



HAL
open science

Quels sont les déterminants des modifications thérapeutiques réalisées après la sortie d'une hospitalisation avec conciliation médicamenteuse ? Le point de vue des médecins généralistes

David Kerebel-Bucovaz

► To cite this version:

David Kerebel-Bucovaz. Quels sont les déterminants des modifications thérapeutiques réalisées après la sortie d'une hospitalisation avec conciliation médicamenteuse ? Le point de vue des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02362781

HAL Id: dumas-02362781

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02362781>

Submitted on 14 Nov 2019

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Quels sont les déterminants des modifications thérapeutiques réalisées
après la sortie d'une hospitalisation avec conciliation médicamenteuse?
Le point de vue des médecins généralistes.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 5 Juin 2019

Par Monsieur David KEREBEL-BUCOVAZ

Né le 17 juin 1989 à Evry (91)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick

Président

Monsieur le Professeur AMBROSI Pierre

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Quels sont les déterminants des modifications thérapeutiques réalisées
après la sortie d'une hospitalisation avec conciliation médicamenteuse?
Le point de vue des médecins généralistes.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 5 Juin 2019

Par Monsieur David KEREBEL-BUCOVAZ

Né le 17 juin 1989 à Evry (91)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick

Président

Monsieur le Professeur AMBROSI Pierre

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick VILLANI

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Vous m'avez orienté dès le début de mon travail avec des conseils précieux. Je vous présente mon profond respect et veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Pierre AMBROSI

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Votre intérêt pour mon travail m'a été d'une grande utilité. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Gaëtan GENTILE

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Votre implication dans le développement et l'enseignement de la médecine générale m'ont été d'une grande aide. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Aurélie DAUMAS

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci pour tes précieux conseils et ton aide pour la réalisation de ce travail. Je te présente mes remerciements les plus sincères.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Aurélie JANCZEWSKI

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, d'avoir dès le début considéré avec intérêt ce sujet. Merci également pour tout ton enseignement, ton accompagnement et ton exigence dans la méthodologie. Je t'en suis très reconnaissant.

A Mr le Docteur Florian CORREARD, Merci pour votre aide indispensable tout au long de la réalisation de ce travail.

A Mr le Docteur Pierre VERGER, Merci pour vos conseils et suggestions dans l'orientation de cette étude.

A ma famille qui est toujours là quand on cherche un refuge ou un moment de sérénité.

Aux docteurs Elbeze et Lama-Ceschet, pour vos enseignements, pour m'avoir fait vivre la médecine rurale, mais surtout pour votre compagnie et votre sympathie.

A mes amis sur la montagne et ailleurs, pour tous ces moments bonheur et de vie.

Et surtout à Valeria, merci pour ton amour et ton soutien, merci de m'accompagner aussi bien dans notre vie professionnelle que dans nos activités de plein air!

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE:

IATROGÉNIE ET CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

1. Définitions	page 3
1.1. Iatrogénie médicamenteuse	page 3
1.2. Prescription sub-optimale	page 3
1.2.1. Excès de traitement ("overuse")	page 3
1.2.2. Prescription inappropriée ("misuse")	page 4
1.2.3. Insuffisance de traitement ("underuse")	page 4
1.3. Iatrogénie médicamenteuse évitable	page 4
1.3.1. Divergences intentionnelles (DI)	page 4
1.3.2. Divergences Non Intentionnelles (DNI)	page 5
2. Contexte	page 5
2.1. Conséquences de la iatrogénie médicamenteuse	page 5
2.2. Risques liés à une hospitalisation	page 5
2.3. Politiques publiques	page 6
3. La conciliation médicamenteuse: une démarche efficace pour prévenir les erreurs médicamenteuses	page 6
3.1. Déroulement d'un processus de conciliation médicamenteuse	page 6
3.2. Mise en pratique de la conciliation médicamenteuse	page 7

DEUXIÈME PARTIE:

ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES DÉTERMINANTS DES MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES RÉALISÉES APRÈS LA SORTIE D'UNE HOSPITALISATION AVEC CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

INTRODUCTION	page 9
MÉTHODE	page 12
RÉSULTATS	page 14
1. Données sur le population interrogée	page 14
2. Modélisation	page 16
3. La prise en charge hospitalière semble éloignée de la pratique du médecin généraliste	page 17
4. Patient et médecin généraliste établissent un accord à domicile	page 18
4.1. Médecin généraliste et patient entretiennent une relation de proximité	page 18
4.2. Rôle du médecin généraliste	page 18
4.3. Une situation particulière à domicile	page 19

4.4. Des patients compliants	page 19
4.5. Des patients attachés à leurs traitements	page 19
5. L'avis hospitalier vient apporter une vision complémentaire	page 20
5.1. Difficultés des médecins généralistes	page 20
5.2. Rôle de l'hôpital	page 21
6. La qualité de la communication entre médecins généralistes et hôpital influence la prise de décision	page 21
6.1. Une bonne communication induisant un sentiment de collaboration	page 21
6.2. Un sentiment d'incompréhension pouvant être un frein	page 22
7. La conciliation médicamenteuse modifie ces rapports	page 22
7.1 Perception de la conciliation médicamenteuse par les médecins généralistes	page 22
7.2 Réception et utilisation de la conciliation médicamenteuse par les médecins généralistes	page 23
7.3. Place du patient dans la conciliation médicamenteuse	page 24
8. Le pharmacien est perçu à la marge de ce processus	page 24
9. Des bénéfices sont vécus grâce à la conciliation médicamenteuse	page 24
10. Certaines attentes restent présentes	page 25
DISCUSSION	page 27
1. Confrontation des principaux résultats aux données de la littérature	page 27
2. Forces et limites de l'étude	page 30
3. Implications futures	page 32
CONCLUSION	page 35
BIBLIOGRAPHIE	page 36
ANNEXES	page 40
ABREVIATIONS	page 42

PREMIÈRE PARTIE:

IATROGÉNIE ET CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

1. Définitions

1.1. Iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie désigne, du point de vue étymologique, l'ensemble des conséquences de l'action médicale, *iatros* désignant le médecin et *genes* la conséquence ou l'origine. Actuellement le terme de iatrogénie est utilisé pour désigner les effets indésirables liés aux soins. Le code de santé publique définit le médicament chez l'humain comme *"toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives [...] ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique."*(1). Selon l'OMS, la iatrogénie médicamenteuse concerne alors *"toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement."* Cette définition comprend alors tout effet indésirable médicamenteux (EIM).

1.2. Prescription sub-optimale

Ce terme regroupe plusieurs erreurs de prescription: l'excès de traitement ("overuse"), la prescription inappropriée ("misuse") et l'insuffisance de traitement ("underuse") (2). Ces prescriptions sub-optimales ont été décrites particulièrement chez les sujets âgés. L'identification de ces prescriptions sub-optimales est permise par la réalisation d'une révision thérapeutique. Plusieurs outils d'aide au repérage des prescriptions sub-optimales ont été proposés chez le sujet âgé, notamment la liste de Beers aux États-Unis(3), les critères STOPP/START en Europe(4), et la liste de Laroche en France(5).

1.2.1. Excès de traitement ("overuse")

Il s'agit des traitements prescrits alors que l'indication est absente ou n'existe plus, ou que le traitement en question n'a pas fait preuve de son efficacité. L'efficacité d'un traitement peut

notamment être évalué en tenant compte du service médical rendu (SMR) donné par la commission de transparence de la haute autorité de santé (HAS) au moment de la mise sur le marché. Les médicaments n'ayant pas fait preuve de leur efficacité ont alors un SMR qualifié d'insuffisant.

1.2.2. Prescription inappropriée ("misuse")

Ces prescriptions concernent les traitements ayant une balance bénéfique/risque défavorable. L'évaluation de cette balance bénéfique/risque est souvent complexe et particulière à la situation clinique de chaque patient. Néanmoins l'utilisation d'outils d'aide au repérage de ces prescriptions inappropriées peut également aider à évaluer leur balance bénéfique/risque.

1.2.3. Insuffisance de traitement ("underuse")

Elle est constituée par l'absence d'instauration d'un traitement efficace alors que le patient présente une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité. La révision thérapeutique n'est alors pas uniquement une analyse de l'ordonnance et des indications relatives à chaque traitement, mais une évaluation globale du patient avec éventuellement la mise en évidence de pathologies non traitées.

1.3. Iatrogénie médicamenteuse évitable

Un événement indésirable évitable est défini comme un événement indésirable qui n'aurait pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue(6).

Les événements indésirables liés à une prescription considérée sub-optimale sont donc évitables. La mise en place effective des moyens permettant d'identifier ces prescriptions sub-optimales est un pré-requis à la prévention des effets indésirables qui en découlent.

Une autre forme de iatrogénie médicamenteuse évitable concerne les erreurs par modification involontaire du traitement, possible notamment aux points de transition du parcours de soins du patient. La confrontation des traitements pris par le patient avant le transfert et la nouvelle ordonnance rédigée permet l'identification d'éventuelles divergences(7,8).

1.3.1. Divergences intentionnelles (DI)

Il s'agit de modifications, d'ajouts ou d'arrêts volontaires de traitements au moment du transfert. Elles peuvent être liées au motif d'hospitalisation ou à la fin d'un traitement au moment d'un retour à domicile. Cependant ces divergences peuvent comprendre des modifications réalisées sans renseignement des justifications, pouvant alors induire des erreurs médicamenteuses.

1.3.2. Divergences Non Intentionnelles (DNI)

Il s'agit d'erreurs médicamenteuses. La nouvelle prescription réalisée au moment du transfert modifie le traitement habituellement pris par le patient sans que le prescripteur en ait eu l'intention, en raison d'un défaut d'information sur les traitements précédemment pris. Ces DNI peuvent donc avoir pour conséquence la survenue d'événements indésirables évitables.

2. Contexte

2.1. Conséquences de la iatrogénie médicamenteuse

La polymédication, définie comme la prise d'au moins cinq médicaments différents par jour(9), est fréquente dans la population âgée en France, avec 67,4% des plus de 70 ans qui seraient dans cette situation(10). Bien que l'âge en soi ne semble pas être un facteur de survenue d'accident iatrogénique(11), il est montré que la polymédication a pour conséquence la survenue accrue d'effets indésirables potentiellement graves et d'hospitalisations(12,13). La iatrogénie médicamenteuse serait responsable de la survenue de 16,6% des hospitalisations chez le sujet âgé(2). Les patients âgés seraient également plus susceptibles d'être hospitalisés en raison d'un effet indésirable médicamenteux(14).

2.2. Risques liés à une hospitalisation

Les points de transition du parcours de soins, que sont les entrées et sorties d'hospitalisation, sont particulièrement à risque de survenue d'erreurs médicamenteuses. Entre 27 et 54% des patients pourraient être l'objet d'une DNI à l'admission en hospitalisation(15). Ce risque serait également présent en sortie d'hospitalisation(16).

2.3. Politiques publiques

Devant ces enjeux de santé publique liés aux prescriptions médicamenteuses, et au caractère évitable d'un certain nombre de ces effets indésirables, des politiques publiques visant à améliorer l'organisation des soins ont été proposées.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place le projet "high 5's" pour promouvoir la sécurité du patient(17). Ainsi plusieurs protocoles standardisés sont proposés. Un des axes de ce projet est d'améliorer la précision des prescriptions médicamenteuses aux points de transition du parcours de soins. La solution proposée est la mise en place de la "medication reconciliation". En France, plusieurs recommandations ont été émises afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prescription, comme les guides "Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé" de l'AFSSAPS et "Prescrire chez le sujet âgé" de la HAS en 2005(18,19). Un guide concernant les documents à rédiger pour assurer la transmission des informations suite à une sortie d'hospitalisation a également été élaboré(20). Enfin la mise en place de la conciliation médicamenteuse, correspondant en France à l'initiative de l'OMS, est promue depuis quelques années avec l'élaboration d'un document "mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé" en 2016, révisé en 2018(8).

3. La conciliation médicamenteuse: une démarche efficace pour prévenir les erreurs médicamenteuses

La conciliation médicamenteuse est définie 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"*. La conciliation peut également être utilisée en médecine ambulatoire lorsque plusieurs prescripteurs interviennent dans la prise en charge du patient.

3.1. Déroulement d'un processus de conciliation médicamenteuse

Lors de l'admission en hospitalisation, un Bilan Médicamenteux Optimisé(BMO) est réalisé. Il est alors croisé au moins trois sources d'information différentes afin de constituer la

liste des médicaments pris et à prendre par le patient. Le nombre de sources d'information nécessaire pourra être augmenté si des divergences entre ces sources sont notées. Les sources d'informations disponibles peuvent être le patient, ses proches, le pharmacien d'officine, le médecin traitant, les ordonnances du patient, les médicaments apportés par le patient, le courrier du médecin traitant ou le dossier de liaison du patient. Ce recueil d'informations doit être réalisé par un professionnel de santé qui peut être le médecin ou le pharmacien ou tout autre professionnel de santé en charge du patient. La synthèse des informations est réalisée de préférence par un pharmacien.

Une fois ce BMO validé, il permet d'aider la nouvelle prescription. La conciliation peut être proactive, dans ce cas le BMO sera réalisée avant la rédaction de la première ordonnance à l'admission. Elle peut également être rétroactive, le BMO sera alors confronté à la prescription déjà réalisée, ce qui permettra la mise en évidence de DI et de DNI, et la rectification des erreurs médicamenteuses.

En sortie d'hospitalisation le BMO est repris et l'ensemble des modifications (ajouts, arrêts, modifications de posologie) réalisées pendant l'hospitalisation sont listées. A partir de ce travail la prescription de sortie est formalisée. Une lettre de liaison à destination du patient et des professionnels de santé qui seront en charge du patient après la sortie listant l'ensemble des modifications réalisées en hospitalisation est rédigée.

La conciliation médicamenteuse peut également être envisagée en médecine ambulatoire. La constitution du BMO permettra alors au médecin référent de corriger des éventuelles divergences avec les traitements jusqu'à présent connus.

Bien que liée, la révision thérapeutique de l'ordonnance ne fait pas partie de la conciliation médicamenteuse. La réalisation de ces 2 actions peut cependant être concomitante, et la conciliation permet alors une rencontre pluriprofessionnelle pouvant alimenter la révision thérapeutique.

3.2. Mise en pratique de la conciliation médicamenteuse

L'application du processus de conciliation médicamenteuse en hospitalisation pour des patients âgés de plus de 65 ans a permis l'identification de 1799 erreurs médicamenteuses chez 1670 patients(21). Dans cette étude la proportion de patients concernés par au moins une erreur médicamenteuse était de 44,6%, et 5,6% des patients étaient concernés par une erreur médicamenteuse pouvant avoir des conséquences graves. L'évaluation de l'efficacité de la conciliation médicamenteuse sur la réduction de divergences médicamenteuses dans une étude

multi-centrique en Hollande a montré une diminution significative des divergences (32 contre 62%, odd ratio 0,29, intervalle de confiance à 95% 0,23-0,37)(22).

Une conciliation proactive permettrait de réduire significativement le nombre de DNI en comparaison d'une conciliation rétroactive (2,1 contre 45,8%, $p < 0,001$)(23). Sa réalisation demande cependant beaucoup de ressources humaines

Une étude américaine évaluant l'impact de la conciliation médicamenteuse réalisée en hospitalisation sur les prescriptions après la sortie, n'a pas mis en évidence de diminution des erreurs médicamenteuses(24). Il a été retrouvé que environ 50% des patients présentaient au moins une erreur médicamenteuse durant les 30 jours suivant l'hospitalisation et 23% une erreur jugée sérieuse, avec des fréquences non significativement différentes entre les groupes avec et sans conciliation médicamenteuse. Une diminution significative du taux de réhospitalisation, suite à la réalisation d'une conciliation médicamenteuse au cours d'une hospitalisation, a cependant été mise en évidence dans une méta-analyse(25).

La mise en place de la conciliation médicamenteuse devrait donc permettre une amélioration de la continuité des soins, une réduction des erreurs médicamenteuses liées au défaut de transmission d'informations entre soignants et une diminution de leurs répercussions sur la santé des patients.

DEUXIÈME PARTIE:
ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES DÉTERMINANTS DES MODIFICATIONS
THÉRAPEUTIQUES RÉALISÉES APRÈS LA SORTIE D'UNE HOSPITALISATION
AVEC CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

INTRODUCTION

La gestion du traitement au long cours des patients, notamment chez les patients polymédiqués, nécessite une attention constante de la part des soignants. Dans ce suivi les médecins généralistes occupent une place particulière, en première ligne. Une hospitalisation est l'occasion de nombreux changements, elle est nécessaire au moment d'une évolution de la pathologie du patient, et implique des modifications sur le plan thérapeutique. Tout au long de ce suivi, le traitement du patient doit faire l'objet d'une évaluation. Les points de transition que sont l'admission en hospitalisation et le retour au domicile sont particulièrement à risque pour la transmission des informations nécessaires au suivi du patient. Le partage d'information avec le patient et entre les soignants impliqués dans la prise en charge doit ainsi permettre de prendre les décisions appropriées.

Le médecin généraliste a un rôle central dans le parcours de soins des patients(26). Il assure le suivi à long terme des patients présentant une pathologie chronique et a une place de coordonnateur des soins. Ainsi il centralise les différentes prescriptions reçues par le patient, et diffuse ces informations, conjointement à l'historique du patient, aux autres spécialistes. Le médecin généraliste veille à la bonne prescription et, malgré de nombreuses contraintes, il peut initier les révisions thérapeutiques et déprescrire dans les situations qui les rendent nécessaires(27). Ce rôle est d'autant plus important chez les patients à risque de iatrogénie, que sont les patients âgés, polypathologiques et polymédiqués (12). "Ce n'est pas un art de peu d'importance que de prescrire correctement des médicaments, mais c'est un art d'une plus grande difficulté que de savoir quand les arrêter ou ne pas les prescrire " Philippe Pinel (1745-1826).

La population française vieillit, avec 20% de la population âgée de plus de 65 ans en 2019(28). Les personnes âgées, qui présentent fréquemment une polypathologie, sont particulièrement exposées à une polymédication(2,10,29). Ainsi une personne de plus de 65 ans consomme en moyenne 3,6 médicaments quotidiennement. Cette polymédication a pour

conséquence la survenue accrue d'effets indésirables médicamenteux(12,30). Il est également démontré que ces effets indésirables médicamenteux sont fréquents et potentiellement graves(31). De plus, 8,7% des hospitalisations seraient liées à un effet indésirable médicamenteux chez les sujets de plus de 60 ans(32).

Ce risque iatrogène est particulièrement important au moment d'une hospitalisation, où de nombreux changements thérapeutiques sont alors nécessaires. De plus, la communication entre ville et hôpital, primordiale pour prévenir la iatrogénie, apparaît insuffisante. En France, des mesures ont donc été proposées pour améliorer cette situation. Nous pouvons citer le référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation, publié par la HAS en 2014(20), et plus récemment la mise en place de la conciliation médicamenteuse. Cependant la communication reste toujours lacunaire, les comptes-rendus d'hospitalisation n'étant souvent pas reçus par les médecins généralistes(33).

Selon la HAS, la conciliation médicamenteuse est *"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"* (8). A l'admission d'une hospitalisation avec conciliation médicamenteuse est réalisé un bilan médicamenteux optimisé qui établit la liste des médicaments pris par le patient à domicile. Au moins trois sources d'informations sont croisées par un médecin ou pharmacien hospitalier afin d'établir ce bilan. Il est ensuite confronté aux prescriptions hospitalières et les divergences sont relevées. Ces divergences sont ensuite étudiées et les divergences non intentionnelles ou erreurs médicamenteuses sont identifiées. En fin d'hospitalisation, la confrontation entre les prescriptions de sortie et le bilan médicamenteux optimisé permet de préciser les traitements modifiés au cours de l'hospitalisation et à poursuivre. Cette confrontation donne lieu à la rédaction d'une lettre de liaison, présentée sous forme de tableau, destinée aux soignants qui prendront en charge le patient à son retour au domicile, et notamment le médecin traitant(7).

Il a été démontré, dans le cadre hospitalier, que cette démarche permet de réduire significativement des erreurs médicamenteuses qui peuvent avoir des conséquences graves (21,23). L'identification de ces erreurs médicamenteuses peut permettre d'éviter des événements

indésirables. Selon Dufay et al. ces erreurs médicamenteuses seraient potentiellement très graves chez 4,2% des patients hospitalisés âgés de plus de 65 ans(21). Bien que pressenti, le bénéfice de cette démarche sur le suivi du patient après son retour à domicile, est peu évalué. Une étude récente montre que 89% des ordonnances rédigées un mois après une sortie d'hospitalisation avec conciliation médicamenteuse comportaient au moins une divergence avec l'ordonnance de sortie(33). Dans une autre étude on trouve 83 divergences intentionnelles sur 194 lignes de prescriptions chez 23 patients à 1 mois d'une sortie d'hospitalisation avec conciliation médicamenteuse(34). Enfin, dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes suivant des patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse au sein d'un centre de cancérologie, 97,5% déclaraient ne pas connaître la conciliation médicamenteuse(35).

L'objectif de cette étude était donc d'explorer l'appropriation et l'utilisation de la conciliation médicamenteuse dans la pratique des médecins généralistes, pour comprendre les déterminants des modifications thérapeutiques réalisées après une sortie d'hospitalisation avec conciliation médicamenteuse.

MÉTHODE

Une méthode qualitative avec un recueil de données par entretiens semi-dirigés et une analyse thématique par théorisation ancrée a été choisie. Cette méthode nous a paru adaptée pour recueillir le point de vue et l'intérêt des médecins généralistes sur la conciliation médicamenteuse. Nous avons voulu également comprendre l'utilisation de la conciliation médicamenteuse par le médecin généraliste. L'analyse par théorisation ancrée a permis de faire ressortir le processus amenant aux modifications thérapeutiques réalisées après la sortie d'hospitalisation.

Les médecins généralistes interrogés devaient avoir reçu une lettre de liaison de conciliation médicamenteuse mentionnant les traitements modifiés en hospitalisation avec une justification de ces modifications. La conciliation médicamenteuse réalisée au cours de l'hospitalisation devait donc comporter un bilan médicamenteux de sortie donnant lieu à la rédaction d'une lettre de liaison (Annexe 1). Les médecins généralistes contactés suivaient des patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse au sein du service de gériatrie de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Les unités concernées étaient les services de médecine interne gériatrie de l'hôpital de Sainte Marguerite, médecine interne post-urgence de l'hôpital de la Timone et hôpital de jour gériatrique de l'hôpital de Sainte Marguerite. Les médecins étaient contactés 1 à 3 mois après la sortie d'hospitalisation par courrier puis par appel téléphonique. Leur connaissance, et la bonne réception de la lettre de liaison de conciliation médicamenteuse étaient systématiquement recherchées. En cas de réponse positive un entretien était proposé.

L'échantillonnage était réalisé en variation maximale, afin de rechercher un maximum de points de vue différents. Le nombre de personnes à interroger n'était pas prédéterminé, le recueil de données devait arriver à terme une fois la saturation des données obtenue. Cette dernière était obtenue lorsque aucun nouveau code n'était ajouté lors de l'analyse d'un entretien. La saturation des données devait être confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

Les entretiens étaient réalisés à la convenance du médecin dans leur cabinet de consultation ou dans un autre lieu. L'enquêteur se présentait comme étudiant-chercheur interne du service de gériatrie de l'AP-HM, et futur médecin généraliste. Une notice d'information était

remise au participant et un consentement écrit était obtenu. Les données démographiques étaient recueillies directement auprès du participant. Ensuite l'enquêteur interrogeait les participants à l'aide de questions ouvertes à partir d'un guide d'entretien (annexe 2). Après avoir recherché les conceptions du participant sur la conciliation médicamenteuse, une information sur son déroulement était donnée. Le développement du discours était recherché à l'aide de relances. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord du participant. Ils étaient ensuite retranscrits mot à mot à l'aide d'un logiciel de traitement de texte, des informations contextuelles étaient ajoutées suivant les notes prises au cours de l'entretien et les souvenirs de l'enquêteur. Les entretiens étaient anonymisés et toutes références pouvant amener à reconnaître le participant étaient modifiées.

L'analyse était réalisée au fur et à mesure de l'avancée de la recherche. Le guide d'entretien pouvait donc faire l'objet de modifications au cours du recueil de données en fonction de l'apparition de thèmes jusqu'alors non explorés. Les entretiens étaient découpés en unités de sens ou verbatim, puis un code leur était attribué. Les codes étaient ensuite regroupés par thèmes et sous-thèmes transversaux au corpus de texte. Suivant la méthode d'analyse par théorisation ancrée, aucune grille d'analyse n'a été préétablie. Les thèmes ont été issus des verbatim et codes trouvés dans le premier temps de l'analyse. Enfin l'analyse de ces thèmes a permis de faire émerger un processus explicatif et a donné lieu à une modélisation(36–39).

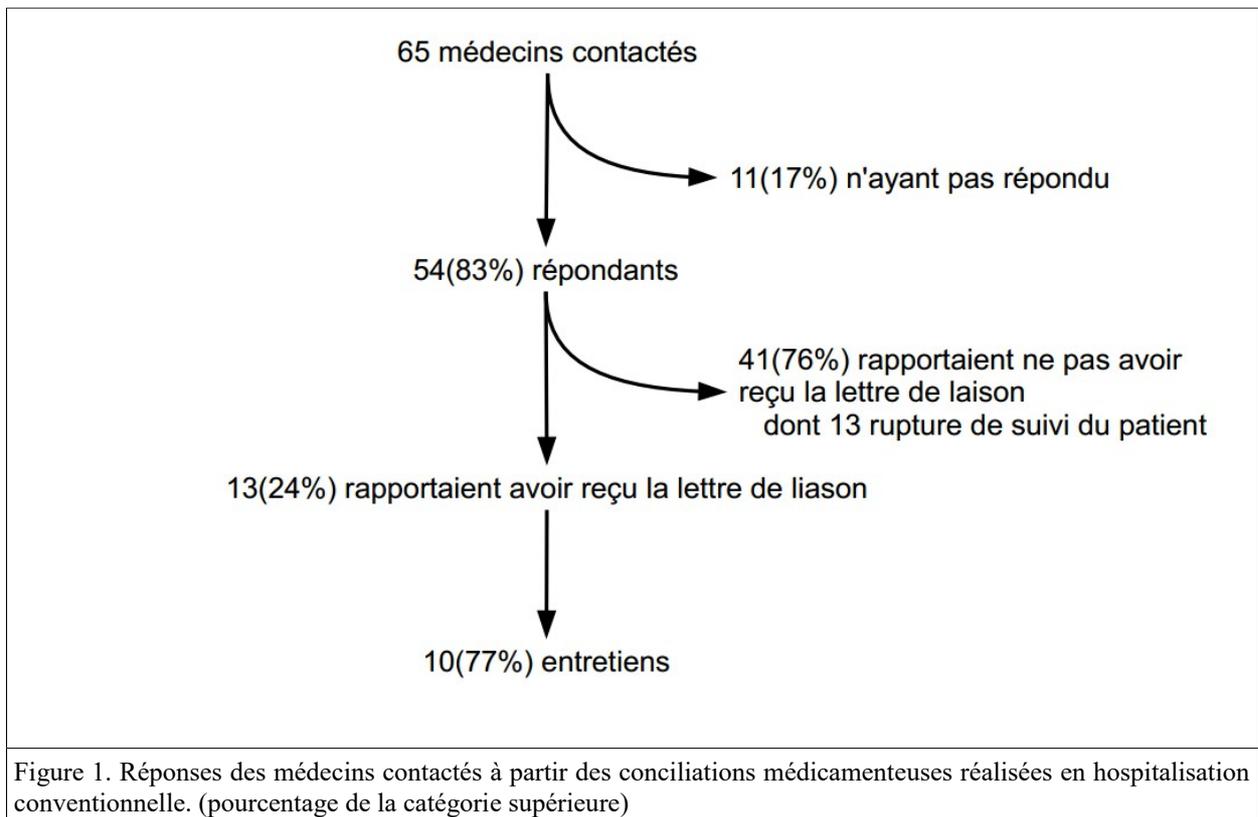
Un avis favorable du comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille a été émis pour cette étude.

RÉSULTATS

1. Données sur la population interrogée

Entre novembre 2017 et mars 2019, 11 entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes ayant suivi un patient qui avait bénéficié d'une conciliation médicamenteuse au cours d'une hospitalisation. La saturation des données n'a pas pu être obtenue. Tous les médecins généralistes interrogés avaient confirmé avoir eu accès à la lettre de liaison de conciliation médicamenteuse.

À partir des conciliations médicamenteuses réalisées en secteur d'hospitalisation conventionnelle (médecine interne gériatrie de l'hôpital de Sainte Marguerite et médecine interne post-urgence de l'hôpital de la Timone) 65 médecins ont pu être contactés, 54 ont répondu dont 13 (24% des répondants) déclaraient avoir reçu la lettre de liaison de la conciliation médicamenteuse. 10 d'entre eux ont accepté un entretien. Les 3 médecins ayant refusé un entretien invoquaient un manque de temps. 1 autre entretien a été réalisé auprès d'un médecin généraliste suivant un patient ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse en hospitalisation de jour gériatrique de l'hôpital Sainte Marguerite. Parmi les médecins contactés déclarant ne pas avoir reçu la lettre de conciliation médicamenteuse, 13 déclaraient ne pas avoir revu le patient après son hospitalisation. Une des causes évoquées de rupture du suivi était le transfert des patients en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Les données concernant les contacts des médecins généralistes suivant les patients hospitalisés en secteur conventionnel sont retranscrites dans la figure 1.



Les entretiens ont duré en moyenne 22 minutes (minimum 15, maximum 31). Un des médecins interrogés a refusé d'être enregistré au moment de l'entretien. Les entretiens se sont tous déroulés aux cabinets des médecins interrogés, à l'exception d'un qui s'est déroulé au domicile du participant.

Les caractéristiques de la population des médecins interrogés sont résumées dans le tableau 1. Parmi les médecins interrogés, il y avait 7 hommes et 4 femmes. L'âge moyen était de 53 ans (minimum 40, maximum 77). Tous les médecins interrogés exerçaient à Marseille, la répartition des lieux d'exercice et d'habitation est donnée dans le tableau 1. Ils déclaraient réaliser en moyenne 27 consultations par jour (minimum 10, maximum 50). Ils réalisaient tous habituellement des visites à domicile et étaient tous conventionnés avec la sécurité sociale en secteur 1.

Age moyen (min-max)	53(40-77)	
Sexe	femmes	hommes
	4(36%)	7(64%)
Arrondissement d'exercice (effectif)	9(4), 3(1), 4(1), 5(1), 7(1), 8(1), 10(1), 16(1)	
Arrondissement d'habitation (effectif)	9(6), 6(1), 7(1), 8(1), 10(1), autre commune(1)	
Nombre moyen de consultations quotidiennes (min-max)	27(10-50)	
Tableau 1. Caractéristiques de la population interrogée		

Au cours du recueil de données, certains éléments ont été ajoutés au guide d'entretien. Il a été nécessaire d'explorer plus particulièrement la connaissance du patient ou de son entourage de la conciliation médicamenteuse, les modalités de contact entre médecin généraliste et hôpital, et enfin l'influence perçue du contexte hospitalier sur la mise en place ou l'arrêt d'une thérapeutique, et sur l'adhésion du patient.

2. Modélisation

L'analyse des entretiens a permis d'établir une modélisation représentée en figure 2. Trois éléments venaient constituer un socle déterminant la décision de modifications thérapeutiques. Ce processus était influencé, dans un sens ou dans l'autre, par la qualité de la communication. La conciliation avait un impact plus ou moins important sur cette communication. La concertation avec le pharmacien était perçue à la marge de ce processus décisionnel. Enfin, au-delà des modifications thérapeutiques réalisées, les médecins généralistes tiraient certains bénéfices de la conciliation tout en formulant certaines attentes.

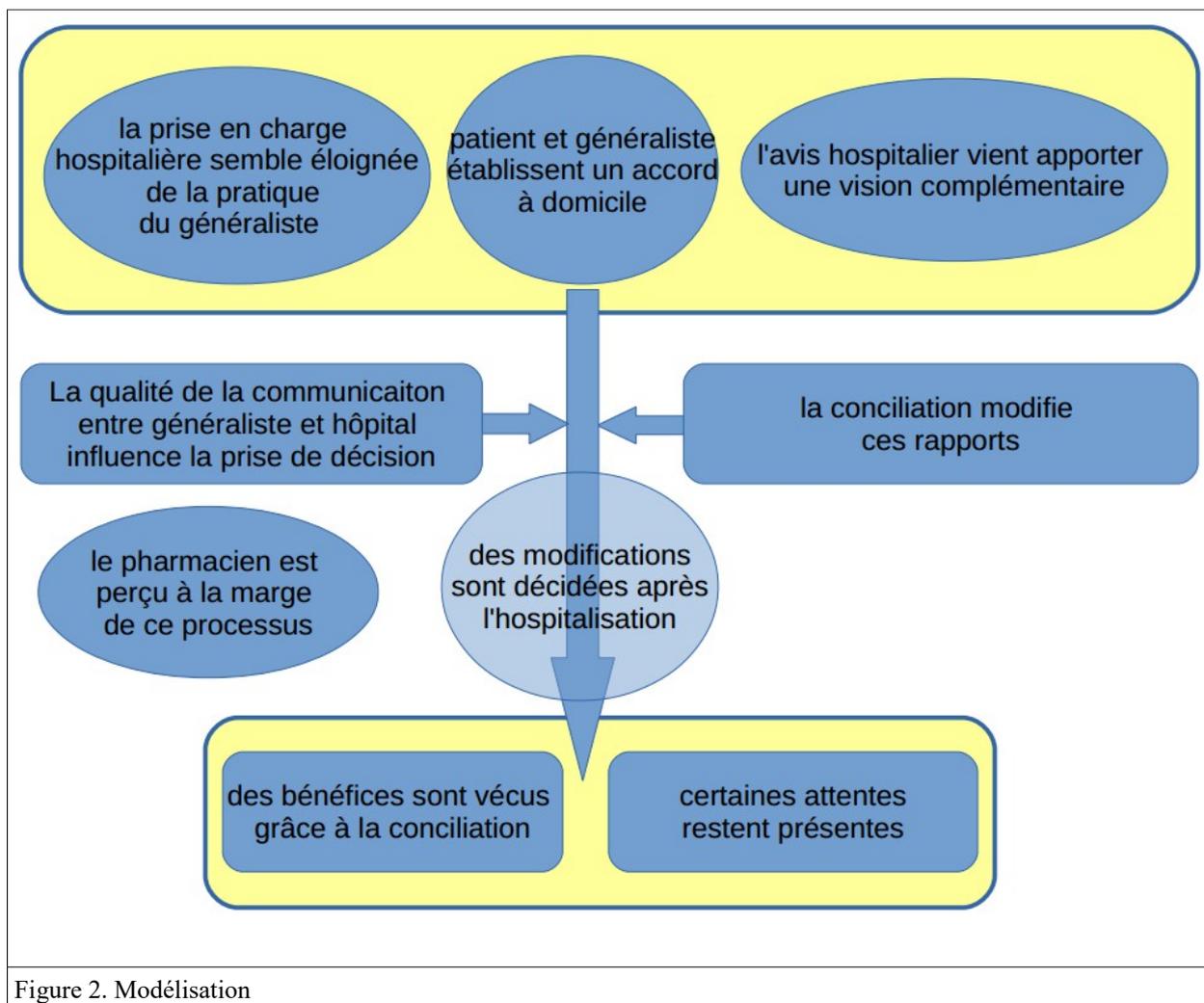


Figure 2. Modélisation

3. La prise en charge hospitalière semble éloignée de la pratique du médecin généraliste

La prise en charge hospitalière semblait éloignée de la pratique du médecin généraliste en raison du manque d'informations recueillies quant aux antécédents du patient et par la réalisation de prescriptions qui semblaient inadaptées. Ce thème était retrouvé dans la plupart des entretiens. Certains médecins généralistes décrivaient une vision éloignée du quotidien du patient par l'équipe hospitalière, *"enfin il n'y a pas une bonne perception de ce qui se passe réellement en ville. Et la faisabilité pour une patiente de quatre-vingt-dix-sept ans seule à domicile de se rendre à quatre rendez-vous différents"*, et un manque d'information sur les diagnostics déjà réalisés qui pouvait engendrer une surmédicalisation, *"Ha là c'est épuisant. Ils téléphonent pas, ils demandent rien, et en fait ils re-diagnostiquent une vie entière"*. D'autres médecins généralistes décrivaient des arrêts de traitements en hospitalisation sans prise d'information suffisante sur les indications, *"Vous ne savez pas pourquoi on a mis tel médicament, et que vous nous dites il faut l'enlever il faut pas le mettre, et que vous l'enlevez systématiquement."*, qui

arrivaient trop rapidement à l'admission en hospitalisation, *"Il faudrait garder le pensionnaire plus longtemps. C'est-à-dire pendant 10 jours voir un peu comment il se comporte. Et voir si les choses s'amendent ou ne s'amendent pas."* De plus, certains rapportaient des changements de traitements pour une autre forme commercialisée comportant le même principe actif, ou bien pour un autre principe actif de la même classe thérapeutique, source d'erreurs au retour à domicile, ici concernant un inhibiteur de la pompe à protons *"S'ils avaient l'habitude de prendre l'autre ils pourraient très bien prendre les deux, oui. Donc je comprends que dans certains services il n'y a que telle marque et tout ça. [...] Mais sur l'ordonnance de sortie [...] il faut remettre le même"*.

4. Patient et médecin généraliste établissent un accord à domicile

La confrontation de facteurs propres au médecin généraliste et au patient aboutissait à un accord, négocié au fur et à mesure de l'évolution d'une relation de soin de longue durée, qui garantissait une alliance thérapeutique.

4.1. Médecin généraliste et patient entretiennent une relation de proximité

Un accord entre patient et médecin généraliste était établi, compte tenu de leur proximité et d'une relation durable, *"c'est un patient que je dois suivre depuis à peu près 13 ans. Donc c'est vrai que j'ai vu l'évolution de ses pathologies, l'évolution de son état."* Cette proximité pouvait aller jusqu'à la visite par le médecin généraliste de leur patient au cours de leur hospitalisation *"De toute façon moi je vais systématiquement voir mes patients à l'hôpital, où qu'ils soient. [...] Voilà, je vais voir, ce qui se passe. Non pas pour donner mon avis, mais simplement pour savoir"*.

4.2. Rôle du médecin généraliste

Le médecin pouvait par exemple prévenir une polymédication *"Après, mine de rien on n'est pas si con que ça donc on fait aussi un tri nous-même"*, et, s'il le jugeait nécessaire, déprescrire certains médicaments. La limite à cette déprescription restait pour certains médecins généralistes la volonté du patient, comme ici concernant la carbamazépine dans une névralgie faciale *"surtout que moi j'avais déjà proposé plusieurs fois et elle voulait pas puisqu'elle est bien avec et quand on a mal comme ça ... Voilà"*, ceci afin de conserver l'alliance thérapeutique. Le

médecin généraliste avait pour rôle de centraliser toutes les prescriptions du patient *"C'est-à-dire notre rôle c'est un peu quand il y a plusieurs intervenants, d'arriver à faire la synthèse des produits. Donc il faut essayer de connaître suffisamment le patient."*

4.3. Une situation particulière à domicile

L'accord conclu entre médecin généraliste et patient était particulier à une situation vécue au domicile, et le retour au domicile pouvait alors être l'occasion d'un changement d'attitude du patient vis-à-vis de son traitement, *"Il est revenu à ses anciennes prescriptions"*. Le médecin généraliste pouvait alors valider ces modifications à partir de la connaissance de son patient à domicile *"J'aurais presque le même regard, mais les conditions changeant, automatiquement les traitements doivent changer. Automatiquement. Parce que quand vous êtes chez Mr P, que vous le laissez seul, et qu'il va passer la journée seul! Vous dites c'est pas possible, là il faut être peut-être plus costaud dans les traitements."*

4.4. Des patients compliants

Dans le corpus étaient décrits deux profils de patients. Un médecin généraliste décrivait des patients qui connaissaient mal leurs traitements, *"Ou souvent, ce qui m'étonne toujours, c'est que les gens ne savent pas ce qu'ils prennent. Ils disent : "Mais je prends ce que vous me donnez!"*". Conjointement à cette méconnaissance du traitement il était évoqué dans d'autres entretiens un patient compliant acceptant facilement les modifications proposées *"Bon assez simplement hein, il a pas trop posé de questions sur le fait qu'on ait modifié son traitement"*. Toujours dans une idée où le patient s'en remet facilement aux décisions du médecin, un autre médecin généraliste imaginait que son patient et son entourage ne souhaiterait pas participer à la conciliation médicamenteuse.

4.5. Des patients attachés à leurs traitements

Il était également décrit, par ces même médecins généralistes et dans d'autres entretiens, des situations où le profil du patient était au contraire un frein aux modifications du traitement, avec des patients qui refusaient la déprescription à domicile *"Vous verrez, quand vous exercerez, des fois pour tirer une molécule à un patient, il faut vous employer à le convaincre"*, ou souhaitaient garder leurs traitements en hospitalisation *"Ils sont malades, mais ils sont lucides"*

quand même. Quand ils ont des traitements, ils veulent les conserver pendant l'hospitalisation. Ils veulent les conserver, ils se battent un peu avec le personnel". Certains médecins généralistes parlaient d'une bonne connaissance des patients vis-à-vis de leurs traitements "Évidemment parce que le type il voit les boîtes de médicament, c'est pas les mêmes, c'est pas pareil, c'est pas truc.", ces médecins n'étaient pas ceux qui évoquaient une bonne compliance des patients. Une pression des patients sur la prescription était alors décrite "moi j'essaye d'éviter mais il y en a certains qui ont des listes à rallonge c'est une horreur. Alors que bon, je sors de l'hôpital, je sais ce qu'il faut faire. C'est ... Une demande pressante d'un patient, tout le temps.". Enfin il a été évoqué la gestion difficile des benzodiazépines "Style les hypnotiques, les benzos. Ça ces trucs là c'est le problème."

5. L'avis hospitalier vient apporter une vision complémentaire

L'avis hospitalier venait alors compléter les informations de la prise en charge du patient. L'intérêt de la prise charge hospitalière était également ressentie vis-à-vis de certaines difficultés des médecins généralistes.

5.1. Difficultés des médecins généralistes

Ainsi les médecins généralistes faisaient fréquemment part de leurs limites, qui pouvaient concerner un manque de recul vis-à-vis d'un traitement ancien, *"Et donc en fait on est un petit peu dans ce cercle vicieux. Que bon voilà il y a des médicaments qui étaient prescrits auparavant, qui équilibrent le patient, et on ne cherche pas trop vraiment à les ... À les arrêter."*, ou une méconnaissance de certaines modifications réalisées par d'autres spécialistes, *"Et là du coup pour nous c'est très compliqué d'avoir toutes les infos. Parce que souvent ils changent de traitement et en fait on ne le sait pas."*. S'y ajoutaient des difficultés dans la pratique de la médecine générale, notamment un manque de temps, un exercice isolé avec un manque d'interlocuteur pouvant aider à la prise de décision quant à l'arrêt d'un traitement *"C'est vrai que, en ville, on est toujours tout seul en ville donc heu... C'est pas forcément évident de prendre des décisions, si est-ce qu'on le fait, est-ce qu'on le fait pas"*. Ces difficultés étaient alors une barrière à la déprescription *"Disons que voilà si même j'avais eu l'idée d'arrêter des psychotropes pour ce monsieur j'aurais eu peur."*. Les connaissances du médecin généraliste pouvaient faire défaut, *"On peut oublier pas mal de choses, on peut passer à côté de choses, même si on fait des formations."*, *"Là les interactions médicamenteuses, on peut passer vraiment à l'as."*

5.2. Rôle de l'hôpital

La plupart des médecins généralistes rapportaient un intérêt pour l'hospitalisation qui était l'occasion d'une révision thérapeutique, *"c'est vrai que quand ils vont à l'hôpital, c'est l'occasion quand même de faire le point sur pas mal de choses."*, avec l'apport d'une compétence pour un patient en particulier, *"C'est fait intelligemment, sur un patient, avec des trucs ... Et donc c'est plus assimilable pour mon petit cerveau."*. Certains évoquaient également la possibilité d'arrêter les médicaments en meilleure condition à l'hôpital *"par exemple là lui c'est un insuffisant cardiaque ou autre, diminuer les doses de LASILIX° à domicile [expression de méfiance] c'est toujours un peu délicat quoi."*. Enfin certains médecins généralistes décrivaient l'hospitalisation comme un cadre sécurisant pour le patient *"Vu que c'est bien structuré, que c'est bien coordonné, le patient adhère."*. Il a été également cité l'intérêt pour le médecin généraliste de la compétence du spécialiste d'organe *"Si il a un cardiologue c'est pour ça. Sinon il a pas besoin d'un cardiologue"*, et l'hospitalisation est alors l'occasion de permettre au patient l'accès à ces compétences *"Après tout le monde n'en a pas besoin. Mais c'est vrai que à l'inverse, nous en ville, c'est vrai que quand ils vont à l'hôpital, c'est l'occasion quand même de faire le point sur pas mal de choses."*

6. La qualité de la communication entre médecins généralistes et hôpital influence la prise de décision

La communication entre hôpital et médecins généralistes était décrite de manière contrastée à travers les entretiens, avec de bonnes et mauvaises perceptions de cette communication. Ce contraste se retrouvait parfois au sein du même entretien. Ces différents vécus de la relation entre médecins généralistes et hôpital semblaient influencer les prises de décision dans un sens ou dans l'autre.

6.1. Une bonne communication induisant un sentiment de collaboration

Une communication directe avec l'équipe hospitalière était parfois évoquée, *"on m'a appelé, l'interne de pharmacie m'a appelé"*, *"moi j'étais contente de voir que quelqu'un m'appelle, par principe. C'est pas souvent!"*. Certains parlaient d'une bonne information suite à l'hospitalisation, *"Alors on reçoit des courriers maintenant, je trouve que c'est mieux,*

objectivement. Ça va plus vite.". Dans cette idée de compréhension entre médecins généralistes et hospitaliers, un médecin généraliste évoquait les difficultés que peuvent rencontrer les équipes hospitalières *"Vous avez beaucoup de choses à faire à l'hôpital, et je comprends très bien que les médecins de l'hôpital, et les médecins des urgences ils n'ont pas le temps de discuter, et d'expliquer, je le comprends parfaitement."*

6.2. Un sentiment d'incompréhension pouvant être un frein

Au contraire, certains médecins généralistes parlaient d'une mauvaise communication, l'intérêt des informations reçues suite à l'hospitalisation passant alors au second plan *"Alors la conciliation je veux bien mais en fait le traitement a été interrompu brutalement parce que la femme n'avait pas compris, qu'il n'y avait pas eu en fait de demande de passage du médecin traitant pour la poursuite du traitement"*. Il pouvait exister également un manque d'information *"Bah en fait je pense, si je me souviens bien, que j'ai vu le patient avant de recevoir le courrier."*. Un médecin généraliste évoquait la difficulté à joindre directement l'équipe hospitalière lorsqu'il le nécessitait *"Voilà. Essayez de joindre un médecin de l'hôpital. [Temps de pause] C'est pas méchant! C'est méchant pour personne, mais je vous explique pas la complexité du problème."*. Un autre parlait d'un manque de confiance de l'hôpital envers le médecin généraliste *"enfin ou faire confiance au médecin généraliste en disant: 'il est capable de faire la décroissance des corticoïdes'. [...] Je veux bien que ce soit un cas un peu compliqué. Voilà, on en croise pas tous les jours des pneumopathies interstitielles sous CORDARONE°, une fibrose. Mais je pense qu'on est capable de gérer un petit peu"*.

7. La conciliation médicamenteuse modifie ces rapports

Venant accompagner cette communication entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers, la perception, la réception et l'utilisation de la conciliation médicamenteuse permettaient également de modifier les prises de décisions.

7.1 Perception de la conciliation médicamenteuse par les médecins généralistes

La conciliation médicamenteuse était peu connue des médecins généralistes, la réception de la lettre de liaison était souvent leur première confrontation avec le terme de conciliation médicamenteuse *"c'est la première fois, ... c'est la première fois que je voyais ce terme-là"*. Un

intérêt pour la conciliation médicamenteuse était retrouvé dans la plupart des entretiens. Les médecins généralistes acceptaient volontiers de s'en servir et y voyaient un outil pour améliorer la communication sur les modifications thérapeutiques *"Et pourquoi il ne fallait pas les garder"*. En plus de la réalisation du bilan médicamenteux *"en fait vous avez fait l'état des lieux de tous les traitements et les pathologies"*, la conciliation médicamenteuse était perçue comme une concertation avec révision thérapeutique *"j'imagine que c'est là où on dit: ça elle en a pas besoin, ça elle en a besoin, ça ça ne va pas, ça ça interagit avec ça, il faut changer avec ça."* Cette révision thérapeutique permettait alors de diminuer les effets indésirables médicamenteux *"moins d'effets toxiques recherchés au maximum"*, d'apporter un regard neuf sur les traitements *"Et que c'était bien qu'il y ait eu un œil extérieur qui regarde ce traitement. Voilà, que des fois on est dans nos traitements, à prolonger, à ne pas se poser des questions sur des longues ordonnances qui sont compliquées. Et qu'on reproduit tous les trois mois sans faire attention"*, et de diminuer les interactions médicamenteuses.

7.2 Réception et utilisation de la conciliation médicamenteuse par les médecins généralistes

La conciliation médicamenteuse permettait d'amener des propositions de modifications thérapeutiques *"On va proposer une solution différente, à ce traitement. Mais on peut faire mieux ... "Si vous l'acceptez, vous pouvez!" Je l'entends comme ça."* Les propositions pouvaient être mises en place par le généraliste en tenant compte de la situation *"Il y avait des psychotropes qu'il prenait depuis déjà pas mal de temps, les conseils étaient de les arrêter. J'ai fait un arrêt progressif."* L'intérêt de la forme de la lettre de liaison était mentionné dans un entretien *"Moi je trouve ça hyper concis en fait. Ça c'est bien le tableau. Il faut que ce soit pratique."* Il avait été rapporté dans certains entretiens une participation du médecin généraliste à la conciliation médicamenteuse *"Ouais on en a parlé. Et donc j'avais dit que j'avais donné mon accord"*. Cependant le temps que le généraliste avait à consacrer à la conciliation médicamenteuse pouvait être limitant.

Certains médecins généralistes voyaient également une remise en question de leur travail par la conciliation médicamenteuse, nécessaire mais parfois trop brutale *"C'est vrai que pour nous le médecin, c'est un peu une sorte d'agression"*, *"Mais ... C'est peut-être la manière de la rédiger qui devrait être différente."* D'autres rapportaient l'absence de communication directe systématique au cours de sa réalisation, *"D'accord, ils voient le patient, ils voient l'ordonnance, et après ils décident eux-mêmes, seuls?"*, voire une absence de prise en compte du généraliste

dans la réalisation de la conciliation médicamenteuse *"Mais malgré ça, il n'y a pas de prise en compte de l'avis du médecin traitant. Et il n'y en aura jamais. C'est pas votre job."* Enfin, les justifications des modifications thérapeutiques inscrites sur la lettre de liaison pouvaient être jugées insuffisamment développées.

7.3. Place du patient dans la conciliation médicamenteuse

Dans la majorité des entretiens, le patient et son entourage semblaient être exclus, tout du moins non informés, de la réalisation de la conciliation *"Non. Non je n'ai pas eu de retour", "D'accord. Là vous regardez juste l'ordonnance sans le patient?"*. La conciliation médicamenteuse n'avait alors pas été rapportée par le patient ou son entourage lors de la consultation qui avait suivi l'hospitalisation.

Indépendamment des facteurs évoqués précédemment, deux médecins généralistes avaient dû modifier les traitements suite à l'hospitalisation du fait de l'évolution clinique du patient *"Après le seul problème, puisque j'ai eu un problème après, c'était que les œdèmes des membres inférieurs sont revenus. [...] Donc j'ai dû remettre évidemment, hélas, hélas, un diurétique."*

8. Le pharmacien est perçu à la marge de ce processus

La place du pharmacien dans ce processus était peu évoquée. Il était mentionné une discussion avec un pharmacien hospitalier *"un pharmacien qui m'avait dit les modifications qui avaient déjà été apportées, et que j'avais plus ou moins validé par téléphone aussi"*. Une peur de voir des pharmaciens participer à la prescription médicale était aussi retrouvée dans un autre entretien *"Moi je n'appelle pas le pharmacien quand je prescris. Le pharmacien n'a pas à intervenir dans la prescription."*

9. Des bénéfices sont vécus grâce à la conciliation médicamenteuse

A partir de cette expérience de la conciliation médicamenteuse plusieurs bénéfices étaient décrits. En pratique la conciliation médicamenteuse permettait d'accéder à une meilleure information pour le médecin généraliste. Dans quelques entretiens était mentionnée une prise en compte de l'avis du généraliste dans la réalisation de la conciliation médicamenteuse *"Et*

effectivement heu c'est bien de ... Qu'on soit impliqué là-dedans je trouve.". Bien que la conciliation médicamenteuse n'avait pas été rapportée en soi par le patient, un médecin généraliste décrivait une meilleure information du patient avec la lettre de liaison *"Les patients, ceux qui sont cortiqués, ils peuvent justement... Lire le truc, et se dire ah ouais. Parce qu'ils peuvent lire les effets indésirables sur chaque boîte de médoc. Donc là au moins ils ont ce qu'il faut."* Ceci permettait une meilleure compréhension des modifications thérapeutiques par le patient ou son entourage *"Voilà et la fille elle avait bien compris."* La concertation médicale permise par la conciliation permettait une meilleure adhésion du patient, *"Je pense que ce qui était bien, d'abord, c'est qu'elle sait qu'on en a parlé."* Certaines erreurs médicamenteuses avaient pu être prévenues, *"C'est en ne faisant pas qu'il peut y avoir des gags. Et qu'il peut y avoir même des soucis."* Les motifs des modifications thérapeutiques paraissaient plus clairs, *"Et surtout quand il y a des modifications ou des arrêts de traitements, de savoir pourquoi et qui et quand ça a été fait."* Enfin une formation à travers la conciliation était rapportée dans plusieurs entretiens, ici concernant l'arrêt d'une statine *"C'est vrai que depuis je fais attention, je donne... J'ai arrêté de donner ... C'est vrai qu'à quatre-vingt-cinq ans, enfin si l'âge est avancé je donne plus"*.

10. Certaines attentes restent présentes

Conjointement à la description de l'intérêt qu'ils avaient pu avoir pour la conciliation médicamenteuse, les médecins généralistes ont prononcé certaines attentes vis-à-vis de celle-ci. Une communication directe systématique au cours de sa réalisation semblait importante, *"Dans une bonne idée, il y a un peu un truc qui manque. Comment l'organiser? Je ne sais pas, parce qu'il faut qu'on arrive à se connecter"*. Certains médecins généralistes attendaient des propositions de modification thérapeutique à la place des modifications déjà réalisées en hospitalisation. D'autres souhaitaient accéder à plus de formation à travers la conciliation médicamenteuse, *"[le participant évoque un hypothétique discours d'un hospitalier]"peut-être que dans cet état clinique au lieu d'attaquer par exemple par du TAVANIC°, que sais-je, vous auriez pu attaquer par un sulfamide" où un truc comme ça. Par exemple. Moi je suis prêt à tout entendre."* Enfin une information moins théorique *"Donc là vous me donnez une information thérapeutique, hyper froide, hyper stérile, sur un truc ultra compétitif, où j'avoue que je suis complètement incompetent"* et plus particulière à la situation clinique *"on lui a enlevé ça parce que ça donne des troubles psychiatriques, on a enlevé ça parce que ça donne des dépressions respiratoires, tac tac tac tac ... Et en fait heu ... Oui! ... Mais vous ne gérez pas une bouteille de*

Coca-Cola° vous gérez un humain." était attendue dans certains entretiens. Un médecin généraliste parlait également d'un manque de faisabilité pratique des recommandations, "si on suivait exactement ce qu'on nous dit,[...] à ce moment-là on ne pourrait plus rien faire. C'est un peu le ressenti que j'ai. Vous comprenez?"

DISCUSSION

1. Confrontation des principaux résultats aux données de la littérature

La non-réception de la lettre de liaison de conciliation médicamenteuse apparaissait être le premier frein à son utilisation, avec seulement 24% des médecins généralistes interrogés qui déclaraient avoir eu cette lettre après une hospitalisation conventionnelle dans cet échantillon. Il faudrait cependant tenir compte d'un biais de mémorisation dans l'interprétation de ce résultat. Les médecins généralistes étaient contactés 1 à 3 mois après la sortie d'hospitalisation du patient et pouvaient ne pas se souvenir de tous les détails de la consultation avec le patient en question, notamment de la lettre de liaison de conciliation médicamenteuse. Ce résultat indiquerait tout de même que cette lettre n'avait pas été un élément déterminant pour la plupart des médecins interrogés. Les lacunes dans la communication entre hôpital et médecins généralistes, et leurs implications sont démontrées(40). Une étude française sur la communication entre médecin hospitalier et médecin généraliste mettait en évidence une bonne réception en quantité des informations provenant de l'hôpital par les médecins généralistes mais une qualité des informations qui pouvait faire défaut(41). Le transfert d'informations au moment de la sortie d'hospitalisation semblait donc bien présente, mais la correspondance de ces informations avec la pratique du médecin généraliste ferait défaut. Ces résultats étaient concordants avec l'absence de mémorisation de la conciliation médicamenteuse chez les médecins interrogés dans notre étude.

De plus, l'étude de Hubert et al(41) retrouvait un sentiment de manque de collaboration des médecins généralistes avec leurs collègues hospitaliers. Bien que, dans notre étude, certains médecins généralistes paraissaient satisfaits de la communication effectuée par l'équipe hospitalière, un sentiment d'incompréhension était également retrouvé.

Une autre étude montrait le bénéfice de la conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation sur la diminution de divergences médicamenteuses(42). Dans cette étude le taux de médecins généralistes ayant connaissance de la conciliation médicamenteuse après l'hospitalisation restait relativement faible (57%). La lettre de liaison de conciliation médicamenteuse aurait donc une efficacité sur la prévention d'erreurs médicamenteuses alors que les médecins généralistes ne l'utilisaient pas tous. La promotion de l'utilisation de la conciliation médicamenteuse par les médecins généralistes et l'amélioration des moyens de communication de la lettre de liaison permettraient donc des bénéfices conséquents pour les patients, en terme de

prévention des erreurs médicamenteuses.

Le rôle de coordination des soins du médecin généraliste avait été retrouvé dans notre étude avec un rôle de centralisation des prescriptions. Le médecin généraliste était alors décrit comme devant déprescrire certains médicaments jugés inappropriés après évaluation du patient dans sa globalité. L'étude de Carrier et al. montrait un sentiment d'aisance des médecins généralistes vis-à-vis de ce rôle(43). Dans cette étude il était également montré une mise en pratique peu fréquente, notamment en lien avec une pression des patients. La plupart des médecins généralistes considéraient en effet que les patients pouvaient percevoir un abandon de soin dans l'arrêt d'un traitement pris depuis longtemps (61,8%) et que leurs patients attendaient une prescription médicamenteuse de leur part (83,6%). Cependant, toujours dans cette étude, les médecins généralistes confirmaient que leurs patients polypathologiques doutaient parfois de l'utilité de leurs traitements. Cette pression des patients sur la prescription médicamenteuse était également retrouvée dans notre étude où certains médecins généralistes décrivaient un profil de patients connaissant bien leurs traitements et faisant obstacle à un changement, que ce soit en hospitalisation ou à domicile.

Cette étude concluait notamment à la nécessité d'une meilleure aide pour les généralistes dans ces situations de polymédications, avec des dilemmes thérapeutiques. La conciliation médicamenteuse se situe comme moyen de consolider la communication entre médecins hospitaliers et généralistes dans ces situations où l'avis de chaque partie peut permettre de prendre la décision adéquate. Dans notre étude les médecins généralistes interrogés rapportaient en effet un intérêt dans la révision thérapeutique réalisée au cours de l'hospitalisation.

Une autre étude qualitative, réalisée à partir de conciliations médicamenteuses menées dans un service de médecine interne du CHU de Rennes, évaluait l'intérêt des médecins généralistes pour la fiche de conciliation de sortie, équivalente à la lettre de liaison de conciliation médicamenteuse(44). Comme dans notre étude, il avait été retrouvé un intérêt quasi-unanime pour cet outil. Il était également souligné un intérêt pour la justification des modifications thérapeutiques et pour la forme claire et synthétique. Dans cette étude rennaise les médecins évoquaient également une aide pouvant améliorer leurs habitudes de prescription.

L'utilisation de la lettre de liaison comme support explicatif auprès des patients mise en évidence dans cette étude n'avait pas été retrouvée dans notre étude. Bien que certains médecins aient évoqué une amélioration de l'adhésion du patient grâce à la concertation permise par la conciliation médicamenteuse, aucune discussion n'a été rapportée entre patient et médecin sur la

conciliation médicamenteuse dans nos entretiens.

Une autre différence était le bénéfice concernant la disponibilité plus précoce de la fiche de conciliation de sortie en comparaison du compte-rendu d'hospitalisation.

Certains médecins généralistes que nous avons interrogés souhaitaient voir figurer sur la fiche de conciliation de sortie plus de données concernant les traitements modifiés. Ce qui était retrouvé dans l'étude rennaise avec le souhait de voir plus de données concernant les médicaments introduits (modalités de surveillance, effets indésirables...) et les diagnostics établis pendant l'hospitalisation.

La voie postale était largement considérée comme inefficace dans cette étude. Les alternatives proposées étaient alors diverses: envoi par messagerie sécurisée, transmission par le patient, ou même envoi par fax. Un double moyen d'accès était parfois demandé. Ces résultats pourraient expliquer le peu de déclaration de réception de la conciliation médicamenteuse après sortie d'hospitalisation dans notre étude.

Le terme de "conciliation médicamenteuse" semblait porter à confusion. Les médecins interrogés parlaient d'une concertation ou d'une révision thérapeutique. L'objet de la conciliation médicamenteuse est en premier lieu d'assurer la transmission des informations aux points de transition que sont les entrées et sorties d'hospitalisation, et les transferts(8). La conciliation accompagne la révision thérapeutique réalisée en hospitalisation. Cette confusion était retrouvée dans l'étude d'Alix et al. où les médecins interrogés jugeaient le terme de "fiche de conciliation de sortie" peu évocateur(44).

La place du pharmacien était peu décrite dans nos données. Son rôle est central dans la réalisation de la conciliation médicamenteuse en secteur hospitalier où il participe à l'élaboration du bilan médicamenteux à l'entrée et à la sortie, et à l'information du patient(7,8,45). Au cours de la réalisation de notre étude, la lettre de liaison de conciliation médicamenteuse n'était pas systématiquement transmise au pharmacien d'officine du patient. L'apport de la compétence des pharmaciens dans ce processus a donc pu être peu perçu par les médecins généralistes interrogés. L'implication des pharmaciens d'officine, mais également des pharmaciens travaillant au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle dans la conciliation médicamenteuse se développe(46). Le pharmacien a donc une place importante comme correspondant et destinataire de la lettre de liaison de la conciliation médicamenteuse.

Notre étude retrouvait des critiques concernant la forme des recommandations de la lettre

de liaison. Ces considérations n'ont pas été décrites dans la littérature. Les médecins généralistes interrogés pouvaient en effet juger ces conseils comme étant trop brutaux. Le terme d'agression a aussi été mentionné, bien que ces recommandations étaient aussi décrites comme nécessaires. La perception de ces recommandations par les médecins généralistes pouvait alors constituer une barrière à leur utilisation.

Enfin, il a été largement décrit dans notre étude les implications de la relation de longue durée entre médecin généraliste et patient, ainsi que des relations entre médecins généralistes et médecins hospitaliers, pour les choix réalisés après la sortie d'hospitalisation. Ces facteurs étaient peu explorés dans la littérature. Ces facteurs semblent importants à prendre en considération dans l'évaluation de l'utilisation de la lettre de liaison de la conciliation médicamenteuse après une sortie d'hospitalisation, et dans l'évaluation son rôle dans les modifications thérapeutiques réalisées.

2. Forces de limites de l'étude

Il s'agissait d'une étude originale dans l'étude de l'utilisation de la conciliation médicamenteuse par les médecins généralistes. À notre connaissance, aucune autre étude à ce sujet n'a été publiée en dehors de l'étude rennaise(44) en France. L'intérêt porté par les médecins généralistes pour cette démarche novatrice est bien établi (33,35,45), mais notre étude a permis d'apporter des éléments pour comprendre comment la lettre de liaison de la conciliation médicamenteuse influence les décisions de modifications thérapeutiques après la sortie d'hospitalisation.

Les caractéristiques de l'échantillon correspondaient aux données démographiques des médecins installés exerçant la médecine générale, susceptibles d'être correspondants pour des patients hospitalisés en service de médecine. Ces données étaient similaires dans d'autres études(41,44).

Nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes ayant connaissance de la conciliation médicamenteuse, ceci afin de comprendre l'utilisation qui en était faite. Ainsi le modèle issu de cette étude n'inclue pas les représentations des médecins généralistes qui déclaraient ne pas connaître la conciliation médicamenteuse. Il est possible que cette population émette d'autres critiques vis-à-vis de ce processus, une partie de ces médecins pouvant être

moins enclins à utiliser la conciliation médicamenteuse. Il est donc envisageable que l'étude de l'opinion des médecins généralistes ne connaissant pas la conciliation médicamenteuse apporte des éléments supplémentaires.

Le nombre de médecins généralistes interrogés était faible. La conciliation médicamenteuse étant une démarche novatrice, peu de services hospitaliers réalisaient une conciliation médicamenteuse avec lettre de liaison adressée au médecin généraliste traitant au moment de cette étude. De plus, parmi les médecins généralistes destinataires de la lettre de liaison, peu déclaraient l'avoir reçue. Ainsi le nombre de médecins généralistes pouvant faire l'objet d'un entretien était restreint. Cela a eu pour conséquence l'absence d'obtention de saturation des données. La saturation des données est obtenue lorsque aucun nouveau code, ou unité de sens, n'est ajouté lors de l'analyse d'un entretien. L'analyse étant concomitante au recueil de données et le nombre d'entretiens à réaliser n'étant pas déterminé a priori, le recueil de données est arrêté lorsque la saturation des données est obtenue. Celle-ci est idéalement confirmée par la réalisation de 2 à 3 entretiens supplémentaires n'apportant pas de nouveaux codes. Cependant, la plupart des médecins généralistes de la population cible ont été interrogés: 10 médecins généralistes ont accepté un entretien sur 13 médecins généralistes déclarant connaître la conciliation médicamenteuse. La diversité des discours obtenue dans cette population était donc proche d'une diversité maximale.

Un certain nombre de médecins généralistes contactés déclaraient ne plus suivre le patient après l'hospitalisation. Les médecins généralistes référents des patients ayant bénéficié de la conciliation médicamenteuse n'étaient, dans ces cas, pas destinataires de la lettre de liaison. Ceci peut également expliquer le faible nombre de médecins généralistes pouvant faire l'objet d'un entretien dans notre étude.

Le statut de l'étudiant-chercheur menant les entretiens, présenté comme interne du service de gériatrie de l'AP-HM et futur médecin généraliste a pu permettre un bon taux de réponse. Parmi la population cible de 13 généralistes ayant connaissance de la conciliation médicamenteuse au moment du contact, 10 ont accepté un entretien. Cependant l'appartenance de l'enquêteur à l'AP-HM a pu engendrer un biais de déclaration, les médecins interrogés pouvant être méfiants à l'égard de cette institution. L'enquêteur avait ressenti un malaise ou un agacement de certains participants au moment des entretiens, notamment lorsque l'enquêteur était identifié comme appartenant à l'institution hospitalo-universitaire. Au contraire la

discussion était plus fluide et plus productive lorsque les participants identifiaient l'enquêteur comme futur médecin généraliste.

Cette étude portait sur des médecins généralistes marseillais en contact avec les services de gériatrie de l'AP-HM. D'éventuelles particularités dans l'organisation des soins en hospitalisation et en médecine générale dans ce secteur géographique auraient pu influencer le discours des médecins généralistes. Cependant, aucun thème issu de l'analyse n'a paru lié à une organisation particulière des soins, et une partie des thèmes retrouvés dans notre étude correspondaient aux données de la littérature(44), comme mentionné précédemment.

Deux autres chercheurs, en plus de l'enquêteur principal, ont participé à l'analyse de l'étude afin de réaliser un double codage et une triangulation des données. Ces méthodes permettent l'implication de plusieurs chercheurs dans l'analyse des données et une meilleure compréhension des phénomènes. Le double codage consiste en une analyse par une deuxième personne des entretiens en découpant le texte en unités de sens ou verbatim et en y attribuant un code. Une fois ce deuxième codage réalisé, les codes sont confrontés et modifiés afin d'éliminer l'influence des représentations d'un enquêteur unique sur l'analyse. Le double codage n'a cependant pas pu être réalisé pour l'ensemble des entretiens, ce qui a donc pu entraîner un biais d'interprétation dans l'analyse du contenu des entretiens.

3. Implications futures

Notre étude avait pour objectif de comprendre les déterminants des modifications thérapeutiques réalisés après une sortie d'hospitalisation, du point de vue des médecins généralistes ayant utilisé la conciliation médicamenteuse. Ainsi, uniquement des médecins généralistes ayant connaissance de la conciliation médicamenteuse et ayant confirmé avoir reçu la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation ont été interrogés. Une étude explorant l'intérêt des informations issues de la conciliation médicamenteuse pour des médecins généralistes déclarant ne pas avoir reçu cette lettre pourrait apporter d'autres éléments permettant d'améliorer la communication entre ville et hôpital. En effet les médecins interrogés ici pourraient être plus sensibles aux informations reçues par voie postale et moins privilégier la messagerie informatisée ou la communication téléphonique directe. De plus, les médecins qui déclarent ne pas recevoir la lettre de liaison pourraient décrire des relations encore différentes avec leurs confrères hospitaliers, les patients et les pharmaciens.

L'exploration de l'utilisation de la conciliation médicamenteuse par le patient ou son entourage semble importante pour compléter l'analyse du devenir des informations de la conciliation médicamenteuse après la sortie d'hospitalisation. Lorsqu'un changement de médecin référent est décidé, le patient et son entourage paraissent être les plus à même de faire suivre l'information. Dans notre étude, les médecins généralistes interrogés rapportaient cependant une faible connaissance et utilisation de la conciliation médicamenteuse par le patient ou son entourage après l'hospitalisation.

Le moyen de communication par courrier pourrait ne pas favoriser la bonne réception de la lettre, d'autres possibilités pourraient être envisagées comme un appel téléphonique ou un courriel. Dans une revue de la littérature, qui montrait en premier lieu les lacunes dans la communication entre hôpital et médecins généralistes, il avait été retrouvé une amélioration de la communication lorsque les comptes-rendus étaient envoyés sous forme électronique ou lorsque les patients étaient responsables de leur transmission(40). La mise en place du dossier médical partagé, actuellement en développement en France, pourrait également permettre la transmission de la lettre de liaison(47). La modification pratique de cette communication devrait être portée à la fois par les médecins généralistes, praticiens hospitaliers, pharmaciens et patients pour obtenir les meilleurs résultats.

Dans notre étude comme dans d'autres (33,35), la connaissance de la conciliation médicamenteuse par les médecins généralistes était faible. La méconnaissance des informations pouvant être contenues dans les documents de conciliation pourrait être un frein à son utilisation. La promotion de la conciliation médicamenteuse auprès des médecins généralistes pourrait permettre une plus large utilisation. Une modification de l'intitulé de la démarche semblerait pouvoir clarifier son contenu pour les médecins généralistes(44). Enfin, le développement de la conciliation médicamenteuse en ambulatoire avec la participation des médecins généralistes et pharmaciens d'officine serait un moyen de promouvoir sa connaissance.

La lettre de liaison est un support déterminant pour consolider une collaboration ville-hôpital. Celle-ci étant nécessaire pour permettre une révision thérapeutique indispensable chez les patients âgés polymédiqués. Les médecins généralistes sont les professionnels de santé les plus à même de dépister ces situations problématiques, et pourraient bénéficier d'un soutien dans cette situation comme montré dans l'étude de Carrier et al.(43), et également évoqué par certains

des participants de notre étude.

La compréhension des déterminants des modifications thérapeutiques réalisées par les médecins généralistes après la sortie d'hospitalisation pourrait permettre d'améliorer la communication. Les justifications des modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation pourraient être plus détaillées. Les modifications de traitement de fond qui peuvent être différées, suivant l'état du patient, pourraient être inscrites sous forme de proposition. Ainsi les traitements à modifier seraient conservés en hospitalisation et à la sortie du patient, avant une éventuelle modification par le médecin généraliste. L'appropriation de ces modifications thérapeutiques par le patient et son médecin généraliste après la sortie d'hospitalisation et leur adaptation à la situation à domicile, garantiraient leur pérennisation. Enfin l'implication du médecin généraliste dans le processus de conciliation réalisé en hospitalisation pourrait permettre une inclusion plus complète des déterminants des thérapeutiques anciennement instaurés.

CONCLUSION

D'après la HAS, la conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses qui repose sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition. Elle est réalisée à partir du croisement de différentes sources d'informations. Elle devrait consolider les liens ville-hôpital dans la prise en charge de patients polypathologiques et polymédiqués, où une révision thérapeutique est nécessaire mais dont la mise en pratique est peu aisée.

A partir des entretiens avec 11 médecins généralistes correspondant des hôpitaux de la Timone et de Sainte-Marguerite à Marseille, nous avons pu inventorier les attentes et les critiques de ces médecins généralistes sur la conciliation médicamenteuse, selon une méthode qualitative qui est adaptée pour recueillir la diversité des opinions. Il en ressort tout d'abord que les médecins généralistes voient la conciliation médicamenteuse parfois uniquement comme une concertation thérapeutique, ce qui peut masquer l'objectif premier d'améliorer la transmission d'informations.

Un souhait de communication directe au cours de sa réalisation était également exprimé, avec la prise en compte de l'avis du médecin généraliste dans certaines prises de décision. Les justifications des modifications thérapeutiques pouvaient être perçues comme éloignées de la situation clinique particulière du patient. Enfin il a été évoqué la possibilité de ne pas modifier certains traitements au cours de l'hospitalisation mais de proposer ces modifications dans la lettre de liaison.

Il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact de ces modifications de la lettre de liaison de la conciliation médicamenteuse sur la pérennisation des modifications thérapeutiques initiées en hospitalisation. L'étude de l'évolution de la réception de la lettre de liaison à partir d'une transmission par d'autres moyens que la voie postale pourrait également être considérée. Enfin l'exploration de l'utilisation de la conciliation médicamenteuse par le patient ou son entourage pourrait permettre de compléter l'analyse du devenir des informations de la conciliation médicamenteuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique - Article L5111-1 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
2. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Haute Aut Santé. 2005;16.
3. 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.* nov 2015;63(11):2227-46.
4. 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.* 16 oct 2014;44(2):213-8.
5. Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol.* 9 juill 2007;63(8):725-31.
6. Michel P, Lathelize M, Quenon J, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M. Comparaison des deux Enquêtes nationales sur les Evénements Indésirables graves associés aux soins menées en 2004 et 2009. Bordeaux; 2011 mars.
7. Correard F, Couderc AL, Tabélé C, Caunes P, Capelle H, Hache G, et al. Conciliation des traitements médicamenteux et révision des thérapeutiques : quelle place en gériatrie? *Repères En Gériatrie.* juin 2018;20(166):180-8.
8. HAS. Mettre en oeuvre la conciliation des traitement médicamenteux en établissement de santé. 2018 févr.
9. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* déc 2017;17(1).
10. Herr M, Robine J-M, Pinot J, Arvieu J-J, Ankri J. Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* juin 2015;24(6):637-46.
11. Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relation between aging and adverse drug reactions. *Ann Intern Med.* 1 juin 1991;114(11):956-66.
12. Alhawassi TM, Krass I, Bajorek BV, Pont LG. A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clin Interv Aging.* 2014;9:2079-86.
13. Wauters M, Elseviers M, Vaes B, Degryse J, Vander Stichele R, Christiaens T, et al. Mortality, hospitalisation, institutionalisation in community-dwelling oldest old: The impact of medication. *Arch Gerontol Geriatr.* juill 2016;65:9-16.
14. Bénard-Larivière A, Miremont-Salamé G, Pérault-Pochat M-C, Noize P, Haramburu F, the EMIR Study Group on behalf of the French network of pharmacovigilance centres.

- Incidence of hospital admissions due to adverse drug reactions in France: the EMIR study. *Fundam Clin Pharmacol.* févr 2015;29(1):106-11.
15. Tam VC. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *Can Med Assoc J.* 30 août 2005;173(5):510-5.
 16. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min S. Posthospital Medication Discrepancies: Prevalence and Contributing Factors. *Arch Intern Med.* 12 sept 2005;165(16):1842.
 17. Leotsakos A, Zheng H, Croteau R, Loeb JM, Sherman H, Hoffman C, et al. Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. *Int J Qual Health Care.* 1 avr 2014;26(2):109-16.
 18. Haute Autorité de Santé (HAS). Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant [Internet]. Disponible sur: www.has-sante.fr
 19. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Prévenir la iatrogénèse chez le sujet âgé [Internet]. Disponible sur: ansm.sante.fr
 20. HAS. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
 21. Dufay E, Morice S, Dony A, Baum T, Doerper S, Rauss A, et al. The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital: a prospective observational study. *Eur J Hosp Pharm.* 1 juill 2016;23(4):207.
 22. van den Bemt PMLA, van der Schrieck-de Loos EM, van der Linden C, Theeuwes AMLJ, Pol AG, The Dutch CBO WHO High 5s Study Group. Effect of Medication Reconciliation on Unintentional Medication Discrepancies in Acute Hospital Admissions of Elderly Adults: A Multicenter Study. *J Am Geriatr Soc.* août 2013;61(8):1262-8.
 23. Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, Dubois F, Castelli C, Roux-Marson C, et al. Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. *Eur J Intern Med.* nov 2014;25(9):808-14.
 24. Kripalani S. Effect of a Pharmacist Intervention on Clinically Important Medication Errors After Hospital Discharge: A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 3 juill 2012;157(1):1.
 25. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* févr 2016;6(2):e010003.
 26. Allen J, Heyrman J. La Définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille. *WONCA Eur.* 2002;52.
 27. Boufflet C. La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué. [thèse d'exercice]. Université de Picardie; 2016.
 28. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges en 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr>
 29. Herr M, Sirven N, Grondin H, Pichetti S, Sermet C. Frailty, polypharmacy, and potentially

- inappropriate medications in old people: findings in a representative sample of the French population. *Eur J Clin Pharmacol.* sept 2017;73(9):1165-72.
30. Park H-Y, Kim S, Sohn HS, Kwon J-W. The Association between Polypharmacy and Hip Fracture in Osteoporotic Women: A Nested Case–Control Study in South Korea. *Clin Drug Investig.* janv 2019;39(1):63-71.
 31. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA.* 15 avr 1998;279(15):1200-5.
 32. Oscanoa TJ, Lizaraso F, Carvajal A. Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol.* juin 2017;73(6):759-70.
 33. Spiteri C. Impact d'une conciliation médicamenteuse au cours d'une hospitalisation sur la divergence des traitements médicamenteux entre l'ordonnance de sortie de l'hôpital et la 1ère ordonnance de ville chez les personnes âgées d'au moins 65 ans. [thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Marseille; 2017.
 34. Yassa L. Évaluation des prescriptions post-hospitalières à 1 mois d'une expérience de conciliation médicamenteuse en gériatrie aiguë. [thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2016.
 35. Karar K. La conciliation médicamenteuse chez les patients âgés de 70 ans et plus pris en charge pour un cancer. [thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Marseille; 2016.
 36. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Colin. Paris; 2007.
 37. Frappé P. Initiation à la recherche. GMSanté. CNGE; 2011.
 38. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée: illustration des apports et des limites de la méthode. *Rech Qual.* 2013;(HS 15):435-52.
 39. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
 40. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA.* 28 févr 2007;297(8):831.
 41. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale.* oct 2009;38(10):1404-9.
 42. Colombe M, Blanchemain S, Six A, Kowalski V, Lescure P. Impact d'un processus complet de conciliation des traitements médicamenteux en court séjour gériatrique sur le nombre d'erreurs médicamenteuses aux interfaces ville/hôpital. *Pharm Hosp Clin.* juin 2014;49(2):e20-1.
 43. Carrier H, Zaytseva A, Bocquier A, Villani P, Verdoux H, Fortin M, et al. GPs' management of polypharmacy and therapeutic dilemma in patients with multimorbidity: a cross-sectional

survey of GPs in France. Br J Gen Pract. avr 2019;69(681):e270-8.

44. Alix L, Dumay M, Cador-Rousseau B, Gilardi H, Hue B, Somme D, et al. 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 Médecine Interne. juin 2018;39(6):393-9.
45. Thorel M. Impact de la conciliation médicamenteuse standardisée sur les prescriptions potentiellement inappropriées chez le sujet âgé : coordination hôpital-ville. [thèse d'exercice]. Université de Picardie; 2016.
46. Contet V. Pharmacien de maison de santé pluriprofessionnelle, projet d'amélioration du lien ville hôpital à travers l'exemple de la conciliation. [thèse d'exercice]. Faculté de pharmacie de Nantes; 2016.
47. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>



CENTRE HOPITALIER UNIVERSITAIRE
Historique des traitements médicamenteux e sortie hospitalière

Chère confrère

Voire patiente né le a été hospitalisée dans le service de médecine interne post-urgence du Pr Villani du centre hospitalier de la Timone. Nous avons établi à l'entrée la liste de ses médicaments pris en routine à son domicile. Vous trouverez ci-dessous les modifications des traitements instaurés par les médecins hospitaliers ainsi que les éventuelles explications

Avant l'hospitalisation				Après hospitalisation				Médicaments sur la prescription de sortie
Nom/Dosage/Forme	Statut	Commentaire	Nom/Dosage/Forme	Posologie			commentaire	
				Matin	Midi	Soir		Coucher
ARANESP 300 µg	poursuivi		ARANESP 300 µg	1	injection par semaine le samedi matin			non
GRANOCYTE	poursuivi		GRANOCYTE 13.4 MUI		1 MERCREDI MATIN			
ALLOPURINOL 300	arrêté							
LOXEN 20	arrêté	HTA Stable						
TAVANIC	arrêté	tendinopathie						
APRANAX 550	arrêté	Kiné + Abele + AINS Cutané seulement						
IZALGI 500 MG/25 MG GELULE	poursuivi		IZALGI 500 MG/25 MG GELULE	1	1			
INEXIUM 20	poursuivi	INEXIUM 20 (juillet)		1/j ordo pour 4 mois				
Volaren Gel	arrêté	instauration kardegic						
Cioxon	arrêté	fin de ttt						
	arrêté		KARDEGIC 75 mg SACH	1				Probable coronopathie
	arrêté		CEFTRIAZONE 1G INJ	1				infection urinaire
	arrêté		PARACETAMOL 500 MG	1	1	1		tendinopathie
	arrêté		DACRYOSERUM SOL.5 ML		1	1		sécheresse oculaire

Annexe 2: Guide d'entretien initial.

Bonjour, je vous remercie de me recevoir. Je suis interne en médecine générale et je fais actuellement ma thèse au sein de la faculté de Marseille sur les déterminants des modifications thérapeutiques réalisées après la sortie d'une hospitalisation avec conciliation médicamenteuse. Avec votre autorisation je vais enregistrer l'entretien qui sera bien-sûr anonyme.

Pour vous, qu'est-ce que la conciliation médicamenteuse?

Vous avez été amené à revoir en consultation de suivi un patient sorti d'hospitalisation et ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse. Pouvez-vous me dire comment la consultation s'est déroulée?

Comment avez-vous eu accès aux informations de la conciliation médicamenteuse?

Quels connaissances avait le patient, ou son entourage, de la conciliation médicamenteuse?

Comment s'est faite la discussion sur les modifications thérapeutiques réalisées au cours de la consultation?

Comment la consultation s'est elle conclue?

Selon vous, quel est le vécu de vos patients de cette nouvelle forme de prescription?

Comment percevez-vous l'impact de la conciliation médicamenteuse sur le patient?

Comment ressentent-ils l'intérêt de cette nouvelle forme ?

Pour vous, quel est votre vécu de cette nouvelle forme de prescription?

Que pensez-vous de la conciliation?

Dans quelles mesures cela vous aide dans votre pratique?

Dans quelles mesures cela vous dérange?

Dans quelles mesures la conciliation médicamenteuse a changé votre prise en charge du patient?

Qu'est-ce qui a fait que vous avez changé ou non tout ou partie de l'ordonnance de conciliation?

Avez-vous quelque chose à ajouter, que nous n'avons pas abordé, sur ce sujet?

ABRÉVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AP-HM	Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
DI	Divergences Intentionnelles
DNI	Divergences Non Intentionnelles
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIM	Effets Indésirables Médicamenteux
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Prescription Médicamenteuse Inapproprié
SMR	Service Médicale Rendu

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.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION - Le vieillissement de la population a pour conséquence une augmentation de la polymédication, et de la survenue d'effets indésirables médicamenteux potentiellement graves. Le risque iatrogène est particulièrement accru au moment d'une hospitalisation. Plusieurs mesures ont alors été proposées en France, dont la mise en place de la conciliation médicamenteuse, comportant une lettre de liaison en sortie d'hospitalisation, destinée notamment au médecin traitant. Malgré cela, de nombreuses divergences sont présentes sur les ordonnances rédigées après la sortie d'hospitalisation. Cette étude avait pour objectif de comprendre les déterminants des modifications thérapeutiques réalisées après la sortie d'une hospitalisation avec conciliation médicamenteuse, du point de vue des médecins généralistes.

MÉTHODE - Il s'agissait d'une étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes suivant des patients récemment sortis d'hospitalisation au cours de laquelle était réalisée une conciliation médicamenteuse avec lettre de liaison. Les conciliations médicamenteuses étaient réalisées au sein de services de gériatrie de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille. L'analyse était thématique par théorisation ancrée.

RÉSULTATS - 11 entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes ayant connaissance de la conciliation médicamenteuse. Parmi les médecins généralistes suivant des patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse en hospitalisation, peu déclaraient connaître la lettre de liaison. Les entretiens ont montré que les modifications thérapeutiques dépendaient des relations entretenues entre trois acteurs principaux: patient, médecin hospitalier et médecin généraliste. La qualité de la communication entre médecin généralistes et hôpital pouvait influencer la prise de décision dans un sens ou dans l'autre. La conciliation était perçue comme un outil permettant d'améliorer la transmission de l'information, mais certaines de ses recommandations pouvaient être mal vécues.

CONCLUSION - La compréhension des modifications thérapeutiques réalisées après la sortie d'hospitalisation pourrait permettre l'amélioration de la réalisation et de la transmission de la conciliation médicamenteuse. Une utilisation plus importante de la conciliation médicamenteuse par les médecins généralistes semble également nécessaire.

MOTS CLÉS - étude qualitative ; conciliation médicamenteuse ; continuité des soins; iatrogénie médicamenteuse ; médecine générale ; communication ville-hôpital