



HAL
open science

**Place de la conciliation médicamenteuse de sortie du
sujet âge de plus de 75 ans en soins primaires : étude
qualitative auprès de médecins généralistes des
Alpes-Maritimes**

Déborah Li Vigni

► **To cite this version:**

Déborah Li Vigni. Place de la conciliation médicamenteuse de sortie du sujet âge de plus de 75 ans en soins primaires : étude qualitative auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01632806

HAL Id: dumas-01632806

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01632806>

Submitted on 10 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE**

**PLACE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DE SORTIE DU SUJET AGE DE
PLUS DE 75 ANS EN SOINS PRIMAIRES : ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE
MEDECINS GENERALISTES DES ALPES-MARITIMES**

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Par LI VIGNI Déborah

Née le 18 Novembre 1989

Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2017

Membres du jury

Président du jury

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Asseseurs

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Cyprien ARLAUD

**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE**

**PLACE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DE SORTIE DU SUJET AGE DE
PLUS DE 75 ANS EN SOINS PRIMAIRES : ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE
MEDECINS GENERALISTES DES ALPES-MARITIMES**

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Par LI VIGNI Déborah

Née le 18 Novembre 1989

Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2017

Membres du jury

Président du jury	Monsieur le Professeur Olivier GUERIN
Assesseurs	Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER Monsieur le Professeur Pascal STACCINI
Directeur de thèse	Monsieur le Docteur Cyprien ARLAUD

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. GRIMAUD Dominique	

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxillo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Olivier GUERIN,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de m'accueillir au sein de la belle équipe de gériatres de Cimiez. Soyez assuré de mes considérations les plus respectueuses.

À Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury. Merci infiniment pour vos nombreux enseignements et votre pédagogie pendant ces trois ans d'internat.

À Monsieur le Professeur Pascal STACCINI,

Je vous suis reconnaissante de me faire l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus respectueux.

À Monsieur le Docteur Cyprien ARLAUD,

Merci infiniment pour ta présence, tes conseils et la confiance que tu as placée en moi. Je te remercie également d'avoir trouvé les mots pour me reconforter et me remotiver dans les moments d'angoisse et d'incertitude. Soit assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

À ma famille,

À mes parents, vous avez relevé des défis pour que mes sœurs et moi ne manquions de rien. Merci pour ce que vous avez fait et que vous continuez de faire. Je sais que je ne suis pas la fille la plus expressive sentimentalement parlant, mais sachez que je vous chéris du plus profond de mon être. Papa, Maman, je vous aime.

À mes petites sœurs, on a en a passé du temps à se crêper le chignon, à se lancer des « si t'arrêtes, j'arrête ». Certains moments ont été difficiles, aujourd'hui je suis heureuse de notre proximité et de la famille que nous formons. Vous avez trouvé l'Amour auprès des Bryan, les meilleurs beaux-frères au monde ! Barbara, Valentine, je vous aime.

À mon Parrain, notre relation de parrain et filleule paraît parfois timide par notre discrétion sentimentale, mais tu tiens une place importante, tu es pour moi une personne exemplaire.

Ton bonheur auprès de Cindy et Léandre fait aussi partie des plus belles choses qui me soient arrivées ces dernières années. Tu le mérites sincèrement. Parrain, je t'aime.

À *mes grand parents, mes oncles, mes tantes, mes cousin(e)s*, bien évidemment que je vous aime aussi. Nous avons passé des épreuves, mais qui n'en passe pas ? L'important c'est qu'on se retrouve et de manière toujours aussi délurée (« Buon Natale ») pour des repas interminables et des karaokés de folie.

À *Anne-Laure et Eloy*, merci de supporter les deux spécimens. Merci surtout de les rendre heureux à vos côtés.

Agli altri rimasti in Italia, vi voglio tanto bene e siete sempre nel mio cuore anche se non ci vediamo da tanto tempo...

À mes amis,

À *ma catchou Julie*, toujours là quand il faut dans les bons moments comme les mauvais. Une première approche quelque peu... originale pour une amitié extraordinaire ! Tu vas me manquer ces prochains mois, promis je viendrai te voir à Lyon et tu seras toujours la bienvenue chez moi.

À *Célia et Diane*, les exilées à Montpellier. Le trio de choc est, et restera toujours, vous me manquez.

À *Céline ma jumelle, Vincent, Charles et Guigui*, la belle équipe qui a débarqué au Cap Ferret. On remet ça quand vous voulez, j'ai encore des petites cuillères sexy raffinées en stock.

À *Shitou et Camille*, merci d'être toujours aussi délurés depuis ces nombreuses années. Une pelleteuse la gueuze ?

À *Marine ma coloc'* pour toujours et de loin la meilleure, ainsi qu'à toute l'équipe fidèle du nouvel an et autres soirées apparentées : *Lilou, Martin (mon fiiiiils), Etienne, Ben, etc...*
Merci pour ce grain de folie douce et tout cet amour que vous distribuez.

À *Elodie, Alexia, Peyo, Johanna, Fanny, Wilfried, Benjamin*, devenus de véritables amis depuis « the place to be » : Free Juice team !!!

À *Marion*, mon acolyte de la P2. Je suis tellement contente que tu aies trouvé ton bonheur et que tu nous aies pondu cet adorable petit Gaël !

À *mon Dadou*, mon confident, mon pilier. Tu as pris tellement de place en si peu de temps. Je n'aurais jamais pu traverser tout cela sans toi.

À mes cointernes,

À *la team du SAU, Marie S, Anne, Marie D, Manon, Raph, Greg, Raf, Max, Fabien, Christophe, Denis et Pauline*, un semestre fou fou fou à vos côtés, coupe de la meilleure ambiance !

À *Florence et Cécilia*, mes camarades de gériatrie et le reste de *l'équipe de Cimiez*.

À *mes cogeaspeurs*, c'était un réel plaisir de « grandir » à vos côtés durant ces trois années.

À mes maîtres de stage et tous ceux que j'ai croisés pendant mon internat,

J'ai eu la chance de tomber sur des personnes formidables tout au long de mes différents stages. Vous m'avez tous tellement appris et je vous en suis profondément reconnaissante. Spéciale dédicace à *Jean-Michel Turpin*, merci de m'avoir fait basculer dans le monde du DESC de gériatrie et de me faire confiance pour les prochains mois.

Aux acteurs de cette étude,

Aux pharmaciens du CHU et en particulier au Dr Rémy Collomp, Katia Muller et Camille, merci de votre implication au sein de cette expérience et de vos précieux conseils.

À *tous les participants de cette étude*, merci de m'avoir accordé votre temps pour les entretiens, temps souvent si précieux dans ce beau métier qu'est la médecine générale.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	14
I. Vieillessement de la population.....	14
II. Consommation médicamenteuse et risque iatrogène.....	14
III. Outils disponibles.....	14
IV. Conciliation médicamenteuse.....	15
V. Hypothèse et objectif de l'étude.....	16
MATERIELS ET METHODES.....	17
I. Type d'étude et population.....	17
II. Outils.....	17
III. Déroulement des entretiens.....	18
IV. Analyse des données.....	18
V. Bibliographie.....	18
RESULTATS.....	19
I. Données quantitatives.....	19
II. Données qualitatives.....	19
1. Processus méconnu.....	19
2. Intérêts de la CMS perçus par les médecins généralistes.....	20
3. Interrogations soulevées.....	21
4. Place du médecin généraliste au sein de la CMS.....	24
5. Vers une conciliation médicamenteuse ambulatoire ?.....	25
DISCUSSION.....	27
I. Validité interne.....	27
II. Validité externe.....	27
III. Perspectives.....	30
CONCLUSION.....	32
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	33
ANNEXES.....	37
Annexe 1 : Modèle de fiche de conciliation médicamenteuse de sortie.....	37
Annexe 2 : Questionnaire de recueil des données sociodémographiques et professionnelles.....	38
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	39
Annexe 4 : Modèle de consentement écrit des participants.....	41
Annexe 5 : Caractéristiques des participants de l'étude.....	42
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	43

ABREVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

CMS : Conciliation Médicamenteuse de Sortie

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

CHU : Centre hospitalier universitaire

M1...16 : Médecin classé par ordre chronologique de date d'interrogation

HAD : Hospitalisation A Domicile

TIC : Technologies d'Information et de Communication

DMP : Dossier Médical Partagé

EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée

DMS : Durée Moyenne de Séjour

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INTRODUCTION

I. Vieillessement de la population

Les études démographiques mettent en évidence un vieillissement de la population : au 1er janvier 2017, les estimations de la population française comptent 66,9 millions d'habitants dont 9,1% âgés de 75 ans [1]. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), quel que soit l'évolution de la fécondité, des migrations ou de la mortalité, cette tendance se maintiendra dans les prochaines années, cela étant lié à la génération baby-boom et à l'augmentation de l'espérance de vie. Ainsi, on estime qu'en 2070 la population française sera de 76,4 millions d'habitants dont 17,9% âgés de plus de 75 ans [2].

Concernant le département des Alpes-Maritimes, il compte une proportion plus importante de séniors par rapport à la moyenne nationale : en 2014 on estimait que 12,2% de la population du département était âgée de plus de 75 ans versus 9,1% en France [3].

II. Consommation médicamenteuse et risque iatrogénique

Il existe une augmentation de la consommation médicamenteuse avec l'âge. En effet, les sujets de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée. Ce chiffre s'élève à 4,4 pour les sujets âgés de 80 ans et plus [4].

Les modifications physiologiques liées à l'âge et cette poly médication, dont le premier déterminant est la poly pathologie, elle-même fortement liée au vieillissement, sont des facteurs de risque d'iatrogénie médicamenteuse. En France, elle représente un réel problème de santé publique avec une mortalité et un coût économique considérables : elle serait responsable de près de 10% des hospitalisations du sujet âgé, 20% chez les octogénaires. On estime entre 13 000 et 32 000 décès par an liés à une mauvaise utilisation des médicaments, dont 8000 décès liés à des interactions nocives entre molécules [4].

III. Outils disponibles

De nombreux auteurs s'intéressent à la prescription de médicaments inappropriés chez la personne âgée avec publication d'outils d'aide à la prescription afin de minimiser le risque iatrogène.

En 1991, Beers et al ont proposé des critères explicites identifiant les médicaments à éviter chez le sujet âgé, réactualisés en 2015 [5]. En 2009, la liste de Laroche, plus adaptée à la pratique française, est publiée [6]. Plus récemment en 2015, une équipe francophone a édité l'adaptation d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse potentiellement

inappropriée chez la personne âgée issu d'une étude irlandaise : les critères STOPP/START [7].

Cependant, ces outils restent peu connus et peu utilisés en soins primaires. Une étude qualitative belge menée auprès de médecins généralistes au sujet de l'utilisation des critères STOPP/START pointait le manque de pertinence et d'utilité de l'outil, ainsi que son caractère chronophage, le rendant non adapté aux soins primaires. Les médecins généralistes proposaient alors une version informatique de l'outil ou une collaboration pluridisciplinaire pour la pratique quotidienne [8].

IV. Conciliation médicamenteuse

Il existe une dimension internationale de la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. En effet, en 2007 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en place le projet High5s dont l'objectif est de « *réduire de manière significative, soutenue et mesurable la fréquence de cinq problèmes de sécurité prioritaires pour le patient* » [9].

Parmi ces cinq problèmes, deux ont été retenus en France dont « la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soin », donnant naissance au projet MEDREC (medication reconciliation) piloté en France par la Haute Autorité de Santé (HAS) sous le nom de conciliation médicamenteuse [9].

La conciliation médicamenteuse est donc un concept récent, défini par la HAS comme « *un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.* » [9].

La conciliation médicamenteuse d'entrée consiste à réaliser une liste exhaustive de tous les traitements pris par le patient, prescrits ou non, à partir de plusieurs sources (médecin traitant, pharmacien, infirmière,...). Son efficacité a été démontrée par plusieurs études. En 2010 aux Etats-Unis, une étude prospective incluant 651 patients a mis en évidence 309 erreurs médicamenteuses sur 5701 lignes de prescription analysées chez plus d'un tiers (35.9%) des patients. Chez ces patients, 85% des erreurs médicamenteuses provenaient de l'historique médicamenteux, la moitié était des omissions et 11.7% ont été classées comme potentiellement dangereuses [10].

En 2016 en France, une autre étude prospective incluant 200 patients a mis en évidence 316 divergences chez 117 patients (58.5%) ; l'omission était aussi la principale erreur (58%) [11].

La conciliation médicamenteuse de sortie consiste à formaliser la liste complète des médicaments à poursuivre à la sortie du patient hospitalisé. D'autres informations ou commentaires peuvent y être associés pour faciliter la compréhension du traitement. Cette liste est transmise aux professionnels de santé d'aval (médecin traitant, pharmacien d'officine, établissement de santé, EHPAD) et au patient si ses capacités cognitives et son état de conscience le permettent au cours d'un entretien individuel d'éducation thérapeutique.

La conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée et à la sortie de l'hôpital permettrait d'après plusieurs études de maintenir les optimisations thérapeutiques réalisées lors de l'hospitalisation [12], diminuer les ré-hospitalisations précoces du patient, impactant de manière positive un indicateur de qualité des hôpitaux [13]. Plusieurs projets de recherche soutenus par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) sont actuellement en cours pour évaluer son intérêt dont REVPHIM pour évaluer l'impact de la conciliation de sortie [14].

V. Hypothèse et objectif de l'étude

Devant ces constatations, il semblerait que la conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) permette également d'améliorer le lien hôpital-ville, en passant par la collaboration médecin-pharmacien centrée sur le patient, et en particulier le sujet âgé. Cependant, à notre connaissance au début de ce travail, et bien que le médecin généraliste soit au cœur du parcours de soin du patient, à ce jour n'a recueilli l'opinion des médecins généralistes. L'objectif de notre étude est d'explorer la perception de la conciliation médicamenteuse de sortie chez le sujet âgé de plus de 75 ans auprès des médecins généralistes, afin d'identifier leurs besoins et les freins d'un tel processus, puis leurs perspectives en ambulatoire.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude et population

Une étude observationnelle qualitative a été menée auprès de seize médecins généralistes de février à juin 2017, dans le département des Alpes-Maritimes (France).

Nous avons privilégié la démarche qualitative afin d'explorer de manière non directive les impressions des médecins généralistes au sujet de la conciliation médicamenteuse, et d'en dégager des informations conduisant à des pistes à approfondir ultérieurement en vue d'améliorer ce nouveau processus.

Les critères d'inclusion étaient de pratiquer une activité ambulatoire de médecine générale, libérale ou salariée, dans les Alpes-Maritimes.

Le recrutement des participants a été réalisé de manière aléatoire, par téléphone, à partir des pages jaunes des Alpes-Maritimes (médecins n'ayant jamais reçu de fiche de conciliation) et de la liste des médecins traitants ayant été destinataires, au moins 15 jours auparavant, d'une fiche de conciliation médicamenteuse de sortie du service de Médecine Interne Gériatrique du CHU de Nice (court séjour).

Les fiches de conciliation médicamenteuse de sortie (Annexe 1) concernaient des patients ayant été hospitalisés dans ce service durant la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 mars 2017, sortant au domicile ou en EHPAD, et elles étaient réalisées par l'enquêtrice, en collaboration avec les pharmaciens du pôle, après avoir été formée au contact des pharmaciens cliniciens du CHU de Nice et de Marseille. Elles étaient ensuite envoyées par courrier postal au médecin traitant du patient (associée au compte rendu d'hospitalisation) et à son pharmacien d'officine référent.

Une répartition homogène sur le territoire des Alpes-Maritimes a été recherchée en adaptant au fur et à mesure des entretiens la localité de recrutement.

II. Outils

Un guide d'entretien a été élaboré à partir des éléments bibliographiques à notre disposition, avec l'aide des pharmaciens cliniciens du CHU de Nice, d'un référent étude qualitative de département d'enseignement et de recherche de médecine générale (DERMG) de la Faculté de Médecine de Nice et de deux médecins généralistes. Il déterminait dans une première partie les éléments sociodémographiques et professionnels des participants (Annexe 2). Ces informations permettaient aussi d'orienter le recrutement des médecins pour les entretiens suivants afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible. Puis dans une seconde partie (Annexe 3) a réalisé l'état des lieux actuel concernant la réception des modifications

thérapeutiques au décours d'une hospitalisation et a exploré les attentes des participants, les freins et les perspectives d'évolution qu'ils identifient dans le processus de CMS.

Ce guide a été enrichi au fil des entretiens sur un mode progressif et additif de façon à explorer auprès des nouveaux participants toutes les idées ou suggestions émises par les précédents.

Conscients que la CMS soit peu connue en raison de son caractère récent et sa faible diffusion, nous avons fait visionner pendant l'entretien une vidéo explicative sur la conciliation médicamenteuse, après accord des auteurs [15].

III. Déroulement de l'entretien

Après la prise de contact téléphonique initiale, un rendez-vous était fixé selon les disponibilités du médecin pour la réalisation de l'entretien. Les participants étaient interrogés par l'enquêtrice au sein de leur cabinet au cours d'un entretien individuel semi-dirigé.

L'enregistrement audio des entretiens était réalisé avec le smartphone de l'enquêtrice, sous couvert d'anonymat après recueil du consentement écrit du participant (Annexe 4). Ces entretiens étaient basés sur un guide d'entretien et le visionnage d'une vidéo, et ont été menés jusqu'à saturation théorique des données.

IV. Analyse des données

Les données audio des entretiens ont été retranscrites verbatim manuellement sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word®2016). Une analyse thématique de contenu a été effectuée par procédure inductive via le logiciel NVivo11® conduisant à la réalisation d'une grille de lecture. Après un pré-codage, l'enquêtrice comparait et regroupait les sous-catégories en dimensions plus larges, pour faire ressortir des thèmes selon la méthode du codage axial.

V. Bibliographie

La recherche bibliographique concernant cette étude a été réalisée sur la base de données Pubmed® à partir des mots clés « medication reconciliation ; elderly people ; ambulatory care ; primary care » et sur Google Scholar® avec les mots clés « conciliation médicamenteuse de sortie ; patients âgés ; médecins généralistes ». Les articles pertinents trouvés ont été archivés et classés à l'aide du logiciel Zotero®.

RESULTATS

I. Données quantitatives

La saturation des données a été obtenue au treizième entretien, la réalisation de 3 entretiens supplémentaires a permis de le vérifier.

Seize médecins généralistes ont participé à l'étude, onze hommes et cinq femmes. L'âge moyen était de 53,3 ans (entre 31 et 74 ans ; médiane = 59,5). Tous avaient une activité libérale et une majorité d'entre eux (douze) exerçait en milieu urbain. La moitié des médecins interrogés a été destinataire d'au moins une fiche de CMS en provenance du service de Médecine Interne Gériatrique du CHU de Nice.

La proportion de sujets âgés déclarée parmi leur patientèle était en moyenne de 36%. La durée moyenne des entretiens était de 14 minutes, ils variaient de 8 minutes à 25 minutes.

Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau en Annexe 5.

II. Données qualitatives

1. Processus méconnu

Un seul médecin a déclaré avoir connaissance du processus de conciliation médicamenteuse de sortie : « *J'en ai déjà entendu parler parce que dans la revue Prescrire® il y a quelques expériences qui se font dans certains centres universitaires* » (M13). Les huit médecins ayant été destinataires d'une fiche de conciliation de sortie d'hospitalisation affirmaient n'en avoir eu aucune expérience, de même pour les autres médecins interrogés : « *Je n'ai aucune idée de la signification de cet aphorisme* » (M8) ; « *Je n'ai jamais entendu ce terme* » (M16).

L'expression de « conciliation médicamenteuse de sortie » évoquait systématiquement la notion de partage d'information à la connotation positive : « *Je vois ça comme un échange positif* » (M1). Ils citaient principalement les praticiens hospitaliers et médecins généralistes comme protagonistes, parfois même le patient ; en revanche, aucun n'a cité le pharmacien : « *Ce serait une correspondance entre l'hôpital et la médecine générale* » (M16) ; « *Ça me fait penser à une discussion entre le patient et le médecin de l'hôpital au sujet de ses traitements* » (M10).

2. Intérêts de la CMS perçus par les médecins généralistes

2.1. Pour le sujet âgé

Bénéfique

Tous les participants s'accordaient à dire que la CMS est utile et nécessaire pour le sujet âgé en sortie d'hospitalisation. En effet, en raison de l'augmentation des comorbidités avec l'âge et par conséquent des traitements pris par cette population, le risque iatrogène est d'autant plus important : « *Ce serait très bien notamment en gériatrie chez des patients polypathologiques, polymorbides avec une polymédication lourde et à laquelle il va falloir faire très attention* » (M12).

Ils y voyaient également une dimension qui dépasse le simple champ du soin en parlant de manière plus générale du « *bien-être du patient* » (M1) qui retrouve une place centrale au sein d'une coordination des professionnels de santé : « *Le patient est au centre, il est content parce que « On s'occupe de moi, tous les médecins que j'ai vus savent ce que je prends comme traitement, je suis content* » » (M6).

Adaptation ponctuelle et réévaluation du traitement de fond

Parmi les modifications thérapeutiques réalisées durant l'hospitalisation, ils distinguaient d'une part celles liées à la pathologie aiguë du patient, susceptibles d'être non maintenues en fonction de l'évolution du patient : « *Ils sont hospitalisés pour des pathologies aiguës : déshydratation, pneumopathie,... avec des défaillances de tension, alors parfois par exemple ils ressortent sans leur traitement antihypertenseur. Alors on général on respecte mais on surveille et on garde toujours la molécule en tête de manière à la réintroduire si ça ne va pas* » (M15) ; et d'autre part celles concernant plutôt le traitement de fond consistant généralement en une réduction des molécules : « *L'hôpital va réétudier nos ordonnances, peut-être les synthétiser voire même éliminer certains produits qui ont été prescrit de manière habituelle et qui n'ont peut-être plus d'intérêt* » (M1). L'exemple le plus fréquemment cité (quatre) concernait le sevrage des benzodiazépines : « *Par exemple le Temesta® : moi je n'en mets pas mais quand les nouveaux patients arrivent et que ça fait 30 ans qu'ils en prennent, forcément on le leur met, on ne peut pas leur enlever. Mais quand l'hôpital y arrive alors là je saute sur l'occasion, ça m'arrange* » (M4).

2.2. Pour le médecin

Optimisation du temps de consultation

Actuellement, les modifications thérapeutiques réalisées durant l'hospitalisation sont globalement bien perçues par les médecins généralistes, même si elles sont parfois non justifiées dans le compte rendu d'hospitalisation. La CMS pallierait à ce problème en apportant les informations nécessaires, permettant ainsi une réorganisation du temps de consultation bénéfique au patient : « *Je gagnerai du temps tout simplement et je pourrais faire autre chose pendant la consultation que de vérifier qui prend quoi, comment et où* » (M9).

Avis de confrères experts

Les optimisations thérapeutiques générées par la CMS seraient souvent acceptées par les médecins comme un avis de leurs pairs gériatres plus sensibilisés aux patients âgés vulnérables, renforcé par la collaboration avec le pharmacien hospitalier, bien qu'ils admettaient rester toujours critiques : « *Il faut savoir se remettre en question* » (M13) ; « *C'est sécurisant, surtout par des gens bien formés, des pharmacologues [...] je fais confiance aux équipes* » (M16) ; « *Quand ils [les patients] viennent d'un service de gériatrie, en général il y a une évaluation gériatrique et donc médicamenteuse, et c'est satisfaisant, justifié* » (M14) ; « *Toujours critique, toujours réfléchir un petit peu, est-ce que ça va correspondre ensuite à la vie réelle du patient au domicile* » (M6).

3. Interrogations soulevées

3.1. Difficilement réalisable

Un des freins évoqués par les médecins généralistes (neuf) était l'organisation d'un tel processus au sein des services hospitaliers. « *C'est un vœu pieux mais c'est un beau vœu* » (M3) ; « *C'est dans un monde utopique tout ça* » (M5).

Ils pointaient un manque de temps, de moyens humains et financiers. « *Ça demande une mise en place qui à mon avis est très lourde dans une époque où on n'a pas beaucoup de moyens, c'est bien moi je suis d'accord mais à mon avis ça va se heurter au budget* » (M6) ; « *Moi je suis en bout de chaîne donc pour moi il n'y pas de frein mais niveau hôpital est-ce que c'est faisable ? Que le médecin et le pharmacien fasse ça systématiquement pour chaque patient ça risque d'être long, c'est chronophage* » (M10).

3.2. Retard de communication

En outre, une grande majorité des participants (13/16) dénonçait les délais actuels de réception du compte rendu d'hospitalisation trop longs pouvant imputer grandement la CMS : « *Le problème c'est que moi si je la reçois [fiche de conciliation] trois semaines après, peut-être que j'aurais déjà modifié le traitement et donc il sera obsolète le document* » (M2) ; « *Le compte rendu il arrive souvent après qu'on ait vu le patient, c'est l'éternel problème* » (M6). Ils évoquaient alors la possibilité de transmettre les documents de sortie par messagerie sécurisée dès la sortie du patient : « *La messagerie sécurisée ce serait beaucoup plus simple et plus rapide qu'un truc papier* » (M6).

3.3. Mise en garde sur la forme

Une minorité (2/16) des médecins a également soulevé la problématique des différents supports d'information (compte rendu d'hospitalisation, ordonnances et fiche de conciliation) pouvant multiplier les sources d'erreur : « *Il peut y avoir une incohérence entre le document de sortie et l'ordonnance, ça arrive. Par exemple, dernièrement j'ai une patiente qui est sortie d'hospitalisation pour une HAD, le document de l'HAD n'avait rien à voir avec l'ordonnance de sortie et ça n'avait rien à voir avec le compte rendu non plus. A un moment donné il faut être cohérent* » (M14).

3.4. Particularités chez le sujet âgé

Habitudes, confort, génériques, livret thérapeutique : changements perturbants

La principale difficulté mise en évidence dans cette population était son habitude au traitement pris, ce qui peut entraver le maintien des modifications thérapeutiques : « *Les patients de 75 ans sont dans un ronron et il ne faut pas trop bouleverser leur ronron [...] ils vont toujours essayer de revenir vers les choses dont ils avaient l'habitude. En ville, l'ordonnance c'est quand même une conciliation entre le médecin et le patient* » (M3) ; « *Parmi ma patientèle j'ai des gens âgés qui ont leurs petites habitudes avec leurs petits médicaments et c'est la catastrophe naturelle si on essaie d'en enlever un, ça peut être un frein* » (M15).

Souvent, une comparaison était faite avec l'introduction des médicaments génériques : « *On a déjà eu d'énormes problèmes avec les génériques parmi les plus de 75 ans, on a une*

population qui a été complètement perturbée, on leur a imposé des médicaments génériques avec des noms différents, quelques fois même des boîtes de couleur différente, des comprimés de couleur différente et qui quelques fois sur les semaines et mois qui s'écoulaient pouvaient changer en fonction du grossiste générique différent » (M1).

A noter qu'il conviendrait d'être vigilant quant aux changements de molécules réalisés durant l'hospitalisation en raison d'une indisponibilité du traitement habituel dans le livret thérapeutique de la structure : « *Très souvent, on voit la même classe pharmacologique mais une autre molécule, par exemple on a changé un anticalcique pour un autre anticalcique, je pense que c'est souvent lié aux pharmacies des hôpitaux » (M8).*

Un autre problème soulevé était la réalisation d'une ordonnance de sortie d'hospitalisation trop réductrice dont les traitements « *confort* » ou « *des petites pathologies* » (M4) auraient été supprimés voire même la prescription de traitements difficilement conciliables avec le retour au domicile : « *Bien souvent je me dis que c'est pas compatible avec le domicile parce que parfois les traitements sont un peu forts [...] donc on est amené à les arrêter la plupart du temps [...] par exemple quand il [le patient] a du Lasilix® en grosse quantité « Ah je fais tout le temps pipi, ça me gêne beaucoup, comment on peut faire ? » Ça c'est vrai qu'à l'hôpital on ne s'en préoccupe pas trop mais en ville ça gêne beaucoup les gens » (M7).*

Education thérapeutique primordiale

Ces optimisations thérapeutiques réalisées initialement dans un but de réduire le risque iatrogène peuvent avoir l'effet inverse et majorer les sources d'erreurs chez le patient âgé. L'élément clé qui n'échappait à aucun des médecins interrogés était donc l'éducation thérapeutique, avec toutefois quelques réserves pour une catégorie de ces patients dont les capacités d'assimilation seraient limitées en raison de leur fragilité implicitement évoquée : « *Le patient est habitué à prendre un certain nombre de médicament donc c'est un peu la routine [...] et ça entraîne des erreurs : j'ai déjà vu des gens qui continuaient à prendre les anciens traitements. Donc il faut être extrêmement prudent et expliquer à la personne âgée, vérifier qu'elle a compris son ordonnance » (M16) ; « Il faut impliquer une personne essentielle aussi : le patient, il va falloir lui expliquer, faire une éducation thérapeutique [...] le gros problème souvent, c'est la compréhension de ces personnes, souvent lié à la multitude de pathologies » (M1) ; « Ils ne comprennent pas toujours ce qu'on leur dit [...] ils ont leurs idées fixes. Certains percutent vite mais la plupart il faut leur expliquer tout le temps » (M7).*

Cela permettrait une meilleure adhésion à leur nouveau traitement : « *Pour le patient, ce serait bien parce que lui il comprendrait mieux son ordonnance, et s'il la comprend il la suit » (M7).*

De même concernant les technologies d'information et de communication (TIC) dont ils n'identifiaient pas d'utilité chez cette catégorie de patient hormis certains sujets âgés minoritaires dits vigoureux : « *J'ai un patient qui a 90 ans qui est fan d'informatique et qui a tout le matériel à la pointe du progrès, mais vous en avez d'autres à 70 ans, vous leur parlez d'ordinateur ils partent en courant, enfin s'ils arrivent à courir* » (M10).

4. Place du médecin généraliste au sein de la CMS

4.1. Insuffisamment sollicité

Une partie des participants (7/16) regrettait l'absence du médecin généraliste au sein de la collaboration pluri professionnelle de la CMS. Ils souhaiteraient être impliqués dans les décisions médicales importantes, devenir ainsi acteurs des modifications et non plus simples receveurs de l'information : « *C'est hôpital centré, le médecin généraliste devrait être au centre du processus, c'est pour le moment encore fermé* » (M11). En effet, ils rapportaient que les modifications pouvaient être ressenties comme imposées par l'équipe hospitalière, sentiment parfois majoré par le manque actuel de justification : « *Je voudrais discuter et non recevoir la main céleste « c'est comme ça qu'il faut faire »* » (M11) ; « *Le patient est allé voir le professeur et moi je suis le petit docteur donc on ne va pas lui changer le truc mais je pose la question pourquoi ?* » (M4).

4.2. Communication difficile

En outre, les enquêtes menées auprès des services hospitaliers afin de récupérer des informations sont souvent infructueuses ou alors au prix d'une perte de temps considérable cloisonnant davantage la relation ville-hôpital. Beaucoup d'entre eux n'hésitent pas alors à privilégier les échanges par mail voire par SMS avec leur réseau professionnel, avouant ne pas passer souvent par les messageries sécurisées : « *On ne peut pas les joindre [les hospitaliers], nous si on commence à appeler un médecin on passe par le standard, les infirmières « Ah attendez je vais le chercher, ah non il est au deuxième [étage] ». Par contre les mails c'est bien ou les SMS, ça va très vite* » (M4).

Ainsi, les médecins généralistes attendent d'être impliqués également dans la CMS car ils occupent une place centrale au sein du parcours de soin du patient, permettant d'apporter des informations nécessaires à la prise de décision. Ils étaient cependant conscients de la difficulté de mettre en place cette collaboration en pratique et évoquaient comme moyens les appels téléphoniques ou messageries sécurisées : « *Faisons une vraie conciliation et qu'on*

remette le médecin généraliste au centre » (M6) ; « On peut peut-être appeler le médecin généraliste pour savoir ce qu'il en pense et dans le même temps on peut donner un éclairage » (M4) ; « D'accord ils justifient les changements mais s'ils m'avaient posé la question peut-être que je lui aurais dit ceci ou cela... le problème c'est qu'il n'y a pas de temps possible pour une confrontation pendant que le malade est à l'hôpital. Qui mieux que le médecin généraliste peut donner des informations sur le malade ? » (M3).

5. Vers une conciliation médicamenteuse ambulatoire ?

Utile mais...

Bien qu'ils y voyaient plusieurs avantages pour le sujet âgé : diminution du risque iatrogène et des hospitalisations : « *On va éviter les interactions, les surdosages... qui conduisent à une hospitalisation* » (M6), voire éducation du patient : « *En présence du patient éventuellement, ce serait l'occasion de faire une éducation thérapeutique, de le sensibiliser* » (M3) et déclarer y être favorable, certains émettaient quelques réserves quant à la possibilité de réaliser une conciliation en ambulatoire : « *Le problème c'est l'organisation* » (M10). Pour la majorité d'entre eux (11/16), ils rapportaient avoir déjà une activité similaire de manière spontanée et ponctuelle pour certains patients dont les ordonnances poseraient des problèmes de posologie ou interactions, le plus souvent à l'initiative du pharmacien d'officine : « *Il appelle quand on fait des erreurs ou des associations bizarres, il est là pour ça* » (M10).

...trop de protagonistes...

L'application d'un tel processus en ville avec un temps dédié se heurterait au problème de la multitude des potentiels acteurs de cette collaboration, variant d'un patient à l'autre mais également pour un même patient : ils évoquaient ainsi l'absence de pharmacien référent et parlaient alors de « *nomadisme pharmaceutique* » (M1). Certains médecins généralistes (3/16) introduisaient la notion d'échelle de territoire : « *Ça me semble très difficile, à l'hôpital vous avez la pharmacie centrale, moi en ville rien que sur mon quartier j'ai six pharmacies. Une réunion c'est impossible sauf dans un gros bourg ou un village où il n'y a qu'un pharmacien et un ou deux médecins* » (M12).

La plupart des médecins interrogés (11/16) s'accordaient à dire que le pharmacien tient un rôle pivot en ce qui concerne les alertes sur le risque iatrogène mais également dans la coordination des différentes ordonnances chez le sujet âgé : « *Souvent la multitude de pathologies fait que les ordonnances se croisent, se chevauchent donc si on fait intégrer le pharmacien là-dedans, il va pouvoir très vite nous éclairer [...] sur ce qui a été prescrit par l'endocrinologue, le cardiologue etc...* » (M1). En revanche, une minorité (3/16) déclarait être

réticente à une intervention pharmaceutique, jugée trop intrusive, parfois en raison de l'image qu'ils attribuent au pharmacien d'officine et cela bien qu'il existe une entente cordiale entre les professionnels de santé : « *Si le pharmacien devient trop positionné [...] il est possible que je ne le vive pas très bien, je suis attachée à la maîtrise de ma prescription* » (M8) ; « *Il exécute l'ordonnance et puis c'est tout* » (M2).

Certains ont évoqué également la possibilité d'inclure d'autres médecins spécialistes ou même les infirmiers qui pourraient alors avoir un rôle essentiel dans l'évaluation de l'automédication souvent méconnue par les professionnels de santé : « *Ce serait utile, ne serait-ce que pour les gens qui font de l'automédication* » (M10) ; « *Ce serait bien de la faire [la conciliation ambulatoire] aussi avec quelqu'un qui se déplace au domicile comme l'infirmière pour faire le tri dans la pharmacie* » (M9).

...quid des TIC ?

Pour pallier au problème d'organisation, ils proposaient de cibler parmi les patients de plus de 75 ans ceux qu'ils considèrent comme les plus à risque sur les critères suivants : poly pathologiques, en ALD, plus de 10 médicaments sur l'ordonnance. Ils proposaient aussi d'utiliser les TIC telles que les logiciels partagés, les applications smartphone et citaient également le projet de dossier médical partagé (DMP) : « *Ca me paraît très compliqué sauf si on a une plateforme numérique commune avec un accès sécurisé où on peut communiquer des données* » (M12) ; « *Pourquoi pas mettre en place pour l'infirmière qui fait du domicile une application sur son smartphone avec un logiciel partagé auquel j'aurais accès* » (M9) ; « *Le dossier médical intégré dans la carte vitale serait l'idéal* » (M1)

Il nous semble intéressant de citer l'exemple d'expérience d'un médecin interrogé faisant partie d'un pôle de santé : « *Je travaille au sein d'un pôle de santé auquel adhèrent les pharmaciens de quartier, les infirmiers etc... on va passer sur logiciel partagé avec accès des pharmaciens et des infirmiers et on fait déjà depuis deux ans des réunions pluri disciplinaires et des revues de morbi-mortalité* » (M11).

DISCUSSION

I. Validité interne

Les résultats de notre étude montrent que les médecins généralistes des Alpes-Maritimes sont plutôt favorables à la conciliation médicamenteuse de sortie chez le sujet âgé de plus de 75 ans. Ils y ont identifié des avantages aussi bien pour le patient que pour les professionnels de santé ; et ont su relevé des problématiques pertinentes.

Cependant, nous avons conscience que ce travail comporte des limites. En effet, concernant le recueil d'information, il existe un biais de méthodologie lié au manque d'expérience de l'enquêtrice en termes de recherche qualitative. . Pour tenter de limiter ce biais, nous avons participé à une réunion sur la recherche qualitative organisée par le DERMG de la faculté de Nice et réalisé un guide d'entretien avec des questions ouvertes.

On identifie également un biais cognitif en rapport avec la méconnaissance du sujet par les médecins interrogés ayant pu conduire à un défaut de résultats. Ainsi, pour en limiter les conséquences, une vidéo explicative était diffusée pendant l'entretien et nous avons réalisé trois entretiens consécutifs afin de vérifier la saturation des données.

Les biais de sélection ont été limités en adaptant le recrutement des médecins interrogés en fonction de leur répartition sur le département et de manière à ce qu'ils soient représentatifs de de la population concernée.

Soulignons également que la conciliation médicamenteuse de sortie mise en place dans le service de Médecine Interne Gériatrique était réalisée à titre expérimental et que le processus était incomplet : les patients ne bénéficiaient pas d'entretien personnalisé. Cette expérience nous a également permis de mettre en évidence une limite importante soulevée également dans notre étude : il s'agit d'un processus chronophage pour les équipes hospitalières.

II. Validité externe

La population interrogée dans notre étude est représentative de celle des omnipraticiens des Alpes-Maritimes. En effet, en 2015 dans le département, 65 % des médecins généralistes sont des hommes, l'âge moyen est de 54 ans, 50,7% ont une activité libérale et individuelle, 13% exercent en milieu rural [16] [17]. La proportion de sujets âgés parmi la patientèle était de 36% en moyenne, soit trois fois plus que la population de sujets âgés des Alpes-Maritimes [3]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces informations étaient déclaratives sans vérification de notre part et que les patients âgés étant plus souvent

porteurs de maladie chronique, polypathologiques de surcroît, sont amenés à consulter plus souvent en soins primaires conduisant alors à un biais de confusion chez les médecins interrogés. Cela traduit également une prise de conscience par les médecins généralistes du vieillissement de la population, d'où l'enjeu de renforcer l'accès aux soins de prévention au sein du pôle de gériatrie au travers de l'EGS (évaluation gériatrique standardisée) et du repérage de la fragilité.

Comme une étude l'a démontré en 2012 [18], la CMS n'est que peu connue de par son caractère récent et peu répandu. En effet, le projet MEDREC que nous avons déjà cité et dont le rapport a été publié en 2015 [9], a débuté en France en 2009 dans seulement neuf centres hospitaliers, aucun dans les Alpes-Maritimes. Le processus semble avoir été promu dans d'autres centres hospitaliers par les équipes de pharmaciens cliniciens dans un premier temps au vu de la littérature plus ancienne et plus dense dans les revues pharmaceutiques. Plus récemment, on voit émerger des articles dans des revues médicales au sujet la mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée privilégiée par les équipes hospitalières au détriment de la CMS. Par exemple, sur les deux premières pages de résultats d'une recherche sur Google Scholar® avec les mots clés « conciliation médicamenteuse ; expérience », on trouve six articles de revues pharmaceutiques de 2011 à 2017 et trois articles de revues médicales en 2012, 2015 et 2017. Cependant, ces revues ne ciblent pas les médecins généralistes parmi leur lectorat. Des communications à plus large diffusion ont pourtant été réalisées cette année tel que le guide HAS [19] ou encore un article paru dans la revue Prescrire [20]. En outre, nos résultats n'ont pas mis en évidence de différence d'information entre le groupe de médecins naïfs de CMS et ceux ayant reçu une fiche de conciliation. Cela peut s'expliquer par le fait que le taux de pénétration d'une information est dépendant de sa répétition et de son exposition à la cible concernée, évalué par l'indice Gross Rating Point (GRP) lors des campagnes de santé publique et plus largement de publicité [21].

Une étude similaire à la nôtre, ayant fait l'objet d'une communication orale lors du congrès de médecine interne à Brest en juin 2017, a montré également le caractère favorable des participants à la conciliation médicamenteuse de sortie, pointant aussi le manque d'information actuel des modifications thérapeutiques entreprises lors d'hospitalisation. La messagerie sécurisée semblait être l'outil le plus apprécié pour la communication de la fiche de conciliation [22]. Ainsi la rapidité de la communication entre l'hôpital et la ville apparaît comme une condition fondamentale de la CMS.

Deux autres éléments importants ressortent de notre étude : la nécessité d'une implication du médecin traitant dans la prise de décision des optimisations thérapeutiques et l'éducation thérapeutique du patient.

Une réflexion sur les différents modes de travail en coordination a été réalisée par des sociologues mettant en évidence différents types de relation professionnelle : il était conclu que travailler en « collaboration » ou « coopération » permettait d'améliorer la prise en charge du patient [23]. Ainsi, les médecins interrogés pointent dans la CMS le problème de la « négation » du médecin traitant et souhaitent prendre part au processus en tant qu'acteur, bien qu'ils aient conscience des difficultés organisationnelles que cela impliquerait.

L'éducation thérapeutique est essentielle dans la prise en charge du patient, en particulier dans les maladies chroniques, lui permettant de mieux vivre avec sa pathologie et d'adhérer au traitement, favorisant l'observance thérapeutique [24]. Or, l'éducation thérapeutique du patient âgé reste lacunaire en raison de certaines problématiques liées à la compréhension de certains d'entre eux, comme l'ont soulevé nos participants. Il est recommandé alors de réaliser une EGS pour repérer les fragilités, les troubles cognitifs et sensoriels afin d'adapter l'éducation de ces patients, en y incluant aussi un aidant dès que possible [25].

Néanmoins, un frein important a été identifié et concerne la problématique temporelle. Elle apparaît aussi de manière récurrente dans d'autres études menées dans des services de gériatrie [26] [27], le temps estimé pour la totalité du processus allant jusqu'à 70 minutes par patient [28].

Le recours aux TIC et plus largement de la e-santé, par le patient ou son entourage est de plus en plus répandu et représente une possibilité d'amélioration du processus. Il apparaît alors nécessaire d'intégrer l'usage du numérique en santé dans la formation des médecins, qui eux-mêmes y recourent également de plus belle dans le cadre de leur exercice professionnel [29]. Cependant, à l'inverse de ce que pensaient les médecins interrogés dans notre étude, les TIC ne sont pas seulement réservées à une catégorie de seniors dits robustes. En effet, le développement de la recherche dans le domaine des TIC est en plein essor pour nos aînés ayant donné naissance au terme de gérontechnologie pouvant s'appliquer dans différents domaines tels que la sécurité de l'environnement, la communication avec les proches ou les soignants, la santé et la stimulation cognitive ; le but étant de maintenir un certain niveau d'autonomie et préserver la santé du sujet âgé [30]. Le champ d'application le plus souvent évoqué est celui de la maladie d'Alzheimer pour l'accompagnement du patient et de ses aidants mais également dans le diagnostic de cette

pathologie [31]. Concernant l'iatrogénie, on peut citer comme techniques le pilulier électronique [32] et l'actigraphie [33].

III. Perspectives

La conciliation médicamenteuse de sortie apparaît comme une nécessité d'être généralisée afin de renforcer le lien ville-hôpital en passant par une implication du médecin traitant dans la CMS et une transmission rapide des informations. Les TIC semblent être un moyen de contourner les freins d'organisation. En effet, à l'ère de la télémédecine, l'activité de téléexpertise se développe. On peut citer l'exemple d'une expérience menée en EHPAD pour les plaies chroniques : les lésions étaient photographiées et envoyées par messagerie sécurisée à un dermatologue, cela évitant les déplacements des patients et/ou du médecin spécialiste [34]. Ainsi, on pourrait utiliser cette technique d'activité collaborative à distance : quid d'une visio conférence ou d'un entretien téléphonique entre le médecin généraliste et l'équipe hospitalière, avec un temps dédié et une cotation particulière, durant le temps de l'hospitalisation du patient ? Le développement de la messagerie sécurisée est également primordial afin de favoriser la communication entre professionnels de santé. Conscient de son intérêt, la dernière convention signée par l'Assurance Maladie en 2016 inclut l'usage de la télémédecine et d'une messagerie sécurisée comme indicateurs pour la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en cabinet de médecine générale [35].

La question de la pérennisation de cette activité se pose également de manière légitime devant sa réalisation chronophage et la mobilisation de nombreux moyens humains et financiers. En effet, son application dans un service de court séjour gériatrique est complexe au vu notamment de la durée moyenne de séjour (DMS) du patient (par exemple dans le service de Médecine Interne Gériatrique du CHU de Nice, la DMS est inférieure à huit jours en 2016) et de son état pathologique aigu voire instable où une réévaluation de son traitement de fond n'est pas toujours propice et indiquée pour le long terme. Ainsi la conciliation médicamenteuse d'entrée, de par le recueil des données du traitement et une analyse pharmaceutique brève, reste indiquée pour le patient aux points de transition. Cependant, le processus de conciliation médicamenteuse de sortie englobant une réévaluation de l'ordonnance par le pharmacien, le médecin hospitalier et le médecin traitant, et l'éducation du patient pourrait être différée à un autre moment dans la filière de soins gériatriques, notamment en hospitalisation de jour ou dans les services de moyen séjour (soins de suite et réadaptation). En effet, la DMS étant plus élevée dans les SSR, cela nous

permettrait de mieux organiser la confrontation entre les différents professionnels de santé et avoir suffisamment de recul pour évaluer la tolérance des modifications thérapeutiques. Une étude a montré également l'intérêt d'utiliser un logiciel informatique et d'implanter une équipe de pharmaciens cliniciens dans le service, permettant une diminution significative du temps moyen par conciliation d'entrée (41 minutes versus 23 minutes) (36), ce qui pourrait être extrapolé à la CMS. En outre, cibler les patients les plus à risque d'iatrogénie permettrait une meilleure rentabilité de l'activité. Ainsi on pourrait s'inspirer d'une grille d'évaluation utilisée au centre hospitalier affilié universitaire de Québec (37) pour prioriser les patients, en tenant compte de l'âge, du nombre de médicaments pris, de certains antécédents médicaux, de critères de fragilité pré existants.

Concernant le projet d'une conciliation en ville, la SFPC avait déjà donné des pistes pour la réalisation d'un tel processus : cela portait sur l'organisation des moyens humains en pharmacie d'officine (38). L'utilisation d'une interface numérique de partage d'information au sein d'une structure de collaboration définie par la loi HPST, telle que les pôles de santé, semble être le plus adapté, en suivant par exemple le référentiel rédigé par la HAS pour le travail en équipe pluri professionnelle (39). Enfin, il serait intéressant d'interroger également les pharmaciens d'officine afin d'évaluer leur perception de la CMS et leurs perspectives de réalisation d'une conciliation ambulatoire.

CONCLUSION

Notre étude a montré que les médecins généralistes sont favorables à la CMS de manière générale car elle apparaît comme un moyen efficace de lutte contre l'iatrogénie chez le sujet âgé, basée sur l'optimisation de la prise en charge thérapeutique via une collaboration médico-pharmaceutique. Elle permet un décloisonnement à plusieurs niveaux : entre professionnels de santé et entre la ville et hôpital par la justification des modifications de traitement et le partage d'informations. Cependant, trois conditions ont été mises en évidence, qu'il conviendra d'essayer d'appliquer : l'implication du médecin traitant dans la collaboration pluriprofessionnelle, l'éducation thérapeutique du patient et une transmission rapide des informations. Son organisation jugée chronophage et se heurtant au manque de moyens surtout humains, des pistes ont été apportées concernant son application dans les services hospitaliers gériatriques passant notamment par l'utilisation des TIC ou la priorisation des patients. La réalisation d'une conciliation en ambulatoire, au sein de laquelle le pharmacien tiendrait un rôle pivot, semble complexe et dépend essentiellement de l'échelle du territoire et de l'équipe formée autour du patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2016. Insee Première. N°1630, janvier 2017.
- [2] Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Insee Première. N°1619, novembre 2016
- [3] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Evolution et structure de la population en 2014., département des Alpes-Maritimes (06). INSEE, juin 2017.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2874200?sommaire=2874226&geo=DEP-06>
- [4] Legrain S. Prescription Médicamenteuse du Sujet Agé : Consommation, prescription, iatrogénie et observance. HAS 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
- [5] By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 1 nov 2015;63(11):2227-46.
- [6] Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de Médecine Interne. juill 2009;30(7):592-601.
- [7] Lang P-O, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens J-P, Vogt-Ferrier M, et al. STOPP-START: Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. Can J Public Health. 2009;100(6):426-31.
- [8] Dalleur O, Feron JM, Spinewine A. Views of general practitioners on the use of STOPP&START in primary care: a qualitative study. Acta Clin Belg. 2014 Aug;69(4):251-61.
- [9] HAS. 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. Septembre 2015.
- [10] Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. J Gen Intern Med 2010;25:441-7.
- [11] Saint-Germain P, Ruelle M, Mary M, et al. Impact clinique des divergences de traitement constatées chez 200 patients conciliés dans un service de gériatrie aiguë. Rev Med Int 37 (2016) 667-673

- [12] Mèlanie Moulis-Rivière. Conciliation médicamenteuse de sortie en gériatrie : impact de la transmission hôpital-ville d'un bilan médicamenteux sur le maintien des optimisations thérapeutiques. Sciences pharmaceutiques. 2014.
- [13] HAS. Note méthodologique et de synthèse bibliographique. « Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? ». Avril 2013.
- [14] Pourrat X, Roux C, Bouzige B, Garnier V, Develay A, Allenet B, Fraysse M, Halimi JM, Grassin J, Giraudeau B. Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014 Jun 30;15:260. doi: 10.1186/1745-6215-15-260.
- [15] Vidéo Ermess : erreur médicamenteuse et sécurité des soins. Dufay E, Doerper S. https://www.youtube.com/watch?v=vYECxe0S_XY
- [16] Le Breton-Lerouvillois G, Rault JF. La démographie médicale en région PACA, situation en 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins, novembre 2015. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_paca_2015.pdf
- [17] Le Breton-Lerouvillois G, Rault JF. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2015. CNOM, novembre 2015. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
- [18] Penfornis S, Bédard P, Bailey B, Bussièrès JF. Pratique de conciliation des traitements médicamenteux en France : enjeux et sondage pilote d'état des lieux. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien* (2012), 47 : 204-209.
- [19] HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Décembre 2016.
- [20] Conciliation des traitements médicamenteux : une démarche pour diminuer le nombre d'erreurs. *Rev Prescrire* 2017 ; 37 (399) : 63-65
- [21] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Les campagnes de communication. Mars 2012. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/campagne-communication/>
- [22] Dumay M, Cador B, Alix L, Gilardi H, Tattevin F, Somme D, Jegou P. Conciliation médicamenteuse avec remise d'une fiche de conciliation de sortie dans un service de médecine interne : évaluation de la perception des médecins généralistes. *Rev Méd Int* 38 (2017): A64.
- [23] Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecin générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud:Global Média Santé ;2015.
- [24] Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Rev Med Suisse* 2009 ; 5 : 688-90.
- [25] Pariel S, Boissières A, Delamare D, Belmin J. L'éducation thérapeutique en gériatrie : quelles spécificités ? *Presse Med*. 2013; 42: 217–223.

- [26] Leblanc A, Gnimavo F, Monteiro MC, Vacariu M, Rique M, Untereiner C. Expérimentation d'une démarche de conciliation médicamenteuse complète dans un service de gériatrie : intérêts et limites. *Rev Geriatr* 2017;42(1):15-21.
- [27] Masquin H, Leroy S, Fournier C, Defebvre R, Rasolofomamonjy J, Hamelin A et al. Intérêt de la conciliation médicamenteuse de sortie dans la continuité du parcours de soin. Poster du congrès Hopipharm Reims, mai 2015.
- [28] Boissinot L, Bachalat N, Perrier-Cornet E, Leglise P, Huchon-Bécel D. Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : pertinence et faisabilité. *Pharmactuel* 2014;47(2).
- [29] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Santé connectée, de la e-santé à la santé connectée. Livre Blanc du CNOM, janvier 2015.
- [30] Petermans J, Gillain D. Les gérontechnologies au service des patients et des aidants. Enseignement post universitaire CHU Liège, mai 2017.
- [31] Robert P, Castelli E, Chung PC, Chiroux T, Crispim-Junior CF, Mallea P et al. SWEET-HOME ICT technologies for the assessment of elderly subjects, *IRBM* 34 (2013) 186–190
- [32] Urquhart J.— Role of patient compliance in clinical pharmacokinetics. A review of recent research. *Clin Pharmacokinet*, 1994, 27, 202-215.
- [33] Cridelich C, Collomp R, Capriz Ribiere F, Baldin B, Hor Heng L, et al. Apports technologiques dans la prévention du risque iatrogène médicamenteux : exemple de l'actigraphie. *Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers : GISEH 2010*, Sep 2010, Clermont-Ferrand, France.
- [34] Sparsa A, Doffoel-Hantz V, Bonnetblanc JM. Une expérience de télé-expertise en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2013 ; 140 : 165-169.
- [35] Ministère des affaires sociales et de la santé. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, signée le 25 août 2016. *Journal Officiel de la République Française*. Arrêté du 23 octobre 2016.
- [36] Bravo P, Martinez L, Meckenstock R, Gredor-Belan A, Samdjeje F, Azan S. Conciliation médicamenteuse d'entrée en service de médecine interne : retour d'expérience après un an de pratique. *Rev Méd Int* 38 (2017): A63.
- [37] Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. *Pharmactuel* 2010. 43 : 188-195.
- [38] Société Française de Pharmacie Clinique. Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. Fiche mémo, décembre 2015.

[39] HAS. Matrice de maturité en soins primaires. Novembre 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_maturite.pdf

Annexe 2 : Questionnaire de recueil des données sociodémographiques et professionnelles

1) Age :

2) Sexe : F M

3) Lieu d'exercice :

rural semi-rural urbain

4) Mode d'exercice :

en cabinet seul en cabinet de groupe en maison de santé

5) Temps de travail hebdomadaire :

<20h entre 20 et 40h entre 40 et 60h >60h

6) Visites à domicile :

Oui Non

7) Nombre d'années d'exercice en libéral :

<10ans entre 10 et 30 ans >30 ans

8) Proportion de sujet âgés (plus de 75 ans) parmi la patientèle :

Annexe 3 : Guide d'entretien

1) Etat des lieux et connaissances actuelles

- ❖ Quel ressenti avez-vous à la lecture des ordonnances de sortie d'hospitalisation de vos patients âgés de plus de 75 ans, concernant les modifications thérapeutiques réalisées ?
 - *Quelles sont vos expériences ? Plutôt positives ou négatives ? Un exemple ?*
 - *Comment réagissez-vous devant une modification non commentée ?*
 - *Quelles en sont les conséquences sur la continuité du parcours de soins ville-hôpital ?*
- ❖ Que vous évoque le terme de « conciliation médicamenteuse de sortie » ?
 - *Quelles en sont vos expériences ?*
 - *Quelles sont vos sources ?*

Mise au point : vidéo https://www.youtube.com/watch?v=vYECxe0S_XY

2) Optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé en soins primaire : opinions et attentes de la CMS

- ❖ La CMS permettrait de réduire le risque d'erreurs médicamenteuses, de maintenir les modifications thérapeutiques réalisées au cours de l'hospitalisation et de réduire les ré hospitalisations. Quel est votre avis sur ces objectifs ?
 - *Comment la CMS pourrait-elle permettre la pérennisation des modifications thérapeutiques ?*
 - *Identifiez-vous d'autres objectifs à ce processus ?*
- ❖ Quelles sont vos attentes par rapport à la CMS ?
 - *Ressentez-vous le besoin de réaliser ce type de pratique dans votre prise en charge de patients âgés ? Serait-ce suffisant ?*
 - *Quels bénéfices pourrait en tirer vos patients âgés de plus de 75 ans ?*
- ❖ D'après vous, quels sont les freins de la CMS chez vos patients âgés ?
 - *Quelles difficultés pourraient-on rencontrer à maintenir les modifications thérapeutiques chez le sujet âgé ?*
 - *Comment obtenir l'adhésion des patients âgés au projet de la CMS ?*
 - *Que pourriez-vous suggérer pour contourner ces freins ?*

3) Perspective d'évolution des pratiques futures avec la CMS

- ❖ Comment la CMS pourrait-elle modifier votre pratique ?
 - *Quel en serait l'impact sur votre prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans en sortie d'hospitalisation ?*
 - *Quel impact sur la continuité du parcours de soins : relation avec les services hospitaliers et les pharmacies d'officine ? Quelles sont vos relations actuelles avec ces acteurs ?*
 - *Quelle est la place des Nouvelles Technologies d'Information et de Communication ? (Logiciels, application smartphone pour patient, etc...)*
- ❖ Que pensez-vous de la possibilité de réaliser une conciliation équivalente de type « ambulatoire » ?
 - *Comment organiser une rencontre pluridisciplinaire optimale et avec quels acteurs (pharmaciens, médecins spécialistes, autres...) ?*
 - *Quelle en serait la population cible et à quel moment réaliserait-on cette conciliation ambulatoire (entrée dans le parcours de soin, de manière systématique 1x/an par ex, etc ...) ?*
 - *Que pensez-vous de l'utilité de cette conciliation ambulatoire sur les éventuelles futures hospitalisations des patients âgés ?*

Annexe 4 : Modèle de consentement écrit des participants

Je, soussigné(e)..... (nom et prénom)
déclare avoir reçu les informations sur l'objectif et les modalités de l'étude « Place de
la conciliation médicamenteuse de sortie du sujet âgé de plus de 75 ans en soins
primaires : étude qualitative auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes »
par LI VIGNI Déborah et accepte d'y participer.

J'accepte également que cet entretien soit enregistré, retranscrit et possiblement
diffusé tout en sachant que les données resteront anonymes.

Je recevrai une synthèse des travaux et un exemplaire de la thèse sur demande.

Fait à (lieu)

Le : (date)

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Annexe 5 : Caractéristiques des participants de l'étude

Médecin	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Proportion de sujets âgés de plus de 75 ans (déclaratif)	Destinataire d'une fiche de CMS
1	61	M	Urbain	Cabinet seul	Non dispo	Oui
2	58	M	Rural	Cabinet de groupe	Non dispo	Oui
3	74	M	Urbain	Cabinet de groupe	50%	Oui
4	62	M	Urbain	Cabinet seul	25%	Oui
5	58	M	Urbain	Cabinet seul	20%	Oui
6	59	M	Urbain	Cabinet seul	30%	Non
7	31	F	Semi-rural	Cabinet de groupe	80%	Oui
8	64	M	Urbain	Cabinet de groupe	60%	Non
9	39	F	Urbain	Cabinet seul	30%	Non
10	63	M	Urbain	Cabinet de groupe	60%	Oui
11	65	M	Urbain	Cabinet de groupe	10%	Oui
12	60	M	Urbain	Cabinet de groupe	25%	Non
13	58	M	Urbain	Cabinet seul	35%	Non
14	38	F	Semi-rural	Cabinet seul	30%	Non
15	49	F	Semi-rural	Cabinet de groupe	30%	Non
16	63	F	Urbain	Cabinet de groupe	20%	Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

RESUME

Introduction

Face au vieillissement de la population, l'iatrogénie médicamenteuse apparaît comme un problème de santé publique majeur. La conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) est un processus basé sur la collaboration médecin-pharmacien dans le but de réduire le risque iatrogène et favoriser la transmission d'information entre la ville et l'hôpital. Elle repose sur la production d'une fiche d'information destinée aux professionnels de santé en ville, après comparaison des ordonnances et justification des modifications réalisées. L'objectif de l'étude est d'explorer la perception de la CMS chez le sujet âgé de plus de 75 ans auprès des médecins généralistes, afin d'identifier leurs besoins et les freins d'un tel processus, puis leurs perspectives en ambulatoire.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative prospective basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes ayant une activité ambulatoire dans les Alpes-Maritimes. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Les différentes réponses ont été analysées et regroupées par thèmes.

Résultats

Seize médecins généralistes ont été interrogés de février à juin 2017. La majorité était favorable à la CMS qu'ils trouvaient nécessaire pour le sujet âgé. Néanmoins, ils pointaient le manque d'implication du médecin traitant dans le processus. Ils soulignaient l'importance de la transmission rapide des informations via une messagerie sécurisée et de l'éducation thérapeutique du sujet âgé.

L'organisation complexe et chronophage était également soulevée. La perspective d'une conciliation en ambulatoire, au sein de laquelle le pharmacien tiendrait un rôle pivot, leur semblait indiquée pour certains patients mais difficilement réalisable.

Conclusion

Notre étude a montré que la CMS chez le sujet âgé est perçue par les médecins généralistes comme une nécessité d'être généralisée. Elle apparaît comme un moyen efficace de lutte contre l'iatrogénie, basée sur l'optimisation de la prise en charge thérapeutique via une collaboration médico-pharmaceutique. Des pistes ont été apportées afin de contourner les freins organisationnels, en passant notamment par l'utilisation des technologies d'information et de communication (TIC) ou la priorisation des patients.