



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année: 2019

**Thèse pour le diplôme d'état
de docteur en médecine**

**Facteurs influençant la communication entre médecins généralistes et
pharmaciens d'officine concernant les patients d'EHPAD.**

Présentée et soutenue publiquement le 03/04/2019 à 18h00
au Pôle Formation
Par Antoine CHARLY

JURY

Président:

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs:

Monsieur le Professeur Bertrand DÉCAUDIN

Monsieur le Docteur Michel MALBRANQUE

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.

Abréviations

EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier diplômé d'état

Table des matières

Résumé	1
Abstract	2
Introduction	3
Méthode	4
I. Type d'étude.....	4
II. Population.....	4
III. Entretiens.....	4
IV. Analyse des données.....	5
V. Recherches bibliographiques.....	5
Résultats	6
I. Données recueillies.....	6
II. Résultats obtenus.....	6
A) Les modes de communication.....	6
B) Les motifs de dialogue.....	8
C) Les outils d'aide à la prescription.....	10
D) La relation médecin pharmacien.....	11
E) L'amélioration de la communication.....	14
F) Les missions du pharmacien.....	15
Discussion	18
I. Méthode.....	18
II. Analyse.....	18
A) Les moyens de communication et les sujets abordés.....	18
B) Une relation asymétrique	19
C) Importance de la relation inter-personnelle.....	20
D) Le bilan partagé de médication (BPM) et l'évolution de la mission du pharmacien	20
Conclusion	21
Références	22
Annexes	24

Résumé

Contexte : Les pensionnaires d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont une population parmi les plus polymédiquées. Les risques d'erreur de prescription, d'effets indésirables graves et d'interactions médicamenteuses sont importants. La conciliation médicamenteuse est une procédure active effectuée par le pharmacien. Les ordonnances médicales sont comparées aux traitements réellement pris par le patient pour identifier les erreurs et les risques inhérents pour intervenir, les corriger et les éviter. Elle aboutit à la rédaction d'un bilan médicamenteux par le pharmacien, qui doit être transmis au prescripteur pour éventuelle révision du traitement. Elle demande une communication efficace entre professionnels de santé. Il est intéressant d'identifier dans la pratique courante les facteurs limitant ou favorisant les échanges entre médecins et pharmaciens en ville, pour pouvoir les améliorer.

Objectif : Étudier les facteurs influant sur les échanges entre médecins et pharmaciens dans le cadre des prescriptions pour patients d'EHPAD.

Méthode : Réalisation de sept entretiens semi-dirigés de pharmaciens travaillant en EHPAD dans la région Hauts-de-France, retranscrits et codés à l'aide du logiciel QSR NVivo 12®, avec triangulation des données, puis analyse thématique.

Résultats : La fluidité des échanges interprofessionnels est meilleure lorsqu'il existe une relation interpersonnelle. L'ascendant institutionnel supposé du médecin sur le pharmacien peut créer un obstacle aux échanges. Une évolution du rôle du pharmacien telle que l'instauration du bilan partagé de médication pourrait améliorer ces échanges.

Abstract

Background : Polypharmacy is very prevalent in the population of nursing home residents, with high risks of inappropriate prescriptions, adverse effects and drug interactions. Medication reconciliation is a formal process performed by the pharmacist. The medication orders are compared to those that the patient has actually been taking, in order to identify and prevent those risks. The pharmacist then communicate a medication form to the physician, who can modify his prescription if needed. This process demands a efficient communication between health personnel. Identifying in common practice the facilitators and barriers to dialogue between general practitioners and community pharmacists could help improve this communication.

Aim : To study factors impacting dialogue between general practitioners and community pharmacists regarding prescription to nursing home residents.

Method : Seven in-depth interview with pharmacists working with nursing homes in France (Hauts-de-France). A thematic analysis and a triangulation of data were performed using NVivo12® software.

Results : Interpersonal relationship foster a more fluid dialogue between professionals. An assumed institutional ascendancy of the general practitioner over the pharmacist is a barrier to exchanges. Evolving the role of pharmacists by establishing pharmacist-led medication reviews, could be a facilitator.

Introduction

" L'absence de communication... tue la conciliation ! "

Guide de la Haute autorité de santé (HAS) de la
conciliation des traitements médicamenteux.

Le vieillissement de la population dans les pays développés va s'accompagner d'une augmentation du nombre de patients polymédiqués, dont l'ordonnance comporte au moins 5 lignes de traitement (1). La polymédication s'accompagne d'effets négatifs sur la santé et la qualité de vie, augmente le risque d'erreurs médicamenteuses, de iatrogénie, d'interactions médicamenteuses et de mauvaise observance (2), surtout chez les patients âgés, fragiles et multi-morbides (3) présents en EHPAD.

La conciliation et la révision médicamenteuse sont des outils de prévention de ces erreurs médicamenteuses (4) Ce processus formalisé est effectué par le pharmacien hospitalier. En France, il est mis en place depuis 2009, sous l'impulsion d'un projet international de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (5) visant à prévenir les accidents évitables à l'hôpital.

La transposition en ville de ce processus s'appelle le bilan de médication (6).Il permet une analyse conjointe des prescriptions entre pharmacien d'officine et médecin généraliste. Le pharmacien effectue un entretien avec le patient au cours duquel il évalue *"l'observance et la tolérance des médicaments, ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du patient"* (7). Se basant sur les données recueillies lors de cet entretien, le pharmacien procède à une analyse des prescriptions et formule des propositions d'optimisation thérapeutiques sous la forme d'une fiche de conciliation, adressée au prescripteur pour une éventuelle adaptation. Cette mission du pharmacien d'officine existe dans plusieurs pays anglo-saxons mais est encore peu pratiquée en France (8,9). Elle repose sur le partage d'information et une coordination pluriprofessionnelle entre médecins et pharmaciens (4).

L'objectif de ce travail était de déterminer les facteurs favorisant et limitant la communication entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine concernant les ordonnances des patients vivant en EHPAD.

Le projet Laroche qui a étudié les modifications de prescriptions et de dispensation

Antoine CHARLY

des lignes de traitement de personnes âgées dans 9 EHPAD des Hauts de France entre avant et après délivrance aux soignants de la liste de Marie Laure Laroche a permis grâce à sa cohorte de prescripteurs et de pharmaciens de recruter les participants de cette étude.

Ce projet a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL par le service juridique de l'Université de Lille et ne concernait par le CPP puisqu'il était non interventionnel.

Méthode

I. Type d'étude

C'est une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés de pharmaciens officinaux travaillant avec les EHPAD des Hauts-de-France ayant participé au projet Laroche.

II. Population

Au début de l'étude durant l'été 2017, les investigateurs ont pris contact avec les pharmacies délivrant les médicaments dans les 9 EHPAD du projet Laroche. Ces pharmacies ont été contactées pour obtenir dans chaque établissement un entretien avec un pharmacien travaillant à la délivrance des médicaments des 9 EHPAD.

Une pharmacie hospitalière approvisionnait un des EHPAD : elle n'a pas été incluse dans l'étude. Deux des EHPAD concernées étaient approvisionnées par la même pharmacie.

Les 7 pharmaciens interrogés avaient entre 39 et 59 ans. Le sex-ratio était de 4 hommes pour 3 femmes. A la demande de pharmaciens, des préparatrices de 25 et 31 ans ont participé à 2 des entretiens.

Tableau 1 : Caractéristiques des pharmaciens

	Age (ans)	Sexe	Fonction
P1	39	M	Titulaire
P2	40	F	Assistante
P3	59	M	Titulaire
P4	40	F	Titulaire
P5	59	M	Titulaire
P6	42	M	Titulaire
Préparatrice P6	25	F	
P7	52	F	Titulaire
Préparatrice P7	31	F	

III. Entretiens

Les 7 entretiens ont été réalisés entre le 30 mars et le 16 novembre 2018. Ils avaient lieu dans un bureau fermé. Chaque pharmacien avait donné au préalable son accord pour que l'entretien soit enregistré et retranscrit. Deux des pharmaciens ont demandé à ce qu'une préparatrice soit présente et participe à leur entretien.

Le guide d'entretien (Annexe 4 et 5), rédigé au préalable, comprenait des questions ouvertes ainsi que des relances. Les questions abordaient l'aspect pratique des communications entre médecins et pharmaciens ainsi que le ressenti. Il a été modifié entre les entretiens en fonction des réponses obtenues. Ce guide d'entretien sera également utilisé pour des entretiens avec des médecins prescripteurs dans le cadre d'une autre étude.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone type VN-541PC. Ils ont été retranscrits par l'intermédiaire du site internet "oTranscribe" sous forme de verbatim puis enregistrés sur le logiciel OpenOffice Writer.

IV. Analyse des données

Le codage a été effectué à l'aide du logiciel QSR Nvivo® 12. A partir du verbatim, un premier codage ouvert a été effectué. Les verbatim ont été codés séparément par un deuxième investigateur, Julie Vernay, afin de trianguler les données. La saturation des données a été obtenue lors du dernier entretien, mais l'échantillon trop faible n'a pas permis de la confirmer par un entretien supplémentaire. Un codage axial a été ensuite réalisé afin de réaliser une analyse thématique. Les thèmes obtenus ont permis d'adapter le guide d'entretien au fur et à mesure de l'étude.

V. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur le service commun de documentation de la faculté de médecine de Lille, la Banque de données en santé publique et PubMed. La compilation des références a été effectuée avec le logiciel Zotero®.

Résultats

I. Données recueillies

Dans chacune des sept pharmacies contactées, un pharmacien travaillant au quotidien à la délivrance de médicaments en EHPAD a accepté de participer à un entretien. Les entretiens ont été réalisés entre le 30 mars 2018 et le 16 novembre 2018. Ils ont duré entre 22 minutes 58 secondes et 56 minutes. La durée totale d'enregistrement était de 3 heures, 52 minutes. La durée moyenne d'enregistrement était de 33 minutes.

II. Résultats obtenus

A) Les modes de communication

Le personnel de l'EHPAD, l'intermédiaire principal

- La majorité des échanges d'information passaient par l'intermédiaire de l'équipe infirmière (IDE) des EHPAD, avec qui les contacts sont fréquents:
" on a beaucoup plus, forcément, de rapport avec les infirmières qu'avec les médecins traitants " (P5),
- Ces échanges pouvaient avoir lieu en personne, par téléphone ou par fax.

Une communication avec l'EHPAD sans protocole

Lors des changements sur l'ordonnance, c'était souvent l'équipe de l'EHPAD qui était chargée de confirmer auprès du pharmacien que la modification était volontaire.

- Parfois, à chaque changement, " L'intégralité de l'ordonnance est rédigée " (P3).
- Souvent l'équipe IDE effectuait des annotations :
" une petite flèche en annexe du produit " (P3); " entourer ou stabyloter sur l'ordonnance " (P6); " une petite astérisque en nous montrant que c'était un changement " (P7).

- Ces systèmes n'étaient pas toujours efficaces :
" Souvent c'est plus les infirmières qui le font, mais des fois elles oublient aussi " (P5). " ce n'est pas systématique " (P6).

Le dialogue direct avec le médecin : le téléphone en première intention

- Lorsqu'un contact direct avec le médecin était recherché, l'appel téléphonique au cabinet était la méthode de prédilection :
" Les relations restent encore très téléphoniques " (P2).
- Tenter de joindre le médecin demande du temps :
" Si jamais pour un échange, on n'a pas eu de retour, on relance. Oui donc chronophage, oui, mais tant pis " (P7).

Le rôle du secrétariat téléphonique

- Le secrétariat téléphonique physiquement présent au cabinet était décrit comme facilitant les échanges :
" on arrive toujours à avoir une réponse via leurs secrétaires, ou eux qui nous rappellent " (P2).
- Au contraire, le télé-secrétariat était présenté comme moins facilitant, voire délétère:
" Quand c'est un centre d'appel, c'est un peu... c'est pas terrible quoi, elle ne transmet rien du tout " (P4).

Les alternatives : Fax, Mail, Messagerie instantanée, logiciel de l'EHPAD

- Divers moyens de communications autres que le téléphone étaient évoqués :
" Téléphone, mail, fax. Trois canaux différents " (P6).
- Le délai de réponse était leur inconvénient principal par rapport au téléphone :
" le médecin ne va pas voir sa boîte mail toutes les 5 minutes " (P7). " j'envoie des

fax et ils me répondent quand ils peuvent. Ce n'est pas toujours évident " (P4)

- La préoccupation de la traçabilité était évoquée :
" l'EHPAD va gérer l'information, de façon à ce qu'elle soit transmise, écrite et enregistrée par le logiciel de traçabilité " (P3). " L'avantage du mail c'est quand même une traçabilité " (P6).
- Une messagerie instantanée par téléphone était employée par P1, l'application Giropharm®.

Peu d'échanges en personne

- Les échanges en personnes à l'EHPAD étaient décrits comme rares :
" c'est rare qu'on tombe sur les médecins. " (P5). " à l'EHPAD, nous on ne croise jamais les médecins " (P2).
- Des réunions entre intervenants à l'EHPAD étaient mentionnées, également rares :
" C'est une fois par an " (P4).
- Les médecins généralistes étaient peu présents à ces réunions :
" la dernière fois il y en avait un ou deux je crois " (P4). " le grand maximum de médecins, moi je ne les vois pas. Ils n'y vont pas "(P5)

Les patients ne sont pas impliqués dans le dialogue

- Contrairement à la délivrance en officine, les patients d'EHPAD ne participaient pas à la transmission d'information médicale :
" Le patient est rarement sollicité de notre part en tout cas " (P3)

B) Les outils d'aide à la prescription

Un objectif secondaire de ce travail a été de demander les ressources et outils sur lesquels les pharmaciens d'officine s'appuyaient pour orienter ou argumenter leurs appels auprès des médecins.

– **Le Vidal, l'outil principal**

- Cité en premier lors de tous les entretiens, parfois le seul cité.
" Ça c'est l'information essentielle, c'est la Bible " (P3).
- Les logiciels de pharmacie, connectés au Vidal, affichent des alertes automatiques lors de la délivrance ou de la préparation des médicaments :
" Tout ce qui est Vidal, que l'on a intégré dans notre logiciel " (P3)

– **Internet**

- Certains sites internet pour professionnels étaient cités :
" Meddispar, c'est un site pour les pharmaciens. " (P4); " Le CRAT, pas pour l'EHPAD mais pour l'allaitement. C'est la Haute Autorité de Santé. (...) C'est le Moniteur des Pharmacies, c'est Prescrire " (P7).

– **Les autres outils**

- " Le Dorosz " (P4 et P7).
- " Les magazines spécialisées, comme les revues pharmaceutiques " (P1).
- " Les notes d'information, tous les courriers qu'on reçoit " (P1).
- " Il nous arrive aussi de contacter directement le laboratoire pour des cas précis " (P3).

– **Pas d'utilisation d'outils spécifiques aux patients âgés**

- Aucun des pharmaciens n'a cité d'outil spécifique aux patients gériatriques, la question étant spécifiquement posée :
" Pas cette liste de Laroche, puisque pour l'instant elle n'a rien d'officiel. Donc on ne peut pas s'en servir " (P5).

C) Les motifs des échanges interprofessionnels

La confirmation que le changement de prescription est volontaire

En officine, la confirmation est cherchée auprès du patient, mais en EHPAD, " on ne peut pas le faire parce que nous n'avons pas de contact direct avec les patients " (P1).

- Quand l'équipe de l'EHPAD n'avait pas annoté l'ordonnance, le médecin était appelé pour valider les modification :
" on préfère avoir confirmation aussi " (P1); " On voit sur une ordonnance qu'il manque un produit par rapport à la prescription précédente, on n'a pas été prévenu, on demande pourquoi " (P7).

Les erreurs de prescription

- La détection des erreurs de prescription était décrite comme une mission du pharmacien :
" L'échange, il est essentiellement quand il y a une erreur sur la prescription " (P7).
" Il a oublié qu'il avait changé le traitement. Donc on a été obligé d'appeler " (P6).

La iatrogénie

- Pour certains pharmaciens, la iatrogénie était en priorité du ressort du médecin :
" S'il y a contre-indication flagrante, là on va prendre le téléphone pour prévenir le médecin, mais si c'est juste déconseillé, on va privilégier l'ordonnance " (P1).
- D'autres soulignaient le rôle du pharmacien dans la détection de la iatrogénie.
" On lui a signalé que les deux médicaments ne faisaient pas bon ménage et qu'il fallait trouver une autre solution pour le patient. Dans ce cas là effectivement, ils changent la prescription, ça arrive " (P5).

Un cas compliqué : le retour d'hospitalisation

- Le retour d'hospitalisation était mis en avant comme problématique, et un motif fréquent de dialogue :
" Nous les sorties d'hospitalisation sont toujours problématiques quand même " (P5).

(P6). " C'est très souvent des retours d'hospitalisation où on veut être certains que l'information ait bien circulé " (P3).

- Le délai avant le passage du généraliste posait problème :
" C'est là où il s'agit d'être sûr que l'information a bien circulé, à plus forte raison quand le médecin traitant n'a pas eu le temps matériel de repasser " (P3)
- Également problématique, les changements fréquents apposés par le généraliste par rapport à l'ordonnance de sortie d'hospitalisation :
" parfois le médecin généraliste revient 48, 72 heures après et change le traitement de sortie hospitalière. Ça arrive régulièrement " (P7). " On sait systématiquement qu'il va remodifier le courrier de sortie d'hospitalisation " (P6).

Les ordonnances manquantes

- Notamment pour les traitements non renouvelables.
" les stupéfiants ne sont pas renouvelables sur ces ordonnances, il faut demander des ordonnances supplémentaires " (P7).

Les ruptures médicamenteuses

- La décision du traitement proposé en relais lors des ruptures était décrit comme une mission du pharmacien :
" Nous on a intérêt à avoir une réponse qui soit cohérente à lui proposer. (...) Quand il se retrouve un peu en difficulté, à ce moment là il y aura un échange " (P7).

Les difficultés administratives

- Les ordonnance de médicaments à prescription restreinte devaient parfois être refusées :
" C'est bien souvent des problèmes administratifs qui apportent des difficultés. Plus qu'un problème purement médical " (P3).

D) La relation médecin pharmacien

La question de cette relation était abordée de manière globale, puis plus précisément concernant les EHPAD.

Une bonne relation entre médecin et pharmaciens

- Les pharmaciens mettaient en avant la bonne relation qu'ils avaient avec les médecins généralistes :

" C'est une relation de confiance et ça se passe très bien " (P2). " Des dialogues avec le médecin, c'est toujours constructif " (P6)

Des avis divergents sur la circulation de l'information

- La circulation de l'information était parfois décrite comme efficace :

" L'échange d'information circule bien " (P3). " Nous on prend très facilement notre téléphone " (P7).

- A l'opposé, des difficultés à joindre certains médecins étaient exprimées :

" Le seul problème c'est de pouvoir les contacter. Ça c'est difficile par contre " (P4).

" Il y a des médecins qui n'ont pas de secrétariat et qui ne décrochent pas le téléphone " (P7).

Le rôle de la proximité du cabinet

- La proximité géographique entre le cabinet du médecin et la pharmacie favorisait les échanges :

" On est entouré déjà de 3 médecins physiquement très proches de chez nous, donc là la communication se fait " (P7)

En EHPAD, des échanges très rares

- Les échanges directs avec les médecins prescripteurs des EHPAD était rares :

" Par contre en ce qui concerne les médecins généralistes qui interviennent dans l'EHPAD, ils sont quasi nuls " (P4). " Pas très développé, c'est à dire niveau pas zéro, mais proche. Il y a très peu d'échange en fait " (P6).

Le pharmacien, initiateur du dialogue

- De l'avis de tous les pharmaciens interrogés, les appels venaient très majoritairement du pharmacien :
" La pharmacie appelle plus le médecin que le médecin n'appelle la pharmacie " (P1). " Le médecin ne nous appelle pas. Non c'est nous " (P5).
- Les pharmaciens valorisaient cette communication :
" On est très demandeurs d'échanges, en fait. " (P7). P5 évoquait les réunions en EHPAD : " Je trouve ça intéressant parce que c'est là qu'on va pouvoir avoir des contacts avec les médecins généralistes ".

E) Les freins aux échanges

Les difficultés relationnelles

- Les médecins étaient décrits comme peu conscient des contraintes des pharmaciens :
Les échanges " seraient améliorés s'ils voyaient comment on travaille " (P5).
- Certains échanges avec les médecins ont été décrits comme désagréables :
" Les médecins sont tous des êtres humains, donc de temps en temps c'est un peu plus expéditif que d'autre " (P1). " Quand on arrive à les avoir, en fonction de leur personnalité, l'accueil est plus ou moins sympathique " (P5).
- Un manque de dialogue entre les deux professions était mentionné :
" On a l'impression aussi que tout est fait au niveau du système de santé, pour que les professions ne se regroupe pas et ne s'entendent pas entre elles " (P5). " C'est peut être même nous qui ressentons ça, qu'on n'est pas à égal sur cette discussion. On y va toujours à petit pas " (P7).

Des appels étaient potentiellement conflictuels

- Appeler un médecin pour une erreur était décrit comme source de tension entre les

professionnels :

" Le médecin, c'est pas toujours évident, il ressent qu'on fait une demande par rapport à quelque chose qu'il n'aurait ou pas fait, ou un mauvais dosage, ou une mauvaise prescription " (P7). " Le problème de ces échanges, c'est qu'ils existent parce qu'il y a un problème. Ils n'existent pas parce que tout va bien " (P5).

- La multiplication des appels par les pharmacies pour un même problème peut entraîner une saturation du médecin.

Devant une rupture médicamenteuse : " dans la journée 3 à 4 fois, on leur demande si on peut le faire pour chaque patient. Multiplié par 6 pharmacies " (P7).

Absence de poids du pharmacien sur la prescription

- Les pharmaciens relevaient le peu d'influence qu'ils ressentaient avoir sur le contenu de l'ordonnance :

" Pour l'instant non, on n'a pas de poids " (P6). " On n'a pas beaucoup de rôle dans la prescription " (P7). " zéro. Sauf cas extrême, zéro " (P5)

- Y compris lorsque la prescription était directement discutée avec le médecin :

" Si on détermine qu'il y a une anomalie, on va appeler, on va communiquer avec lui, mais ça va s'arrêter là en fait. Il n'y a pas de prise en charge commune d'un patient polymédiqué " (P6). " Puisqu'on parle de conciliation, il n'y en a aucune sur une demande de choix de traitement ou se dire "ce traitement là serait mieux pour ce patient?", " Est-ce que l'association de ces 2 médicaments est justifiée? " Non, ce sont des échanges pratiques, plutôt techniques " (P7). Quand un généraliste ne tient pas compte d'un avis, " Dans ces cas là, bon, c'est tout (il rit) On s'écrase et puis on le fait "(P5).

E) Des pistes pour améliorer la communication

Il a été demandé aux pharmaciens quels étaient, d'après eux, les voies à explorer pour améliorer cette communication.

Une meilleure dynamique médecin-pharmacien

- Arriver à joindre le médecin :
" Si déjà ils étaient plus disponibles, je pense que l'échange serait plus facile " (P6).

- Dans le cadre des EHPAD, réduire le nombre de médecins intervenant faciliterait l'accessibilité au médecin :
" J'ai des centres où il y a seulement 3 ou 4 médecins qui interviennent, et c'est beaucoup plus simple pour nous. " (P5).

- Mettre en place des réunions interprofessionnelles, tout en reconnaissant leurs limites, notamment leurs durées :
" Qu'ils soient présents aux commissions gériatriques " (P5)
" C'est vrai qu'une réunion qui convienne à tous les médecins et tous les pharmaciens, pour que ce soit efficace, ce n'est pas évident " (P7).

L'intérêt des temps informels

- Favoriser une relation plus personnelle entre les soignants aurait des bénéfices :
" Pouvoir se retrouver, de temps en temps, de façon informelle justement, pour pouvoir mettre en place une sorte de convivialité entre nous " (P5). " Si on les connaît presque un peu personnellement, si on s'est impliqué, si on s'est croisé, la relation se crée. Sinon c'est pas évident " (P7). " Certains médecins qui viennent ici en toute sympathie (...) j'ai leur numéro personnel, comme je le disais et là, ils me répondent à tous les coups " (P1).

Un enthousiasme modéré pour les nouveaux moyens de communication

- Une messagerie spécifique aux communications médicales paraissait un projet pertinent :
" Quand on aura une messagerie sécurisée et commune à tous, je pense que ce sera beaucoup plus simple " (P4).

- Le dossier médical partagé semblait un outil intéressant , limité par les délais de mise en place :

" Normalement ça devait être lancé depuis début 2018, mais rien n'est fait, on le voit. Et je pense que ce serait beaucoup plus simple " (P4).

- Le besoin d'informatisation pourrait limiter leur développement alors que certains cabinets médicaux ne sont pas équipés:

" Est-ce qu'on peut exiger aux médecins de 50, 55 ans (...) à s'équiper en matériel informatique. En téléphone qui possède internet. Télécharger des applications comme ça? Je ne pense pas " (P1).

- P5 réitérait une préférences pour les échanges en personnes : Une messagerie,
" ça reste de la communication froide. Donc, quelque part, ça ne m'intéresse pas en fait. Il n'y a rien de tel que le vis à vis ".

- La multiplication des moyens de communication posait problème :

" Si on multiplie les façons d'échanger, s'ils sont différents pour tous les médecins, c'est compliqué " (P7). " Ça serait bien d'avoir une application commune " (P1)

F) Les missions du pharmacien

Il était demandé aux interviewés comment ils envisageaient les missions des pharmaciens et leur évolution notamment vis à vis du bilan partagé de médication (BPM).

Le Bilan Partagé de Médication (BPM), actuellement non pratiqué

- Aucun des sept pharmaciens interrogés n'avait déjà pratiqué de BPM. Un seul avait participé à une formation :

" On les a pratiqué en essai ", " Je ne peux pas vous donner mon ressenti sur le bilan partagé de médication " (P7).

- Plusieurs pharmaciens avaient été contactés pour des recueils de données en vue de révisions hospitalières, une nouveauté d'après eux :

" C'est tout nouveau, ça change, et c'est fort agréable. On sent que ça y est, quelque chose s'est mis en route " (P3).

- Aucun n'avait cependant jamais reçu de bilan médicamenteux, ni même de retour au moment des entretiens :

" On a pu donner les informations aux services mais après si on ne voit pas le patient tout de suite, je ne vais pas voir s'il y a une différence (...) je ne sais pas ce qui a été fait " (P6).

Des limites aux BPM

- Un BPM ne valorisant pas suffisamment le pharmacien limiterait son impact :

" On ne va pas assez loin dans la démarche. On nous demande de faire un travail qui est judicieux, et si on constate qu'il y a une déviance, une méprise de médicaments, une non observance, à part en avertir le médecin, on ne peut rien faire d'autre " (P5)

- Des doutes ont été émis concernant leur acceptabilité par les médecins :

" On y va toujours avec des pincettes. ", " Aller sur la prescription, aller sur son territoire... ", " J'ai des confrères qui ont commencé et qui sont un petit peu sceptiques sur le fait que le médecin... (rire) que ce soit facile de communiquer sur des traitements qu'il verrait éventuellement un peu autrement " (P7).

Un intérêt modéré pour une évolution des missions du pharmacien

- Une évolution du rôle et des compétences du pharmacien n'était pas forcément attendue :

La décision " passe surtout par le médecin. Le pharmacien n'est pas là pour juger ce qu'il est bon de retirer ou non chez le patient " (P2).

- D'autres étaient enthousiastes à l'idée d'une évolution, et de l'instauration du BPM :

" C'est clair que les prescriptions diminuent, et c'est pour ça qu'il faut qu'on ait l'occasion de pouvoir participer à d'autres missions. Ça peut être un vrai développement de notre professionnalisme " (P3). " Changer un traitement, et le fait que ce médicament correspondrait plus, ça c'est un peu compliqué aujourd'hui. J'espère que les bilans de médication partagé permettront ça " (P7).

Antoine CHARLY

- La formation était mise en avant :

" une fois qu'on monte en compétence, du coup aussi on est plus à l'aise pour aller vers une discussion " (P7).

Discussion

I. Méthode

Une étude qualitative avec analyse thématique par entretiens semi-dirigés était adaptée pour répondre à la question de recherche. Les questions ouvertes et l'évolution du guide d'entretien ont permis aux pharmaciens d'aborder le plus de sujets possibles.

Le faible échantillon n'a permis que 7 entretiens exploitables, la saturation des données n'a pas été obtenues avec certitude. Cela limite la validité de l'étude.

Les entretiens ont été effectués par un médecin généraliste, ce qui peut entraîner un biais de désirabilité sociale, à savoir un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé. Ce biais était limité par l'anonymisation des entretiens.

II. Analyse

A) Les moyens de communication et les sujets abordés

L'appel téléphonique au cabinet était la méthode de prédilection pour les contacts directs, ce qui rejoint les résultats de plusieurs études précédentes (10,11). Cet appel n'intervient en général qu'après une recherche d'information auprès du personnel de l'EHPAD, notamment pour vérifier le caractère volontaire des modifications d'ordonnance. Cet intermédiaire majorerait le risque de mauvaise transmission de l'information (10).

Les motifs d'appel sont principalement ceux ciblés par la conciliation médicamenteuse, telles la iatrogénie ou les erreurs de prescription. Améliorer la communication entre les deux professionnels pourrait nécessiter d'inclure les équipes des EHPAD, comme le suggère une étude en cours dans 4 EHPAD allemandes (12).

L'idée d'une messagerie sécurisée spécifique aux échanges médicaux, ainsi que le projet de dossier médical partagé étaient vus positivement par les pharmaciens. Ils étaient en demande d'une méthode commune à tous les médecins, et moins chronophage. Cette demande se retrouve dans deux études qualitatives allemandes de 2017 (10,13).

Dans le cadre des sorties d'hospitalisation, le bilan médicamenteux de sortie d'hospitalisation pourrait limiter les modifications de la prescription de sortie par le généraliste, en la justifiant plus clairement. Cela n'a pas encore été prouvé avec certitude dans la littérature (14).

B) Une relation asymétrique

Certains pharmaciens ont décrit le rôle du pharmacien comme auxiliaire ou subordonné au médecin. Une revue de la littérature de 2018 montrait que les difficultés de collaboration portaient principalement d'un déséquilibre hiérarchique entre les professions et d'une méconnaissance des compétences respectives (15).

Un appel concernant une erreur de prescription peut être pris comme une critique et détériorer la relation personnelle avec le prescripteur, ce qui était retrouvé dans l'étude de 2017 de M. Weissenborn (10). Les demandes administratives répétées posaient également ce problème. Ces situations pouvaient à terme créer des difficultés pour joindre le médecin.

Un des objectifs secondaires consistait à évaluer l'utilisation des outils d'aide à la prescription. Utilisés en pharmacie hospitalière, la liste de Laroche, l'outil STOPP/START, le guide P.A.P.A, aident à détecter chez le sujet âgé les erreurs de type overuse, misuse, underuse. Ces outils n'étaient pas utilisés dans la pratique quotidienne en officine de ville.

C) Importance de la relation inter-personnelle

Plusieurs participants ont souligné l'importance des relations personnelles, des rencontres face à face, y compris informelles, sur leur pratique. Cela se retrouvait dans les 2 études allemandes citées précédemment (10,13). Les médecins généralistes ont été décrits comme très peu demandeurs alors que plusieurs pharmaciens tentaient de créer un réseau. Leurs invitations à se rencontrer ou à mettre en place des canaux pour dialoguer obtenaient très peu de réponse.

Plusieurs études suggèrent qu'une meilleure formation interprofessionnelle entre

médecin et pharmacien permettrait une amélioration de cette communication (10,16,17). Une étude croate de novembre 2018 montrait que les médecins et les étudiants en médecine étaient moins favorables à la communication interprofessionnelle que les pharmaciens. Elle suggérait la création d'ateliers communs entre les étudiants de ces deux professions (18) afin de favoriser cette communication.

Selon une étude australienne par focus group de 2016, les facteurs favorisant une meilleure communication étaient : la fréquence des échanges (formels et informels), les rencontres en personne, et leur caractère proactif (11). Elle relevait également l'importance de la proximité géographique entre cabinet et officine (11,15).

D) Le bilan partagé de médication (BPM) et l'évolution de la mission du pharmacien

Plusieurs pharmaciens ont signalé que lorsqu'ils jugeaient la balance bénéfice-risque d'un médicament défavorable au patient, leur seul levier disponible était d'en référer au médecin traitant. On peut noter que les participants à l'étude n'ont pas abordé la responsabilité conjointe lors des erreurs de prescription, ni leurs potentielles conséquences juridiques.

Bien qu'aucun des participants n'ait encore réalisé de BPM au moment des entretiens, une équipe avait été formée. L'absence de rémunération des échanges interprofessionnels n'a pas été abordée dans cette étude, bien que son rôle ait été montré dans d'autres études citées (15,17).

Quand des doutes quant à la faisabilité du BPM étaient exprimés, l'impression d'empiéter sur le rôle du médecin était l'obstacle prédominant. Cet obstacle était également retrouvé dans une étude citée précédemment (13).

Conclusion

Une meilleure coopération entre médecin généraliste et pharmacien d'officine améliorerait le suivi des ordonnances des personnes âgées. Si une diminution de la morbi-mortalité sur les patients n'est pas encore certaine, diminuer les erreurs de prescriptions peut déjà être considéré comme un bénéfice. Evoquer le bilan partagé de médication avec les pharmaciens leur a permis de souligner les principaux obstacles à cette coopération. Il s'agissait principalement de difficultés à joindre le médecin et d'un ascendant de celui-ci sur le pharmacien. Les principaux leviers pour une amélioration sont un moyen de communication standardisé, une évolution du rôle des pharmaciens, et une facilitation des contacts en personnes.

La réalisation prochaine d'une étude avec le même guide d'entretien auprès de médecins généralistes permettra de comparer les ressentis.

Références

1. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.
2. Onder G, van der Cammen TJM, Petrovic M, Somers A, Rajkumar C. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. *Age Ageing*. 1 mai 2013;42(3):284-91.
3. Lang PO, Hasso Y, Drame M, Vogt-Ferrier N, Prudent M, Gold G, et al. Potentially inappropriate prescribing including under-use amongst older patients with cognitive or psychiatric co-morbidities. *Age Ageing*. 1 mai 2010;39(3):373-81.
4. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. 2018.
5. Alix L, Dumay M, Cador-Rousseau B, Gilardi H, Hue B, Somme D, et al. Conciliation médicamenteuse avec remise d'une fiche de conciliation de sortie dans un service de Médecine Interne : évaluation de la perception des médecins généralistes. *Rev Médecine Interne*. 1 juin 2018;39(6):393-9.
6. Mrozovski J-M. Le bilan de médication. *Actual Pharm*. mars 2017;56(564):29-30.
7. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants | Legifrance.
8. Bulajeva A, Labberton L, Leikola S, Pohjanoksa-Mäntylä M, Geurts MME, de Gier JJ, et al. Medication review practices in European countries. *Res Soc Adm Pharm*. sept 2014;10(5):731-40.
9. Qassemi S, Mouchoux C, Eyvrard F, Tesquet N, Rouch L, McCambridge C, et al. Le bilan de médication en soins primaires chez les plus de 65 ans. (French). *Actual Pharm*. janv 2018;57(572):37.
10. Weissenborn M, Haefeli WE, Peters-Klimm F, Seidling HM. Interprofessional communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative study. *Int J Clin Pharm*. juin 2017;39(3):495-506.
11. Rathbone AP, Mansoor SM, Krass I, Hamrosi K, Aslani P. Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. *BMJ Open*. mars 2016;6(3):e010488.
12. Krause O, Wiese B, Doyle I-M, Kirsch C, Thürmann P, Wilm S, et al. Multidisciplinary intervention to improve medication safety in nursing home residents: protocol of a cluster randomised controlled trial (HIOPP-3-iTBX study). *BMC Geriatr*. Déc 2019;19(1).
13. Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, Paschka SD, Höck J, Drewelow E, et al. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. déc 2017;17(1).
14. Daumas A. Impact de la conciliation médicamenteuse sur la pérennisation des ordonnances en

post-hospitalisation. *La Revue de médecine interne* 38S (2017) A109–A248. 2017; (38S):A158-9.

15. Bollen A, Harrison R, Aslani P, van Haastregt JCM. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners-A systematic review. *Health Soc Care Community*. 20 déc 2018.
16. Gallagher RM, Gallagher HC. Improving the working relationship between doctors and pharmacists: is inter-professional education the answer? *Adv Health Sci Educ*. mai 2012;17(2):247-57.
17. Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract*. 2003;7.
18. Mestrovic A, Bozic J, Kacic J, Bukic J, Leskur D, Rusic D, et al. Interprofessional pharmacotherapy workshop: intervention to improve health professionals' and students' attitudes towards collaboration between physicians and pharmacists AU - Seselja Perisin, Ana. *J Interprof Care*. 7 nov 2018;1-8.

Annexes

Annexe 1 : Présentation du Projet Laroche

Démarrée au printemps 2017, l'étude Laroche a été mise en place par Messieurs les Professeurs Jean-Marc LEFEBVRE et Denis DELEPLANQUE du Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de l'Université de Lill. Elle consistait à faire prendre en compte par les soignants médecins et pharmaciens la liste de Marie-Laure LAROCHE, Gériatre à Limoges. Celle-ci recommande depuis 2007 l'interruption de l'utilisation de certaines molécules chez les patients de 75 ans et plus en raison d'un bénéfice risque qui leur est défavorable.

9 EHPAD des Hauts-de-France ont été sélectionnés pour cette étude. Un premier audit anonymisé des traitements de fond des patients âgés de plus de 75 ans a été effectué durant l'été 2017 par des investigateurs, tous internes en Médecine Générale.

Dès le début du recueil de données, les médecins prescripteurs et les pharmaciens délivrant les médicaments à ces EHPAD ont été contactés avec diffusion d'un document format A4 médecin et d'un document format A4 pharmacien reprenant la définition de la conciliation médicamenteuse selon la HAS, et la liste des recommandations du Dr Marie-Laure Laroche de 2007.

L'objectif de la diffusion de cette liste était d'obtenir une diminution de la prescription des molécules qui s'y trouvent lors du second audit anonyme qui a eu lieu six mois plus tard, entre janvier et mars 2018. Cette étude anonyme pour les patients et pour les médecins et pharmaciens a été autorisée par la direction des EHPAD et par les médecin coordinateur et a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL par l'Université de Lille. Elle était non interventionnelle et n'obligeait pas l'autorisation d'un CPP. Son objectif ultime est de rapprocher les prescriptions des recommandations de la Haute Autorité de santé. Elle a pour objectif secondaire d'inciter pharmaciens d'officine délivrant les médicaments et médecins généralistes prescripteurs à communiquer et collaborer autour des ordonnances qui sont faites pour les patients des EHPAD; c'est donc un projet de conciliation médicamenteuse. Le protocole se trouve en annexe 2.

Annexe 2 : Protocole simplifié de l'étude Laroche

Premier recueil de données :

Il se fera de manière rétrospective sur les données inscrites sur les dossiers de la période des 12 derniers mois qui précèdent les accréditations données pour les 9 EHPAD, soit du 01 mai 2016 au 30 avril 2017.

Il ne concernera que les données inscrites aux dossiers de toute personne vivant dans les 9 EHPAD de l'étude pour cette période du 01 mai 2016 au 30 avril 2017, âgée de 75 ans et plus, sans distinction de genre, même si elle est décédée durant cette même période. Toute personne sortie de l'un des EHPAD avant cette date du 30/04/17 ou l'intégrant après cette même date ne sera pas incluse.

Les données de traitement sont celles inscrites au dossier au mois de mai 2017 pour les patients n'ayant jamais été le souci de morbidité avec hospitalisation ou de souci ayant entraîné le décès dans l'EHPAD ou à l'hôpital ; dans ces deux dernières circonstances le traitement à saisir sera celui de la période de mai 2016 ou d'avant l'hospitalisation ou le décès afin d'en juger la potentielle responsabilité.

Seul le traitement de fond quel qu'il soit médicamenteux ou pas doit faire l'objet du recueil. Les pathologies en cours sont celles qui font l'objet d'un traitement, les autres peuvent être considérées comme des antécédents.

Toute donnée absente dans le dossier sera considérée comme manquante et ne fera pas l'objet d'une quelconque recherche de la part des investigateurs pour assurer le respect de l'anonymat des personnes répertoriées.

Les EHPAD seront numérotés de 1 à 9, les patients seront individualisés par un chiffre de 1 pour le premier patient de la structure au dernier numéroté 1+n ; ils seront listés sur une liste tampon intermédiaire qui sera gérée par l'EHPAD de manière à les identifier avec certitude lors du second recueil comparatif ; cette liste mettra face à face leur numéro les 3 premières lettres de leur patronyme, puis par les trois premières lettres de leur prénom ; par exemple Antoine DUPONT 11^{ème} patient de l'EHPAD 5 deviendra le patient 5-11 sur le fichier de l'étude et 5-11/5DUPANT sur la liste tampon de l'EHPAD. En cas d'homonymie peu probable, le second patient homonyme sera 5-11bis et 5-11bis/5DUPANTbis.

Le recueil des données par les investigateurs juniors de l'étude se fera entre le 01 juin et le 31 août 2017 dernier délai. Il se fera sur Lime Survey grâce à un identifiant et un mot de passe délivré à chaque investigateur.

Contacts avec les soignants :

Les contacts se feront par diffusion dès le début du recueil de données aux soignants d'un document format A4 médecin et d'un document format A4 pharmacien reprenant la définition de la conciliation médicamenteuse selon la HAS et la liste des recommandations du Dr Marie-Laure Laroche de 2007. Les documents leur seront remis

Antoine CHARLY

par les staffs des EHPAD sous enveloppe à leur nom contre émargement de réception.

Quand cela sera possible, un échange explicatif avec les investigateurs juniors se fera si ces derniers sont sur place occupés à implémenter Lime Survey depuis les fichiers de l'EHPAD au moment des passages des soignants.

Tous les documents A4 pharmaciens et médecins devront avoir été remis pour le 30 juin 2017 dernier délai, l'émargement l'attestant.

Second recueil de données :

Il commencera 6 mois après la diffusion des documents aux soignants pour leur permettre de modifier leurs prescriptions quand cela sera nécessaire, soit le 01 janvier 2018. Il concernera les mêmes EHPAD et les mêmes données des mêmes dossiers des mêmes personnes, excluant toute donnée issue du dossier d'une personne ayant intégré les EHPAD après le 30 avril 2017 car elle ne pourrait faire l'objet d'aucune comparaison avec des données antérieures.

Les données de traitement médicamenteux et non médicamenteux à prendre en compte seront celles inscrites au dossier le jour du recueil de 2018. Seul le traitement de fond devra faire l'objet du recueil.

Toute donnée absente dans le dossier sera considérée comme manquante et ne fera pas l'objet d'une quelconque recherche de la part des investigateurs pour assurer l'anonymat des personnes répertoriées.

Il durera moins de temps en raison d'une routine mise en place lors du premier recueil par les mêmes investigateurs répartis dans les mêmes EHPAD et sera bouclé pour le 28 février 2018 afin de pouvoir démarrer de suite l'étude statistique qui permettra la comparaison des données.

Il se fera de nouveau sur Lime Survey grâce à un identifiant et un mot de passe délivré à chaque investigateur.

Annexe 3 : Avis du CNIL concernant le projet Laroche



Composante ou service concerné : Faculté de Médecine	
Interlocuteur(s) : Professeurs Jean-Marc Lefebvre et Denis Deleplanque	
Type de déclaration :	Conformité à une MR 003 Lien vers MR 003
N° de déclaration	
Traitement n°2017-47	Protocole simplifié de l'étude LAROCHE
Date de mise en œuvre :	17/11/17
Finalité principale	L'étude consiste à diffuser et à faire prendre en compte par les soignants médecins et pharmaciens la liste dite de Marie-Laure Laroche, Gériatre à Limoges. Elle recommande depuis 2007 l'interruption de l'utilisation de certaines molécules chez les patients de 75 ans et plus en raison d'un rapport bénéfice risque qui leur est défavorable.
Détail des finalités du traitement	L'étude se fait en 2 temps au sein de 9 EHPAD de la région. Les données de traitement médicamenteux et non médicamenteux à prendre en compte sont celles inscrites au dossier le jour du recueil. Seul le traitement de fond fait l'objet du recueil. La recueil se fait par des investigateurs volontaires répartis dans les 9 EHPAD. Les données recueillies font l'objet d'une saisie sur LimeSurvey par l'investigateur qui dispose d'un code personnel (identifiant / mot de passe) - un premier recueil des données de manière rétrospective sur les données inscrites sur les dossiers patients. Il fera office d'état des lieux avant la prise en compte de la liste Laroche - un second recueil se déroulera 6 mois après le premier afin de vérifier la modification éventuelle des prescriptions suite à la sensibilisation des praticiens
Logiciels	Enquête en ligne sur Serveur LimeSurvey géré par le département de Médecine Générale

Services chargés de la mise en œuvre	Le projet est effectué sous la direction des Professeurs Denis Deleplanque et Jean-Marc Lefebvre du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille 2 avec le Docteur Michaël Rochoy chef de clinique de médecine générale.	
Modalité d'information auprès des usagers concernés	Par lettre transmise aux personnes concernées (Voir documents annexes)	
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Le Correspondant Informatique et Libertés (cil@univ-lille.fr)	
Catégories de personnes concernées par le traitement	l'étude ne concerne que les données inscrites aux dossiers de toute personne vivant dans l'un des 9 EHPAD concernés par l'étude. Les personnes sont âgées de 75 ans et plus, sans distinction de genre, même si elles sont décédées durant cette période. Toute personne sortie de l'un des EHPAD avant cette date ou l'intégrant après cette date ne sera pas incluse.	
Données traitées	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
	Données d'identification des investigateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identité du professionnel de santé
	Données personnelles des patients incluses dans le fichier de correspondance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nom prénom ▪ N° patient ▪ Code de correspondance
	Données techniques disponibles à partir d'une extraction des résultats sur le logiciel LimeSurvey	<ul style="list-style-type: none"> • Code de correspondance • voir questionnaire d'enquête en pièce jointe

	Catégories de destinataires	Données concernées
Catégories de destinataires	Investigateurs (voir liste des internes)	toutes
	Autres participants	Données anonymes
Durée de conservation	Le fichier de correspondance est conservé jusqu'à publication des résultats et soutenances des thèse associées. Il faut prévoir 24 mois à dater du début des recueils de données soit jusqu'au 30/04/2019. Les données personnelles concernant les investigateurs sont conservées 5 ans.	
Sécurité des données	- dossier d'analyse de risques	
Documents annexes	<ul style="list-style-type: none"> - courrier d'information aux personnes concernées - courrier aux Médecins généralistes et pharmaciens des EHPAD - protocole simplifiée de l'étude Laroche - formulaire en ligne - liste des internes concernés par l'étude - analyse de risques 	
Mise à jour	13/11/2017 : modification de la liste des données recueillies. Il est ajouté la consommation d'alcool des patients	

Annexe 4 : Guide d'entretien initial

Etude LAROCHE Guide d'entretien commun pour Médecins et Pharmaciens

Directeurs : Jean Marc LEFEBVRE
Denis DELPLANQUE

Investigateurs : Julie VERNAY
Antoine CHARLY

Contextualisation

Le projet Laroche démarre dans l'EHPAD où vous intervenez. L'étude consiste à diffuser et à faire prendre en compte par les soignants, médecins et pharmaciens, la liste dite de Marie-Laure Laroche, Gériatre à Limoges.

Elle recommande depuis 2007 l'interruption de l'utilisation de certaines molécules chez les patients de 75 ans et plus, en raison d'un rapport bénéfice risque qui leur est défavorable.

Un audit anonymisé des prescriptions faites aux patients de l'EHPAD a actuellement lieu ; l'objectif de la diffusion de la liste était d'obtenir une diminution de la prescription des molécules. C'est pourquoi un premier audit avait lieu, il y a 6 mois et le second qui se déroule actuellement, permet de voir les modifications de prescription suite à la diffusion de la liste.

Elle a pour objectif secondaire d'inciter pharmaciens d'officine délivrant les médicaments et médecins généralistes prescripteurs à communiquer et collaborer autour des ordonnances qui sont faites pour les patients des EHPAD ; c'est donc un projet de conciliation médicamenteuse.

Notre objectif ici est de chercher les facteurs favorisant et limitant la conciliation médicamenteuse, en médecine de ville.

Questions

1. Quelle influence les outils d'aide à la prescription, tel la liste LAROCHE ont-ils sur votre pratique?

Relance : Quels autres outils utilisez vous?

2. Comment voyez vous la conciliation médicamenteuse avec les pharmaciens / médecins de ville?

3. Quelles sont actuellement les relations entre médecins et pharmaciens dans votre pratique en EHPAD?

4. Avez-vous des échanges avec les médecins / pharmaciens concernant les ordonnances médicamenteuses prescrites à vos résidents

- Qui appelle le premier?
- Quels types d'échanges avez-vous?
- Pouvez-vous me raconter le dernier échange de ce type que vous avez eu?

5. Que vous apportent ces échanges?

6. Comment ressentez vous ces échanges?

7. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à communiquer avec le médecin / pharmacien?

8. Comment ces échanges entre médecins et pharmaciens pourraient-ils être améliorés?

Annexe 5 : Guide d'entretien final

Étude LAROCHE Guide d'entretien

Directeurs : Jean Marc LEFEBVRE
Denis DELEPLANQUE

Investigateurs : Julie VERNAY
Antoine CHARLY

Contextualisation

Le projet Laroche a lieu dans l'EHPAD où vous intervenez. L'étude consiste à diffuser et à faire prendre en compte par les soignants médecins et pharmaciens un outil d'aide à la prescription : la liste de Laroche. Le présent entretien va se centrer sur l'objectif de notre travail de recherche qui est d'évaluer la communication et la collaboration entre pharmaciens d'officine dispensant les médicaments, et médecins généralistes prescripteurs, autour des ordonnances qui sont faites pour les patients des EHPAD. La thématique est donc la révision médicamenteuse en soins premier.

Le concept de conciliation et de révision médicamenteuse sont des processus pluridisciplinaires mis en place à l'hôpital principalement dans les services de gériatrie. Leur objectif est l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse à partir d'une expertise médico-pharmaceutique.

Un premier recueil de données à partir de multiples sources (document d'admission, interrogatoire patient, médecin traitant et surtout pharmacien d'officine) permet d'identifier au plus près les médicaments pris par le patient habituellement ; c'est le processus de conciliation d'entrée, réalisé lors de l'admission d'un patient dans un service de soins. Ce recueil est ensuite comparée à la primo-prescription hospitalière afin de détecter d'éventuelles erreurs médicamenteuses par méconnaissance du traitement habituel du patient (omissions, erreurs de dosages ou de posologies).

Au cours du séjour du patient, une révision médicamenteuse est réalisée et consiste à une analyse médico-pharmaceutique du traitement du patient au regard des recommandations en vigueur.

La dernière étape est la conciliation médicamenteuse de sortie qui a pour objectif de sécuriser le retour au lieu de vie du patient par la transmission d'une information sécurisée, fiable et exhaustive de l'état du traitement de sortie du patient avec ses justifications au patient, au médecin généraliste et au pharmacien d'officine.

Le bilan partagé de médication, nouvelle attribution du pharmacien officinal est une forme de transposition en ville de cette démarche hospitalière de conciliation et révision médicamenteuse. Elle peut être proposée par le pharmacien officinal au médecin généraliste. Elle concerne les patients âgés polymédiqués, dont le profil correspond aux patients vivant en EHPAD. Elle propose un renforcement et une valorisation du rôle du pharmacien d'officine dans la détection et la prévention de la iatrogénie.

Elle nécessite une communication efficace entre les professionnels de santé. Notre objectif ici est d'évaluer les facteurs favorisant et limitant cette communication entre médecins et pharmaciens, en médecine de ville.

1 – De manière générale, comment voyez-vous les échanges entre médecin et pharmaciens, en ville?

2 – Quelles sont actuellement les échanges entre médecins et pharmaciens, dans votre pratique en EHPAD?

- *Quels types d'échanges avez-vous?*
- *Qui initie le dialogue?*
- *Le patient est-il impliqué dans ce dialogue?*
- *Pouvez-vous me raconter le dernier échange de ce type que vous avez eu?*

3 – Que vous apportent ces échanges, et comment les ressentez vous ?

- *Sont-ils chronophages ?*
- *Contribuent-ils à la sécurisation du parcours du patient ?*

4 – Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à communiquer avec le médecin – pharmacien?

5 – Lors de ces échanges, vous appuyez-vous sur des sources, outils , ou références particulières? Lesquelles?

Liste de Laroche? STOPP/START, guide P.A.P.A, etc...

6 – Comment ces échanges entre médecins et pharmaciens pourraient-elles être améliorées?

Outils d'aide à la prescription?

Moyens de communications? (Mail, téléphone fixe/portable, Groupe d'échange interprofessionnel)

Changements sur les ordonnances plus explicites?

7 – Avez vous déjà pratiqué un bilan partagé de médication?

AUTEUR : CHARLY Antoine

Date de Soutenance : 03/04/019

Titre de la Thèse : Facteurs influençant la communication entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine concernant les patients d'EHPAD.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Conciliation médicamenteuse, Bilan Partagé de Médication, Pharmacien d'officine

Contexte : Les pensionnaires d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont une population parmi les plus polymédiquées. Les risques d'erreur de prescription, d'effets indésirables graves et d'interactions médicamenteuses sont importants. La conciliation médicamenteuse est une procédure active effectuée par le pharmacien. Les ordonnances médicales sont comparées aux traitements réellement pris par le patient pour identifier les erreurs et les risques inhérents pour intervenir, les corriger et les éviter. Elle aboutit à la rédaction d'un bilan médicamenteux par le pharmacien, qui doit être transmis au prescripteur pour éventuelle révision du traitement. Elle demande une communication efficace entre professionnels de santé. Il est intéressant d'identifier dans la pratique courante les facteurs limitant ou favorisant les échanges entre médecins et pharmaciens en ville, pour pouvoir les améliorer.

Objectif : Étudier les facteurs influant sur les échanges entre médecins et pharmaciens dans le cadre des prescriptions pour patients d'EHPAD.

Méthode : Réalisation de sept entretiens semi-dirigés de pharmaciens travaillant en EHPAD dans la région Hauts-de-France, retranscrits et codés à l'aide du logiciel QSR NVivo 12®, avec triangulation des données, puis analyse thématique.

Résultats : La fluidité des échanges interprofessionnels est meilleure lorsqu'il existe une relation interpersonnelle. L'ascendant institutionnel supposé du médecin sur le pharmacien peut créer un obstacle aux échanges. Une évolution du rôle du pharmacien telle que l'instauration du bilan partagé de médication pourrait améliorer ces échanges.

Composition du Jury

Président:

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs:

Monsieur le Professeur Bertrand DÉCAUDIN

Monsieur le Docteur Michel MALBRANQUE

Directeur de Thèse:

Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE