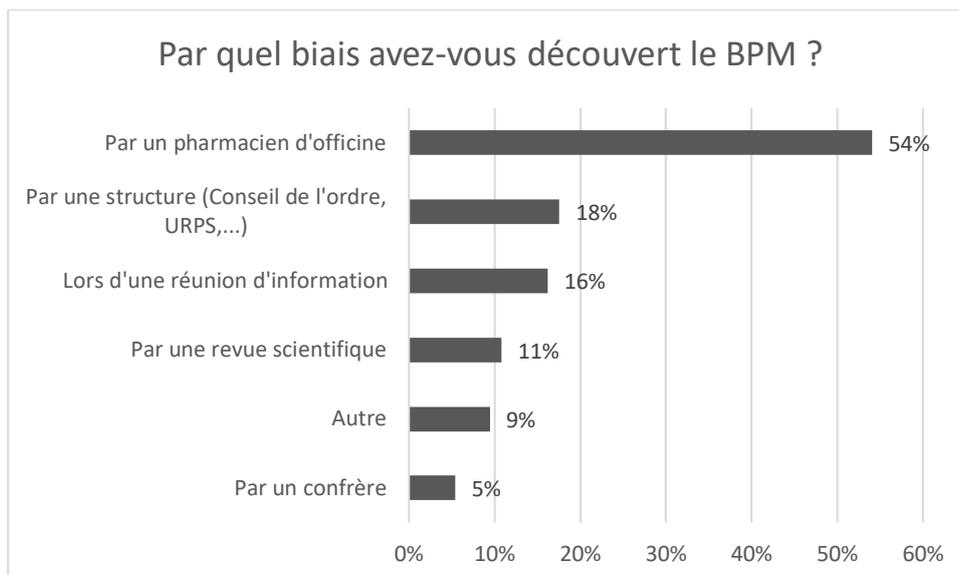


Figure IV : Modes de découverte du BPM

4. Modalités de réalisation des BPM

Dans le groupe des médecins connaissant les BPM, 47% déclaraient n'en avoir jamais reçu ou demandé. 12% en avaient réalisé plus de 5. Sur l'ensemble des répondants, un quart avait déjà utilisé le BPM au moins une fois.

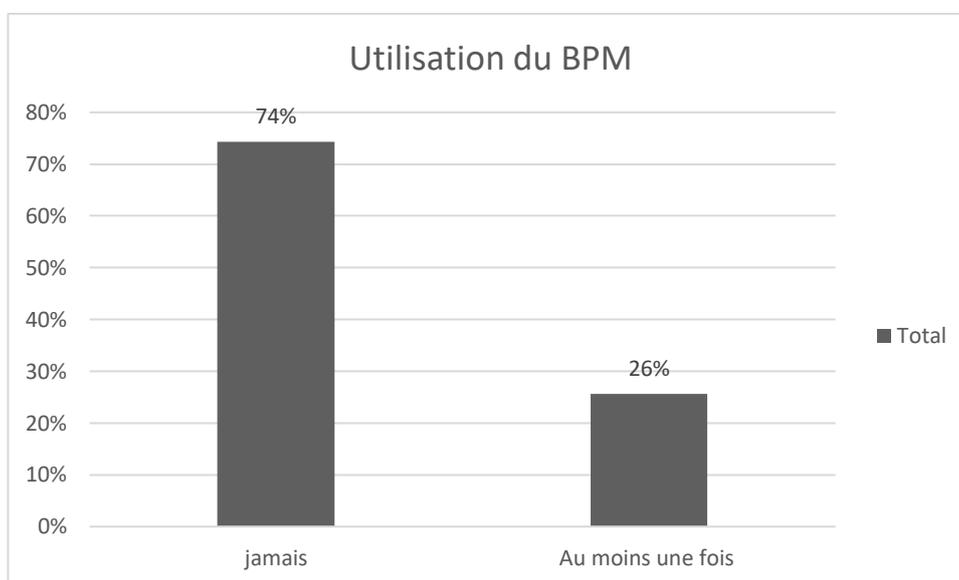


Figure V : Utilisation du BPM parmi l'ensemble des participants

Le pharmacien était l'initiateur du BPM dans 82% des cas, suivi du médecin dans 12% des cas et du patient dans 5% des cas.

Le mode de transmission privilégié a été l'écrit, puis l'entretien avec le pharmacien, suivi de la transmission téléphonique. Un logiciel commun ou le DMP ont également pu être utilisés.

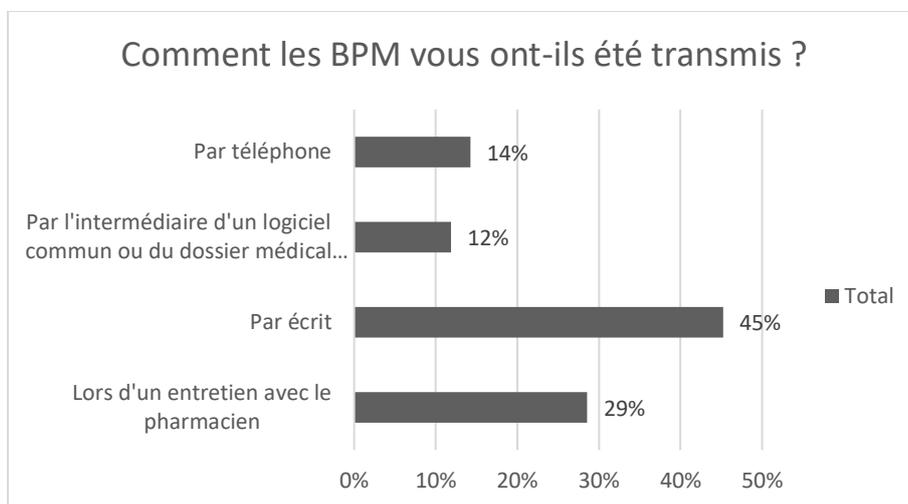


Figure VI : Modalités de transmission des BPM

Selon les médecins ayant reçu ou demandé des BPM, 72% pensaient qu'ils avaient réduit le risque iatrogène, 46% déclaraient qu'ils avaient permis une optimisation thérapeutique, 36% déclaraient qu'ils avaient amélioré l'observance du patient et 21% déclaraient qu'ils avaient amélioré la gestion du stock du patient au domicile. Ils étaient 15% à ne leur avoir trouvé aucun apport.

Une majorité de répondants ont trouvé l'organisation des BPM non satisfaisante. Le taux de satisfaction dépend du nombre de BPM réalisés ($p=0,002$).

		Satisfaction de l'organisation		p-value
		Non, n(%)	Oui, n(%)	
Nombre de BPM réalisés	0 (n=35)	29 (82,9)	6 (17,1)	0,002
	Moins de 5 (n=30)	21 (70)	9 (30)	
	5 ou plus (n=9)	2 (22,2)	7 (77,8)	
	Total	52 (70,3)	22 (29,7)	

Tableau 2 : Satisfaction de l'organisation des BPM selon le nombre réalisé

5. Avis, freins à la réalisation

72% des médecins interrogés se disaient favorables à son utilisation. La proportion montait à 79% chez ceux qui en avaient déjà reçu.

Le positionnement par rapport au BPM est indépendant du fait d'en avoir déjà réalisé ($p=0,40$).

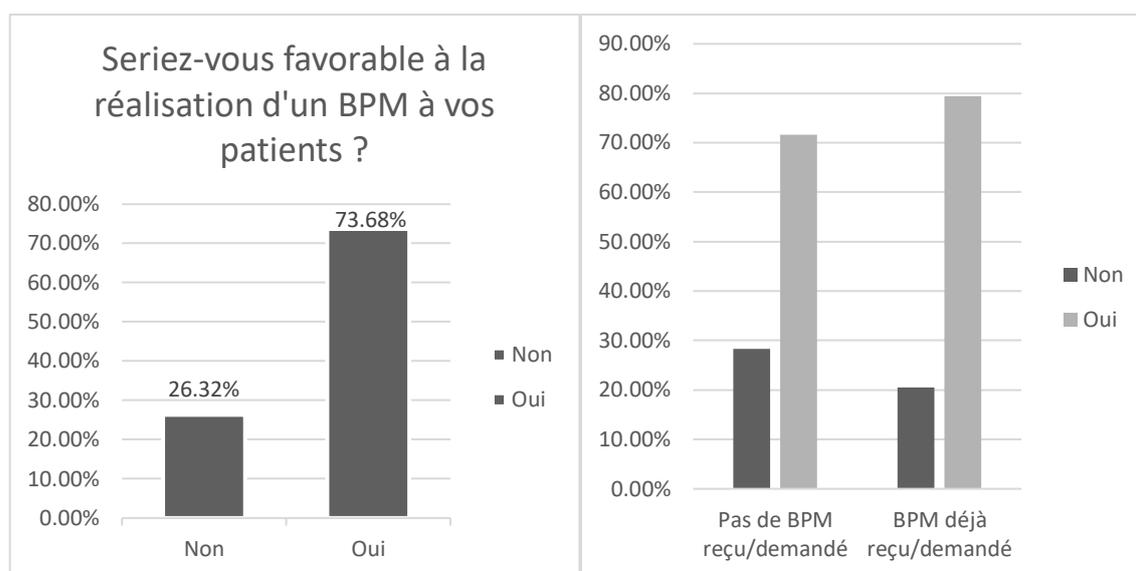


Figure VII : Positionnement du médecin généraliste par rapport au BPM

Les freins identifiés à leur réalisation ont été le manque de temps et le manque de connaissance de l'outil pour 66% et 63% des médecins.

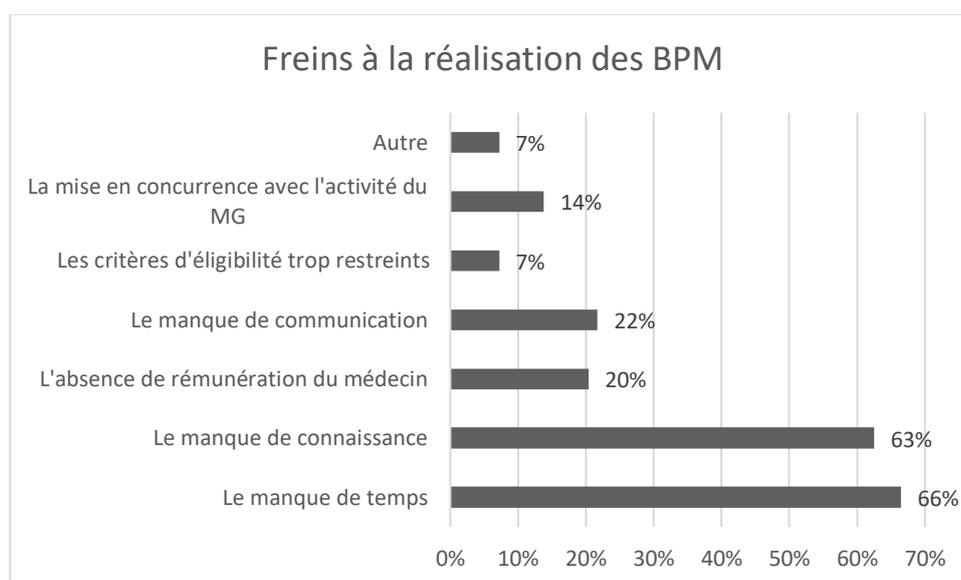


Figure VIII : Freins à la réalisation des BPM

A la question ouverte concernant les raisons pour lesquelles les médecins n'y seraient pas favorables, deux thèmes principaux sont ressortis : le relationnel avec le pharmacien et le sentiment que ce travail était déjà effectué par le médecin généraliste (questionnaire n° 146 : « *beaucoup de nos prescriptions ont des interactions, le pharmacien est très scolaire et déconnecté de notre activité* » ; questionnaire n° 106 « *Je ne vois pas l'intérêt, le temps de la consultation est déjà un BPM* »). Le manque de temps, d'intérêt, et les difficultés d'organisation ont également été soulignés.

Une problématique particulière a été soulignée par l'un des participants, qui a posé la question de l'utilisation du BPM chez les personnes âgées qui sont vues au domicile.

IV. Discussion

1. Principaux résultats

L'étude a montré que 48,7% des médecins interrogés connaissaient le BPM et que 26% y avaient déjà eu recours.

Les médecins se sont montrés majoritairement favorables aux BPM. Les deux thèses précédemment citées retrouvent également une bonne acceptabilité(48,49).

L'organisation des BPM ne semblait pas satisfaisante pour 70% des médecins interrogés. Cette différence entre l'acceptabilité et l'insatisfaction au regard de l'organisation des BPM suppose que la lutte contre les freins à leur utilisation est essentielle à leur développement. Il est intéressant de noter que la majorité des réponders ayant déjà réalisé 5 BPM ou plus trouvent l'organisation satisfaisante, ce qui va dans le sens de l'hypothèse formulée ci-dessus. Nous pouvons également penser que des BPM bien conduits incitent à renouveler l'expérience.

Les deux freins principaux à la réalisation du BPM ont été le manque de temps pour 66% des réponders et le manque de connaissance de l'outil pour 63% des réponders. Le manque de communication avec le pharmacien et l'absence de rémunération du médecin était soulignés pour 22% et 20% des réponders.

La problématique du temps médical est un sujet majeur et fait l'objet de nombreuses propositions pour y répondre, avec la création du métier d'assistant médical, le

développement des infirmier.es en pratiques avancées, la délégation de tâches à d'autres personnels soignants et la tentative de réduction des tâches administratives inutiles.

Le manque de connaissance du BPM est également montré par notre étude. La transmission de l'information s'est faite principalement par le pharmacien. Les structures et réunions d'informations arrivaient loin derrière. Une diffusion plus large par les structures, de l'échelle locale à nationale, et à destination des médecins comme des pharmaciens, pourrait permettre une meilleure diffusion de l'information et ainsi favoriser l'adhésion à l'outil.

Le manque de communication avec le pharmacien n'apparaissait pas comme un facteur limitant pour une majorité, mais dans le cadre du BPM, la concertation et la transmission d'informations, en amont et en aval du bilan, sont primordiales à sa mise en œuvre bien qu'elles ne soient pas obligatoires en amont(50).

2. Forces et faiblesses de l'étude

a) Forces

Les principales forces de notre étude tiennent en son actualité et son originalité. Les BPM sont relativement récents et leur mise en place n'est pas abandonnée. Il existe peu d'études françaises sur ce sujet, et encore moins s'intéressant au point de vue du médecin généraliste. A notre connaissance, une étude qualitative s'est intéressée au sujet (48), et une étude de l'acceptabilité du BPM auprès des généralistes tarnais a été soutenue en 2021(49)

Nous avons obtenu un nombre de réponses correct pour effectuer des analyses et pour un questionnaire en ligne, puisqu'au regard des effectifs des médecins généralistes en ex-Midi-Pyrénées en 2021(51), le taux de réponse enregistré est de 5,7%.

b) Faiblesses

Notre étude présente certaines limites.

L'objectif initial devait être étendu aux médecins généralistes d'Occitanie, mais la diffusion du questionnaire s'est limitée aux médecins de l'ancienne région Midi-Pyrénées.

Le questionnaire était à remplir en ligne, ce qui peut entraîner un biais de sélection des participants. Pour faciliter la réalisation du questionnaire, une identification préalable n'était pas obligatoire. Une même personne a pu ainsi répondre plusieurs fois à l'enquête. Ceci a été limité par l'absence de relance.

Lors de l'analyse, les réponses de certains participants étaient incohérentes avec les réponses précédemment données, ce qui constitue un biais de prévarication. Ce biais aurait pu être limité avec une meilleure conception du questionnaire, en limitant l'accès à certaines questions selon la réponse donnée. Pour certaines parties, cela a été fait.

Dans le questionnaire, une erreur a été identifiée à la question concernant les contacts avec les pharmaciens, où les catégories « quelquefois » et « fréquemment » ont été associées avec le même repère de fréquence « 1 à 2 fois par semaine », ce qui limite l'interprétation de cette donnée. Comparativement aux données démographiques générales en Occitanie, la population ayant répondu au questionnaire était plus jeune de 3,4 ans en moyenne et plus féminine (écart de +15,8%).

3. Le bilan de médication à l'étranger

A l'étranger, le bilan de médication a été introduit il y a plusieurs années, notamment dans les pays anglo-saxons.

Au Royaume-Uni, un guide pour la réalisation des bilans de médication appelé « room for review » a été établi en 2002(52). Il a été évalué en 2005.

Ce guide décrit 4 niveaux parmi les bilans de médication :

- Niveau 0 : une revue des médicaments faite de manière fortuite, non préparée
- Niveau 1 : une revue purement technique de la liste des traitements du patient
- Niveau 2 : une revue des traitements en prenant compte des caractéristiques du patient
- Niveau 3 : une revue complète en face à face avec le patient en le prenant en compte dans sa globalité.

Un guide britannique plus récent décrit 3 types de bilan de médication(53) :

- Type 1 ou « prescription review » : concerne une revue médicamenteuse à partir d'une ordonnance chez un patient donné, sans que ce dernier ne soit présent.
- Type 2 ou « concordance and compliance review » : concerne une revue centrée sur les habitudes du patient, évaluant l'observance et les prises médicamenteuses. Il se pratique idéalement en présence du patient et avec toutes ses ordonnances ainsi que les traitements non soumis à prescription.
- Type 3 ou « clinical medication review » concerne une revue des traitements et des habitudes du patient compte tenu de son état clinique. Le patient doit être présent et

il y a nécessité d'avoir accès à des données complémentaires comme les antécédents ou les biologies récentes.

Le bilan partagé de médication par le pharmacien d'officine en France s'apparente donc à un bilan de médication de niveau 3 et de type 3.

Sur le plan européen, une étude de l'université d'Helsinki chargée de recenser les pratiques européennes des bilans de médication a été publiée en 2014(54). 16 pays sur 25 ayant répondu au questionnaire pratiquaient des bilans de médication. 6 d'entre eux pratiquaient des bilans de médication de type 3, avec à chaque fois des critères d'inclusion des patients. La moitié attribuait une rémunération spécifique à la réalisation d'un bilan de médication de type 3, et deux tiers délivraient une formation préalable.

Un essai contrôlé randomisé réalisé en 2011 en Nouvelle Zélande(55) a montré que l'action du pharmacien au cours d'une revue médicamenteuse amenait une amélioration du *MAI* utilisé pour évaluer le caractère approprié d'une prescription. Il est à noter qu'environ 40% des pharmaciens recrutés ont refusé de participer à l'étude pour des raisons de temps, de locaux inappropriés, ou en raison des relations entretenues avec les médecins.

Dans une étude rétrospective australienne(56), la réalisation d'une revue médicamenteuse par un pharmacien accrédité a également permis de diminuer le *MAI* de manière significative.

Une étude qualitative a été conduite en Irlande à propos des freins et leviers aux bilans de médication, en interrogeant à la fois des pharmaciens et des médecins. Les barrières mises en avant portaient sur la complexité de l'outil, les difficultés relationnelles entre professionnels de santé, le manque de formation, mais également le manque d'implication des patients dans leur thérapie médicamenteuse(57).

Ces limitations sont identiques aux problématiques soulevées dans les études françaises(45,48).

Jokanovic et al.(58) ont effectué une synthèse des revues systématiques de la littérature évaluant l'impact des bilans de médication effectués par le pharmacien dans un cadre ambulatoire. Certaines études ont montré une amélioration de la qualité de vie, de l'adhérence au traitement et des connaissances thérapeutiques du patient. Les hospitalisations non programmées seraient diminuées par les BM de type 3. En incluant tous

les types de bilan de médication, il n'apparaît pas de différence significative en termes d'hospitalisation. Le taux d'application des recommandations est lié au niveau de collaboration entre le pharmacien et le médecin traitant, ce qui est cohérent avec les résultats des études sur les freins et leviers à la réalisation des BM.

Récemment, la Belgique a instauré la revue de médication qui reprend les mêmes principes que le bilan partagé de médication français. La population cible est également identique. La rémunération pour le pharmacien est plus élevée, fixée à 95 euros, et la revue est proposée tous les 2 ans(59).

4. Les autres missions du pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine peut assurer un suivi chez des patients sous certaines thérapeutiques bien ciblées, sans critère d'âge ou de polymédication. Le suivi concerne :

- Les patients asthmatiques sous traitement de fond par corticoïdes inhalés
- Les patients sous anticoagulants oraux directs
- Les patients sous anti-vitamine K
- Les patients sous anticancéreux oraux

Le suivi comprend un entretien d'évaluation, puis deux entretiens au choix dans des thématiques propres à chaque thérapeutique concernée pour la première année, et deux entretiens supplémentaires la deuxième année.

Les entretiens autour des anti-vitamine K ont été les premiers à être évalués et semblent avoir été un succès initial, bien qu'une partie des pharmacies ne souhaitait pas continuer poursuivre les entretiens. On retrouve, comme pour les bilans partagés de médicaments, des freins à la réalisation concernant surtout la rémunération et le temps à y consacrer(60,61).

5. La conciliation médicamenteuse en établissement de santé

La conciliation des traitements médicamenteux est définie par la HAS(62) comme « une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins ». Elle peut avoir lieu à différentes étapes du parcours du patient, de l'admission à la sortie d'établissement. Elle peut comprendre un bilan médicamenteux et propose d'intégrer un volet médicamenteux dans les lettres de liaison de sortie d'hospitalisation, retraçant ce bilan.

La conciliation des traitements médicamenteux est moins codifiée que le bilan partagé de médication et peut ne pas comporter de bilan médicamenteux.

Un étude pilote au sein d'un service de médecine d'urgence gériatrique a montré une très bonne acceptabilité des propositions d'intervention pharmaceutique réalisées lors des conciliations médicamenteuses(63). Une autre étude évaluant la conciliation médicamenteuse en hôpital de jour gériatrique retrouvait un taux de suivi des propositions d'intervention pharmaceutique par les médecins généralistes de 85% ; 40% appliquaient toutes les propositions et 45% les appliquaient partiellement(64).

La conciliation médicamenteuse et le bilan médicamenteux en établissement de santé permettent un meilleur suivi du traitement médicamenteux tout au long de l'hospitalisation. Le cadre sécurisant de l'hospitalisation favorise l'adaptation de traitements parfois difficiles à surveiller au domicile comme les diurétiques et peuvent faciliter la réduction de traitements difficiles à sevrer comme les benzodiazépines, en s'appuyant sur les recommandations établies à la sortie d'hospitalisation(65).

6. La relation pharmacien-médecin

Les relations entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine sont complexes et peuvent être limitées par des représentations clivantes des fonctions de chacun des corps de métier. Les questions ouvertes du questionnaire réalisé ici ont donné lieu des réflexions dénigrant la profession de pharmacien. Ces dernières sont cependant très minoritaires. Une étude qualitative menée en 2022 interrogeait les médecins généralistes sur la communication avec les pharmaciens à propos des ordonnances de patients âgés polymédiqués résidant en EHPAD(66). Ceux-ci les jugeaient positivement. Les échanges étaient surtout téléphoniques et centrés sur des problèmes relatifs à la prescription. Ils restaient assez rares. Les rencontres et formations communes contribueraient à l'amélioration des échanges interprofessionnels. Les enseignements communs et l'accueil de stagiaires pharmaciens chez les médecins et inversement se développent et s'inscrivent dans cette optique d'amélioration des rapports entre professionnels de santé(67). La participation des pharmaciens à une MSP renforce leur point de vue favorable sur les médecins concernant les buts et objectifs communs et la confiance en l'expertise du médecin(68).

Le travail en commun est bénéfique et contribue à l'amélioration de la prise en charge du patient. Des cercles de qualité médecin/pharmaciens pour la prescription sur la base d'une collaboration volontaire ont montré une diminution du coût des médicaments par patient, et un cercle centré sur l'antibiothérapie rationnelle a montré une diminution de la prescription de quinolones(69).

7. Conclusion générale

L'enquête menée auprès des médecins généralistes de l'ex région Midi-Pyrénées visait à dresser un état des lieux de la connaissance et de l'utilisation du BPM.

5 ans après sa mise en place, près de la moitié des médecins interrogés ne connaissait pas le dispositif et ils étaient seulement un quart à l'avoir déjà utilisé. La connaissance du BPM est plus élevée chez les médecins exerçant au sein d'une structure pluriprofessionnelle coordonnée. Le pharmacien s'est révélé le principal initiateur des BPM, que ce soit dans leur réalisation effective ou pour l'information de l'existence de ces derniers.

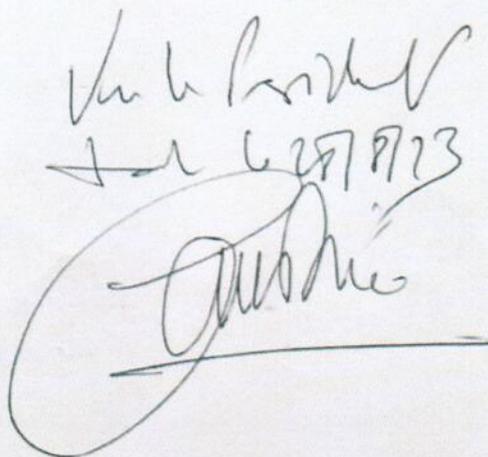
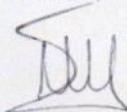
72% des médecins étaient favorables à la réalisation de BPM à leurs patients. Les freins rencontrés étaient principalement le manque de connaissance de l'outil et le manque de temps, suivis par la question de la rémunération du médecin et du manque de communication avec le pharmacien. Ces freins sont autant de leviers à leur réalisation, et ce d'autant plus que le BPM dans sa conception théorique semble bien accepté.

Ces résultats peuvent ouvrir la voie à d'autres études similaires, à l'échelle d'autres régions ou nationale. Il pourrait être intéressant de s'intéresser aux conditions de réalisation des BPM chez les médecins satisfaits de l'organisation.

Toulouse, le 28/09/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



Références

1. Bilan démographique 2021 - Insee Première - 1889 [Internet]. [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136#titre-bloc-29>
2. Nathalie Blanpain, Guillemette Buisson. Projections de population 2013-2070 pour la France : méthode et principaux résultats - Documents de travail - F1606 | Insee [Internet]. 2016 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2400057>
3. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
4. Haute Autorité de Santé HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
5. World Health Organization. Multimorbidity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cité 7 mai 2023]. 28 p. (Technical Series on Safer Primary Care). Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252275>
6. Coste J, Valderas JM, Carcaillon-Bentata L. The epidemiology of multimorbidity in France: Variations by gender, age and socioeconomic factors, and implications for surveillance and prevention. PLOS ONE. 6 avr 2022;17(4):e0265842.
7. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, Kneip T, Korbmacher J, Malter F, et al. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Int J Epidemiol. août 2013;42(4):992-1001.
8. Midão L, Giardini A, Menditto E, Kardas P, Costa E. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. Arch Gerontol Geriatr. 1 sept 2018;78:213-20.
9. DREES. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Etudes Résultats. 2005;(440).
10. L'Assurance Maladie. Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par type de prescripteur - Medic'AM - en cumul annuel 2022 [Internet]. 2022 [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/medicaments-type-prescripteur-medicam>
11. DREES. Les comptes nationaux de la santé en 2004. Etudes Résultats. 2004;(413).
12. DREES. Les dépenses de la santé en 2021 [Internet]. 2022 [cité 10 mai 2023] p. 273. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/CNS2022MAJ280423.pdf>
13. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. Etudes Résultats. 2004;(315).
14. HAS. Les logiciels d'aide à la prescription (LAP) en médecine ambulatoire certifiés. 29 sept 2020 [cité 10 mai 2023]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_672760/fr/les-logiciels-d-aide-a-la-prescription-lap-en-medecine-ambulatoire-certifies
15. Article R161-76-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038956277/2019-08-23
16. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. mars 2015;44(2):213-8.

17. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):323-36.
18. STOPP/START version 2 informatisée [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <http://stopstart.free.fr/>
19. Bihan CML. Évaluation de l'utilisation de l'outil STOPP/START chez les médecins généralistes : étude TAPAGE. 7 janv 2021;55.
20. Faucal S de. Évaluation d'un programme de Développement Professionnel Continu traitant de la rationalisation de l'antibiothérapie en soins primaires : promotion et évaluation de l'outil d'aide à la prescription d'une antibiothérapie en soins primaires, *Antibioclic*©. 23 mai 2017;95.
21. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol*. oct 1992;45(10):1045-51.
22. Zacarin A, Strumia M, Piau A, Bagheri H. Les médicaments potentiellement inappropriés : adaptation de la liste EU(7)PIM à la pratique médicale française. *Therapies*. 1 nov 2020;75(6):663-73.
23. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. *Ageing Health Tech Rep*. 2004;5.
24. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 10 oct 2017;17(1):230.
25. Geneva: World Health Organization. Medication Safety in Polypharmacy. 2019.
26. Mathilde Courtois. Etude observationnelle de la polymédication chez le patient de 50 à 74ans en médecine générale. [Internet]. [Limoges]: Université de Limoges; 2017 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-75850>
27. Marlène Monégat, Catherine Sermet. La polymédication : définitions, mesures et enjeux *Revue de la littérature et tests de mesure* [Internet]. 2014 [cité 21 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
28. Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc*. 1 nov 2017;57(6):729-738.e10.
29. Zelko E, Klemenc-Ketis Z, Tusek-Bunc K. Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: a systematic review of existing studies. *Mater Socio-Medica*. avr 2016;28(2):129-32.
30. Tesson C. Défaut d'observance et polymédication: étude quantitative en officine chez les patients âgés autonomes [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2017.
31. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, et al. Medication Non-Adherence Among Elderly Patients Newly Discharged and Receiving Polypharmacy. *Drugs Aging*. 1 avr 2014;31(4):283-9.
32. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. [Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 16 juin 2001;30(21):1044-8.
33. Létinier L, Cossin S, Mansiaux Y, Arnaud M, Salvo F, Bezin J, et al. Risk of Drug-Drug Interactions in Out-Hospital Drug Dispensings in France: Results From the DRUG-Drug Interaction Prevalence Study. *Front Pharmacol*. 22 mars 2019;10:265.
34. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. *BMC Med*. 7 avr 2015;13(1):74.

35. Gonzaga de Andrade Santos TN, Mendonça da Cruz Macieira G, Cardoso Sodré Alves BM, Onozato T, Cunha Cardoso G, Ferreira Nascimento MT, et al. Prevalence of clinically manifested drug interactions in hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(7):e0235353.
36. Etude IATROSTAT [Internet]. RESEAU FRANCAIS DES CENTRES REGIONAUX DE PHARMACOVIGILANCE. 2022 [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.rfcrpv.fr/etude-iatrostat/>
37. CRPV. EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque, sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux. Bordeaux; 2007 déc.
38. Collège National de Enseignants de Gériatrie. Cours - Le vieillissement humain [Internet]. 2010 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2014/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/3.html#3>
39. Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert Opin Drug Saf*. 2 déc 2018;17(12):1185-96.
40. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero Á, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. juill 2018;84(7):1432-44.
41. Article R5125-33-6 - Code de la santé publique [Internet]. Code de la santé publique. Sect. Section 2 : Exercice de la profession de pharmacien (Articles R5125-33-5 à R5125-44) oct 6, 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037468363/2021-05-31
42. 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.
43. ameli.fr [Internet]. 2022 [cité 30 mars 2023]. Accompagnement pharmaceutique des patients âgés polymédiqués. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/ariege/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication>
44. HAS. Recommandations de bonnes pratiques - Le risque médicamenteux au domicile. 2019 [cité 10 mai 2023]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/diqasm_sr_guide_medicament_dom_publi.pdf
45. Mongaret C, Daguet-Gallois A, Chopard V, Aubert L, Lestrille A, Malblanc S, et al. Freins et leviers à la réalisation des bilans partagés de médication en officine : retour sur une expérimentation dans la région Grand Est. *Ann Pharm Fr*. 1 mars 2021;79(2):119-24.
46. BONNAN Dylan. Le Bilan Partagé de Médication. Evaluation qualitative et quantitative de son application depuis 2018. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2021.
47. Kone R, Chicoulaa B. Bilans de médication par le pharmacien d'officine ; analyse de l'application des propositions pharmaceutiques par le médecin généraliste en Occitanie. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2018.
48. MAINO B. Le Bilan de médication partagé : ressenti des médecins généralistes. Tours; 2020.
49. Espenan M. Acceptabilité par les médecins généralistes des bilans partagés de médication : étude quantitative dans le Tarn. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2021.
50. Qassem S, Mouchoux C, Eyvrard F, Tesquet N, Rouch L, McCambridge C, et al. Le bilan de médication en soins primaires chez les plus de 65 ans. *Actual Pharm*. 1 janv 2018;57(572):37-9.
51. Effectif et densité de professionnels de santé libéraux par département - 2016 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/densite-professionnels-sante-liberaux-departement>

52. Shaw J, Seal R, Pilling M. Task force on medicines partnership and the national collaborative medicines management services programme. Room Rev- Guide Medicat Rev Agenda Patients Pract Manag Lond Med Partnersh. 2002;
53. Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R. A guide to medication review. 2008.
54. Bulajeva A, Labberton L, Leikola S, Pohjanoksa-Mäntylä M, Geurts MME, de Gier JJ, et al. Medication review practices in European countries. *Res Soc Adm Pharm.* 1 sept 2014;10(5):731-40.
55. Bryant LJM, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner–Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *Int J Pharm Pract.* 1 avr 2011;19(2):94-105.
56. Castelino RL, Bajorek BV, Chen TF. Retrospective evaluation of home medicines review by pharmacists in older Australian patients using the medication appropriateness index. *Ann Pharmacother.* déc 2010;44(12):1922-9.
57. Redmond P, Munir K, Alabi O, Grimes T, Clyne B, Hughes C, et al. Barriers and facilitators of medicines reconciliation at transitions of care in Ireland – a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 23 juin 2020;21(1):116.
58. Jokanovic N, Tan ECK, Sudhakaran S, Kirkpatrick CM, Dooley MJ, Ryan-Atwood TE, et al. Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. *Res Soc Adm Pharm.* 1 juill 2017;13(4):661-85.
59. Ghilain H. Revue de médication par le pharmacien de référence : contexte et infos pratiques [Internet]. Le Collège de Médecine Générale. 2023 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.lecmg.be/revue-de-medication-par-le-pharmacien-de-reference-contexte-et-infos-pratiques/>
60. Amélioration de l'observance des patients sous AVK grâce aux entretiens pharmaceutiques [Internet]. USPO. 2017 [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://uspo.fr/amelioration-de-lobservance-des-patients-sous-avk-grace-aux-entretiens-pharmaceutiques/>
61. Julien L. Entretiens pharmaceutiques chez les patients asthmatiques: une nécessité ? [Thèse d'exercice]. [Toulouse]. Faculté des sciences pharmaceutiques (....-2017, France]: Université Paul Sabatier; 2016.
62. Haute Autorité de Santé HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante
63. Castagné E. Conciliation et revue des médicaments au sein de l'unité de Médecine d'Urgence de la Personne Âgée : étude pilote MUPA-CREM [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1606/>
64. Bernachy J. Conciliation médicamenteuse et optimisation thérapeutique en hôpital de jour gériatrique : évaluation du suivi des propositions en médecine ambulatoire. 9 déc 2022;147.
65. Kerebel-Bucovaz D. Quels sont les déterminants des modifications thérapeutiques réalisées après la sortie d'une hospitalisation avec conciliation médicamenteuse ? Le point de vue des médecins généralistes. 5 juin 2019;42.
66. VERNAY J. Facteurs influençant la communication entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine, selon les médecins généralistes [Internet]. Université de Lille; 2022 [cité 7 juin 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM201.pdf
67. Algayres L, Fournier C. Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. 7 avr 2017;100.

68. Clet E. Impact du regroupement pluriprofessionnel en maison de santé sur la collaboration entre les médecins et les pharmaciens d'officine. 13 mars 2020;107.
69. Locca JF, Krähenbühl JM, Niquille A, Figueiredo H, Bugnon O. Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. Rev Med Suisse. 25 nov 2009;227(43):2382-7.

AUTEUR : Victor THOMAS

TITRE : Connaissance et utilisation des bilans partagés de médication : enquête auprès des médecins généralistes de la région ex-Midi-Pyrénées.

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Michel BISMUTH

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 12 septembre 2023 à Toulouse

La polymédication est fréquente chez la personne âgée. Elle favorise la mauvaise observance, les interactions médicamenteuses et les événements indésirables médicamenteux, pouvant conduire à une hospitalisation. Le bilan partagé de médication (BPM) est un entretien structuré mené par le pharmacien chez les personnes âgées polymédiquées. Ses objectifs principaux attendus sont l'optimisation thérapeutique, l'identification des interactions médicamenteuses et la vérification de la bonne observance. Mis en place en 2018, il reste peu utilisé. L'objectif principal de notre travail était d'évaluer la connaissance du BPM chez les médecins généralistes de la région ex-Midi-Pyrénées. L'objectif secondaire était de déterminer les freins et leviers à leur réalisation. Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive au moyen d'un questionnaire auto-administré à destination des médecins généralistes d'Occitanie. Les résultats ont été analysés avec le logiciel Excel et une adaptation en ligne du logiciel R. 48,7% des médecins interrogés connaissaient l'existence du BPM et 26% l'avaient déjà utilisé. L'organisation des BPM n'était pas satisfaisante pour 70% des répondeurs, mais 72% étaient favorables à leur utilisation. Les principaux freins relevés ont été le manque de connaissance de l'outil et le manque de temps. Le BPM est un outil encore peu connu et utilisé. Il met en avant les compétences du pharmacien et développe l'interprofessionnalité dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins délivrés au patient. Une meilleure information aux professionnels de santé permettrait au BPM de mieux se déployer bien que le manque de temps à y consacrer reste un frein important.

Knowledge and use of shared medication assessments: survey of general practitioners in the former Midi-Pyrénées region

Polypharmacy is common in the elderly. It is promoting poor compliance, drug interactions and adverse drug events, which can lead to hospitalization. Medication review is a structured interview conducted by the pharmacist in the elderly with polypharmacy. Its main expected objectives are therapeutic optimization, identification of drug interactions and verification of good compliance. Set up in 2018, it remains underused. The primary objective of our work was to assess the knowledge of medication review among general practitioners in the former Midi-Pyrénées region. The secondary objective was to determine the barriers and facilitators to their achievement. We conducted a descriptive observational study using a self-administered questionnaire addressed to general practitioners. Results were analyzed with Excel[®] software and an online adaptation of R software. 48.7% of the doctors questioned were aware of the existence of the shared medication review and 26% had already used it. The set-up of medication reviews was not appropriate for 70% of respondents, but 72% are supportive of its use. Main barriers noted were the lack of knowledge of the tool and the lack of time. Medication Review is a tool that is still little known and used. It highlights the skills of the pharmacist and develops interprofessional collaboration in order to improve the quality of care delivered to the patient. Better information for health professionals, could help promoting this tool and therefore encourage its use, although the lack of time remains a major obstacle.

Keywords: medication review, polypharmacy, interprofessional collaboration, elderly

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France