



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La prescription sub-optimale chez la personne âgée : projet de conciliation médicamenteuse en Nord-Pas-De-Calais.**

**Quelles sont les observations à effectuer concernant les 3 acteurs (Patients, Médecins généralistes, Etudiants pharmaciens) ?**

Présentée et soutenue publiquement le 16 Juin 2016 à 18h  
au Pôle Formation

**Par Camille LARNAUDIE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Dominique LACROIX**

**Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN**

**Madame le Docteur Autilia CREPIN**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

ATCD	Antécédent(s)
CM	Conciliation(s) médicamenteuse(s)
DM	Donnée(s) manquante(s)
EIM	Effet(s) indésirable(s) médicamenteux
HAS	Haute autorité de santé
IAM	Iatrogénie Médicamenteuse
MI	« Misuse » = prescription(s) inappropriée(s)
MSU	Maître(s) de stage universitaire en médecine générale
MT	Médecin(s) traitant(s) prescripteur(s)
OMS	Organisation mondiale de la santé
OV	« Overuse » = sur-prescription(s)
PSO	Prescription(s) sub-optimale(s)
SMR	Service médical rendu
UN	« Underuse » = sous-prescription(s)
...	...

# Table des matières

<b>Sommaire des tableaux</b> .....	<b>1</b>
<b>Sommaire des figures</b> .....	<b>2</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Préambule</b> .....	<b>5</b>
I. Définitions .....	5
A. Le Médicament : .....	5
B. L'iatrogénie médicamenteuse : .....	5
C. La prescription sub-optimale (PSO) : .....	6
1. La prescription inappropriée ou « Misuse » (MI) : .....	6
2. La sur-prescription ou « Overuse » (OV) : .....	7
3. La sous-prescription ou « Underuse » (UN) : .....	7
II. La conciliation médicamenteuse .....	7
A. Définition : .....	7
B. Dans le monde : .....	7
C. En France : .....	8
III. Les différents acteurs de la CM en ambulatoire .....	8
A. La personne âgée : .....	8
B. Le médecin traitant : .....	10
C. Le Pharmacien d'Officine : .....	10
D. Relation Médecin généraliste-Pharmacien d'officine : .....	10
<b>Méthodologie</b> .....	<b>12</b>
I. Schéma de l'étude .....	12
A. Type : .....	12
B. Les 3 échantillons étudiés : .....	12
1. Les Etudiants pharmaciens : .....	12
2. Les Patients : .....	12
3. Les MT prescripteurs : .....	12
II. Les différents questionnaires .....	13
A. Recherches bibliographiques : .....	13
B. Questionnaire « Patients » : .....	13
C. Questionnaire « conciliation médicamenteuse » : .....	14
D. Données concernant les MT prescripteurs : .....	15
E. Données concernant les étudiants en pharmacie : .....	15
III. Analyse statistique .....	16
<b>Résultats</b> .....	<b>17</b>
I. Les Patients .....	17
A. Caractéristiques de l'échantillon étudié : .....	17
B. Caractéristiques du traitement : .....	17
C. Adhésion au traitement versus nombre de médicaments : .....	18
D. Age versus nombre de médicaments : .....	19
II. Les médecins généralistes prescripteurs .....	19
III. Prescriptions sub-optimales .....	20
A. Les « points d'attention » détectés par les pharmaciens : .....	20
B. Caractéristiques des PSO étudiées : .....	20
1. Prescription inappropriée ou misuse (MI) : .....	21

---

2.	Sur-prescription ou Overuse (OV) : .....	21
3.	Sous-prescriptions ou underuse (UN) : .....	21
C.	Nombre de PSO versus antécédents : .....	22
D.	Nombre de PSO versus caractéristiques du patient : .....	23
E.	Nombre de PSO versus classes thérapeutiques : .....	24
F.	Nombre de PSO versus caractéristiques des Généralistes.....	25
IV.	Les CM réalisées : .....	26
A.	Modifications thérapeutiques : .....	27
B.	Raisons des Généralistes pour ne pas modifier le traitement : .....	27
C.	Modifications versus caractéristiques du médecin : .....	27
V.	Les étudiants pharmaciens .....	28
<b>Discussion</b>	.....	<b>30</b>
I.	Les Patients .....	30
A.	Nombre de médicaments et adhésion au traitement : .....	30
B.	Age, nombre de médicaments et nombre de PSO : .....	31
II.	Les médecins généralistes .....	31
III.	Les prescriptions sub-optimales .....	32
A.	Prescriptions inappropriées : .....	32
B.	Antécédent psychiatrique, psychotropes et PSO : .....	33
C.	Sexe féminin et PSO : .....	33
D.	Dossier pharmaceutique et PSO : .....	33
E.	Sortie d'hospitalisation et PSO : .....	34
IV.	Les modifications thérapeutiques .....	34
V.	Les étudiants pharmaciens .....	35
VI.	Les forces et les limites de l'étude .....	37
A.	Les forces : .....	37
B.	Les limites : .....	38
VII.	Les perspectives d'avenir .....	39
<b>Conclusion</b>	.....	<b>41</b>
<b>Références bibliographiques</b>	.....	<b>42</b>
<b>Annexes</b>	.....	<b>46</b>
Annexe 1 : La grille d'entretien « patient » .....		46
Annexe 2 : Le questionnaire en ligne .....		48
Annexe 3 : la déclaration à la CNIL .....		49
Annexe 4 : le glossaire du recueil de données de l'étude .....		50
Annexe 5 : Lettre du Pr LEFEBVRE aux généralistes maîtres de stage universitaire.....		51

## SOMMAIRE DES TABLEAUX

**Tableau I** – Prévalence des effets indésirables médicamenteux chez les sujets âgés

**Tableau II** – Les classes thérapeutiques étudiées

**Tableau III** – Adhésion versus nombre moyen de médicaments

**Tableau IV** – Antécédent cardiovasculaire versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau V** – Antécédent psychiatrique versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau VI** – Antécédent respiratoire versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau VII** – Antécédent endocrinien versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau VIII** – Antécédent digestif versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau IX** – Antécédent musculo-squelettique versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau X** – Antécédent de troubles cognitifs versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XI** – Sexe versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XII** – Dossier pharmaceutique versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XIII** – Sortie d'hospitalisation versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XIV** – Médicaments cardiovasculaires versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XV** – Psychotropes versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XVI** – Antalgiques versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XVII** – Médicaments digestifs versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XVIII** – Maître de stage versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XIX** – Lieu d'exercice du généraliste versus nombre de prescription sub-optimale

**Tableau XX** – Modification thérapeutique versus statut de maître de stage

**Tableau XXI** – Modification thérapeutique versus lieu d'exercice du généraliste

## SOMMAIRE DES FIGURES

- Figure 1** – Nombre de boîtes en fonction de l'âge (Femmes)
- Figure 2** – Nombre de boîtes en fonction de l'âge (Hommes)
- Figure 3** – Nombre de boîtes en fonction du nombre de maladies déclarées
- Figure 4** – Les différents antécédents médicaux
- Figure 5** – Fréquences des différentes classes thérapeutiques
- Figure 6** – Répartition des différents niveaux d'adhésion au traitement
- Figure 7** – Répartition des patients pratiquant l'automédication
- Figure 8** – Répartition des médecins généralistes maîtres de stage universitaire
- Figure 9** – Répartition du lieu d'exercice des généralistes
- Figure 10** – Prévalence des prescriptions sub-optimales parmi les points d'attention
- Figure 11** – Répartition des différentes catégories de prescription sub-optimale
- Figure 12** – Prévalence des prescriptions sub-optimales conciliées selon le type
- Figure 13** – Raisons des généralistes pour ne pas modifier le traitement
- Figure 14** – Répartition géographique des officines
- Figure 15** – Evaluation par les pharmaciens de l'intérêt du médecin
- Figure 16** - Opportunité d'aborder l'ensemble des problèmes avec le généraliste
- Figure 17** – Freins à la conciliation médicamenteuse
- Figure 18** – Intérêt dans la pratique future

## RESUME

**Contexte** : La plupart des erreurs médicamenteuses sont évitables. Le champ de la conciliation médicamenteuse tend à se développer en ambulatoire, en luttant contre les prescriptions sub-optimales. La présente étude s'est attachée à décrire les résultats de conciliations médicamenteuses menées en ambulatoire en 2015 à l'initiative des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Lille.

**Méthode** : Etude descriptive rétrospective. L'étude incluait 249 patients, 67 étudiants pharmaciens et 180 généralistes libéraux prescripteurs. Analyse statistique descriptive et recherche de liens significatifs entre différentes variables.

**Résultats** : 1) Patients : âge moyen de 82,1±5,1ans. Nombre moyen de médicaments : 10,08±3,5. La moitié des patients prenait un psychotrope. 47,3% avaient un minime problème d'adhésion. Lien significatif entre adhésion et nombre de médicaments dans le traitement de fond ( $p < 0,002$ ).

2) Généralistes : 5% étaient Maîtres de stage universitaire ; 89,4% exerçaient en ville. Pas de lien significatif entre l'acceptation d'une modification thérapeutique et le statut de maître de stage ou le lieu d'exercice du médecin.

3) Pharmaciens : 86,2% étaient en stage dans le Nord contre 8,5% dans le Pas-de-Calais. Les étudiants à 44,4% ont trouvé les généralistes peu intéressés par la conciliation.

4) Conciliations médicamenteuses : 71,08% des patients présentaient au moins une prescription inappropriée. Antécédent psychiatrique, psychotropes et prescription sub-optimale sont liés ( $p = 0,001$  et  $p < 0,002$ ). L'absence de modification thérapeutique était due à 69% à un désaccord Médecin/Pharmacien. Pas de lien significatif entre le dossier pharmaceutique ouvert ou la sortie d'hospitalisation et le nombre de prescriptions sub-optimales.

**Conclusion** : L'étude a ouvert des pistes de réflexion concernant les trois acteurs de la conciliation médicamenteuse ; il faut développer des outils standardisés de conciliation médicamenteuse en ambulatoire, étudier le point de vue des généralistes sous la forme d'une étude qualitative et lutter contre la prescription sub-optimale des psychotropes et le sous-diagnostic de dépression chez la personne âgée.

## INTRODUCTION

Alors qu'au 1er janvier 2015, la population française était de 66,3 millions d'habitants dont 8,5% étaient âgés de 75 ans et plus, leur consommation de médicaments représentait 40 % de la consommation totale (1,2). Les prévisions de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) à l'horizon 2060 indiquent que la proportion des plus de 60 ans pourrait atteindre 66% de la population totale. Les plus de 75 ans représenteraient 11,9 millions de personnes pour 5,2 en 2007 (3). En 2003, selon les Comptes Nationaux de la Santé, le médicament représentait 21% de la consommation de soins et de biens médicaux pour une valeur de 30 milliards d'euros. Entre 2002 et 2003, l'augmentation en valeur des dépenses des médicaments a été de 6,5 % (2). Les Généralistes sont les principaux prescripteurs chez les sujets âgés. En médecine libérale, trois consultations à destination des personnes âgées sur quatre sont réalisées par les Généralistes. 91 % d'entre elles sont suivies d'une ordonnance de pharmacie, alors que ceci ne concerne que 56 % des consultations de spécialistes non généralistes(2). Des habitudes « culturelles », chez les médecins comme chez les patients, mais aussi l'organisation de notre système de santé, expliquent largement ce phénomène. D'après une étude menée en 2007 sur la consommation médicamenteuse dans 5 pays européens, pour l'organisation syndicale Les Entreprises du Médicament (LEEM), la France est globalement le pays européen qui consomme le plus de médicaments, toute proportion gardée (4). Cependant cette spécificité française tend à s'amenuiser, notamment grâce à des politiques de santé publique ciblées envers des classes thérapeutiques spécifiques comme les Antibiotiques ou les Antidépresseurs. La prise de conscience actuelle de l'impact humain et économique de l'iatrogénie médicamenteuse (IAM), force les différents acteurs du soin à revoir leurs habitudes et à développer de plus en plus de manière collective des projets de conciliation médicamenteuse (CM).

Notre travail s'est donc attaché à étudier ce processus de CM, en ambulatoire, au travers des rôles des trois acteurs principaux, que sont les Patients, les Médecins traitants (MT) et les Pharmaciens (au travers de leurs étudiants en 6<sup>e</sup> année) lors du projet « PharMed en ville ».

## PREAMBULE

### I. Définitions

#### A. Le Médicament :

« Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance utilisée chez l'Homme ou chez l'Animal ou pouvant 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 » (Code de Santé Publique : Art L5111-1) (5).

#### B. L'iatrogénie médicamenteuse :

D'un point de vue étymologique, l'iatrogénie vient du grec « *iatros* » qui signifie médecin et « *genes* » qui signifie cause ou origine. Ce terme définit donc l'ensemble des effets qui ont pour origine le soin en médecine. Sont considérées comme iatrogènes les « conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé » (6). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1969, a décrit la IAM comme « 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 » (7). La IAM peut être liée au médecin prescripteur (=erreur médicamenteuse), à la mauvaise observance du patient, à une automédication inadaptée ou à une erreur dans le circuit de distribution du médicament, à l'hôpital ou en pharmacie de ville. Ainsi, le médicament, au-delà de l'effet bénéfique attendu sur la santé d'un patient, peut induire des effets indésirables médicamenteux (EIM) dont la prévalence par tranche d'âge est présentée dans le Tableau I (8,9).

**Tableau I** - Prévalence des EIM chez les sujets âgés

Tranche d'âge	% pop française	% EIM	% décès
0-64 ans	83,9	59,1	50,7
65-79 ans	12,4	26,0	32,3
> 80 ans	3,7	14,9	17,0
Total	100	100	100

Plus du quart des EIM (27,6%) serait évitable selon une étude américaine de 2003 contre près de la moitié lors de l'Enquête Nationale sur les Effets Indésirables (ENEI) menée en 2009 (10,11). En France, la IAM représente des coûts humains et économiques considérables (2) :

- 10% des hospitalisations du sujet âgé, 20% chez les octogénaires
- Entre 13 000 et 32 000 décès / an liés à une mauvaise utilisation des médicaments, dont 8000 décès liés à des interactions nocives entre molécules
- 150 000 hospitalisations / an liées à un mauvais usage des médicaments.

Plusieurs objectifs de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) de 2009 portent sur la prévention des erreurs médicamenteuses. Les déterminants de la IAM sont la poly médication, le manque de coordination entre les différents prescripteurs, les handicaps physiques, psychologiques et sociaux du patient et les modifications des paramètres physiologiques, tandis que l'âge et la poly pathologie seraient des facteurs de gravité des accidents iatrogéniques (2,12).

### **C. La prescription sub-optimale (PSO) :**

C'est la IAM liée au prescripteur (2).

#### **1. La prescription inappropriée ou « Misuse » (MI) :**

Elle est très fréquente. En 2009, en France, une étude a conclu que 53,6% d'ordonnances de ville contenaient au moins une MI (13). Une étude européenne, en 2005, retrouve une moyenne de 15,8% avec des variantes selon les pays (41,1% en République Tchèque, 5,8% au Danemark) quand la fréquence aux Etats-Unis est de 21% (14,15). Elle peut concerner la molécule, dont l'efficacité n'est pas démontrée, sa mauvaise tolérance ou son rapport bénéfice/risque discutable. Elle peut être la conséquence d'une posologie, d'une galénique, d'une durée, d'une surveillance thérapeutique ou d'une association médicamenteuse inadaptées. Les « critères de Beers » réactualisés en 2015, constituent une liste des MI pour le sujet âgé (16). Cette liste, initialement fondée sur les sujets âgés institutionnalisés, constituée par avis d'experts, concerne des molécules non commercialisées en Europe. La liste dite « de Laroche » est un outil adapté à la pratique française, pour les patients de 75 ans et plus. Elle aborde le problème de la prescription de plusieurs médicaments de la même classe, ce que ne faisait pas la liste de Beers (17). En 2009, une équipe francophone a publié l'adaptation d'un outil de détection de la MI chez la personne âgée issu d'une étude irlandaise (18). Cet outil est adapté au contexte français (19).

Son volet « STOPP » (« Screening Tool of Older Persons' Prescriptions ») est une liste de prescriptions potentiellement inappropriées chez la personne de plus de 65 ans poly pathologique. A noter que le caractère inapproprié ne constitue pas une contre-indication absolue.

### **2. La sur-prescription ou « Overuse » (OV) :**

C'est l'administration de traitements non justifiée, sans indication ou avec un service médical rendu (SMR) insuffisant pour la pathologie concernée.

### **3. La sous-prescription ou « Underuse » (UN) :**

Méconnue, elle est en rapport avec l'absence d'une prescription nécessaire devant une maladie dont le diagnostic n'a pas été fait ou non pris en compte. Dans l'outil « STOPP and START » dont nous avons parlé précédemment, le volet « START » (« Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment ») liste des traitements envisageables chez la personne âgée de 65 ans ou plus poly pathologique et bien souvent omis malgré l'absence de contre-indication (19).

## **II. La conciliation médicamenteuse**

A la genèse de la CM s'est trouvé le constat d'un « déficit de communication entre les professionnels de santé couplé à une méconnaissance des traitements par les patients » (20). Ces faits ont été identifiés comme des causes des EIM, notamment aux points de transition (admission aux urgences, retour à domicile après une hospitalisation).

### **A. Définition :**

La CM est un « processus interactif et pluri-professionnel garantissant la continuité des soins, que ce soit à l'entrée ou à la sortie du patient d'une hospitalisation, en intégrant tous ses traitements en cours à une nouvelle prescription » (21).

Ce processus a pour but d'assurer la sécurité du patient, et à plus long terme, de réaliser des économies substantielles en évitant notamment des hospitalisations pour accidents iatrogéniques.

### **B. Dans le monde :**

Il y a un intérêt grandissant pour la CM. Les résultats d'un projet multicentrique américain, dans les années 2000, ont donné lieu à des recommandations dans le but

de diminuer la prévalence des PSO (22). La CM, concept nord-américain, fait partie depuis 2005 des objectifs d'accréditation des établissements de santé au Canada et aux Etats Unis. Le Projet High 5s, lancé par l'OMS en 2006, porte sur l'amélioration de la sécurité des patients. L'objectif est la mise en place de processus standardisés de CM. Neuf pays participent à l'expérimentation de protocoles dont le but est de garantir « la sécurité des patients en réduisant de façon significative, mesurable et pérenne des problèmes à haut niveau de risque affectant cette dernière » (23). « Sont attendues la réduction de la variabilité des pratiques, la réduction des erreurs, l'amélioration de la sécurité des patients, avec l'ambition de faire progresser les équipes vers l'excellence et d'aller vers des organisations hautement fiables ».

### **C. En France :**

La France participe à une des déclinaisons du Projet High 5s, nommée « Med'Rec » qui se concentre sur la CM aux points de transition pour les patients âgés de 65 ans et plus (24). Un rapport a été publié en 2015 pour tirer un bilan de ce projet de 5 ans : création d'un outil validé de cotation de gravité des erreurs médicamenteuses, collaboration médico-pharmaceutique pour prévenir, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses, utilisation de nouvelles technologies, mobilisation des acteurs de ville et renforcer les liens Ville/Hôpital, nécessaire évaluation médico-économique. Une thèse de Médecine Générale étudiant l'utilisation de l'outil « STOPP » lors des renouvellements d'ordonnance au cabinet a conclu que le nombre de prescriptions inappropriées avait été réduit chez 50% des patients (25).

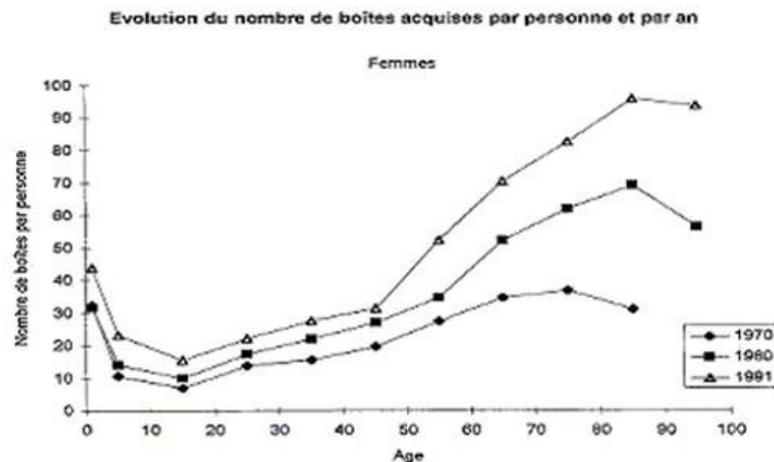
## **III. Les différents acteurs de la CM en ambulatoire**

### **A. La personne âgée :**

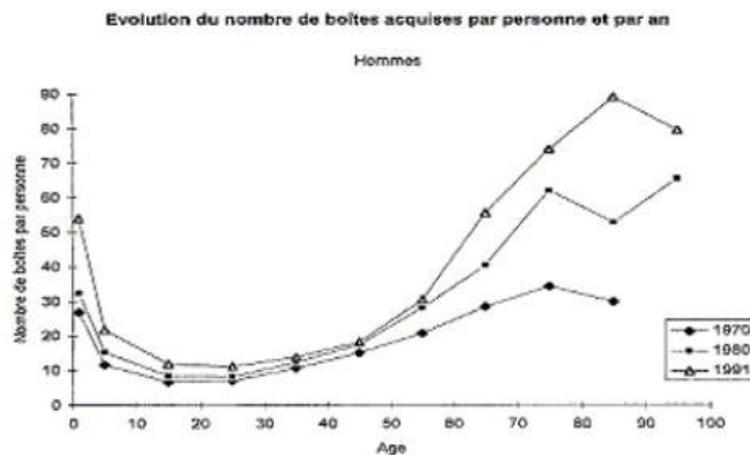
L'HAS définit les personnes âgées comme « ayant 75 ans ou plus, ou plus de 65 ans poly pathologiques ». Le nombre d'affections cliniques nécessaire pour définir le caractère poly pathologique ne fait actuellement pas l'objet d'un consensus international. La personne âgée poly pathologique est particulièrement exposée aux EIM, de par sa fragilité intrinsèque mais aussi de par des facteurs extrinsèques multiples (isolement social, aller-retour en hospitalisation, multiplicité des intervenants...) (12). La consommation journalière est de 3,9 médicaments différents par personne âgée de 65 ans et plus et 4,4 pour les 80 ans et plus. 4% des

médicaments acquis par les personnes âgées le sont en automédication. Entre 1970 et 1991, le nombre de conditionnements achetés par les 80 ans et plus a été multiplié par 109%. Ainsi, une poly médication apparaît dans les années 1990, dont le premier déterminant est la poly pathologie, elle-même fortement liée à l'âge (2). La poly pathologie conduit à la poly médication : le nombre de boîtes de médicaments acquises augmente lorsque l'état de santé se dégrade (Figure 3) (2).

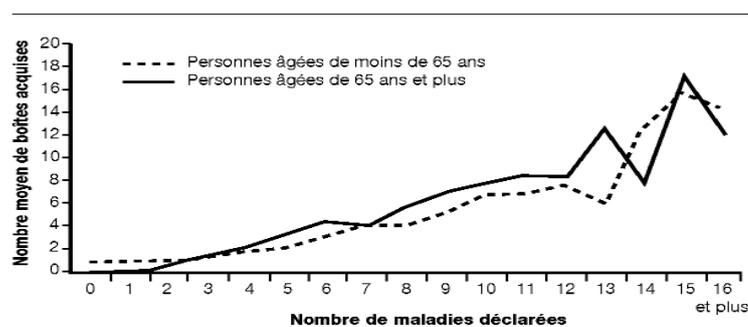
**Figure 1 - Nombre de boîtes en fonction de l'âge (Femmes)**



**Figure 2 - Nombre de boîtes en fonction de l'âge (Hommes)**



**Figure 3 – Nombre de boîtes en fonction du nombre de maladies déclarées**



Source : CREDES, Enquête ESPS 2000.

## **B. Le médecin traitant :**

Le MT est le principal prescripteur des traitements de fond chez la personne âgée. De par « sa connaissance au quotidien du patient, le rôle du MT est central dans la réussite de la CM. La prescription médicamenteuse fait partie intégrante de l'acte médical. C'est dire la relation étroite, permanente qu'entretient le MT avec le médicament dans son exercice professionnel » (26). Il dispose d'une liberté de prescription, dans la limite des recommandations de bonne pratique, des consensus et protocoles émis par les Sociétés Savantes et dont il ne saurait s'écarter sans évaluer préalablement la balance bénéfique/risque (27). Mais au-delà du seul MT, il y a parfois de multiples prescripteurs pour un seul patient : par exemple, le spécialiste de ville dont la prescription va venir se superposer à celle du MT, celui-ci n'étant parfois informé des modifications thérapeutiques que des semaines plus tard.

## **C. Le Pharmacien d'Officine :**

« Les Pharmaciens, experts du médicament, jouent un rôle prépondérant. Les Pharmaciens d'Officine notamment, par leur connaissance du patient au quotidien, sont idéalement placés pour transmettre l'information concernant le médicament » (28). Ce rôle central d'éducation thérapeutique, de vigilance, de prévention de la IAM suppose le développement de la Pharmacie clinique. Le rôle essentiel du Pharmacien est illustré par le développement du dossier pharmaceutique qui participe à l'obtention de la liste exhaustive des médicaments pris par le patient dans les 4 derniers mois, y compris ceux conseillés par le pharmacien, participant également au « décloisonnement entre la ville et l'hôpital » (29).

## **D. Relation Médecin généraliste-Pharmacien d'officine :**

Le développement de la CM partout dans le monde a amené les professionnels à une réflexion sur la collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

Les Facultés de Médecine et de Pharmacie de Lille collaborent au sein du projet « PharMed » afin de favoriser les projets pluridisciplinaires. Ainsi est né fin 2014 un projet de CM ambulatoire chez la personne âgée, piloté par les Professeur PUISIEUX (responsable de la Clinique de Gériatrie du CHRU de Lille), Professeur DECAUDIN (Vice-Doyen de la Faculté de Pharmacie de Lille) et Professeur LEFEBVRE (un des responsables du Département de Médecine Générale).

Ce projet avait pour objectif d'amener les étudiants de pharmacie en stage en 6e année en officine, à faire un « état des lieux » des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée polymédiquée, d'étudier le comportement de celle-ci face à son traitement, de lister tous les problèmes rencontrés en lien avec l'état de santé du patient et enfin de se mettre en contact avec le MT prescripteur afin de trouver des solutions. Cette démarche ne répond pas tout à fait aux protocoles proposés par les institutions internationales (la CM se déroulant le plus souvent en milieu hospitalier), mais elle vise les mêmes objectifs : établir une communication entre les professionnels de santé, garantissant au patient la continuité des soins et visant à améliorer sa sécurité. Nous désignerons ici par CM le moment de contact entre le MT prescripteur et l'étudiant pharmacien.

Ainsi nous allons nous poser la question suivante :

« La prescription sub-optimale chez la personne âgée : projet de conciliation médicamenteuse en ambulatoire dans le Nord-Pas-de-Calais. Quelles sont les observations à effectuer concernant les différents acteurs (Patients, Médecins généralistes prescripteurs, Etudiants en pharmacie) ? »

## METHODOLOGIE

### **I. Schéma de l'étude**

#### **A. Type :**

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle rétrospective. Elle décrira les 3 acteurs mis en jeu (Patients, MT prescripteurs, Etudiants pharmaciens) mais aussi les CM réalisées et les PSO détectées.

#### **B. Les 3 échantillons étudiés :**

##### **1. Les Etudiants pharmaciens :**

Ont été inclus tous les étudiants en Pharmacie en 6<sup>è</sup> année à la Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille, en stage en officine entre Janvier et Juin 2015, ayant effectué au moins une CM durant leur stage. Ont été exclus ceux n'ayant pas rendu leur mémoire de fin de stage et/ou n'ayant effectué aucune CM. Quant au questionnaire mis en ligne ouvrant une réflexion sur les données absentes, l'échantillon a été élargi à toute la promotion des étudiants en 6<sup>ème</sup> année de Pharmacie à Lille 2 (n=141).

##### **2. Les Patients :**

Il n'y a pas eu de randomisation pour la sélection des patients. Ont été inclus les patients âgés de 75 ans ou plus, ayant une prescription d'au moins 6 traitements de fond, habituels de l'officine, sélectionnés par les étudiants, ayant donné leur accord préalable à la démarche et pour que leur MT soit contacté, et enfin pour lesquels le Sénior pharmacien a validé la participation à l'étude. Ont été exclus les patients vivant en institution et/ou pratiquant le nomadisme entre pharmacies pour la délivrance du traitement de fond.

##### **3. Les MT prescripteurs :**

Ont été inclus les Médecins généralistes installés ou remplaçants ou internes de Médecine Générale en SASPAS prescripteurs des ordonnances sélectionnées par les étudiants en pharmacie, contactés par téléphone/courrier/courriel ou

rencontrés au cabinet, dont les patients avaient donné leur accord préalable pour toute la démarche de CM.

## **II. Les différents questionnaires**

### **A. Recherches bibliographiques :**

Le travail a débuté par une recherche bibliographique à l'aide des outils suivants : le service commun de documentation de la faculté (SCD) (accessible à l'adresse <http://scd.univ-lille2.fr>) a permis d'accéder à des bases de données en ligne comme PubMed ou CISMef, et de consulter des revues scientifiques. Les principaux termes MeSH (<http://mesh.inserm.fr/mesh/>) utilisés ont été conciliation médicamenteuse (medication reconciliation), prescription inappropriée (inappropriate prescribing/misuse), sur-prescription (overuse), sous-prescription (underuse), erreur médicamenteuse (medication error), sujet âgé (elderly/aged), médicament (drug). Les références bibliographiques pertinentes ont été classées par le logiciel Zotero©.

### **B. Questionnaire « Patients » :**

Un questionnaire a été élaboré lors de réunions de travail entre des représentants de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques, du Pôle Gériatrique du CHRU et du Département de Médecine Générale. Il suit les préconisations rendues par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) pour la pratique de la CM (20). Chaque étudiant de pharmacie avait pour consigne de remplir 10 questionnaires anonymisés pour 10 patients différents. Ce questionnaire se divisait en 2 parties distinctes :

« Grille d'entretien Gestion du traitement personnel et iatrogénie » : entretien avec le patient à l'officine ; questions pour la plupart fermées (Annexe 1).

« Visite de l'armoire à pharmacie du patient » : visite au domicile du patient. Les données de cette partie ne seront pas utilisées dans ce présent travail.

Dans la partie « antécédents (ATCD) médicaux », devant la multiplicité des pathologies répertoriées, il a été décidé de ne retenir que celles qui semblaient les plus pertinentes en gériatrie et de les regrouper par appareil : cardio-vasculaire, respiratoire, gastro-entérologique, endocrinologique (exemple : diabète type II), musculo-squelettique (exemple : arthrose), psychiatrique (exemple : syndrome

dépressif, anxiété, troubles du sommeil) et enfin troubles cognitifs (exemple : démence, troubles de la mémoire).

Pour la partie « traitement de fond », devant la multiplicité des classes thérapeutiques, il a été décidé de se fonder sur la revue de Littérature pour ne retenir que 4 groupes de molécules, correspondant aux classes les plus prescrites en France par les généralistes et les plus consommées par les patients de plus de 65 ans (Tableau II) (2).

**Tableau II - Les classes thérapeutiques étudiées**

<b>Classe</b>	<b>Consommation chez &gt; 65 ans</b>	<b>Lignes d'ordonnance &gt; 65 ans</b>
<b>Visée cardio-vasculaire</b>	51 %	37 %
<b>Antalgiques</b>	16 %	8 %
<b>Psychotropes</b>	16 %	9 %
<b>Visée digestive</b>	17 %	8 %

Les molécules plus souvent incriminées dans les MI sont les molécules cardiovasculaires, les antalgiques, les psychotropes, les hypoglycémisants et les anticoagulants (2,12). Dans l'étude, sera appelé « nombre de médicaments par ordonnance » le nombre total de molécules prises quotidiennement et de façon chronique par le patient, prescrites et en automédication.

Les étudiants pharmaciens devaient également lister les différents facteurs de risque iatrogénique retrouvés au terme de l'entretien avec le patient et de la visite au domicile. Appelés « points d'attention », ces facteurs de risque pouvaient porter sur le traitement en lui-même (notamment les PSO), la gestion des médicaments/du pilulier par le patient et/ou l'aidant, l'automédication... (Annexe 1).

### **C. Questionnaire « conciliation médicamenteuse » :**

Il ne s'agissait pas à proprement parler d'un questionnaire mais de 2 questions à la fin de la « Grille d'entretien gestion du traitement personnel et iatrogénie » : l'une fermée (« Contact avec le MT ou l'interne de médecine générale ? » oui/non), l'autre ouverte (« Préciser les suites de cet entretien pour la prise en charge du patient »). Il fallait répertorier les problèmes évoqués avec le MT, actions induites, raisons invoquées par le MT pour ne pas changer sa prescription, l'évolution de l'état de

santé du patient après la CM (Annexe 1). Cependant, les réponses à cette question étaient parfois multiples, divergentes, en dehors du champ de la thérapeutique *stricto sensu*... Il a donc été décidé de répertorier le nombre total de « points d'attention », puis de se focaliser uniquement sur les PSO. Il a aussi été décidé de s'intéresser à la raison principale invoquée par le Médecin généraliste pour ne pas modifier le traitement de fond du patient. La multiplicité des réponses obtenues pour la question « ouverte » a eu pour conséquence la création de 3 catégories : « désaccord du MT », « refus du patient », « modification déjà essayée mais échec ». Quand les données demeuraient introuvables, les MT prescripteurs ont été contactés par la chercheuse par téléphone (au total 22). Cependant, en raison de l'anonymat des questionnaires concernant les patients, il a été difficile de faire le bilan *a posteriori*, plusieurs mois après, d'une CM avec le généraliste.

#### **D. Données concernant les MT prescripteurs :**

La donnée « Maître de Stage Universitaire (MSU) » n'était pas présente dans le questionnaire rempli par les pharmaciens ; elle a été recueillie secondairement, avec l'aide de la liste officielle des MSU du Département de Médecine Générale de Lille. Les MSU de l'Institut Catholique Lillois n'y figurent pas.

Les localités d'exercice des Généralistes ont été retrouvées grâce à leurs noms et classées selon la définition de l'Insee des termes « ville » (> 2000 habitants) et « commune rurale » (<2000 habitants) (30).

#### **E. Données concernant les étudiants en pharmacie :**

Il y avait peu de données sur les étudiants pharmaciens en dehors de la localisation de leur terrain de stage. Le contact avec eux s'est avéré complexe faute d'adresses de courriel actives. Lors du décryptage des données recueillies, il est apparu rapidement que des contacts avec le MT n'avaient pas été réalisés pour tous les patients sélectionnés. Il est apparu pertinent de recueillir les raisons de ces « non-conciliations ». Un questionnaire anonyme, rédigé de façon « empirique » faute de données bibliographiques pertinentes, a été mis en ligne (GoogleForms©) (Annexe 2). Il se veut un complément d'information, un début de réflexion, mais en aucun cas une étude représentative.

### III. Analyse statistique

Une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) a été déposée (référence 1827941).

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord-Ouest IV, en date du 22 Janvier 2015, n'a pas émis d'avis défavorable concernant la réalisation de cette étude, celle-ci n'étant pas interventionnelle (Annexe 3).

Des Conseils ont été pris auprès du Centre Méthodologique du CHRU de Lille. Le recueil de données s'est fait dans un tableur généré par le logiciel Excel© (Microsoft©, Albuquerque, Nouveau Mexique, Etats-Unis) (Annexe 4). Le Logiciel SPSS Statistics© v24.0.0.0 (IBM©, Armonk, North Castle, Etat de New-York, Etats-Unis) a été utilisé pour l'ensemble des statistiques, réalisées par Monsieur Franck AMMEUX, titulaire d'un Master en Biostatistiques à l'Université Lille 2.

Les données obtenues concernant les variables nominales ont été décrites par leur effectif et pourcentage ; les variables continues par leur moyenne et écart-type selon la nature de leur distribution.

Des tableaux croisés dynamiques ont été réalisés afin de tester différentes variables et rechercher un lien statistiquement significatif entre elles. Lorsque les effectifs étaient suffisants ( $n > 30$ ), les moyennes étaient comparées entre elles par le test de Student. Lorsque les effectifs étaient insuffisants ( $n < 30$ ), nous avons vérifié les conditions d'application qui sont la normalité de la distribution de la variable pour chaque groupe ainsi que l'homogénéité des variances. Si ces conditions n'étaient pas vérifiées, les moyennes étaient comparées par le test non-paramétrique de Mann-Whitney.

Les différents tests statistiques ont été réalisés avec un risque d'erreur estimé à 5%.

## RESULTATS

249 patients (18,13%) des 1373 recrutés au total ont bénéficié d'une CM.

67 des 141 étudiants de la promotion (47,52%) ont effectué au moins une CM.

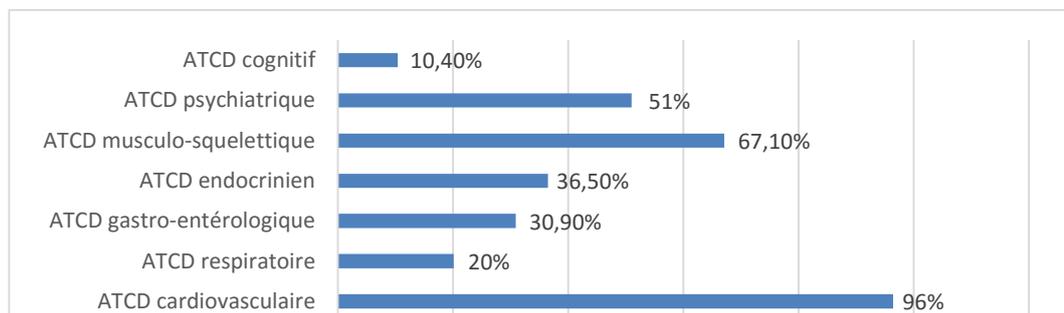
180 généralistes prescripteurs ont été contactés, certains pour plusieurs patients.

### I. Les Patients

#### A. Caractéristiques de l'échantillon étudié :

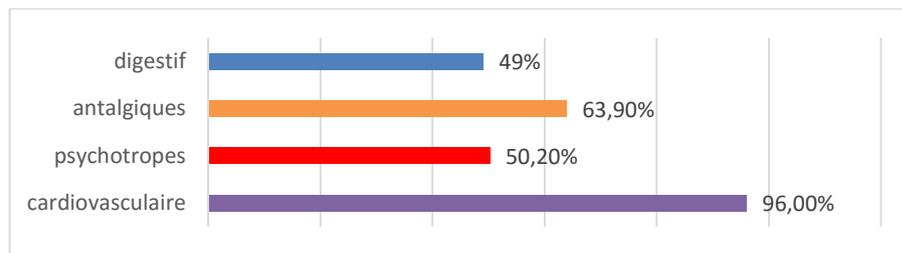
L'échantillon comprenait 66,3% de Femmes pour 33,7% d'Hommes, soit un sex ratio F/H d'environ 2 pour 1. Aucune donnée manquante (DM). L'âge moyen des patients recrutés était de 82,1 ans  $\pm$  5,1 ans sans DM. 66,4% des patients interrogés possédaient un dossier pharmaceutique ouvert (11 DM). 14,5% des patients interrogés sortaient d'hospitalisation (15 DM). La quasi-totalité des patients recrutés (96%) présentait au moins un ATCD cardiovasculaire (Figure 4).

**Figure 4 - Les différents antécédents médicaux**

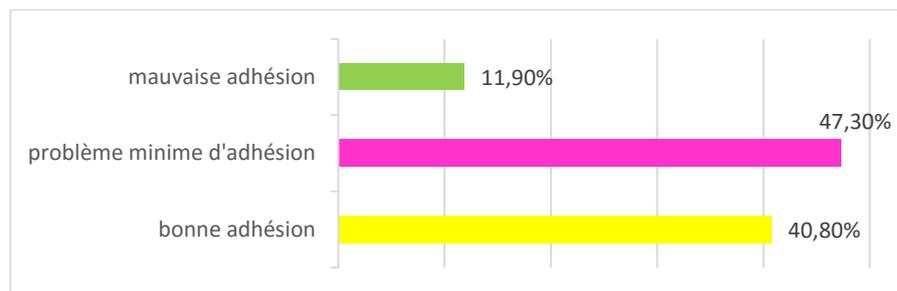


#### B. Caractéristiques du traitement :

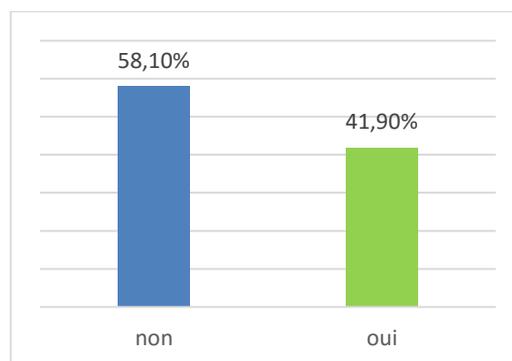
Le nombre moyen de médicaments consommés quotidiennement par les patients était de  $10,08 \pm 3,35$ . Ce nombre inclut les médicaments prescrits et les molécules prises en automédication de manière quotidienne et/ou chronique. Par contre, il n'inclut pas les thérapeutiques ponctuelles type antibiothérapie par exemple. Le nombre maximal rencontré a été de 22 médicaments pris quotidiennement. Comme attendu, la très grande majorité des patients prenait un traitement à visée cardiovasculaire (96%). Les autres catégories étaient présentes chez au moins la moitié des patients (Figure 5). Il n'y avait aucune DM.

**Figure 5 – Fréquences des différentes classes thérapeutiques**

La majorité des patients (47,3%) présentait un minime problème d'adhésion (Figure 6). Il y avait 4 DM.

**Figure 6 – Répartition des différents niveaux d'adhésion au traitement**

58,1% ont déclaré ne pas pratiquer d'automédication (Figure 7). Il y avait 3 DM.

**Figure 7 – Répartition des patients pratiquant l'automédication**

### C. Adhésion au traitement versus nombre de médicaments :

Pour la variable « adhésion au traitement » les patients ayant une mauvaise adhésion ont été regroupés avec ceux ayant un minime problème d'adhésion dans une même classe et les patients ayant une bonne adhésion dans une autre classe, pour créer un critère de jugement dichotomique. Un lien statistiquement significatif a été observé entre les deux variables (Tableau III). Il y avait 4 DM.

**Tableau III – Adhésion versus nombre moyen de médicaments**

Adhésion	Effectif	Nombre moyen de M	Ecart-type
Mauvaise ou minime problème	145	10,59	3,19
Bonne	100	9,29	3,27

$p < 0,002$

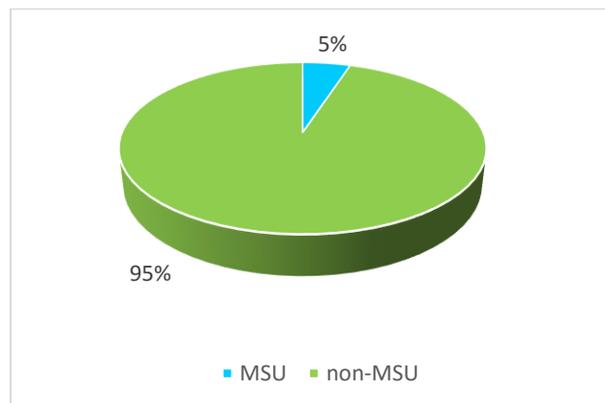
#### D. Age versus nombre de médicaments :

Il n'a pas été trouvé de corrélation entre l'âge du patient et le nombre de médicaments pris quotidiennement ( $p=0,068$ ) (Test de corrélation de Pearson).

## II. Les médecins généralistes prescripteurs

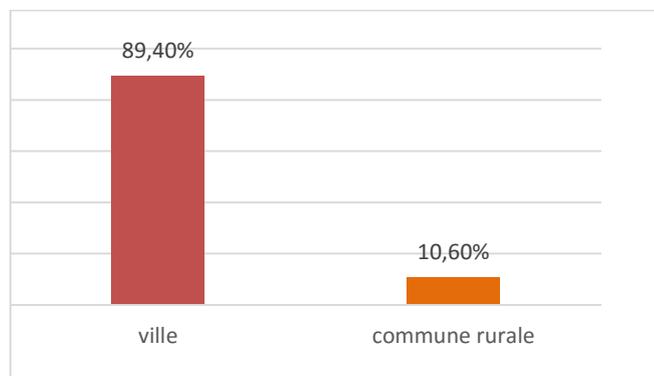
La très grande majorité (95%) n'était pas MSU (Figure 8). Il y avait 29 DM.

**Figure 8 – Répartition des médecins généralistes maîtres de stage universitaire**



La très grande majorité (89,4%) exerçait en ville. Il y avait 29 DM.

**Figure 9 – Répartition du lieu d'exercice des généralistes**



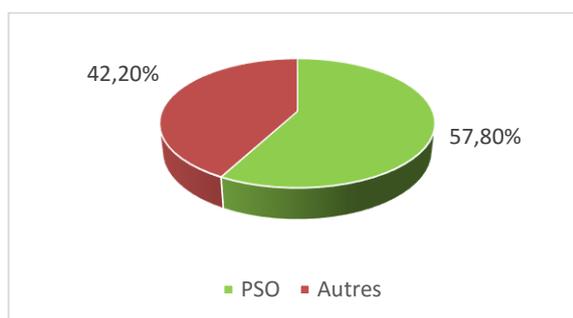
### III. Prescriptions sub-optimales

#### A. Les « points d'attention » détectés par les pharmaciens :

En moyenne, il y avait  $2,34 \pm 1,41$  points d'attention par patient. Ce sont par exemple la dénutrition sans étiologie retrouvée, la confusion liée au changement de conditionnement ou de laboratoire de la version générique, le régime alimentaire non adapté (consommation excessive de sel chez un insuffisant cardiaque), les boîtes conservées dans une salle de bain humide, la mauvaise utilisation d'un appareil d'auto-surveillance (automesure tensionnelle, lecteur de glycémie), un problème dans le plan de prise (un patient prenant tous ses médicaments le matin pour être « débarrassé » le reste de la journée), les problèmes sociaux divers (isolement, logement insalubre ou peu adapté à une personne âgée...).

Les PSO ont tout de même représenté la majorité des points d'attention (57,8%) (Figure 10).

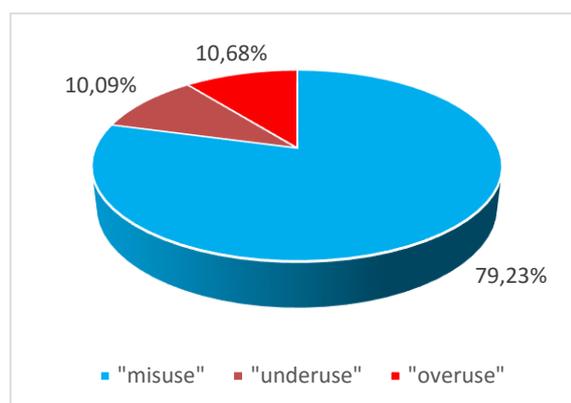
**Figure 10** – Prévalence des prescriptions sub-optimales parmi les points d'attention



#### B. Caractéristiques des PSO étudiées :

En moyenne, il y avait  $1,35 \text{ PSO} \pm 0,92$  détectées par patient.

**Figure 11** – Répartition des différentes catégories de prescriptions sub-optimales



### 1. Prescription inappropriée ou misuse (MI) :

177 patients présentaient au moins une MI (71,08%). Les MI représentaient 79,23% des PSO détectées (Figure 11). Il n'y avait pas de DM. En moyenne il y avait  $1,07 \pm 0,92$  prescriptions inappropriées par ordonnance. Le nombre maximal rencontré était de 5 MI sur une même ordonnance. Sans avoir quantifié ni classé les MI par ordre de gravité, voici quelques exemples :

Issus de la liste de Laroche (17) : Benzodiazépines à demi-vie longue (>20H) (Bromazepam), dosage de digoxine > 0,125mg/jour, dose de benzodiazépine à demi-vie courte supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune, cumul de médicaments à propriétés anti cholinergiques (Succinate de solifenacine, Metopimazine, Oxomemazine), relaxants musculaires (Baclofène) pour des algies chroniques des membres inférieurs...

Dans d'autres cas : plusieurs molécules hypokaliémiantes sans surveillance de la kaliémie et/ou supplémentation potassique associées, médicaments effervescents contenant du sodium et antécédent d'insuffisance cardiaque, Fuindione et dosages INR non faits, Fluindione et antécédents de multiples récurrences de chute : balance bénéfique/risque défavorable, surdosage en Paracétamol par cumul de différentes molécules (Paracétamol codéiné et Lamaline®...).

### 2. Sur-prescription ou Overuse (OV) :

34 patients présentaient au moins une OV (13,65%). En moyenne il y avait  $0,14 \pm 0,36$  sur-prescription par ordonnance. Le nombre maximal rencontré était de 2 OV sur une même ordonnance. Sans avoir quantifié ni classé les OV par ordre de gravité, voici quelques exemples : des molécules à SMR insuffisant (Daflon, Trimebutine dans le cadre des troubles des voies biliaires ; Oxomemazine pour une toux chronique), prescription en continu toute l'année de Nitrofurantoïne pour des cystites récidivantes, ce qui est en soi une prescription inappropriée chez la personne âgée d'après la liste de Beers, prescription au long cours d'antalgiques (alors que de l'avis même du patient, ils ne sont pas efficaces).

### 3. Sous-prescriptions ou underuse (UN) :

30 patients présentaient au moins une UN (12,05%). En moyenne il y avait  $0,14 \pm 0,40$  sous-prescription par ordonnance. La valeur maximale rencontrée était de 3 UN sur une même ordonnance. Sans avoir quantifié ni classé par ordre de gravité les UN, voici quelques exemples : troubles du sommeil chroniques non pris en

charge, arthralgies non ou sous explorées, minorées, placées sur le compte de l'âge par le MT, syndrome dépressif non ou sous diagnostiqué avec altération de l'état général, troubles du sommeil, repli sur soi, anhédonie, perte d'autonomie, baisse de l'observance, absence de prévention de l'ostéoporose fracturaire...

### C. Nombre de PSO versus antécédents :

Devant la proportion importante de patients sélectionnés ayant des ATCD cardiovasculaires, la chercheuse s'est posé la question de savoir si cette catégorie de pathologies n'induisait pas un nombre de PSO qui aurait attiré l'attention des étudiants pharmaciens, expliquant leur recrutement important. Dans tous les tests ci-dessous, il n'y avait pas de DM.

**Tableau IV – Antécédent cardiovasculaire versus nombre de prescription sub-optimale**

ATCD cardiovasculaire	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
0	9	1,33	0,50
1 ou +	240	1,35	0,93

En utilisant le test non-paramétrique de Mann-Whitney, il n'a pas été observé de différence significative entre la présence ou non d'au moins un ATCD cardiovasculaire, et le nombre de PSO par ordonnance ( $p=0,892$ ).

En revanche, il n'en est pas de même pour la catégorie « ATCD psychiatrique » :

**Tableau V – Antécédent psychiatrique versus nombre de prescription sub-optimale**

ATCD psychiatrique	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
0	122	1,16	0,83
1 ou +	127	1,54	0,97

$p = 0,001$

**Tableau VI – Antécédent respiratoire versus nombre de prescription sub-optimale**

ATCD respiratoire	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
0	199	1,37	0,95
1 ou +	50	1,30	0,81

$p=0,648$

**Tableau VII – Antécédent endocrinien versus nombre de prescription sub-optimale**

ATCD endocrinien	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
0	158	1,38	0,95
1 ou +	91	1,31	0,88

$p = 0,554$

**Tableau VIII – Antécédent digestif versus nombre de prescription sub-optimale**

ATCD digestif	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
0	172	1,34	0,92
1 ou +	77	1,39	0,93

$p = 0,679$

**Tableau IX - Antécédent musculo-squelettique versus nombre de prescription sub-optimale**

ATCD musculo-squelettique	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
0	82	1,27	0,85
1 ou +	167	1,40	0,96

$p = 0,308$

**Tableau X – Antécédent de troubles cognitifs versus nombre de prescription sub-optimale**

ATCD troubles cognitifs	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
0	223	1,35	0,92
1 ou +	26	1,35	0,98

$p = 0,970$  (test de Mann-Whitney)

#### D. Nombre de PSO versus caractéristiques du patient :

En utilisant le test de Pearson, il n'a pas été observé de corrélation entre l'âge du patient et le nombre de PSO dans son ordonnance ( $p=0,227$ ). Aucune DM.

Pas de lien significatif observé entre le nombre de PSO détectées et le sexe (Tableau XI). Il n'y avait pas de DM.

**Tableau XI – Sexe versus nombre de prescription sub-optimale**

Sexe	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
Féminin	165	1,42	0,96
Masculin	84	1,21	0,84

$p = 0,089$

Comme attendu, il a été observé une corrélation entre le nombre total de médicaments pris par le patient et le nombre de PSO dans son ordonnance ( $p=0,001$ ) (test de corrélation de Pearson). Il n'y avait pas de DM.

Le nombre moyen de PSO est supérieur chez les patients ayant un dossier pharmaceutique ouvert sans lien significatif observé (Tableau XII). Il y avait 11 DM.

**Tableau XII – Dossier pharmaceutique versus nombre de prescription sub-optimale**

Dossier pharmaceutique	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
Non	80	1,28	0,79
Oui	158	1,39	0,98

$p = 0,382$

Pas de lien significatif observé entre la sortie d'hospitalisation et le nombre de PSO (Tableau XIII). Il y avait 15 DM.

**Tableau XIII – Sortie d'hospitalisation versus nombre de prescription sub-optimale**

Sortie d'hospitalisation	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
Non	200	1,33	0,95
Oui	34	1,44	0,79

$p = 0,501$

### E. Nombre de PSO versus classes thérapeutiques :

Il n'y avait aucune DM pour les tests des tableaux XIV, XV, XVI et XVII.

Il n'a pas été observé de lien significatif entre les médicaments cardiovasculaires et le nombre de PSO par ordonnance (Tableau XIV).

**Tableau XIV – Médicaments cardiovasculaires versus nombre de prescription sub-optimale**

<b>Molécules cardiovasculaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Nombre moyen PSO</b>	<b>Ecart-type</b>
Non	8	1,38	0,52
Oui	241	1,35	0,93

$p = 0,771$  (test de Mann-Whitney)

En revanche, il existe un lien statistiquement significatif entre le nombre de PSO par patient et la présence ou non de psychotropes (Tableau XV).

**Tableau XV – Psychotropes versus nombre de prescription sub-optimale**

<b>Psychotropes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Nombre moyen PSO</b>	<b>Ecart-type</b>
Non	124	1,17	0,85
Oui	125	1,54	0,95

$p < 0,002$

**Tableau XVI – Antalgiques versus nombre de prescription sub-optimale**

<b>Antalgiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Nombre moyen PSO</b>	<b>Ecart-type</b>
Non	90	1,27	0,76
Oui	159	1,40	1,00

$p = 0,265$

**Tableau XVII - Médicaments digestifs versus nombre de prescription sub-optimale**

<b>Molécules à visée digestive</b>	<b>Effectif</b>	<b>Nombre moyen PSO</b>	<b>Ecart-type</b>
Non	127	1,28	0,82
Oui	122	1,43	1,01

$p = 0,175$

## **F. Nombre de PSO versus caractéristiques des Généralistes**

Pas de lien significatif observé entre le nombre de PSO et le statut de MSU (Tableau XVIII). Il y avait 29 DM.

**Tableau XVIII – Maître de Stage versus nombre de prescription sub-optimale**

MSU	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
Non	209	1,35	0,92
Oui	11	1,36	0,67

$p = 0,931$  (test de Mann-Whitney)

Pas de lien significatif observé entre le nombre de PSO et le lieu d'exercice du généraliste (Tableau XIX). Il y avait 29 DM.

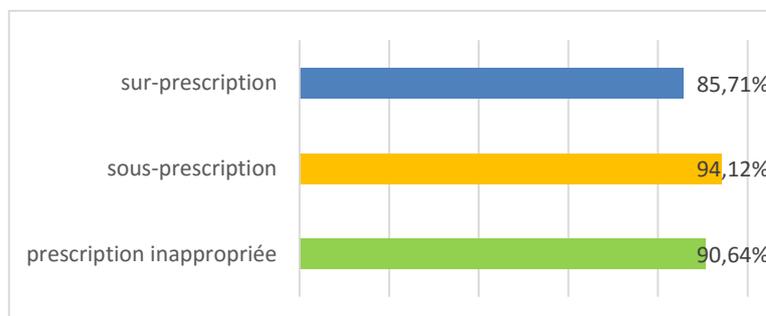
**Tableau XIX – Lieu d'exercice du généraliste versus nombre de prescription sub-optimale**

Lieu d'exercice	Effectif	Nombre moyen PSO	Ecart-type
Commune rurale	25	1,52	1,05
Ville	210	1,36	0,91

$p = 0,560$  (test de Mann-Whitney)

#### IV. Les CM réalisées :

En moyenne, on retrouve 3,72 CM effectuées par étudiant en pharmacie et 1,38 CM par généraliste contacté. La totalité des PSO n'ayant pu être « discutée » lors des contacts entre étudiants et MT, la prévalence des PSO conciliées selon leur catégorie est résumée dans la Figure 12. Aucune catégorie ne se détache franchement.

**Figure 12 - Prévalence des PSO conciliées selon le type**

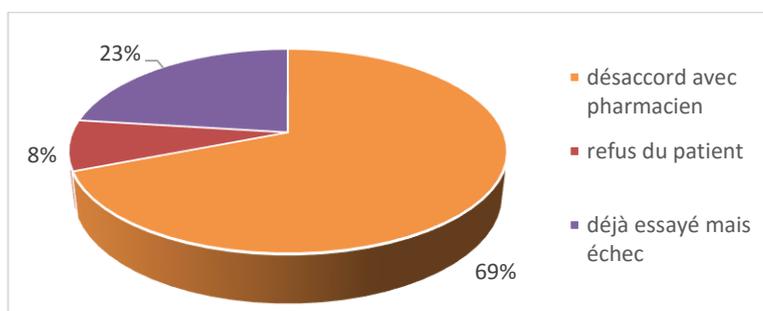
## A. Modifications thérapeutiques :

Au total, ce sont 127 lignes de traitement qui ont été modifiées, ce qui fait une moyenne de  $0,64 \pm 0,75$  modifications par patient. Si on rapporte ce chiffre à l'effectif total de PSO listées, la fréquence des modifications thérapeutiques est de 37,7%. Le nombre maximal rencontré a été de 3 modifications pour un même patient.

## B. Raisons des Généralistes pour ne pas modifier le traitement :

Selon la répartition illustrée dans la Figure 13, la raison principale la plus fréquente invoquée par les Généralistes était un désaccord avec les propositions faites par l'étudiant pharmacien. Il y avait 11 DM.

**Figure 13** – Raisons des généralistes pour ne pas modifier le traitement



## C. Modifications versus caractéristiques du médecin :

Lors du recueil de données, la variable concernant les modifications thérapeutiques étant une variable quantitative (« nombre de modification(s) par patient »), il a fallu créer une nouvelle variable, dichotomique et qualitative (absence de modification versus une ou plusieurs modification(s)) pour rechercher un lien avec la variable « MSU ou non » puis la variable « exercice en ville ou en commune rurale ».

Le statut de MSU ou non et l'acceptation d'une modification thérapeutique par le généraliste n'ont pas de lien statistiquement significatif (Tableau XX).

**Tableau XX** – Modification thérapeutique versus statut de maître de stage

Modification	Non MSU (%)	MSU (%)	Total (%)	Total (effectif)
Non	48,88	3,37	52,25	93
Oui	44,94	2,81	47,75	85
Total (%)	93,82	6,18	100	
Total (effectif)	167	11		178

$p = 0,875$  (test du chi-2)

Le fait d'exercer en ville ou non et l'acceptation ou non de réaliser une modification thérapeutique n'ont pas de lien statistiquement significatif (Tableau XXI).

**Tableau XXI – Modification thérapeutique versus lieu d'exercice du généraliste**

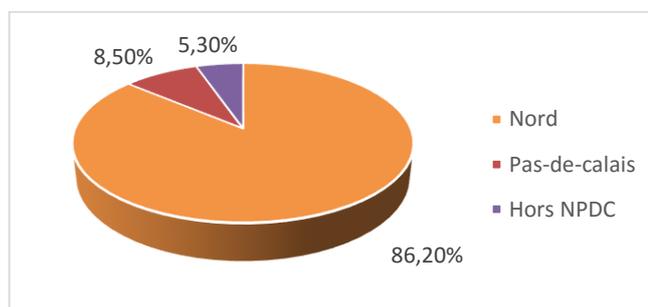
Modification	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)	Total (effectif)
Non	6,84	44,21	51,05	97
Oui	3,68	45,27	48,95	93
Total (%)	10,52	89,48	100	
Total (effectif)	20	170		190

$p = 0,187$  (test du chi-2)

## V. Les étudiants pharmaciens

Moins de la moitié des étudiants (47,5%) a contacté au moins un MT au cours de son stage. La majorité (86,2%) ont fait le stage dans le Nord (Figure 14). Parmi les étudiants hors Nord-Pas-de-Calais, certains étaient en stage dans le département des Ardennes. Aucune DM ne leur a été attribuée.

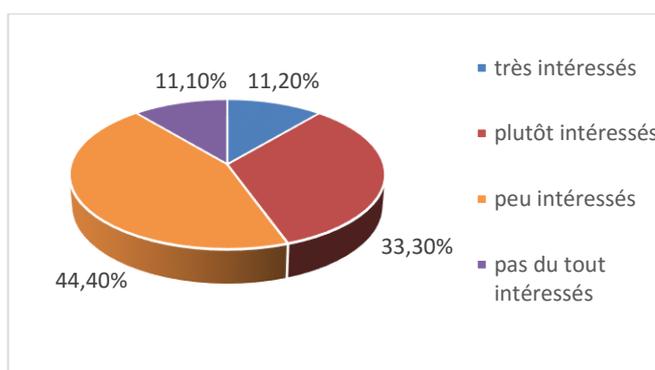
**Figure 14 – Répartition géographique des officines**



Concernant le questionnaire sur les données absentes mis en ligne, 18 étudiants (12,76%) au total ont répondu, sur une promotion de 141 pharmaciens.

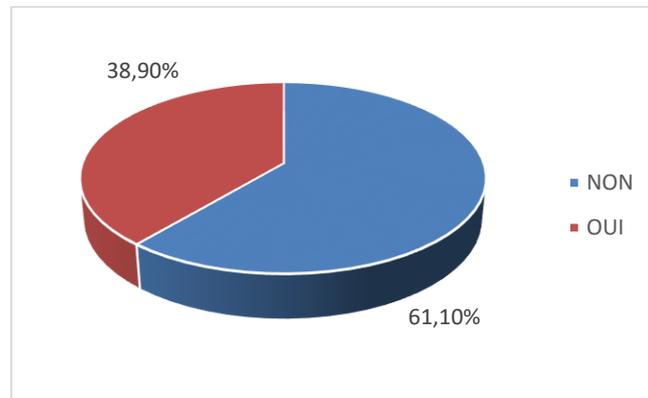
44,4% ont trouvé les généralistes peu intéressés lors de leur contact (Figure 15).

**Figure 15 – Evaluation par les pharmaciens de l'intérêt du médecin**



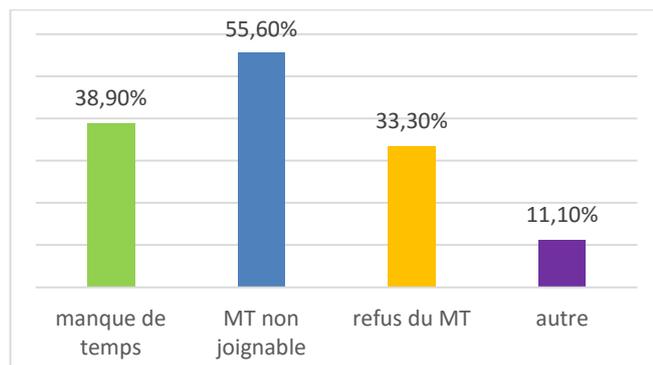
61,1% n'ont pas eu l'opportunité d'aborder tous les problèmes (Figure 16).

**Figure 16 - Opportunité d'aborder l'ensemble des problèmes avec le généraliste**



Pour 55,6% des étudiants interrogés, le principal frein à la CM a été l'impossibilité de joindre le MT (Figure 17).

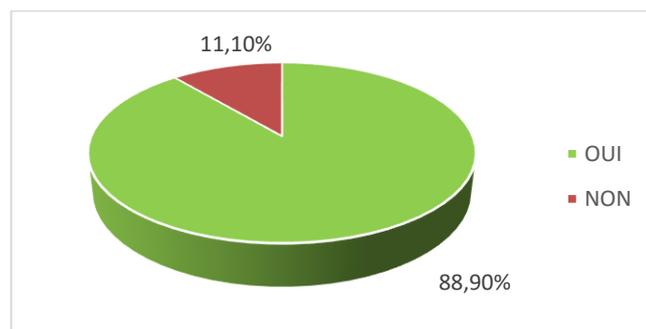
**Figure 17 – Freins à la conciliation médicamenteuse**



Dans la rubrique « Autre », on retrouve : l'impression de déranger le MT, l'impossibilité de mener 10 démarches de conciliation médicamenteuse en même temps.

La grande majorité des étudiants (88,9%) trouve un intérêt à la CM dans la pratique future en officine (Figure 18).

**Figure 18 - Intérêt dans la pratique future**



## DISCUSSION

Ce travail s'est attaché à observer différentes caractéristiques des patients âgés poly médiqués, ainsi que l'attitude des Médecins généralistes et des étudiants pharmaciens dans un processus de CM en ville.

### I. Les Patients

#### A. Nombre de médicaments et adhésion au traitement :

Le groupe « moyenne ou mauvaise adhésion » représentait un peu moins de 60% des patients interrogés. Une thèse de médecine générale en 2002 montrait que selon les définitions (observance versus adhésion) et les méthodologies utilisées, les taux des différents niveaux d'observance chez les patients âgés variaient de 26% à 59%, ce qui n'est pas contradictoire avec cette étude (2,31). Il est connu que chez les malades chroniques, l'observance a tendance à diminuer avec le temps, pour plusieurs raisons que sont la lassitude, la lenteur ou la difficulté d'obtention d'un résultat jugé satisfaisant, le sentiment d'échec... Ensuite, le mode de recrutement des patients a peut-être induit chez les étudiants une orientation vers les patients dits compliqués. Dans l'étude, il a été observé un lien significatif entre avoir une bonne ou moyenne-mauvaise adhésion et le nombre de médicaments pris quotidiennement ( $p < 0,002$ ). La poly médication est rapportée dans la Littérature comme un facteur de risque indépendant de la mauvaise observance (2). A contrario, une étude menée en 1997 chez des patients diabétiques n'ayant qu'une seule prise quotidienne matinale d'antidiabétiques, décrit le risque d'hyperconsommation (le patient ne se souvenant pas toujours au cours de la journée s'il a pris son traitement ou pas...) (32). Ainsi la prise médicamenteuse unique n'est pas forcément synonyme de meilleure observance. Il est donc difficile de savoir dans quel sens le nombre de médicaments influence l'adhésion du patient à son traitement. Une étude de 2003 a montré que 21,1% des hospitalisations pouvaient être imputées à un défaut d'observance du patient en ambulatoire (10). L'observance est donc un enjeu majeur de la CM dans la lutte contre la IAM.

## **B. Age, nombre de médicaments et nombre de PSO :**

Par choix, tous les patients de l'étude étaient poly médiqués (au moins 6 médicaments de fond). La poly médication est le facteur de risque le plus fortement associé à la prescription inappropriée (13,14). Dans l'étude, il a été observé une corrélation entre le nombre total de médicaments et le nombre de PSO dans son ordonnance ( $p=0,001$ ). En revanche, il n'est pas surprenant qu'il n'ait pas été observé de corrélation entre âge chronologique et nombre de médicaments. Dans la poly médication induite par la poly pathologie, ce n'est pas l'âge chronologique qui entre en ligne de compte, mais l'âge physiologique. Une étude de 1991 a montré l'absence de lien entre âge chronologique et EIM mais a émis l'hypothèse d'un lien avec l'âge physiologique, celui-ci restant très difficile à évaluer (33). Cependant, l'âge supérieur à 80 ans est rapporté dans la Littérature comme un facteur de risque de prescription inappropriée (13). Dans la présente étude, il n'a pas été observé de corrélation entre l'âge chronologique et le nombre de PSO par ordonnance ( $p=0,227$ ) malgré un âge moyen des patients inclus de 82,1 ans  $\pm$  5,1.

## **II. Les médecins généralistes**

L'absence d'homogénéité dans les sous-groupes « MSU » et médecins « exerçant en ville » a été un obstacle à la validité interne du travail. Aucun lien significatif entre le fait d'être ou non MSU et le nombre de PSO n'a été observé. La faiblesse de l'effectif de MSU dans l'échantillon des généralistes ( $n=11$ ) a été un handicap. Dans le Nord-Pas-de-Calais, 273 Généralistes sont MSU à la faculté de Lille Etat pour environ 16 000 Généralistes en activité en 2013 (34). Ils représentaient donc moins de 1,71% de la profession. Il y a donc eu des difficultés de recrutement pour la présente étude.

Il y avait une surreprésentation des Généralistes exerçant en ville dans l'étude (89,4% pour 80% dans la population de généralistes du Nord-Pas-de-Calais) (34). Aucun lien significatif entre le fait d'être maître de stage ou d'exercer en ville et le nombre de PSO n'a été observé ( $p=0,931$  et  $p=0,560$ ). De même, il n'a pas été observé de lien statistiquement significatif entre la réalisation de modification thérapeutique et le statut de MSU ( $p=0,875$ ) ou le lieu d'exercice du MT ( $p=0,187$ ).

### **III. Les prescriptions sub-optimales**

#### **A. Prescriptions inappropriées :**

Dans le monde, les prévalences de MI varient d'une étude à l'autre : 15,8% dans une étude de 2005 en Europe à 21% aux Etats-Unis dans 2 études en 2001 et 2004 (14,15,35). Au sein de l'Europe, on peut constater des disparités : 14,7% (Finlande), 18% (Italie), 25,5% (Allemagne) et jusqu'à 41,1% (République Tchèque) (14,36). Le faible niveau économique a été avancé comme facteur expliquant les disparités entre Europe de l'Ouest et de l'Est. Cependant, ce facteur ne peut pas expliquer les taux de prescriptions inappropriées retrouvés en France : 21,7% des patients dans une étude de 2005 et jusqu'à 53,6% dans une étude de 2011, travaux pourtant menés sur de larges échantillons représentatifs (37,38). L'une des explications peut résider dans la différence de méthodologie : utilisation des critères de Beers pour les études internationales, liste de Laroche pour la plupart des travaux français. Dans la présente étude, 71,08% des patients présentaient au moins une MI. Ce résultat supérieur aux données de la Littérature peut s'expliquer par le fait que, dans les travaux cités, le recrutement de patients était plus large, au « tout venant » (toutes les personnes âgées consultant des maisons de santé à une période donnée ou population de personnes âgées affiliées à l'Assurance Maladie dans une région donnée), alors que, dans le présent travail, les pharmaciens avaient pour consigne de recruter des patients pour leur exposition potentielle au risque de IAM donc de PSO. Il s'agissait ici d'un recrutement ciblé. Les prescriptions inappropriées les plus fréquemment retrouvées dans l'étude française de 2011 étaient le Propoxyphène (retiré du marché depuis), les Benzodiazépines à longue demi-vie et les médicaments ayant des propriétés anti cholinergiques, ce qui correspond pour partie aux constatations faites dans l'étude. En revanche, les vasodilatateurs cérébraux, également fréquents dans l'étude de 2009, n'ont quasiment pas été rencontrés dans le présent travail. Une des raisons à cela est probablement le déremboursement dont ils ont fait l'objet en 2010. Une étude menée en 2014 dans le Nord-Pas-de-Calais sur les molécules à effet anti cholinergique a constaté une diminution de la prévalence des prescriptions inappropriées par rapport aux études d'avant 2010, les auteurs concluant à un probable rapport avec le déremboursement des vasodilatateurs cérébraux (36).

## **B. Antécédent psychiatrique, psychotropes et PSO :**

Dans l'étude, la moitié des patients (50,2%) consommait des psychotropes, ce qui correspond aux données dans la population française de 75 ans et plus (39). Dans l'étude, il a été observé un lien statistiquement significatif entre la présence ou non d'au moins un psychotrope dans l'ordonnance du patient et le nombre de PSO ( $p < 0,002$ ). Ce résultat est à mettre en parallèle avec étude menée en ambulatoire entre 1996 et 2002 aux USA qui avait montré que la prévalence de prescription d'au moins un psychotrope potentiellement inapproprié chez les patients âgés était faible (7,14%) mais que celle chez les patients recevant déjà au moins un psychotrope s'élevait à 37,86% avec une prédominance pour les antidépresseurs (50,93% des psychotropes prescrits de manière inappropriée) (40).

Dans le présent travail, il a été observé un lien statistiquement significatif entre la présence d'au moins un ATCD psychiatrique (dont syndrome dépressif) et le nombre de PSO par ordonnance ( $p = 0,001$ ). L'ATCD psychiatrique peut induire la prescription d'un psychotrope (dont Antidépresseurs et/ou Anxiolytiques) qui est elle-même reconnue comme facteur de risque de prescription inappropriée dans la Littérature (14,40). D'autre part, la revue de la Littérature rapporte que le syndrome dépressif est un facteur de risque de PSO pour plusieurs raisons et notamment son sous-diagnostic chez la personne âgée (2,39). La prescription d'Antidépresseurs chez le sujet âgé réellement dépressif est souvent insuffisante en termes de mise sous traitement, de dose ou de durée, ce qui constitue une PSO (sous-prescription).

## **C. Sexe féminin et PSO :**

Plusieurs études, dont une menée en France en 2009, ont rapporté le sexe féminin comme facteur favorisant de la prescription inappropriée (13). A noter que la consommation médicamenteuse chez les personnes âgées, toutes choses égales par ailleurs, est supérieure chez les femmes que chez les hommes (2). Dans l'étude, il n'a pas été observé de lien significatif entre le sexe et le nombre de PSO avec, malgré tout, un seuil de significativité assez proche ( $p = 0,089$ ). Un échantillon légèrement différent en termes de répartition femmes/hommes aurait peut-être pu mettre en évidence une différence significative.

## **D. Dossier pharmaceutique et PSO :**

66,4% des patients de l'échantillon possédaient un dossier pharmaceutique ouvert. Selon une synthèse publiée en 2010 par l'Ordre des Pharmaciens, le taux de

dossiers pharmaceutiques ouverts était de 54% pour les 70-79 ans jusqu'à 70% pour les 90-99 ans, avec une moyenne nationale tout âge confondu de 39% (41). Dans l'étude, il a été observé que la moyenne des PSO détectées par ordonnance était supérieure chez les patients bénéficiant d'un dossier pharmaceutique par rapport à ceux n'en ayant pas (respectivement  $1,39 \pm 0,98$  et  $1,28 \pm 0,79$ ). Ceci est paradoxal puisque le dossier pharmaceutique est présenté comme un outil de lutte contre la IAM. N'ayant pas observé de lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir un dossier ouvert ou non et le nombre de PSO ( $p=0,382$ ), il est possible d'émettre une hypothèse de recherche selon laquelle avoir un dossier ouvert permettrait une meilleure revue de tous les traitements mis en place et une détection plus exhaustive des PSO.

### **E. Sortie d'hospitalisation et PSO :**

Il a été observé un nombre moyen de PSO supérieur chez les patients sortant d'hospitalisation ( $1,44 \pm 0,79$  contre  $1,33 \pm 0,95$ ), sans pouvoir mettre en évidence de lien significatif entre ces deux variables ( $p=0,501$ ), ceci peut-être en raison du faible effectif de patients sortant d'hospitalisation ( $n=34$ ). Cependant, le retour à domicile est un point de transition essentiel dans la démarche de CM, notamment par la communication entre le praticien hospitalier et le MT qui prend le relais. Bien souvent, celui-ci ne dispose, comme seule source d'information concernant la nouvelle thérapeutique du patient, que d'un courrier qui arrive parfois des semaines après la sortie du patient. La CM en sortie d'hospitalisation semble moins développée que celle à l'admission. Les protocoles et outils utilisés divergent selon les équipes. Par exemple, le Centre Hospitalier de Lunéville utilise un formulaire remis au patient avec les médicaments habituels à poursuivre, et les nouveaux mis en place. Cet outil sert également à l'information des différents soignants en ambulatoire (42). La communication et les informations délivrées restent primordiales à cette période de vulnérabilité du patient à la IAM (24).

## **IV. Les modifications thérapeutiques**

N'ayant pas retrouvé de données comparables dans la Littérature, il est impossible de comparer la fréquence des modifications thérapeutiques effectuées à d'autres études. Le graphique de répartition des CM en fonction du type de PSO

(Figure 12) montrait que toutes les catégories avaient largement fait l'objet de CM, sans prédominance.

Pour les raisons invoquées par les MT pour ne pas effectuer de modification, l'absence de données équivalentes dans la Littérature ne permet pas d'étudier la validité externe des résultats. Dans une large proportion (69%), c'est un désaccord avec les propositions de l'étudiant pharmacien qui a empêché la réalisation d'une modification de traitement. L'échec préalable arrive en deuxième position (23%) puis le refus du patient (8%). La fréquence des désaccords peut surprendre dans la mesure où les propositions avancées par les étudiants avaient été validées a priori par leur Sénior. Ainsi, les désaccords n'ont pas du tant porter sur le fond des propositions (recommandations validées...) que sur le contexte clinique et l'environnement global du patient. Car sinon, en théorie, aucune proposition du pharmacien n'aurait dû faire l'objet de désaccord avec le Médecin, étant validée scientifiquement. Ainsi le jugement clinique du prescripteur reste prépondérant. D'autre part, il s'agissait de données issues de la retranscription par les étudiants pharmaciens (sauf certaines qui étaient manquantes et récupérées par la chercheuse *a posteriori* auprès des Généralistes, au total 22) et non par les Généralistes eux-mêmes, ce qui peut introduire un biais de retranscription. Il aurait été intéressant de confronter ces données à un recueil de l'opinion des Généralistes contactés. Une étude qualitative belge de 2014 a porté sur l'opinion que les MT avaient de l'utilisation de la liste « STOPP-START » : il apparaît que les MT, au cours des entretiens, ont mis en exergue la notion de « patient unique », de cas particulier. D'autre part, certains voyaient d'un mauvais œil une éventuelle intervention «extérieure» (institutions, assurance maladie) dans leurs prescriptions (43).

## **V. Les étudiants pharmaciens**

Leur répartition était largement en défaveur du Pas-de-Calais (8,5% contre 86,2% pour le Nord). Ceci n'est pas représentatif de la répartition des Officines en 2015 dans la région (66% dans le Nord et 34% dans le Pas-de-Calais). Il est donc difficile de mener une étude statistique significative sur cet échantillon.

Le questionnaire mis en ligne a été soumis à l'ensemble de la Promotion de 6ème année de pharmacie (n=141). Il avait pour but d'ouvrir des pistes de réflexion, pour la réussite d'un prochain projet de CM en ville. La majorité des étudiants ayant répondu a trouvé les MT peu intéressés lors de leur prise de contact (44,4%).

Comme pour les raisons de non modification de traitement, il serait intéressant de recueillir l'opinion des MT. Des entretiens menés en Belgique en 2003 auprès de pharmaciens, dans le but de mettre en place un processus de CM, ont rapporté des problèmes d'acceptation de la part du corps médical (28). La formation des différents professionnels de santé à la philosophie de la CM et à l'utilisation des différents outils standardisés a été listée dans le rapport 2015 du projet Med'Rec comme un prérequis indispensable à la CM. Le niveau de mobilisation des MT sera est probablement impacté par une préparation en amont. Ainsi, la lettre adressée aux Généralistes MSU par le Professeur LEFEBVRE avait pour but de les sensibiliser et les informer sur le projet « PharMed en ville ». La communication étant une des pierres angulaires de la CM (Annexe 5).

61,1% des étudiants pharmaciens rapportent ne pas avoir eu le temps d'aborder tous les sujets voulus avec le MT. On imagine aisément qu'une conversation téléphonique non programmée, au milieu de la plage de consultations du MT ou pendant une visite à domicile ne soit pas le moment idéal pour passer en revue tout l'historique du traitement et du dossier médical d'un patient. Ainsi un prochain projet pourrait proposer d'organiser un moment dédié à la CM, par téléphone ou dans l'idéal lors d'un rendez-vous, au calme, afin que chacun avance ses arguments, son expérience et puisse saisir l'opportunité de la CM pour réaliser une analyse pharmaceutique la plus complète possible. Dans l'étude qualitative belge datant de 2014, les MT interrogés avaient mis en avant les difficultés d'une pratique quotidienne de la CM par manque de temps. Ils avaient envisagé d'organiser des rencontres pluri professionnelles, notamment dans les maisons de retraite médicalisées, pour mettre en place des CM (43).

Dans les freins évoqués par les étudiants pharmaciens à la CM, 55,6% des réponses concernent des MT non joignables. Certains étudiants ont contourné cette difficulté en envoyant un courrier au généraliste. 38,9% évoquent un manque de temps durant leur stage. 33,3% un refus du MT, ce qui, là encore, met en lumière l'importance de l'information préalable sur le projet et l'intérêt de la CM... Il serait intéressant de recueillir les raisons de ces refus par les MT. Un étudiant a évoqué « l'impression de déranger ».

Enfin, à la question « Voyez-vous un intérêt à la CM dans votre pratique future? » 88,9% des étudiants ont répondu par l'affirmative, ce qui est une source d'encouragement à initier de nouveaux projets de CM en ambulatoire. De même, le

fait que les MT, dans l'étude qualitative belge, aient insisté sur la nécessité de réaliser la CM en équipe pluridisciplinaire, constitue un autre signe encourageant(43).

## **VI. Les forces et les limites de l'étude**

### **A. Les forces :**

Cette étude est originale par le fait qu'elle porte sur un projet de CM en ambulatoire. Les études « classiques » de CM, qu'elles soient nationales ou internationales, portent le plus souvent sur les points de transition (entrée-sortie d'hospitalisation, admission aux urgences, transfert inter-service...). Il s'agissait ici de travailler en dehors de tout événement « aigu » pouvant être source de nouvelle(s) prescription(s) médicamenteuse(s), de modification(s) d'un traitement préexistant. Le traitement de fond du patient ne fait que très rarement l'objet d'échanges entre Médecins et Pharmaciens. Les Médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, prescrivent, et les Pharmaciens d'officine délivrent le médicament prescrit. Parfois, ceux-ci contactent le médecin prescripteur lorsqu'il existe un doute sur une posologie par exemple. Les questionnaires utilisés par les étudiants pharmaciens ont été rédigés, après recherches bibliographiques et d'après les connaissances des données de la Littérature de chacun des participants au projet « Pharmed en ville ». Cette rédaction a été effectuée au terme de réunions pluridisciplinaires, où des professionnels de différentes disciplines (Gériatrie, Médecine Générale, Sciences Pharmaceutiques) ont pu apporter leurs connaissances universitaires et de terrain ainsi que leur expertise. Le nombre satisfaisant de CM effectuées et donc l'effectif de l'échantillon de patients (n=249) sont également un aspect positif de l'étude. L'échantillon des médecins généralistes est également satisfaisant (n=180). Après lecture attentive des dossiers, il persistait très peu de données manquantes. Quand c'était le cas, il a été tenté d'y remédier en contactant les Médecins. Une autre force de l'étude réside dans le fait qu'elle porte conjointement sur 3 différents acteurs de la CM que sont les Patients, les MT prescripteurs et les Pharmaciens (représentés ici par les étudiants en 6ème année). Pour ce travail, les ordonnances ont fait l'objet d'une double lecture ; les étudiants pharmaciens commençaient par lister toutes les PSO, qui étaient ensuite « vérifiées » par les Séniors Pharmaciens. De ce fait, les PSO étudiées ont toutes une validité scientifique pour limiter le biais de mesure. De même, on peut présupposer que les étudiants pharmaciens, encore en cours

d'études universitaires, connaissent et maîtrisent les recommandations les plus récentes. Un autre aspect original de l'étude réside dans le fait que les étudiants pharmaciens ont été sollicités pour des explications quant au nombre relativement important de patients pour lesquels aucune CM n'a été réalisée. Il est rare d'entreprendre, en cours d'étude, une réflexion sur les données absentes.

## **B. Les limites :**

En premier lieu, la sélection des ordonnances n'a pas fait l'objet d'une randomisation, ce qui laisse supposer un biais de confusion. Ce sont les étudiants, au gré de leurs « rencontres » avec des patients à l'officine qui ont choisi des ordonnances attirant leur attention. Un biais de recrutement a pu se mettre en place, lié à l'intérêt de l'étudiant pharmacien pour un type de thérapeutique, de pathologie ou pour des sujets que celui-ci connaissait le mieux. L'étude n'ayant pas fait l'objet d'une analyse multivariée, aucun ajustement n'est venu contrer ce biais de sélection. Il a été choisi un mode de recrutement des patients uniquement en officine, ce qui exclut de fait les patients qui ne se rendent plus à la pharmacie. D'autre part, l'étude n'apportait pas de données pour comparer l'échantillon de patients à la population générale de personnes âgées en France. Le sex ratio F/H dans l'étude est de 2 pour 1, ce qui est conforme aux données de l'Insee pour l'année 2015 (44). Il n'est toutefois pas possible d'affirmer que l'échantillon de patients soit représentatif en l'absence d'autre critère de comparaison. La répartition départementale des terrains de stage est aussi inégale (86,2% pour le Nord contre 8,5% pour le Pas-de-Calais). Les questionnaires ont été soumis aux patients volontaires, après accord des Séniors pharmaciens, qui connaissaient préalablement les patients ; un biais lié au volontariat était donc possible. De même pour les médecins généralistes contactés, la participation à la CM s'est faite sur le mode du volontariat. Les questions sur l'observance au traitement ou encore l'automédication ont pu induire un biais de déclaration, les questions ayant pu être vues par les patients comme des « pièges » (« Vous êtes là pour voir si je fais bien tout comme le Docteur a dit ? » « Pourquoi vous me posez toutes ces questions ? On dirait une interrogation écrite ! »). La question ouverte concernant la retranscription de la CM avec le MT a pu donner lieu à un biais de mémorisation (difficile de se souvenir de tous les sujets abordés). Cela diminuait également la reproductibilité des réponses et introduisait un biais d'interprétation. Aucun outil standardisé n'a été imposé pour répertorier de façon systématisée et reproductible toutes les PSO présentes dans l'ordonnance. Ainsi,

certaines ont pu ne pas être détectées. En 2011, dans la revue NPG (Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie), une étude a proposé des outils explicites et implicites, pour une analyse pharmaceutique standardisée (45). Leur utilisation, après adaptation, pourrait s'envisager dans un futur projet. L'effectif très faible de l'échantillon d'étudiants pharmaciens ayant répondu au questionnaire mis en ligne ne permettait pas d'effectuer des observations représentatives mais pouvait donner cependant des pistes pour des études futures.

## **VII. Les perspectives d'avenir**

Les politiques de santé publique de lutte contre les PSO ont déjà montré une certaine efficacité, notamment en France. Une étude menée entre 1995 et 2004 a enregistré un taux de prescriptions inappropriées passé de 33,5% à 19,3% alors que dans le même temps, le nombre de médicaments par sujet âgé augmentait (13). De même, la diminution des MI suite au déremboursement des vasodilatateurs cérébraux (36) est un signe d'efficacité des politiques de santé entreprises. Un article canadien de 2012 relève que des initiatives de lutte contre les mauvaises prescriptions en ambulatoire ont démontré une certaine efficacité, comme par exemple la formation médicale continue des généralistes en Pharmacologie (46).

### Travaux en cours à Lille concernant la CM en ambulatoire :

*Le projet « Optisort », à l'initiative du GHICL (Docteur LEFEBVRE), avec comme partenaires le CHRU de Lille et 7 autres CHU en France, contient un volet en lien avec les soins primaires, à savoir « évaluer la pérennité des recommandations thérapeutiques effectuées au cours de l'hospitalisation auprès du Médecin traitant 3 mois après le séjour hospitalier ».*

*La 1ère édition d'un séminaire interprofessionnel (Médecins généralistes, Pharmaciens, Infirmières, Kinésithérapeutes, Sages-femmes) s'est tenue à l'initiative du Professeur DELEPLANQUE. Une 2ème édition verra la participation des Travailleurs sociaux en 2017.*

*Des séminaires décentralisés en officine se tiennent dans toute la Région (Professeur LEFEBVRE, Professeur DELEPLANQUE, Professeur DECAUDIN, Docteur CAILLAULT), entrant dans la validation de DPC (Développement Professionnel Continu) pour les pharmaciens.*

*Un séminaire commun aux externes en Médecine et étudiants en Pharmacie* s'est tenu début 2016 à Lille pour sensibiliser les futurs professionnels à la IAM chez la personne âgée.

*Un travail de thèse*, actuellement mené par Melle Ségolène PETIT (étudiante en Pharmacie à Lille), au sein du projet « PharMed », a pour objectif de créer un outil composé de 3 questions simples à poser au patient sur la préparation et la prise du traitement, afin de cibler ceux pour lesquels des solutions simples (pilulier, adaptation de la galénique, substitution, plan de prise) pourraient être utiles. Cet outil, en plus d'une recherche systématique de prescription inappropriée par des outils standardisés type liste « STOPP » pourrait faire partie d'un protocole de CM dont la mise en place en ville serait envisageable.

*Une étude quantitative* portant sur la même base de données que le présent travail, est actuellement en cours d'écriture par un interne de Médecine générale lillois.

## CONCLUSION

Le projet « PharMed » de CM en ambulatoire, mené en 2015 conjointement par les Facultés de Médecine et de Sciences Pharmaceutiques de Lille, a permis d'expérimenter une nouvelle façon d'envisager la relation entre Médecin généraliste et Pharmacien d'officine, avec au centre de celle-ci le Patient âgé.

Concernant les Patients, des liens entre différentes variables (adhésion au traitement et nombre de médicaments, nombre de PSO et ATCD psychiatrique ou traitement comprenant des psychotropes) ont pu être observés

Concernant les deux autres acteurs que sont le Pharmacien et le Médecin prescripteur, l'observation de leurs positionnements respectifs pendant la CM n'a pas été aisée ; l'étude n'était pas centrée sur eux.

Concernant la détection des PSO et plus particulièrement de la prescription inappropriée, il apparaît indispensable d'utiliser des outils standardisés.

Plus du quart des effets indésirables médicamenteux serait évitable. C'est un enjeu mondial de Santé publique.

La Médecine et la Pharmacie clinique sont ainsi amenées, dans les années à venir, à être liées l'une à l'autre, à travers le Médecin Généraliste et le Pharmacien d'Officine, dans l'intérêt premier du Patient.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Insee - Population - Bilan démographique 2014 - Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=ip1532](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1532)
2. Prescription Médicamenteuse du Sujet Agé : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa\\_synth\\_biblio\\_2006\\_08\\_28\\_\\_16\\_44\\_51\\_580.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf)
3. Insee - Population - Projections de population à l'horizon 2060 - Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1320](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320)
4. Consommation médicamenteuse dans 5 pays européens, une réévaluation - Disponible sur: <http://www.leem.org/synthese-de-letude-consommation-medicamenteuse-dans-5-pays-europeens-une-reevaluation>
5. Code de la santé publique - Article L5111-1 | Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689867>
6. Rapport Conférence Nationale de Santé 1996 - Disponible sur: [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Crs\\_Prs/CNS/1996/rapport.pdf#page=2](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Crs_Prs/CNS/1996/rapport.pdf#page=2)
7. La iatrogénie médicamenteuse : <http://www.aphnep.org/pdf/Journee/2012/8iatrogenie.pdf>
8. Prévenir la iatrogénèse : [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aec3f1985.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aec3f1985.pdf)
9. La iatrogénie chez la personne âgée : [http://udsmed.u-strasbg.fr/dumg/IMG/pdf/2011\\_KALTENBACH\\_Iatrogenie\\_PDF.pdf](http://udsmed.u-strasbg.fr/dumg/IMG/pdf/2011_KALTENBACH_Iatrogenie_PDF.pdf)
10. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. JAMA. 5 mars 2003;289(9):1107-16.
11. ACTUALITÉS EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE – Résultats de l'enquête ENEIS 2 [http://www.sf2h.net/congres-SF2H-productions-2011/actualites\\_resultats-enquete-ENEIS-2.pdf](http://www.sf2h.net/congres-SF2H-productions-2011/actualites_resultats-enquete-ENEIS-2.pdf)
12. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. La Revue de Médecine Interne. août 2004;25(8):582-90.

13. Bongue B, Naudin F, Laroche M-L, Galteau M-M, Guy C, Guéguen R, et al. Trends of the potentially inappropriate medication consumption over 10 years in older adults in the East of France. *Pharmacoepidem Drug Safe*. décembre 2009;18(12):1125-33.
14. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 16 mars 2005;293(11):1348-58.
15. Zhan C, Sangl J, Bierman AS, Miller MR, Friedman B, Wickizer SW, et al. Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly: Findings From the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA*. 12 déc 2001;286(22):2823-9.
16. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 1 nov 2015;63(11):2227-46.
17. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
18. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing*. nov 2008;37(6):673-9.
19. Lang P-O, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens J-P, Vogt-Ferrier M, et al. STOPP-START: Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. *Can J Public Health*. 2009;100(6):426-31.
20. SFPC Mémo Conciliation des traitements médicamenteux - Disponible sur: <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1608-sfpc-memo-conciliation-v2016/0.html>
21. Conciliation médicamenteuse en pratique: [http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS\\_Internet/actualites/Securite\\_des\\_patients\\_2012/2012/Conciliation\\_medicamenteuse\\_K\\_MangereI\\_28112012.pdf](http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/actualites/Securite_des_patients_2012/2012/Conciliation_medicamenteuse_K_MangereI_28112012.pdf)
22. Bates DW. Preventing medication errors: A summary. *Am J Health Syst Pharm*. 15 juill 2007;64(14 Supplement 9):S3-9.
23. Haute Autorité de Santé - L'initiative OMS High 5s - Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s)
24. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de conciliation de traitements médicamenteux par 9 établissements de santé: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport\\_dexpermentation\\_sur\\_la\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_conciliation\\_des\\_traitements\\_medicamenteux\\_par\\_9\\_es.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf)

25. Optimiser la prescription médicale du sujet âgé en soins primaires : impact de l'utilisation de l'outil STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription) sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées – Thèse d'exercice-médecine générale [France] - Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00731294/document>
26. La prescription et la place du médicament dans la relation médecin-patient-pharmacien | Conseil National de l'Ordre des Médecins - Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-prescription-et-la-place-du-medicament-dans-la-relation-medecin-patient-pharmacien-1230>
27. Prescrire - Libre Accès - Petit manuel de Pharmacovigilance : 2.1 - Évaluer les risques d'un traitement : prendre en compte les données cliniques, la pharmacologie, et les particularités du patient - Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/101/326/47345/0/PositionDetails.aspx>
28. La Pharmacie Clinique : une nouvelle orientation au service des patients: <http://www.facm.ucl.ac.be/Full-texts-FACM/Spinewine-2003-1.pdf>
29. Le DP raconté par Isabelle Adenot - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens - Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Le-DP-raconte-par-Isabelle-Adenot>
30. Insee - Définitions, méthodes et qualité – Ville - Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/ville.htm>
31. Vidaillet Lacaille S. Observance des traitements médicamenteux: étude dans une population de sujets très âgés hospitalisés [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière; 2002.
32. Impact of Dosage Frequency on Patient Compliance | Diabetes Care - Disponible sur : <http://care.diabetesjournals.org/content/20/10/1512>
33. Gurwitz JH. The Ambiguous Relation between Aging and Adverse Drug Reactions. *Annals of Internal Medicine*. 1 juin 1991;114(11):956.
34. La démographie médicale en Nord Pas de Calais : situation en 2013 : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord\\_pas\\_de\\_calais\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf)
35. Curtis LH, Østbye T, Sendersky V, Hutchison S, Dans PE, Wright A, et al. Inappropriate Prescribing for Elderly Americans in a Large Outpatient Population. *Arch Intern Med*. 9 août 2004;164(15):1621-5.
36. Beuscart J-B, Dupont C, Defebvre M-M, Puisieux F. Potentially inappropriate medications (PIMs) and anticholinergic levels in the elderly: A population based study in a French region. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. nov 2014;59(3):630-5.
37. Lechevallier-Michel N, Gautier-Bertrand M, Alperovitch A, Berr C, Belmin J, Legrain S, et al. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study. *Eur J Clin Pharmacol* 2005;60(11):813-9

38. Bongue B, Laroche ML, Gutton S, Colvez A, Guéguen R, Moulin JJ, et al. Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. *European Journal of Clinical Pharmacology*. déc 2011;67(12):1291-9.
39. Prescription de psychotropes chez le sujet âgé : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prescription\\_psychotropes\\_sujet\\_age\\_court.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prescription_psychotropes_sujet_age_court.pdf)
40. Rr A, Jr M. Prevalence, correlates, and associated outcomes of potentially inappropriate psychotropic use in the community-dwelling elderly. *Am J Geriatr Pharmacother*. juin 2004;2(2):102-11.
41. Evaluation du DP - Ordre National des Pharmaciens - Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Evaluation-du-DP>
42. La conciliation des traitements médicamenteux : [http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery\\_files/site/1533/1534/1571/2192/2825/5534.pdf](http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2825/5534.pdf)
43. Dalleur O, Feron J-M, Spinewine A. Views of general practitioners on the use of STOPP&START in primary care: a qualitative study. *Acta Clinica Belgica* - Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doc-distant.univ-lille2.fr/doi/abs/10.1179/2295333714Y.0000000036>
44. Insee - Population - Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux au 1er janvier 2016 - Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon02150](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150)
45. Veauvy D. Introduction à la rationalisation de la pharmacothérapie chez le sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. févr 2011;11(61):41-5.
46. Shortt S, Sketris I. Pratiques optimales de prescription Que peuvent faire les médecins? *Can Fam Physician*. 1 août 2012;58(8):822-4.

## ANNEXES

### Annexe 1 : La grille d'entretien « patient »

#### Identification du patient (à préparer avant l'entretien, à anonymiser)

Nom, prénom :

Age :

Nom (numéro de téléphone) du médecin traitant :

Interne de MG en stage :  Oui  Non

Poids : kg

Taille : m

Code postal de résidence :

DP ouvert :  Oui  Non (si non, essayer de convaincre le patient d'ouvrir un DP)

Sortie d'hospitalisation:  Oui  Non

#### Antécédents

Maladie de la mémoire

Infarctus du Myocarde

Dyslipidémie

AOMI (artère bouchée)

Diabète

Insuffisance rénale chronique

Insuffisance cardiaque

Autres :

Traitement actuel (nombre de médicaments prescrits : + automédication

Indiquer les médicaments (nom de spécialité , dosage et DCI) :

Points d'attention concernant le traitement:  Oui  Non

Lesquels :

Date du premier entretien :

*Proposer au patient de venir avec ses bilans biologiques*

Dates des dispensations suivantes :

Entretien avec le patient  avec l'aidant

### **Traitement & Iatrogénie**

Savez-vous à quoi servent vos médicaments ?  Oui  Non

Nombre de médicaments identifiés : / nombre de médicaments total :

#### Adhésion au traitement (questionnaire d'après Moriski-Green)

Aujourd'hui, avez-vous oublié de prendre votre traitement ?

Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?

#### Interprétation

0 oui = une bonne adhésion,

1 à 2 oui = un minime problème d'adhésion,

≥ 3 oui = une mauvaise adhésion.

*Proposer des solutions en cas de problèmes d'adhésion (pilulier, **plan de prise de l'ensemble du traitement**, discussion avec le médecin traitant)*

Connaissez-vous les précautions à prendre avec vos traitements ?  Oui  Non

*Cibler, le cas échéant, les AVK, les hypoglycémiant, la prise en charge de l'IRC, les médicaments de la douleur*

Savez-vous que certains de vos médicaments peuvent perturber la conduite automobile ?

Oui  Non

En cas de douleurs « banales » ou de légère fièvre, connaissez-vous le médicament le mieux adapté ?  Oui  Non

Vous arrive-t-il de prendre des médicaments de votre propre initiative ? (y compris avec certains compléments alimentaires ou plantes)  Oui  Non

Vous arrive-t-il de modifier la posologie des médicaments de votre propre initiative ?  Oui  Non

Que faites-vous en cas d'oubli de la prise d'un de vos médicaments ?

Vous faites-vous vacciner régulièrement ?  Oui  Non

Avez-vous déjà présenté des effets indésirables ou des réactions désagréables avec votre traitement ?  Oui  Non

Pouvez-vous les décrire ? Quelle attitude avez-vous adoptée dans ce cas ?

Etes-vous déjà tombé ?  Oui  Non

Combien de fois et quand ?

Dans quelles conditions ?

Avez-vous des difficultés pour marcher ?

Avez-vous perdu du poids récemment ?  Oui  Non

## **Gestion du traitement**

Avez-vous été hospitalisé dans les 6 derniers mois ?  Oui  Non

Si oui pourquoi ?

Vivez-vous seul ?  Oui  Non

Avez-vous une aide à domicile ?  Oui  Non

Qui prépare votre traitement ?  Vous-même  Votre conjoint  Autre :

Comment ?  à partir de la prescription  des informations écrites par votre pharmacien sur les boîtes ?

Avez-vous des difficultés pour préparer votre traitement ?  Oui  Non

Lesquelles ?

*Evaluez d'éventuelles difficultés de lecture et/ou problèmes de vision / de dextérité qui pourraient avoir un retentissement sur le suivi du traitement*

Utilisez-vous un pilulier ?  Oui  Non

*En proposer éventuellement un que l'association des maîtres de stage vous a fourni*

*Si oui, pouvez-vous me montrer comment vous l'utilisez ?*

Prenez-vous votre traitement seul/en autonomie ?  Oui  Non

Avez-vous des réserves de médicaments à domicile ?  Oui  Non

Puis-je vous aider en venant faire le tri avec vous de votre armoire à pharmacie ?  Oui  Non

Avez-vous des difficultés à avaler les médicaments ?  Oui  Non Le cas échéant, comment faites-vous ?

*Identifier les médicaments éventuellement à problème. Le cas échéant, combien ?*

Avez-vous des difficultés à prendre certains médicaments ?  Oui  Non

*Demander concrètement comment ils font (collyre, ½ comprimés, inhalateur...)*

TEMPS PASSE POUR L'ENTRETIEN :

## **SYNTHESE DES POINTS REPERES LORS DE CET ENTRETIEN**

*En cas de points d'attention, formuler les éléments de l'entretien avec le médecin traitant à valider par votre maître de stage avant contact avec le médecin traitant.*

### **COMPTE RENDU DU CONTACT AVEC LE MEDECIN**

Contact avec l'interne de médecine générale  Oui  Non

*Préciser les suites de cet entretien pour la prise en charge du patient.*

## **Annexe 2 : Le questionnaire en ligne**

Question 1 : quand vous avez contacté les médecins généralistes (MG) pour vos conciliations médicamenteuses (CM), afin de rapporter des éléments à prendre en compte pour la prise en charge du patient et définir ensemble une conduite à tenir, les MG vous sont apparus dans l'ensemble : \*

- Très intéressés
- Plutôt intéressés
- Peu intéressés
- Pas du tout intéressés

Question 2 : Durant vos conversations avec les MG, avez-vous abordé la totalité des problèmes repérés sur l'ordonnance ? \*

- Oui
- Non

Question 3 : Raison(s) qui ne vous a (ont) pas permis de réaliser une CM ? (plusieurs choix possibles) \*

- Manque de temps durant le stage
- MG non joignable
- Refus du MG
- Autres : ..... (à compléter)

Question 4 : Voyez-vous un intérêt à réaliser des CM dans votre future pratique en Officine ? \*

- Oui
- Non

\*réponse obligatoire

Merci de votre participation

**Annexe 3 : la déclaration à la CNIL**

référence 1827941

**DÉCLARATION NORMALE**

(Article 23 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

**1 Déclarant****Nom et prénom ou raison sociale :** FACULTE DE MEDECINE DE LILLE2

Sigle (facultatif) : DMG

**N° SIRET : 330019134 00023**

Service : DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

**Code APE :** 8551Z Autres activités d'enseignement**Adresse :** POLE FORMATION**Code postal :** 59045 - **Ville :** LILLE CEDEX**Téléphone :** 03 20 62 69 20**Adresse électronique :** JEAN-MARC.LEFEBVRE@UNIV- Fax : 03 20 02 18 94 LILLE2.FR**2 Service chargé de la mise en œuvre du traitement (lieu d'implantation)***(Veuillez préciser quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)*Si le traitement est assuré par un tiers (*prestataire, sous-traitant*) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau cidessous :**Nom et prénom ou raison sociale :** FACULTE DE MEDECINE DE LILLE2

Sigle (Facultatif) : DMG

**N° SIRET :** 330019134 00023

Service : DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

**Code NAF :** 8551Z Autres activités d'enseignement**Adresse :** POLE FORMATION**Code postal :** 59045 **Ville :** LILLE CEDEX**Téléphone :** 03 20 62 69 20**Adresse électronique :** JEAN-MARC.LEFEBVRE@UNIV-

Fax : 03 20 02 18 94 LILLE2.FR

**3 Finalité du traitement***Quelle est la finalité ou l'objectif de votre traitement (exemple : gestion du recrutement) :*

FICHIER XL APPARIANT DES MAITRES DE STAGE DE PHARMACIENS ET DES MAITRES DE STAGE DE MEDECINE GENERALE POUR UNIFORMISATION FACILITEE D'APPELS CONCERNANT DES PATIENTS COMMUNS TRAITES PAR LEURS SOINS DANS LE CADRE D'UN PROJET DE RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES AMBULATOIRES.

*Quelles sont les personnes concernées par le traitement ?*

- Salariés     Usagers     Adhérents     Clients (actuels ou potentiels)     Visiteurs  
 Autres (*Veuillez préciser*) : pharmaciens d'officine avec leur accord et médecins généralistes avec leur accord

*Si vous utilisez une technologie particulière, merci de préciser laquelle (facultatif) :*

- Dispositif sans contact (Ex. : RFID, NFC)     Mécanisme d'anonymisation  
 Carte à puce     Géo localisation (Ex. : GPS couplé avec GSM/GPRS)  
 Vidéoprotection     Nanotechnologie  
 Autres (*précisez*) : fichier xl

(Page 1/8)

## **Annexe 4 : le glossaire du recueil de données de l'étude**

- « **Identif** » Identifiant patient anonyme
- « **Age** » Age du patient (donnée quantitative)
- « **Sexe** » Sexe du patient : Femme (0) / Hommes (1)
- « **DP** » Dossier Pharmaceutique ouvert : Oui (1) / Non (0)
- « **SH** » Sortie d'hospitalisation : Oui (1) / Non (0)
- « **ATCD\_CV** » Présence d'au moins 1 antécédent cardiovasculaire : Oui (1) / Non (0)
- « **ATCD\_respi** » Idem pour antécédent respiratoire
- « **ATCD\_G** » Idem pour antécédent gastro-entérologique
- « **ATCD\_E** » Idem pour antécédent endocrinologique
- « **ATCD\_MS** » Idem pour antécédent musculo-squelettique
- « **ATCD\_P** » Idem pour antécédent psychiatrique
- « **ATCD\_C** » Idem pour antécédent de troubles cognitifs
- « **Nbre\_M** » Nombre total de médicaments (ordonnance + automédication) (donnée quantitative)
- « **Adhésion** » Niveau d'adhésion : Bonne (0) /Minime problème (1) / Mauvaise (2)
- « **Automed** » Automédication : Oui (1) / Non (0)
- « **M\_CV** » Présence d'au moins 1 médicament cardiovasculaire : Non (0) / Oui (1)
- « **M\_Psy** » Idem pour médicament psychotrope
- « **M\_antalg** » Idem pour médicament antalgique
- « **M\_Dig** » Idem pour médicament à visée digestive
- « **Nbre\_prob** » Nombre de points d'attention listés par l'étudiant (donnée quantitative)
- « **Nbre\_pres** » Nombre de prescription sub-optimale parmi les points d'attention (donnée quantitative)
- « **Misuse** » Nombre de « misuse » détectées parmi les prescriptions sub-optimales listées (donnée quantitative)
- « **Underuse** » Nombre de « underuse » détectées (donnée quantitative)
- « **Overuse** » Nombre de « overuse » détectées (donnée quantitative)
- « **Mi\_CM** » Nombre de « misuse » conciliées, c'est-à-dire discutées avec le généraliste (donnée quantitative) / Non Concerné (=NC) (888)
- « **Un\_CM** » Nombre de « underuse » conciliées (donnée quantitative) / NC (888)
- « **Ov\_CM** » Nombre de « overuse » conciliées (donnée quantitative) / NC (888)
- « **Modif** » Nombre de modifications faite par le généraliste portant sur une prescription sub-optimale après la conciliation (donnée quantitative) / NC (888)
- « **Non\_modif** » Raison principale donnée par le généraliste pour ne pas effectuer une modification proposée par le pharmacien : désaccord (0) / refus du patient (1) / déjà essayé mais échec (2) / NC (888)
- « **MSU** » Le généraliste était-il Maître de stage ? Oui (1) / Non (0)
- « **Départ** » Département où se situait l'officine : Nord (0) / Pas de Calais (1) / Autre (2)
- « **Ville** » Le généraliste exerçait-il en ville ? Oui (1) / Non (0)

## **Annexe 5 : Lettre du Pr LEFEBVRE aux généralistes maîtres de stage universitaire**

Chers Collègues, chers Amis

Le Département de Médecine Générale a été sollicité en novembre dernier pour faciliter la réussite du projet final de stage en officine des étudiants en pharmacie de 6ème année de la Faculté de Pharmacie de Lille.

C'est Professeur Bertrand Decaudin, responsable du secteur pharmacie galénique qui pilote ce projet en collaboration avec le Département de Gériatrie du Professeur François Puisieux secondé par le Dr Jean-Baptiste Beuscart et le Département de Médecine Générale où j'en suis le responsable. Ce projet prend chez nous pour sa valence médecine générale la dénomination de "PharMed en ville".

L'objectif fixé aux juniors en pharmacie est de s'initier à la conciliation médicamenteuse pour les ordonnances prescrites en soins primaires par et avec les médecins généralistes. Cette conciliation fait partie des nouvelles missions de nos Collègues pharmaciens inscrites dans la Loi HPST.

Il leur a été proposé de le faire quand cela était possible avec des cabinets de médecine générale où des maîtres de stage exerçaient en supervisant des internes de médecine générale pour faciliter des échanges juniors pharmaciens à juniors médecins et soulager la charge de travail induite par l'étude chez les maîtres de stage médecins généralistes.

Les juniors pharmaciens ont à produire chacun 10 dossiers de conciliation avec les médecins de patients âgés de 75 ans et plus polymédiqués durant leur stage entre le 02/01/15 et le 30/06/15. Le but est de sécuriser au mieux les utilisations du médicament chez la personne âgée.

Certains d'entre vous seront donc très certainement sollicités par nos Collègues pharmaciens et leurs étudiants ; je vous remercie de répondre favorablement à ces appels qui n'ont d'autre finalité qu'améliorer la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées accompagnées.

Dans un second temps, nos investigateurs internes de médecine générale vous intervieweront pour ceux d'entre vous qui auront été sollicités sur votre ressenti de cette collaboration ; ce sera avant fin juin prochain. Ces retours seront assurés par Salim Karakèche et Camille Larnaudie internes de la promotion Koch.

N'hésitez pas à nous solliciter au DMG en cas d'interrogation.

Merci de votre investissement, belle année 2015 à chacun d'entre vous.

Docteur Jean-Marc Lefebvre  
Professeur associé  
Département de MG  
Université de Lille Nord de France

**AUTEUR : Nom : LARNAUDIE**

**Prénom : Camille**

**Date de Soutenance : 16 Juin 2016**

**Titre de la Thèse :** La prescription sub-optimale chez la personne âgée : projet de conciliation médicamenteuse en ambulatoire en Nord-Pas-de-Calais. Quelles sont les observations à effectuer concernant les différents acteurs (Patients, Médecins généralistes, Etudiants pharmaciens) ?

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement :** Thèse d'exercice

**DES + spécialité :** DES de Médecine Générale

**Mots-clés :** Conciliation médicamenteuse, prescription sub-optimale

### **Résumé**

**Contexte :** La plupart des erreurs médicamenteuses sont évitables. La conciliation médicamenteuse se développe en ville. L'étude décrit les résultats de conciliations médicamenteuses menées en ville en 2015.

**Méthode :** Etude descriptive rétrospective. 249 patients, 67 pharmaciens, 180 généralistes. Analyse descriptive et recherche de liens significatifs entre variables.

#### **Résultats :**

**Patients :** Age moyen : 82,1±5,1ans. Nombre moyen de médicaments :10,08±3,5. La moitié des patients prenait au moins un psychotrope, 96% avaient au moins un antécédent cardiovasculaire. 47,3% avaient un minime problème d'adhésion. Lien significatif entre adhésion et nombre de médicaments dans le traitement de fond ( $p<0,002$ ). 71,08% des patients présentaient au moins une prescription inappropriée.

**Généralistes :** 5% étaient Maître de stage, 89,4% exerçaient en ville. Lien non significatif entre modification thérapeutique et statut maître de stage ou lieu d'exercice.

**Pharmaciens :** 86,2% étaient en stage dans le département du Nord. A 44.4% ils ont trouvé les généralistes peu intéressés lors de la conciliation.

**Conciliations médicamenteuses :** Antécédent psychiatrique, psychotropes et prescription sub-optimale sont liés ( $p=0,001$  ;  $p<0,002$ ). Désaccord médecin/pharmacien dans 69% des refus de modification. Pas de lien entre dossier pharmaceutique/sortie d'hospitalisation et nombre de prescriptions sub-optimales.

**Conclusion :** Pistes de réflexion : développer des outils standardisés, étudier le point de vue des généralistes (étude qualitative) et lutter contre la prescription sub-optimale des psychotropes et le sous-diagnostic de dépression chez la personne âgée.

### **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur François Puisieux**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur Dominique Lacroix**

**Monsieur le Professeur Bertrand Decaudin**

**Madame le Docteur Autilia Crépin**

**Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre**