

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME
D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le Bilan partagé de Médication, la Conciliation Médicamenteuse et la
Pluridisciplinarité en Ambulatoire :
Motivation des médecins et des pharmaciens du Nord Pas de Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 28 Octobre 2021 à 18h30
au Pôle Formation
par **Théo BOIDOUX**

JURY

Président :
Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :
Monsieur le Doyen Bertrand DECAUDIN
Monsieur le Professeur Jean Baptiste BEUSCART
Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse :
Madame le Docteur Bénédicte MOREAU

Avertissement

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

GLOSSAIRE

DNI : Divergence Non Intentionnelle

HAS : Haute Autorité de Santé

PAERPA : Personne Agé En Risque de Perte d'Autonomie

PSL : Professionnels de Santé Libéraux

CTA : Coordination territoriale d'appui

PPS : Plan Personnalisé de Santé

CCP : Coordination clinique de Proximité

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

BCB : Base Claude Bernard

Table des matières

INTRODUCTION	11
I. Historique	11
A. Initiative des High 5s, Medication Reconciliation	11
B. Le projet PAERPA (Personne Agées En Risque de Perte d'Autonomie).....	13
1. Les grandes lignes du PAERPA.....	13
2. Le PAERPA Lors d'un séjour Hospitalier	16
3. Le maintien à domicile renforcé par le projet PAERPA	16
4. Une coordination territoriale améliorée.....	17
5. Equipes mobiles de gériatrie	17
6. Education thérapeutique du patient.....	17
7. Le bilan final du PAERPA.....	18
C. Le Dossier Médical Partagé (DMP)	19
D. Le Dossier Pharmaceutique (DP)	20
E. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)	21
II. Le Bilan Partagé de Médication (BPM)	22
A. Fonctionnement du BPM	22
B. Les premiers retours d'expérience	26
III. Objectif de l'étude	27
MATERIELS ET METHODES	29
I. Type d'étude	29
II. Population de l'étude.....	30
III. L'entretien individuel semi-directif.....	30
IV. Analyse des données.....	31
1. Retranscription des entretiens.....	31
2. Analyse des données	31
RESULTATS	33
I. Déroulement de l'étude	33
A. Participants de l'étude	33
B. Déroulement des entretiens.....	35
C. Modification du guide d'entretien en cours d'étude.....	36
II. Représentation de la gériatrie et fréquence de prise en charge de patient gériatrique. ..	37
A. La définition de la gériatrie d'après les participants	37
B. Part de la population gériatrique dans les patientèles	38

1.	Chez les pharmaciens.....	38
2.	Chez les médecins.....	39
III.	La iatrogénie dans les pratiques courantes en ambulatoire.....	40
A.	Représentation de la iatrogénie.....	40
1.	Les effets indésirables des médicaments.....	40
2.	Les interactions.....	40
3.	Effets indésirables des soins.....	41
4.	Mésusage.....	41
B.	Fréquence d'apparition de cas de iatrogénie dans la patientèle.....	41
1.	Chez les pharmaciens.....	41
2.	Chez les médecins.....	42
C.	Les évènements iatrogéniques.....	43
1.	Les interactions :.....	43
2.	Les Mésusages.....	44
3.	Effets indésirables d'une molécule, intolérances et Allergies.....	45
4.	Erreur de recopiage d'ordonnance.....	47
5.	Surdosage.....	48
IV.	Axes d'amélioration de la prévention de la iatrogénie.....	49
A.	Vigilance dans les pratiques quotidiennes.....	49
1.	Lors de la prescription.....	49
2.	Lors de la délivrance.....	50
3.	La révision d'ordonnance.....	51
B.	L'informatisation.....	52
1.	Logiciels d'aide à la prescription.....	52
2.	Amélioration du DMP.....	55
3.	Compatibilité entre les logiciels.....	56
C.	Relations interprofessionnelles en médecine de ville.....	57
1.	Nature des échanges entre les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes de ville.....	57
2.	Moyens de communication utilisés.....	61
3.	Intérêts, dans la prise en charge du patient en ville, d'une collaboration entre le médecin de ville et le pharmacien d'officine.....	64
4.	Axes d'amélioration des relations interprofessionnelles.....	68
5.	Les freins aux échanges interprofessionnels.....	72

D.	Les échanges Ville – Hôpital	74
E.	Les visites à domicile.....	75
F.	S'adapter au Patient	77
1.	Bien connaître l'historique et les antécédents du patient	77
2.	Informé et éduquer le patient	77
3.	Anamnèse rigoureuse	79
G.	La formation personnelle	80
V.	Le bilan partagé de médication	81
A.	Représentation de la conciliation médicamenteuse.....	81
1.	Chez les pharmaciens.....	81
2.	Chez les médecins	82
3.	Le BMO dans les pratiques courantes	83
B.	Etat des lieux de la mise en place du BPM parmi les participants.....	85
C.	Intérêts de la mise en place du BPM	88
D.	Les axes d'amélioration du BPM	89
1.	Développement d'un outil informatique dédié.....	89
2.	Alléger le dispositif	90
3.	S'appuyer sur les MSP et les CPTS.....	92
4.	Mieux intégrer le BPM dans le parcours de soins	92
E.	Les freins à la mise en du BPM	93
1.	Chronophage.....	93
2.	Mieux valoriser le BPM.....	95
3.	Refus de participer	97
DISCUSSIONS	99
I.	Résultats de l'étude.....	99
A.	Un intérêt constant pour la iatrogénie et la gériatrie	99
B.	Prévenir efficacement la iatrogénie	100
C.	Les échanges interprofessionnels	101
1.	Dans nos pratiques courantes.....	101
2.	Intérêt grandissant pour les prises en charge pluridisciplinaires en médecine de ville 102	
3.	Axes d'amélioration	103
D.	Etat des lieux de la mise en place du BPM.....	103
1.	La conciliation médicamenteuse	103

2.	Le BPM, projet encore à ses débuts	104
3.	Intérêt du BPM dans la sécurité du parcours de soins	105
E.	Discussions sur les axes d'amélioration	107
1.	L'informatisation, axe d'amélioration le plus souvent cité	107
2.	Manque de valorisation du travail de conciliation médicamenteuse	109
3.	Rôle facilitateur des regroupements de professionnels comme les MSP et les CPTS.....	110
II.	Forces de l'étude.....	111
III.	Limites de l'étude	111
A.	Limites liées à l'investigateur	111
B.	Limites liées à la population.....	112
C.	Limites liées aux entretiens	112
CONCLUSION	113
BIBLIOGRAPHIE	115
ANNEXES	118

RESUME

Introduction : 60% des erreurs médicamenteuses sont évitables, et une erreur sur trois aura une conséquence clinique chez le patient. C'est devant ce constat que des projets de conciliation médicamenteuse ont vu le jour. Le Bilan Partagé de Médication est un projet de conciliation médicamenteuse qui se concentre sur l'ambulatoire, via l'instauration d'un suivi pharmaceutique, avec un échange entre le patient, son pharmacien, et son médecin. Cette étude a pour objectif d'évaluer la mise en place du BPM en soins primaires dans le Nord Pas de Calais et l'intérêt du BPM pour les médecins généralistes.

Méthode : Ce travail est une étude qualitative monocentrique avec recueil de données par entretien semi-directif et analyse des données par théorisation ancrée. Les participants à cette étude sont des médecins et pharmaciens thésés, avec une activité ambulatoire exclusive, exerçant dans le Nord Pas de Calais. Le Codage des entretiens a été réalisé avec le logiciel NVIVO 12®.

Résultats : 12 entretiens ont été réalisés, entre Mars et Avril 2021. La totalité des participants déclarait porter un intérêt pour la prévention de la iatrogénie. Le concept de conciliation médicamenteuse, bien connu des pharmaciens, pour qui ce concept fait aujourd'hui partie intégrante de leur formation universitaire, est encore méconnu des médecins. Quant au BPM, sa mise en place chronophage et son manque de valorisation sont de grands freins à son organisation et sa pérennisation. Cependant, la grande majorité des participants se dit intéressé par ce genre d'initiative, et plus largement, par le décroisement des prises en charge via une amélioration des échanges interprofessionnels, notamment via des regroupement de professionnels de santé comme les CPTS ou les MSP. L'amélioration de nos logiciels métiers

et du DMP était également un des axes les plus fréquemment cités, notamment par rapport aux échanges d'informations entre professionnels de santé.

Conclusion : Si la tendance actuelle semble être celle des regroupements de professionnels de santé et du décloisonnement des prises en charge, le BPM peine à se pérenniser dans les pratiques courantes. Sa réalisation chronophage et son manque de valorisation semble en être les principaux freins. Malgré ces freins, les professionnels de santé y portent majoritairement de l'intérêt. La majorité des participants espèrent pouvoir mettre en place des BPM via le soutien des CPTS, l'allégement du dispositif et la création d'un outil logiciel dédié, voire l'amélioration des outils logiciels actuels.

INTRODUCTION

Une prise en charge médicale optimale implique une collaboration entre différents acteurs de santé. Les erreurs médicamenteuses se produisent plus volontiers lors des transitions entre deux services, ou entre un service hospitalier et les professionnels de santé libéraux (1). Près d'une erreur sur trois parmi les erreurs décelées aurait un impact clinique significatif (2) alors que 60% des erreurs sont considérées comme évitables (3). Ces erreurs sont commises par omission d'un traitement, erreur de posologie, erreur de durée de traitement, non-respect des indications ou non-respect des contre-indications (2,3).

C'est dans le but de réduire ces erreurs évitables, et ainsi de diminuer les effets indésirables médicamenteux qui en découlent, que débute le projet « High 5s » de l'OMS, introduisant le concept de Conciliation Médicamenteuse, ou « *Medication Reconciliation* »(4), qui donnera ensuite le projet PAERPA, projet de conciliation médicamenteuse hospitalière, via la réalisation de « Bilans Médicamenteux Optimisés » (5), et c'est ce dernier qui inspirera le « Bilan Partagé de Médication », qui se veut être son équivalent ambulatoire, via un suivi pharmaceutique et une collaboration interprofessionnelle entre médecins de ville et pharmaciens d'officine (6).

Cette étude a pour but d'évaluer la mise en place du BPM dans le Nord Pas de Calais, et de recueillir les ressentis et attentes des professionnels de santé ambulatoire par rapport à celui-ci.

I. Historique

A. Initiative des High 5s, Medication Reconciliation

Le projet « High 5s » est lancé par l'OMS en 2006, jusqu'en 2015, par une collaboration entre le Commonwealth Fund, l'OMS, le Joint Commission International et les pays fondateurs

(Australie, Allemagne, Canada, Etats-Unis, Nouvelle Zélande, Pays Bas, Royaume Uni, puis, à partir de 2009, La France) dans le but de réduire, de manière pérenne, mesurable et significative, cinq problèmes de sécurité pour le patient (4), à savoir :

- Les erreurs de prescriptions aux points de transitions dans le parcours de soins,
- Eviter les erreurs dans le secteur de la chirurgie,
- L'utilisation des médicaments injectables
- Les défaillances dans les transmissions infirmières
- Les infections associées aux soins.

L'axe retenu comme prioritaire par la France, l'Allemagne, l'Australie, les Etats Unis et les Pays-Bas était celui de la prévention des erreurs de prescriptions aux points de transitions dans le parcours de soins.

Le projet issu de cet axe, dénommé « *Médication Reconciliation* », se concrétise par la mise en place d'un Protocole Opérationnel Standardisé, ou « *Standard Operating Protocol Medication Reconciliation* » (SOP Med Rec) (4)

Celui-ci avait pour but de repérer les divergences entre les traitements du domicile et ceux prescrits dans le service, et inversement, et de différencier les « divergences intentionnelles » (arrêt d'un traitement ne respectant pas les indications ou les contre-indications, adaptations de posologie en fonction de l'état du patient...) des « divergences non intentionnelles » (DNI), par la collaboration entre les médecins et les pharmaciens (1,7).

D'après le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2015 sur l'expérimentation de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse par neuf établissements de santé français (4), la moyenne des DNI serait de 0.9 par patient, et le nombre d'erreurs interceptées et

corrigées par la conciliation est en moyenne de 0.8, avec un nombre maximum d'erreurs interceptées entre 2 et 19 selon le centre hospitalier (4).

Dans les autres pays participants, les résultats étaient également encourageants, même si ce projet n'est que le début d'un changement global dans la manière de voir la prise en charge des patients et l'organisation des services hospitaliers (8,9).

B. Le projet PAERPA

(Personne Agées En Risque de Perte d'Autonomie)

1. Les grandes lignes du PAERPA

En 2009, le projet PAERPA est déployé dans 5 territoires (Les pays de la Loire, le Centre, l'Île de France et la Lorraine), puis, en 2014, dans 4 autres territoires (L'Aquitaine, le Limousin, la Bourgogne, et le Nord-Pas-de-Calais), pour un total de 9 territoires. (10)

Il s'inscrit dans une volonté globale de sécuriser le parcours de soins des personnes âgées fragiles, dont la définition est la suivante (11) :

- Un âge supérieur ou égal à 75 ans,
- Un risque de perte d'autonomie, à savoir, remplir au moins un de ces critères :
 - o Être atteint par trois pathologies chroniques actives ou plus,
 - o Être traité par anticoagulant (Anti-vitamine K ou anticoagulant oral direct),
 - o Être traité par un diurétique,
- Et un projet de retour à domicile.

Sont donc exclus les patients dont l'autonomie est déjà altérée (11) :

- Les patients résidants en EHPAD,

- Les patients GIR 1 ou 2,
- Les patients sous tutelle ou curatelle,
- Les patients aux troubles cognitifs sévères

Son objectif est d'engager le virage ambulatoire dans le parcours de santé des personnes âgées (10) par le décloisonnement des secteurs sanitaire, médicosocial et social. Ce décloisonnement permettrait de créer une meilleure coordination entre les professionnels de santé libéraux (PSL) et l'hôpital (5).

Il s'applique sur les points de rupture précipitant la perte d'autonomie. En d'autres termes, il favorise la prise en charge à domicile et diminue le recours aux hospitalisations, en agissant notamment sur la dépression, les risques de chute et le risque iatrogénique, qui sont les 3 facteurs d'hospitalisation principaux, chez les personnes âgées, retenus par la HAS (12)

Le projet PAERPA s'articule autour d'écosystèmes créés pour l'occasion, comprenant une Coordination territoriale d'appui (CTA), un Plan Personnalisé de Santé (PPS), et une Coordination clinique de Proximité (CCP).

La CTA est une mission :

- Soit centralisée dans de grands centres mutualisant différents services de coordination de différentes structures.
- Soit décentralisée, en deux composants, une cellule centrale médico-administrative, et des satellites travaillant directement avec les PSL.

Le PPS est réalisé de manière individuelle pour chaque patient.

Il est soit :

- Réalisé entre professionnels de santé, coordonnés ensemble. Ce modèle permettrait une meilleure coordination des acteurs du secteur sanitaire entre eux, mais rend parfois la coordination avec le secteur médicosocial moins évidente.
- Réalisé par un ou des professionnels de santé, sans coordination réel, le but ici étant d'utiliser le PPS comme un moyen de solliciter la CTA, qui donne alors des informations sur les accès aux offres de services sanitaires et médicosociaux du territoire.
- Dans le troisième modèle, le PPS est directement réalisé par la CTA, puis validé par le médecin traitant (5).

La Coordination Clinique de Proximité (CCP) désigne la collaboration des PSL autour du patient, une fois celui-ci sorti du milieu hospitalier.

- Le médecin traitant en est le chef d'orchestre, il reçoit le PPS, l'adapte, et le modifie en fonction de l'évolution du patient.
- Une CCP comporte, en plus du médecin traitant, le pharmacien, deuxième acteur principal du CCP. Il doit, théoriquement, réaliser un entretien pharmaceutique à un mois, vérifiant l'observance des traitements, et réalisant l'évaluation du risque de iatrogénie, voire même, avec l'accord du patient, une révision, à domicile, de l'armoire à pharmacie.
- La CCP peut aussi inclure une infirmière libérale, et un kinésithérapeute, voire d'autres professions...

Le but de la CCP est d'articuler les différents rôles des PSL dans le cadre établi par le PPS.

Chaque CCP est rémunérée 100€ par patient, à répartir entre les différents PSL. (11)

2. Le PAERPA Lors d'un séjour Hospitalier

Lors de l'arrivée du patient en hospitalisation, le PAERPA se concrétise par la réalisation, par le pharmacien hospitalier, d'un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO), qui consiste à réaliser la liste exacte et complète des traitements du patient, en interrogeant diverses sources (médecin traitant, famille, patient, officine du patient...). Moins il y a de divergences entre les sources, plus la liste des traitements est fiable.

Une fois la liste complète obtenue, une analyse pharmaceutique est réalisée en collaboration avec le gériatre, pour :

- Détecter les divergences non intentionnelles (DNI),
- Renseigner les divergences intentionnelles,
- Optimiser le traitement en se basant sur les données cliniques et les référentiels de médicaments potentiellement inadaptés chez la personne âgée (11) (La liste de LAROCHE(13), Critères STOPP/START(14), Critères de BEERS(3)).

Lors de la sortie du patient est produit le courrier de synthèse médicamenteuse, destiné au médecin traitant et au pharmacien d'officine de ville, regroupant l'ensemble du travail de synthèse réalisé lors de l'hospitalisation. (11)

3. Le maintien à domicile renforcé par le projet PAERPA

La CCP permet une meilleure coordination des acteurs de santé, qu'ils soient professionnels médicaux et paramédicaux, pour assurer que les soins sont prodigués au patient par le professionnel adéquat, dans son plus haut niveau de compétence.

Les CCP sont orchestrés par le médecin traitant, elles ont pour objectif notamment de retarder une institutionnalisation, et/ou de prendre le relais après une hospitalisation (12).

4. Une coordination territoriale améliorée

La multiplicité des structures et services disponibles sur un territoire rend l'orientation du patient difficile.

La création des CTA a pour objectif de faciliter l'accès aux différentes ressources et structures du territoire, en dirigeant le patient vers la bonne structure, au bon moment.

Il s'agit d'une plateforme d'appui destinée aux professionnels mais aussi aux patients et leur entourage. (12)

5. Equipes mobiles de gériatrie

Lorsqu'un patient est détecté comme étant fragile, la CCP établit un PPS, la CTA permettant de fluidifier le parcours de soins de la personne âgée.

Une expertise gériatrique peut alors être demandée par tout professionnel de santé via un numéro unique.

Cette expertise peut être demandée en ville, aux urgences, au lit du patient, dans un autre service que celui de gériatrie, dans une structure...(10)

L'objectif est de diminuer le recours aux services d'urgences pour les personnes âgées.

6. Education thérapeutique du patient

Le projet PAERPA prévoit également un programme d'éducation thérapeutique, mené par des équipes pluridisciplinaires ambulatoires formées sur le sujet.

L'objectif est de prévenir les quatre risques d'hospitalisations évitables que sont la dépression, la iatrogénie, la dénutrition et les chutes.

7. Le bilan final du PAERPA

L'expérimentation PAERPA a été évaluée lors d'un rapport final en 2017 (5), et si, globalement, il affirme qu'un mouvement positif s'est engagé, nous ne sommes encore qu'au début du décloisonnement des différents acteurs du parcours de soins du patient, avec plusieurs points d'améliorations :

- Le projet est large, en terme de champ d'action, avec une nécessité de reconfiguration globale du parcours de santé, percutant les logiques traditionnelles en terme de secteurs de santé, habituellement relativement isolés les uns des autres. (5)
- Il nécessite de nombreux acteurs différents, souvent plusieurs dizaines, dans des métiers parfois peu ou mal connus par l'ensemble des autres acteurs du parcours de soins, et devant se réunir et/ou échanger efficacement. (5)
- Sa complexité nécessite la mise en place d'équipes dédiées, et d'un pilotage efficace de l'ARS, amenant celles-ci à devoir évoluer vers de nouvelles logiques de parcours de soins. (5)
- Peu d'incitation financière à la mise en place des PPS, et le monde hospitalier, hors gériatrie et urgence, ne semble, de toute façon, pas prêt à ce décloisonnement. (5)
- Les systèmes d'informations collaboratifs ne sont pas tous au point. (5)
La création d'un outil informatique dédié à la conciliation médicamenteuse semble nécessaire pour pérenniser le dispositif. (11)
- Le dispositif est encore jeune, avec des disparités de mise en place entre les différentes régions, permettant de s'adapter à la réalité du terrain de chacune des zones où il a été déployé, mais rendant son évaluation globale plus complexe. (5)
- Pour les PSL, la rédaction du PPS est chronophage, avec un manque de formation quant à son utilisation, sa rédaction et son suivi. (11)

- De même, la création d'une CCP entre PSL est complexe avec des intervenants surbookés (15)

En revanche, le dispositif trouve son intérêt en pratique ambulatoire, permettant :

- Une amélioration et un enrichissement de la prise en charge des patients ayant bénéficiés du dispositif. (10–12,15)
- Une sécurisation de la prise en charge médicale et médicosociale (15)
- Un gain de temps, la conciliation médicamenteuse réalisée en hôpital étant un travail très chronophage. (11,12)
- Intérêt pour la pluridisciplinarité et la coordination, avec une valorisation et une reconnaissance de celles-ci. (10–12)
- Un dialogue facilité entre les différents acteurs de soins, permettant un rapprochement entre professionnels qui, parfois ne se connaissaient pas auparavant (15)

C. Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Il s'agit d'un projet qui a vu le jour entre 2003 et 2008 (16).

Le dossier médical partagé est gratuit, confidentiel et sécurisé. Il a pour but de centraliser, sur un serveur en ligne, les informations de santé relatives à un patient, à destination des professionnels de santé. Il s'agit, théoriquement, d'un « carnet de santé en ligne ». Le patient peut y accéder à tout moment, et les professionnels de santé n'ont accès qu'à la partie nécessaire à leur activité, exception faite du médecin traitant, qui a accès à la totalité du dossier.

Les données sont stockées sur un serveur hautement sécurisé, et tout accès non autorisé constitue un délit, passible d'une amende et d'une peine d'emprisonnement.

Il peut contenir l'historique des soins des 24 derniers mois, les antécédents et allergies, les courriers de sorties, résultats d'examens et ordonnances, voire même d'éventuels directives anticipées, tout ceci dans un objectif de sécurité et de simplicité dans le parcours de soins, pour éviter les erreurs, redondances et faciliter le suivi.

Il peut être créé en pharmacie, ou directement en ligne, sur « DMP.fr » (17).

Il s'agit, cependant, d'un projet souvent critiqué, notamment de par son coût alors qu'il peine à entrer dans les pratiques.

Le manque de temps, de connaissances dans son fonctionnement, la complexité de l'outil, les dysfonctionnements techniques, ou le peu d'utilisateurs parmi les autres praticiens, sont les principaux freins à sa mise en place cités par les médecins généralistes.

Les médecins semblent cependant plutôt favorables à sa mise en place, les craintes sur la sécurité ou les dimensions éthiques et juridiques ne semblant pas faire partie des freins cités par les médecins.

Le DMP devrait être généralisé à tous les patients d'ici 2022 (18).

D. Le Dossier Pharmaceutique (DP)

Le dossier pharmaceutique est un outil du pharmacien qui recense tous les médicaments dispensés depuis 4 mois. Il permet, d'après l'article 1111-23 du code de la santé publique, de concourir à la « coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de dispensation des médicaments ». Le DP est accessible dans toute officine raccordée au DP (12,19).

Mis en place en 2005, puis généralisé en 2008, il permet aux pharmaciens d'optimiser leur rôle de conseil et de suivi thérapeutique, et d'ainsi améliorer leurs prises en charge. Initialement réservé aux pharmaciens d'officine, il s'est rapidement ouvert aux pharmaciens hospitaliers (19).

Le DP recense les médicaments délivrés et prescrits, dans un objectif de lutte contre les interactions médicamenteuses, et permet d'éviter les prescriptions contre-indiquées, de prévenir les arrêts de traitements chroniques, de vérifier le statut vaccinal. Il se veut complémentaire du DMP.

Il est ouvert par le pharmacien à la demande du patient, ou proposé par le pharmacien au patient. Son ouverture ne nécessite que la carte vitale du patient, qui servira ensuite de clef d'accès. De la même manière que pour le DMP, le patient garde un droit de regard sur son contenu, et peut décider de le fermer à sa guise. Il devrait, dans un futur proche, fusionner avec le DMP (19).

E. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Les CPTS ont été créées en 2016, dans le cadre de la loi de Modernisation du Système de Santé (20).

Les CPTS sont des regroupements de professionnels de santé d'un même territoire. Elles se forment à leur initiative pour s'organiser autour de projets de santé, dans le but de répondre à des problématiques communes. Ces CPTS ne correspondent, cependant, pas à un regroupement géographique au sein d'une structure physique. Ainsi, dans une CPTS peuvent se trouver des acteurs de santé libéraux, comme les médecins généralistes, des infirmières

ambulatoires, des kinésithérapeutes... Mais aussi des établissements médicosociaux, en particulier les EHPAD.

En plus d'être une manière de se regrouper et d'échanger entre professionnels de santé d'un même territoire, les CPTS ont pour but de répondre à des problématiques identifiées par les professionnels de santé membres, par la réalisation d'un projet de santé. L'idée est de décloisonner les prises en charges et d'impliquer l'ensemble des acteurs de santé dans la prise en charge de l'ensemble de la population de leur territoire.

Les ARS peuvent participer au financement des CPTS, via les crédits de leur fond d'intervention régionale, et sur la base de contrats d'objectifs. (21,22).

II. Le Bilan Partagé de Médication (BPM)

A. Fonctionnement du BPM

Définie par l'HAS comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire (la iatrogénie) et de diminuer les surcoûts inutiles » (23), le BPM a pour objectif :

- Réduire le risque de iatrogénie
- Améliorer l'observance thérapeutique
- Améliorer la compréhension, par le patient, de ses traitements.

Il s'agit d'un suivi, avec le pharmacien, comprenant des entretiens qui se déroulent dans un espace de confidentialité directement en pharmacie, ou au domicile du patient.

Il concerne les patients :

- De plus de 65 et en ALD
- De plus de 75 ans et qui ont plus de 5 traitements chroniques

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) propose également d'ouvrir le dispositif à la prévention secondaire :

- Hospitalisation
- Découverte d'une pathologie
- Evènement iatrogénique
- Médicament à risque
- Mauvaise observance thérapeutique

Dans ces derniers cas, le BPM n'est pas rémunéré (23).

Est nécessaire pour la bonne réalisation d'un BPM :

- La réalisation d'un bilan médicamenteux, c'est-à-dire de retrouver une indication pour chaque traitement du patient, et qu'à chaque antécédent correspond une prise en charge.
- L'analyse de l'ordonnance, qui vérifie
 - les posologies par rapport aux antécédents du patient, notamment par rapport aux insuffisances d'organes du patient,
 - les interactions médicamenteuses,
- L'évaluation de l'observance, par le score de Girerd :
 - 6 = Bonne observance

- 4 ou 5 = Faible observance
- < ou = à 3 = Inobservance

La SFPC incite également à l'utilisation de la liste des médicaments écrasables et des gélules pouvant être ouvertes (24), pour adapter le traitement aux éventuels troubles de déglutition du patient (23).

Lors de la première année, la première consultation :

- Recueil des informations cliniques en présence du patient
 - Informations générales,
 - Antécédents personnels, notamment insuffisance d'organe et déficit sensoriel, avec l'aide du médecin traitant (25),
 - Habitus,
 - Liste des traitements du patient, et connaissances du patient par rapport à ceux-ci,
 - Evaluation de l'observance du patient, par l'utilisation du questionnaire de Girerd (26), le Medication possession Ratio (27), mais aussi des problèmes par rapport aux ruptures de stock de certaines molécules, des problèmes liés à la galénique, des difficultés rencontrées par le patient.
- Analyse de la liste des traitements du patient,
- Délivrance de conseils au patient quant au bon usage de ses médicaments, lors d'un entretien conseil d'une trentaine de minutes, avec un retour sur le bilan médicamenteux réalisé au préalable par le pharmacien, en collaboration avec le médecin traitant.

L'observance est ensuite évaluée à 6 mois.

Les années suivantes, soit la liste des traitements est inchangée, et le suivi continu normalement, tous les 6 mois, soit un nouvel entretien conseil est réalisé en présence du patient.

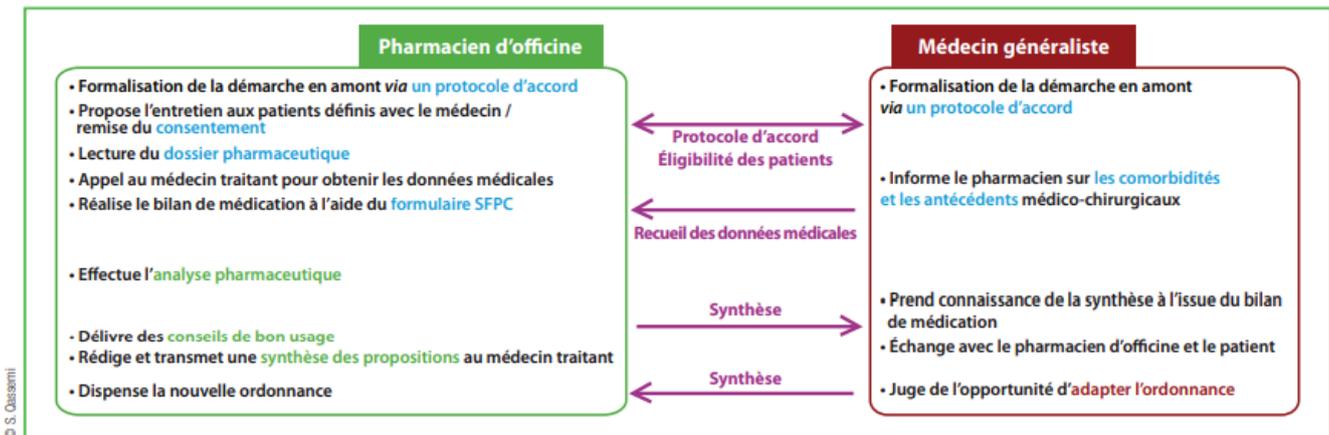
Les consultations sont réalisées avec les dernières ordonnances du patient, ses derniers résultats de biologie et l'ensemble de ses boîtes de médicaments (23).

Enfin une synthèse est envoyée au médecin traitant, par l'intermédiaire du DMP ou de sa messagerie sécurisée.

Les consultations sont rémunérées,

- 60€ la première année, pour l'entretien de recueil d'informations, l'analyse de celles-ci, l'entretien conseil et le suivi d'observance
- 30€ la deuxième année et les années suivantes, s'il y a une modification de traitements, pour la nouvelle analyse, l'entretien conseil et le suivi d'observance
- 20€ la deuxième année et les années suivantes, pour le suivi d'observance uniquement, si pas de modification de traitement.

Le tableau ci-dessous (25) résume de manière visuelle les grandes étapes d'un BPM, réalisé en collaboration avec le médecin généraliste.



B. Les premiers retours d'expérience

Le Bilan Partagé de médication est une initiative déjà présente depuis longtemps dans de nombreux pays, comme les Pays-Bas, le Danemark, la Finlande, la Suisse, de nombreux pays anglo-saxons...

En France, le projet a vu le jour après les expérimentations PAERPA, s'appuyant sur les outils de formation développés pour ce-dernier, via la SFPC, qui a conçu des formations adaptées aux pharmaciens d'officine.

Ces formations sont délivrées dans le cadre du développement professionnel continu, mais sont également proposées aux étudiants facultaires de 6^{ème} année, en filière officine, qui peuvent ensuite réaliser les BPM lors de leur stage (25).

Les premiers retours semblent démontrer un intérêt sur le plan de la réduction de la poly-médication et sur la réduction des coûts mensuels, même si le bénéfice en termes d'hospitalisation et de mortalité n'est actuellement pas évaluable au vue de la jeunesse du dispositif et de l'absence d'étude évaluant ces critères (25).

Pour les patients en ayant bénéficié, les BPM semblent également améliorer le relationnel avec leur pharmacien d'officine (28).

Cependant, le dispositif des BPM semble :

- Très lourd, notamment par la multiplicité des outils et le nombre d'étapes préalables à un bon BPM (28,29),
- Chronophage, souvent réalisé par les étudiants stagiaires. Chaque BPM devant, théoriquement, durer 30 minutes, alors que leur durée moyenne, dans le dispositif Français actuel, a été estimée à 2h30, et que la durée moyenne des BPM à l'étranger et de l'ordre de la soixantaine de minutes (28),
- Manque de formation et d'expérience des participants (28),
- Mal rémunéré, peu valorisé (28),
- Régulièrement refusé par les patients. 54% des étudiants et maitres de stages estiment le recrutement difficile, voire très difficile (28),
- Pas toujours bien accueilli par les médecins traitants, de par les modifications de traitements apportés par le BPM (29).

III. Objectif de l'étude

Dans une population vieillissante polypathologique et polymédiquée, la prévention de la iatrogénie est un enjeu de santé publique. La conciliation médicamenteuse a pour but de sécuriser le parcours de soins, et ainsi, de prévenir la iatrogénie.

A l'heure où nos métiers se tournent de plus en plus vers l'inter-professionnalisme et le transfert de compétences, le BPM semble être un outil de conciliation médicamenteuse en soins primaires prometteur, pour permettre la sécurité du parcours de soins des patients fragiles.

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer la mise en place du BPM en soins primaires dans le Nord Pas de Calais et l'intérêt du BPM pour les médecins généralistes,

Les objectifs secondaires sont de :

- Evaluer l'utilisation du BPM parmi les pharmacies d'officine du Nord Pas de Calais.
- Evaluer les motivations des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine à travailler en collaboration.
- Recueillir le ressenti des médecins quant aux échanges avec les pharmaciens d'officine.
- Recueillir le ressenti des pharmaciens quant aux échanges avec les médecins généralistes.
- Evaluer les connaissances, des médecins généralistes ambulatoires et des pharmaciens d'officine, sur les outils de conciliation médicamenteuse.
- Identifier les freins à l'utilisation du BPM.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Ce travail est une étude qualitative avec

- Recueil de données par entretien semi-directif avec des pharmaciens d'officine et des médecins généralistes.
- Analyse des résultats par théorisation ancrée.

Une étude qualitative est une démarche scientifique, utilisée dans le domaine de la santé depuis les années 1900, permettant l'élaboration d'hypothèses visant à élargir la compréhension de la santé et des déterminants des soins. De plus en plus utilisée en médecine générale, la recherche qualitative étudie des facteurs subjectifs et tente de comprendre les comportements des acteurs étudiés par une démarche interprétative (30).

Les facteurs observés dans cette étude étant des facteurs subjectifs, portant notamment sur le ressenti et le relationnel, le choix d'une étude qualitative est le plus adapté (30).

La Théorisation ancrée, ou « *Grounded Theory* », méthode mise au point par deux sociologues américains, Glaser et Strauss, en 1967, permet de formuler des hypothèses à partir des données recueillies, et d'en dégager une théorie (30,31).

II. Population de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique dans le Nord-Pas-de-Calais, dans un rayon de 80km autour de la ville de Lille.

Tout médecin généraliste de ville thésé, installé, actuellement en activité, travaillant majoritairement en ambulatoire, était éligible à une inclusion. Tout pharmacien d'officine thésé, travaillant exclusivement en officine était éligible à une inclusion.

Etaient exclus les médecins généralistes ou pharmaciens hospitaliers, les internes, les médecins ou pharmacien non thésés ou non installés.

III. L'entretien individuel semi-directif

Un entretien individuel semi-directif est un type d'interrogatoire où les sujets sont interrogés un par un, sans autre intervenant extérieur.

L'investigateur pose des questions ouvertes au participant et ne doit pas l'influencer dans ses réponses. Les réponses sont libres, le but étant qu'elles soient le plus proches de l'opinion réelle du participant.

L'investigateur intervient le moins possible en dehors des questions, et des éventuelles relances.

Dans le contexte de pandémie Mondiale de COVID 19, il a été décidé de réaliser ces entretiens par téléphone. Ces restrictions sanitaires ont, cependant, rendu impossible l'analyse non verbale des entretiens.

Un guide d'entretien a été réalisé à priori, en amont de la réalisation du premier entretien. Il s'agit d'un document regroupant les différentes thématiques à aborder lors des entretiens.

Le guide de l'entretien pourra être modifié au cours de l'étude, le guide final est disponible en annexe.

IV. Analyse des données

1. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés, pour les appels téléphoniques et les quelques entretiens présentsiels, par l'application « enregistreur vocal » de Windows 10, retranscrits ensuite, dans un second temps, mot à mot, à l'aide du logiciel de traitement de texte Word 2013.

2. Analyse des données

Les données des entretiens sont analysées via l'utilisation du logiciel NVivo 12®, dans sa version 12.4.0.741. Il s'agit d'un logiciel d'analyse de données qualitatives, utilisé en recherche qualitative. Les fichiers des entretiens retranscrits y sont intégrés pour être analysés et en permettre le codage.

Il s'agit, dans un premier temps, d'un codage ouvert, ou descriptif. C'est-à-dire qu'après lecture minutieuse de chaque entretien, les données pertinentes sont nommées par un code.

Dans un second temps, un codage axial, ou thématique, est effectué. Il s'agit d'un travail d'analyse et de catégorisation du codage ouvert réalisé précédemment. Les codages sont ainsi regroupés selon une ou plusieurs catégories, permettant de dégager des thématiques.

Enfin, les données sont analysées selon un codage sélectif, ou matriciel, dont le but est d'articuler les catégories du codage thématique, permettant la production d'un modèle théorique, ou théorisation.

Le codage a débuté le 16 mars 2021, et s'est terminé le 27 avril 2021.

RESULTATS

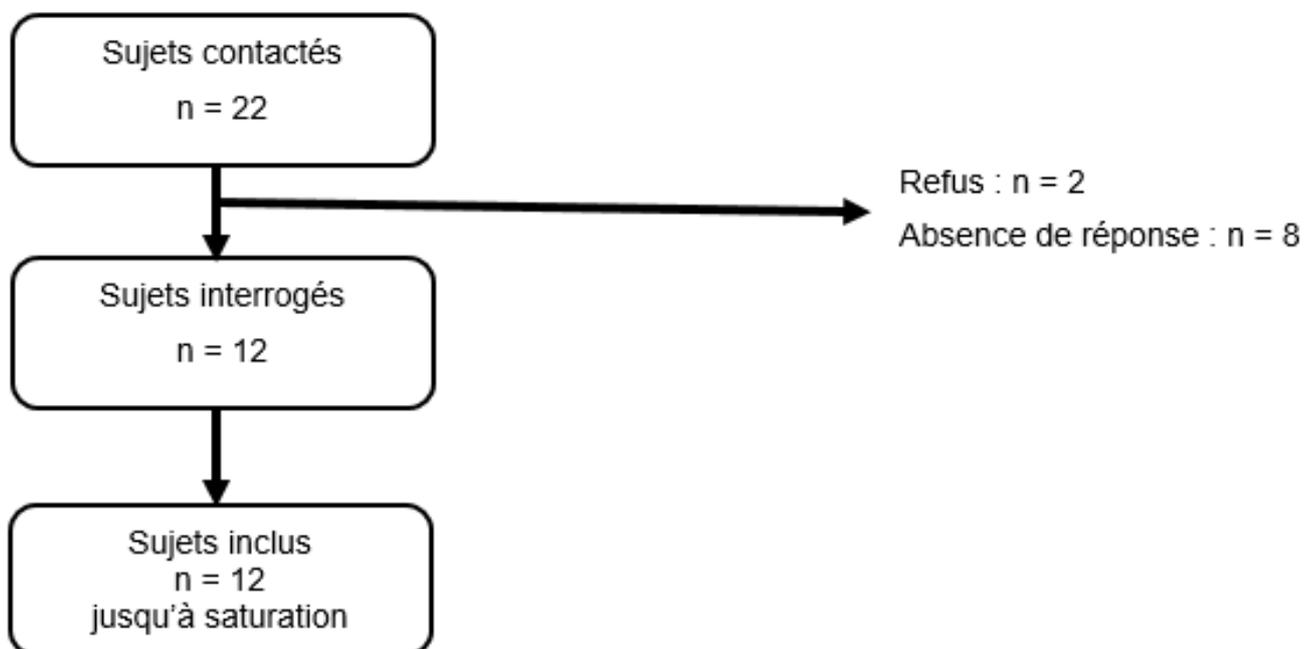
I. Déroulement de l'étude

A. Participants de l'étude

Il paraissait important, lorsque l'on parle d'une collaboration entre deux acteurs de soin, de récolter des données pour chacun des corps de métiers acteurs de cette collaboration.

Le recrutement s'est déroulé par téléphone, décrit dans le diagramme de flux ci-dessous :

Figure 1 : Diagramme de flux :



Les 2 sujets ayant refusés de participer ont été contraints de refuser, du fait de la surcharge de travail dans le contexte de la crise sanitaire et des nombreuses vaccinations à réaliser et

organiser. Il s'agissait de pharmaciens travaillant dans de petites structures avec peu de personnel.

Ainsi, les professionnels de santé participant à cette étude sont :

- Des médecins thésés travaillant principalement en cabinet de médecine de ville,
- Des pharmaciens d'officine thésés, travaillant en officine.

Tous les participants travaillent exclusivement dans le Nord Pas de Calais, dans un rayon de 80km autour de Lille.

Les médecins ont été recrutés en utilisant la liste des maitres de stages de la faculté de médecine de Lille (Faculté Henri Warembourg), à l'exception d'un des participants, maitre de stage à la faculté catholique de médecine de Lille.

Les pharmaciens ont été sélectionnés parmi les pharmacies dans les secteurs des médecins recrutés, ou au hasard dans un rayon de 80km autour de Lille, et contactés via les coordonnées disponibles sur le site de « Google Maps © ».

Les professionnels de santé ont été recrutés par téléphone, avec programmation d'un rendez-vous téléphonique (ou présentiel dans les deux cas où cela a été possible). Cette méthode est censée permettre aux participants de choisir un moment adéquat à la réalisation d'un entretien semi-dirigé, durant de 15 minutes à 45 minutes.

Parmi les participants, il a été décidé d'inclure des profils différents pour récolter un maximum d'expériences et d'avis différents. Ainsi, les participants, âgés de la trentaine à la soixantaine, travaillaient en zone urbaine, semi-rurale ou rurale, certains d'entre eux accueillent des étudiants en stage.

Tableau 1 : Caractéristique des participants

	Zone d'exercice	Année de thèse	Maitre de stage
M1	Semi Rurale	1984	Oui
M2	Semi Rurale	1999	Oui
M3	Rurale	1989	Oui
M4	Rurale	1982	Oui
M5	Semi Rurale	2008	Oui
M6	Semi Rurale	1993	Oui
P1	Rurale	2020	Non
P2	Rurale	2016	Non
P3	Rurale	2014	Oui
P4	Grande Ville	2001	Oui
P5	Semi Rurale	2001	Oui
P6	Semi Rurale	2016	Non

B. Déroulement des entretiens

Vu le contexte sanitaire de l'épidémie de COVID 19, les entretiens se sont déroulés principalement lors d'entretiens réalisés par appel téléphonique, ou, pour une petite minorité d'entretiens, en présentiel avec respect des gestes barrières.

Chaque entretien s'est déroulé individuellement.

Les participants ont tous été contactés préalablement par téléphone pour leur proposer une date d'entretien et obtenir leur consentement oral pour la participation à l'entretien dans le cadre de cette thèse.

Les entretiens ont été réalisés entre le 06 Mars 2021 et le 20 avril 2021, en utilisant un guide d'entretien, réalisé à priori. Ce guide était le même pour les médecins et pour les pharmaciens.

Les entretiens duraient, en moyenne, une trentaine de minutes, entre 15 minutes, pour le plus court, et 45 minutes, pour le plus long, en fonction des réponses de l'interlocuteur.

Dans le tableau ci-dessous se trouve le détail de la durée des entretiens, ainsi qu'un identifiant Mx, pour les médecins, ou Px, pour les pharmaciens, afin de rendre anonyme les citations.

Tableau 2 : Durée et date des entretiens

Médecins			Pharmaciens		
Mx	Date	Durée	Px	Date	Durée
M1	09/03/2021	25min 49s	P1	08/03/2021	30min 36s
M2	10/03/2021	13min 16s	P2	13/03/2021	24min 24s
M3	15/03/2021	18min 51s	P3	16/03/2021	16min 44s
M4	15/03/2021	23min 54s	P4	23/03/2021	42min 37s
M5	16/03/2021	21min 27s	P5	20/04/2021	31 min 01s
M6	25/03/2021	17min 47s	P6	20/04/2021	32 min 53s

C. Modification du guide d'entretien en cours d'étude

Le guide d'entretien a été ajusté 3 fois au cours des différents entretiens.

La première modification du guide d'entretien a été réalisée après le premier entretien d'un pharmacien thésé, pour mieux correspondre à leur exercice, et leur rapport avec leur patientèle. Il s'agissait principalement de reformuler certaines questions à propos de la conciliation médicamenteuse hospitalière et sur les relations médecins-pharmaciens, sans en changer le sens. Aucune nouvelle question n'a été ajoutée à ce moment-là.

La deuxième modification découle du premier entretien où le participant ne connaissait pas le principe de conciliation médicamenteuse, et n'avait jamais été confronté à ce type de pratique.

Les questions sur la conciliation médicamenteuse et le bilan partagé de médication ont, donc, été reformulées, pour permettre aux participants ne connaissant pas ces concepts d'exprimer librement leurs opinions sur le sujet de cette étude.

La troisième modification a été effectuée devant l'envie de certains participants de revenir et préciser leur avis sur certains des axes d'amélioration du parcours de soins.

A été ajoutée une dernière question ouverte sur les axes d'amélioration du parcours de soins qu'ils n'auraient pas abordés lors de l'entretien.

II. Représentation de la gériatrie et fréquence de prise en charge de patient gériatrique.

A. La définition de la gériatrie d'après les participants

La totalité des participants définissent la gériatrie comme « la prise en charge des personnes âgées ». La limite d'âge à partir de laquelle on parle de gériatrie diffère sensiblement en fonction des participants, mais la totalité des participants ayant exprimé une limite d'âge s'accordent sur un âge supérieur à 65-75 ans.

P3 : « La gériatrie, ça va être les personnes les plus âgées, je dirais au-dessus de 65 ans »

M1 : « Pour moi, c'est la prise en charge des patients de plus de 75 ans »

A cette définition s'ajoute la notion de l'état de santé du patient, expliquant la disparité des limites d'âges exprimées.

P2 : « Ça dépend les gens, certains, à 90 ans sont encore bien, avec toute leur tête, alors que d'autres s'altèrent beaucoup plus jeune »

M6 : « Le problème c'est qu'est-ce que tu appelles « un patient âgé », pour moi c'est à partir de 75-77 ans, quand il commence à y avoir un déclin des fonctions physiologiques »

M1 : « La définition peut être plus souple en fonction de la physiologie des gens. (...) Quand on dit « personne âgée » et qu'on prend la définition de la gériatrie, tu peux trouver toutes les définitions possibles. Tu peux dire que c'est au-dessus de 80 ans, mais tu peux avoir des 65 ans qui sont dans des critères de gériatrie, c'est-à-dire la perte d'autonomie, etc. T'as une définition qui est un peu souple. Ça dépend surtout de l'état de santé sous-jacent, et ne pas oublier qu'ils n'ont pas la même physiologie, pas la même réactivité. »

Les notions de problématique du maintien à domicile et de gestion du pilulier ont également été abordées.

P1 : « Pour moi, dans la gériatrie, les deux choses qui sont le plus essentiels à gérer, ça va être le maintien à domicile, avec les outils de maintien à domicile, pour éviter notamment qu'ils ne tombent, et la deuxième chose ça va être de gérer le pilulier. La majorité du temps, ils ne sont pas forcément aptes à se gérer eux-mêmes. En fait, c'est les rendre autonomes, ce sont les deux outils assez clefs pour ça. »

B. Part de la population gériatrique dans les patientèles

1. Chez les pharmaciens

La totalité des participants s'accordait sur le point que la population gériatrique représente une grande, voire une très grande, part de leur patientèle, chiffrée par certains entre 25 et 50%, juste devant la population des Mamans.

P3 : « C'est une très grande place ! On a aussi la population des mamans qui prend pas mal de place dans la patientèle de la pharmacie, mais oui, la personne âgée c'est la majorité des gens qu'on voit. »

P4 : « On est en dans un quartier étudiant, donc on a beaucoup d'étudiants, proportionnellement à une pharmacie classique, en fait. Donc du coup la proportion, forcément, de personnes plus âgées diminue... Je dirais que ça doit représenter 50% de notre clientèle. »

Ce sont également une catégorie de patient qui revient plus régulièrement en officine, malgré, parfois, une diminution de fréquentation suite au COVID.

P1 : « Ça doit bien représenter 50% de ce que je traite dans la journée, facile. Et surtout, ce sont des patients qui reviennent régulièrement, et que l'on voit plus souvent. (Cependant), depuis le COVID 19, on a noté une diminution de la fréquentation des officines par cette tranche d'âge »

2. Chez les médecins

La part de la population gériatrique dans les patientèles des médecins interrogés variait entre 10 et 60%.

Les médecins âgés semblent avoir plus de patients âgés dans leur patientèle.

M6 : « Alors moi, ça fait longtemps que je suis installé, donc mes patients ils ont vieillis avec moi. Et, j'ai du coup une population plus vieille que mes collègues du secteur, je pense que la gériatrie doit occuper une bonne moitié de mon activité maintenant. »

III. La iatrogénie dans les pratiques courantes en ambulatoire

A. Représentation de la iatrogénie

1. *Les effets indésirables des médicaments*

La totalité des participants définissent, en premier lieu, que la iatrogénie est définie par l'existence d'effets indésirables lors de la prise d'un médicament, et lorsque ces effets néfastes dépassent les bénéfices attendus.

M2 : « La iatrogénie médicamenteuse ce sont les effets secondaires induits par les médicaments »

Il s'agirait de la iatrogénie la plus fréquemment rencontrée par les participants.

M1 : « Essentiellement de la prescription médicale, mais aussi tous les soins afférents. »

2. *Les interactions*

Les interactions ont été définies par les participants comme un autre élément important de la iatrogénèse. Le plus fréquemment, ce sont les interactions entre plusieurs médicaments qui ont été abordées.

M6 : « Pour moi la iatrogénie c'est un médicament ou une association de médicaments qui provoquent des effets indésirables plus ou moins attendus et largement supérieurs aux effets bénéfiques »

Les interactions des médicaments avec l'environnement et l'alimentation ont été abordées également par certains participants comme potentiellement vectrices de iatrogénie.

P2 : « Ce sont les effets indésirables suite aux prises des traitements, enfin ça vient pas forcément des traitements, ça peut venir de l'alimentation. Soit entre eux, soit avec des facteurs extérieurs. »

3. Effets indésirables des soins

Il s'agit d'un autre point de la définition de la iatrogénie, abordé spontanément par une minorité des participants.

M3 : « La iatrogénie, c'est des effets indésirables des médicaments qu'on prescrit, ou des soins éventuels. »

Dans la majorité des cas où ce point de la définition était omis, il s'agissait d'une confusion entre « iatrogénie » dans son sens plus large, et la « iatrogénie médicamenteuse ».

4. Mésusage

Une minorité des participants inclut également la notion de mésusage dans leur définition de iatrogénie.

P6 « Pour moi, les risques iatrogènes, c'est le risque de mésusage. »

P5 : « (la iatrogénie c'est) toute mauvaise utilisation d'un traitement, je dirais. Dedans j'y mets aussi le mésusage. »

B. Fréquence d'apparition de cas de iatrogénie dans la patientèle.

1. Chez les pharmaciens

La fréquence de prise en charge d'évènements indésirables iatrogéniques dans la patientèle des pharmaciens est ressentie majoritairement comme importante, voire même quotidienne, pour des évènements iatrogéniques le plus souvent bénin.

Les évènements indésirables potentiellement plus graves étaient plutôt décrits comme mensuels.

P1 : « Des évènements mineurs, je dirais tous les jours. Les choses plus majeures (...), ce genre d'erreur plus grave, j'en vois 2 par semaine, facile. »

A l'inverse, une des interrogées considère ces évènements comme plutôt rares.

P4 : « On n'intervient pas trop trop sur les traitements, c'est assez rare qu'on le fasse. Donc bon, en termes de pourcentage... C'est moins de 5% globalement. »

2. Chez les médecins

Le ressenti dans la fréquence des évènements iatrogéniques chez les médecins semble similaire au ressenti des pharmaciens. La fréquence hebdomadaire de ces évènements serait située entre zéro et cinq évènements par semaine. Il s'agit de quelque chose de ressenti comme régulier, mais peu fréquent.

M5 : « De manière régulière et peu fréquente, (...). Par contre c'est régulier, c'est quelque chose qui arrive, je dirais, moins de 5 fois par semaine. »

Pour les médecins travaillant en EHPAD, les cas d'évènements indésirables iatrogéniques y seraient fréquents.

M6 : « C'est majoritairement au niveau de l'EHPAD »

C. Les évènements iatrogéniques

1. *Les interactions :*

Les évènements iatrogéniques sont de différentes natures. Les plus fréquemment cités sont les évènements iatrogéniques dus à une interaction entre différents médicaments.

Parmi ces interactions médicamenteuses, les exemples donnés étaient variés, certains secondaires à une interaction par induction enzymatique, d'autres par des interactions entre différents traitements d'une même classe.

M6 : « Avec des patients sous anticoagulant, à qui il faut parfois donner de la FUNGIZONE pour les mycoses buccales, et donc ça fait varier les taux d'INR chez ceux qui sont encore sous PREVISCAN. »

P3 : « Il y a des fois des associations, comme des associations de deux benzodiazépines, (...) et qui ne devraient pas forcément avoir lieu. »

En ce qui concerne la iatrogenèse, la polymédication était la principale cause évoquée.

P4 : « le problème du médicament, (c'est qu'on ne peut pas), en toxicologie, faire tous les effets cumulés (...), quand on a une ordonnance avec 10 médicaments... bah, oui, on joue aux apprentis sorciers, parce qu'il y a des interactions. »

La deuxième cause évoquée, dans la genèse des prescriptions de traitements avec des interactions potentiellement iatrogènes, est l'interaction des ordonnances de différents prescripteurs, notamment entre l'ordonnance du spécialiste et celle du médecin généraliste, ou celle d'un autre confrère spécialiste. Seuls quelques pharmaciens ont relevé ce point, mais il est décrit comme un évènement moins courant.

P2 : « l'ordonnance d'un spécialiste qui vient en interaction avec l'ordonnance du médecin généraliste, ou d'un autre spécialiste mais c'est quand même moins courant. »

L'alimentation est également décrite comme source de iatrogénie, par interaction avec le médicament.

P2 : « Les douleurs musculaires avec la statine et on se rend compte qu'ils prennent du jus de pamplemousse. On se rend compte que des fois c'est des choses très très bêtes, et que des fois, plutôt que d'arrêter la statine, c'est juste leur dire ça. »

2. Les Mésusages

Certains évènements iatrogéniques ont été évoqués, par les participants, comme secondaires aux mésusages du patient.

Ces mésusages, par mauvaise compréhension de l'ordonnance, par oubli des consignes d'usage ou par automédication, ne sont pas toujours rapportés par le patient lors de la consultation avec le médecin dans son cabinet. Dans ce cas, il arrive que le récit du patient au comptoir du pharmacien diffère de celui qu'il a eu en consultation avec le médecin, permettant de repérer ces mésusages lors de la délivrance des médicaments en pharmacie.

P3 : « Après on a aussi ce que le patient fait à côté et qu'il ne dit pas au médecin. »

P6 : « Parfois, c'est lié à une automédication, qui ne devrait pas être là, donc avec un petit rappel à l'ordre, notamment des prises d'anti-inflammatoire dans des mauvais cas, etc. »

Ces mésusages peuvent être difficiles à repérer, le patient n'ayant pas forcément conscience de son mésusage, et n'en faisant donc aucune mention, ni au pharmacien, ni au médecin.

P2 : « Des fois (...) c'est des choses qui ne sont pas passées soit par le médecin, soit par le pharmacien avant. »

3. Effets indésirables d'une molécule, intolérances et Allergies

Les intolérances secondaires aux effets indésirables intrinsèques d'un médicament, ou les allergies à une molécule, sont citées par certains participants.

M5 : « la iatrogénie sur des nausées ou des éruptions cutanées sur des introductions de traitement, voilà, des intolérances. »

M3 : « ça peut être des allergies, des intolérances, et des effets indésirables liés aux traitements, surtout aux traitements hypertenseurs, qui sont fortement pourvoyeurs d'effets indésirables. »

Les effets indésirables sont parfois secondaires à des prescriptions répondant à un besoin, mais dont le rapport bénéfice-risque semble défavorable, notamment des traitements psychotropes chez des patients à risque de chute, ou les AINS.

M1 : « C'est typique (...). C'est le patient qui a du mal à dormir, qui va cogiter, qui va finir par se retrouver avec 3 LORAZEPAM par (jour), après ils sont un peu excités, on va mettre un peu de neuroleptiques, etc. Et après (...), ils se fracturent des trucs quoi, et après tout le monde fait « ah bah c'est bizarre ».

M4 : « Il y a de la iatrogénie dans les somnifères, par exemple, éviter les somnifères chez les personnes âgées. Bon... ça j'en ai de moins en moins par ce que je n'en donne plus, mais j'ai dû en gérer longtemps, parce que, avant, on en donnait beaucoup. Parce que les somnifères par exemple, sur les chutes, les fractures et les traumatismes, c'est de la iatrogénie, quoique un peu indirecte. Si tu prends un somnifère qui te donne une chute et que tu te casses le col du fémur, ou si on te donne un anti-inflammatoire qui te donne une insuffisance rénale... Bah c'est pareil ! Pour moi c'est une forme de iatrogénie. »

A l'inverse, ces effets indésirables peuvent être considérés comme tolérables si les bénéfices attendus du traitement sont supérieurs à la gêne occasionnée par les effets indésirables du traitement.

M1 : « Un patient qui se plaint d'avoir les jambes qui gonflent un petit peu alors que tu traites son insuffisance cardiaque... et tu lui as mis de l'amlodipine, est ce que tu es dans de la iatrogénie ou pas... »

Les effets indésirables d'une molécule peuvent également apparaître lorsque l'indication du traitement n'a pas été réévaluée en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient, de par l'évolution de la maladie, l'âge, ou un évènement extérieur. Les effets néfastes deviennent plus important que les effets bénéfiques attendus.

M6 : « On a aussi des problèmes de déshydratation, pas trop en ce moment mais surtout en été, chez les patients âgés sous Diurétiques, (...) ils ont des déshydratations qui s'installent aussi vite que chez le nourrisson. »

4. Erreur de recopiage d'ordonnance.

Les erreurs de recopiage, par le médecin, entre deux ordonnances, sont citées comme potentiellement vectrices de iatrogénie. Ces erreurs sont, théoriquement, récupérées par le pharmacien, qui contrôle l'ordonnance du patient avec les ordonnances précédentes. En cas de différences, notamment si celles-ci sont potentiellement dangereuses, le pharmacien s'occupe de vérifier s'il s'agit de divergences intentionnelles ou non.

M4 : « c'est plutôt des erreurs de « tu reprends une vieille ordonnance et tu n'as pas fait gaffe et tu as remis un traitement qui n'est plus donné », ou des trucs comme ça. »

P1 : « Je peux te donner l'exemple d'aujourd'hui. Le médecin a mis six DIFFU-K par jour, alors qu'il n'y en avait pas sur la précédente ordonnance. Je me suis permis de me renseigner auprès de l'IDE à domicile, qui me répond que c'est bizarre, parce que normalement le médecin se rattache à l'ordonnance précédente pour rédiger la nouvelle. J'ai donc appelé le docteur, qui m'a confirmé que c'était une erreur. »

Ces erreurs arrivent, notamment, lors des visites à domicile, où le médecin n'a pas toujours d'outil pour vérifier le contenu du dossier du patient et les précédentes ordonnances.

P2 « S'ils n'ont pas la dernière ordonnance pour recopier, bah... ils sont un peu embêtés, parce qu'ils ne se rappellent plus, et surtout quand ils sont au domicile du patient. (...) Il va, par exemple, changer d'IEC parce qu'il se rappelle qu'il en a mis un mais il ne sait plus lequel. »

Les erreurs de recopiage peuvent également se produire lors d'un retour d'hospitalisation, certains traitements ayant été modifiés volontairement, dans le cadre de la prise en charge du

patient, d'autre pouvant être des divergences non intentionnelles du fait de la prescription d'un générique ou d'une molécule équivalente disponible dans l'hôpital.

P5 : « J'ai eu un patient qui avait la moitié de ses posologies qui n'étaient pas les bonnes sur l'ordonnance et le patient il n'en savait rien, et quand on a eu le docteur c'était « bah j'ai recopié le truc de l'hôpital, je vais revérifier ». Du coup on a revérifié à deux (...). Le médecin que j'ai eu il savait ce qu'il voulait, mais moi je ne savais pas, (...) je n'ai pas les infos de tous les changements, donc on se pose la question une ligne sur deux, et quand on pose la question au patient, alors là, il ne sait pas du tout ».

5. Surdosage

Décrit uniquement pour les psychotropes lors des entretiens, notamment chez les parkinsoniens, ou les personnes âgées en fin de vie nécessitant une sédation, le surdosage arrivant principalement à l'initiation du traitement, lors de la recherche d'une posologie optimale.

M6 : « avec la maison de retraite, on a des patients qu'il faut séder, et chez les patients âgés c'est difficile de trouver le bon dosage pour avoir une sédation qui permette de calmer leurs angoisses et qu'ils ne soient pas agités, mais qui ne soit pas non plus trop lourde pour éviter que les patients ne soient endormis toute la journée »

M5 : « la iatrogénie sur des surdosages médicamenteux, principalement en Neuro, chez le parkinsonien par exemple. »

IV. Axes d'amélioration de la prévention de la iatrogénie

A. Vigilance dans les pratiques quotidiennes

1. Lors de la prescription

La prévention de la iatrogénie, pour les médecins, semble être une préoccupation première pour l'ensemble des médecins interrogés, partie intégrante de leurs pratiques quotidiennes.

M3 : « Bah, c'est à toutes les consultations. Donc, prévention des effets indésirables les plus fréquents, des risques allergiques, à chaque prescription, des éventuelles interactions graves. »

A chaque réalisation d'ordonnance, les participants déclarent vouloir optimiser les traitements, par la vérification de chaque ligne de traitement, et en réévaluant l'intérêt de chaque molécule.

La prévention de la iatrogénie se veut être quelque chose de systématique, d'après les déclarations de la majorité des participants, sujet sur lequel la totalité des participants semble sensibilisé.

M6 : « La prévention c'est dès qu'on rédige une ordonnance, on se demande toujours s'il va y avoir une interaction, donc c'est dès la rédaction de l'ordonnance, et dès qu'on a un patient qui arrive avec une ordonnance toute faite, on revisite, on retoilette l'ordonnance, si je puis dire, pour voir si il n'y a pas des choses qu'on peut supprimer, ou alléger. Donc ça se fait à chaque prescription. »

M1 : « En bref, la prévention de la iatrogénie, il faut y penser systématiquement, à chaque ligne de l'ordonnance il faut se poser la question »

Cette réflexion systématique, sur l'intérêt ou non d'une prescription pour un patient, prend en compte le rapport bénéfice-risque du traitement.

M1 : « Surtout chez les personnes âgées, qui sont beaucoup polypathologiques, il y a beaucoup de réflexion à avoir. Après il faut faire le tri dans l'importance que ça va avoir entre la iatrogénie qui est déclenchée et la perte de chance que ça pourrait avoir en modifiant les thérapeutiques. J'ai un patient qui est toujours en hypokaliémie, mais son diurétique, il est indispensable sur le plan de son insuffisance cardiaque, on ne peut pas trop faire autrement. Ou celle qui saigne du nez régulièrement, mais vu ses antécédents, les anticoagulants restent indispensables. »

Malgré cette intérêt unanime, certains participants admettent ne pas y penser de manière aussi systématique qu'ils le voudraient.

M5 : « Une place qui n'est pas suffisamment présente à mon esprit pour être systématique. C'est à dire que, là, quand je vais en parler avec toi, je donne une grande importance sur la iatrogénie. Et quand tu me poses la question sur ma pratique quotidienne, elle n'est pas présente à mon esprit de manière systématique, et du coup je n'y accorde pas l'intérêt qu'il faudrait. »

2. Lors de la délivrance

La majorité des pharmaciens interrogés considéraient la prévention de la iatrogénie comme une partie importante de leurs pratiques quotidiennes, voire systématique, à chaque délivrance de médicament.

P3 : « Je dirais tous les jours, parce que de toute façon, dès qu'on parle à un patient qui prend du tramadol avec du paracétamol, leur dire qu'ils ne doivent pas prendre du doliprane ou du dafalgan en plus. Ça c'est quotidien, on le vit tous les jours au comptoir, même si c'est pas forcément sur l'ordonnance, dans leur automédication à côté, on est forcément obligé de leur dire de pas faire de doublons avec la prescription. »

P6 : « Quand je délivre le médicament, je dis à quoi il sert, la posologie... Après si c'est un médicament chronique et que le patient connaît son traitement, je ne vais pas revenir à chaque fois dessus. Mais je préviens toujours des effets indésirables principaux qui peuvent arriver, et en fonction de la gravité potentielle, je leur dis « cette effet là il ne faut pas hésiter à aller voir votre médecin » ou qu'ils peuvent nous rappeler. »

Certains pharmaciens semblent vouloir accorder plus de temps à cette prévention.

P2 : « Pas autant que je voudrais, mais ça occupe une place importante. »

Seul un participant ne considère pas la prévention de la iatrogénie comme quelque chose qui doit être quotidien ou systématique, par confiance envers le médecin qui s'en est déjà occupé.

P4 : « C'est assez rare, parce qu'on se dit que le médecin il sait ce qu'il fait. »

3. La révision d'ordonnance

Le renouvellement, par défaut, des traitements chroniques d'un patient a également été cité comme une des sources de iatrogénie, ces traitements étant, dans les faits, pas toujours réévalués avant le renouvellement de l'ordonnance.

M1 : « Le soucis des ordonnances chroniques, c'est le truc que tu renouvelles et tu ne sais même plus pourquoi tu le donnes. »

La révision régulière de l'ordonnance serait également nécessaire, de par la tendance à la prescription d'un traitement pour soulager un symptôme, dont l'indication doit être réévaluée en fonction de l'évolution de ce symptôme.

P4 : « Je pense que, une remise à plat des traitements régulière, à intervalle obligatoire régulier, ça serait bien. Parce que c'est vrai que souvent, on a tendance à chaque symptôme à rajouter un médicament. »

Cette révision d'ordonnance passe notamment par la déprescription de certains médicaments, diminuant leur nombre sur l'ordonnance.

M4 : « Pour diminuer le risque iatrogénique déjà, il faut diminuer le nombre de médicaments. C'est déjà une première chose. »

B. L'informatisation

1. Logiciels d'aide à la prescription

La nécessité de l'usage d'un logiciel adapté aux pratiques a été le sujet le plus souvent abordé, cité par la grande majorité des participants comme un pivot de l'amélioration des prises en charges, notamment sur le plan de la prévention de la iatrogénie.

Directement, ou indirectement, l'usage de l'outil informatique a systématiquement été cité par les participants.

Ces logiciels d'aide à la prescription, ou à la délivrance, permettent, notamment, de vérifier beaucoup plus facilement les interactions, précautions d'emplois et contre-indications des

traitements prescrits, notamment l'usage de la Base Claude Bernard (BCB), qui est une base de données électronique sur les médicaments, agréée par la HAS pour son usage dans les logiciels d'aide à la prescription (32).

M2 : « les outils informatiques pour recouper les informations, comme la BCB pour les interactions médicamenteuses, c'est important. »

L'usage d'un logiciel professionnel permet également d'éviter la iatrogénie en assurant un meilleur accès aux informations médicales du patient, permettant d'éviter des erreurs potentiellement iatrogènes.

P2 : « Avec un meilleur accès aux ressources, ils vont avoir accès aux courriers des spécialistes rapidement et facilement sous leurs yeux... Alors qu'avec un dossier papier, c'est dur... Au quotidien c'est assez impressionnant la différence. »

Les médecins apprécient l'aide des logiciels professionnels leur permettant de recevoir des alertes lors de la prescription de traitements incompatibles ou en cas d'association nécessitant des précautions d'emplois.

M4 : « Tu as l'informatique qui te permet d'éviter les grosses associations dangereuses (...). Après, au niveau médical, les pharmaciens ont (aussi) des logiciels un peu comme nous(...). Si tu veux prescrire un médicament, t'as tout de suite un truc du Vidal qui va te dire « attention, danger pour les reins ». Mais ça encore faut-il travailler avec un Vidal, mais ça c'est un autre problème, c'est l'intérêt de l'informatique en médecine »

Les pharmaciens constatent voir moins d'erreurs sur les ordonnances réalisées via un logiciel professionnel. A l'inverse, ils sont plus vigilants lors de la réception d'une ordonnance réalisée par un médecin qui n'utilise pas l'outil informatique.

P2 « Après ça dépend aussi des médecins, dans le sens où certains médecins ne sont pas informatisés, où je vais avoir une vigilance accrue, parce que, eux, en gros, de base, ils ne savent pas le traitement, ils ne sont pas informatisés, voire ils n'ont pas de fiche patient »

L'un des participants considère, également, l'informatique comme indissociable de la pratique moderne de la médecine de ville, les dossiers et transmissions papiers devant, idéalement, d'après lui, ne plus être utilisés.

P1 : « pour faire bref, je pense qu'il faut interdire le papier »

L'outil informatique permet également de faciliter les échanges entre le médecin et le pharmacien, par des logiciels dédiés à ce genre d'usage, permettant une meilleure traçabilité des ordonnances, et évitant leur falsification.

Cependant, l'amélioration de ces logiciels professionnels est également un axe d'amélioration, un logiciel contre intuitif ou peu performant pouvant, être source d'erreur.

M6 : « le problème c'est qu'actuellement, dans les maisons de retraites, les logiciels de prescription ne sont pas très intuitifs, et en plus ils ne signalent pas quand il y a des interactions qui ne sont pas conseillées. »

Il pourrait également être intéressant que l'amélioration de l'aide à la prescription ne porte plus principalement sur les interactions, mais que les logiciels s'adaptent à chaque patient pour prendre en compte également certains éléments du parcours du patient, notamment l'âge.

M1 : « Souvent t'as des interactions qui ne sont pas bonnes, ça tu l'as dans le logiciels, mais les logiciels ne sont quasiment jamais calibrés par rapport à l'âge des patients. »

2. Amélioration du DMP

De nombreux participants déplorent que le DMP soit un outil sous-utilisé, car trop complexe, peu adapté aux pratiques ambulatoires et peu performant.

P6 : « Le DMP c'est assez complexe et peu développé. Nous on devrait pouvoir, dès que le patient nous donne sa carte vitale, enregistrer des messages pour le médecin, s'il n'a pas besoin de recevoir le message dans l'immédiat. Pour moi c'est primordial cette communication-là. (...) Il faudrait ça mais en version beaucoup plus simplifiée... Et qui fonctionne !

La majorité des participants le considèrent pourtant comme un grand axe de l'amélioration de la sécurisation du parcours de soins, permettant une meilleure traçabilité et facilitant les dialogues entre les différents acteurs du parcours de soins du patient.

P5 : « Le DMP c'est pareil, c'est un truc, normalement, topissime, mais au final personne n'arrive à mettre des trucs dedans, alors que c'est un truc qui pourrait être génial, que, dès qu'on va à la pharmacie ou chez le kiné, qu'on puisse avoir un minimum d'informations nécessaires à la profession de chacun, et que tout soit centralisé, de manière à ce qu'on ne perde pas de temps à aller chercher... »

P6 : « Pour faciliter les échanges entre le patient, le médecin, le pharmacien et son infirmière. Après, avec les spécialistes c'est un peu plus compliqué, mais déjà pour nous quatre il faudrait que le DMP fonctionne et soit plus simple. »

Certains participants déplorent le manque d'accompagnement, notamment de formation des professionnels de soins à l'utilisation du DMP, mais aussi le manque d'écoute lors de sa mise en place.

M6 : « Moi je déplore que l'installation du DMP se soit faite de manière aussi réglementaire, centralisé par un ministère. Parce que c'est un outil qui pourrait être fabuleux, on pourrait avoir plein de renseignements sur la carte vitale du patient (...).

Donc on a dû mettre à jour nos logiciels pour dire de savoir lire les DMP, et en fait, quand on passe les cartes vitales où le DMP a été mis en place, on a rien, j'ai du mal à lire ce qu'il y a dedans, à trouver des informations, ou même à en mettre dedans...

Alors que tout le monde, à peu près, a une carte vitale, et ça permettrait d'éviter qu'on se balade avec des bouts de papiers « je suis allergique à ceci ou à cela, je suis sous anticoagulant ».

Je ne sais pas pourquoi ça a été développé cette idée, quelque part dans un ministère à Paris, que tout le monde devait avoir un DMP, et puis que nous, à la base, on ne soit même pas prévenu de la mise en route, de comment ça marche. J'ai demandé à la caisse, mais il n'y a rien de prévu au niveau de la caisse pour la formation des médecins. Ce n'est pas prévu ! »

3. Compatibilité entre les logiciels

Il s'agit d'un problème souvent cité par les participants, celui de l'incompatibilité entre les logiciels, que ça soit entre une profession et une autre, ou entre deux logiciels différents pour une même profession.

Certains participants suggèrent que les logiciels puissent évoluer en mettant en place un système de dossier partagé, pour permettre un accès plus aisé aux informations importantes du dossier médical.

M2 : « On pourrait l'améliorer si on avait un dossier partagé éventuellement »

L'usage de logiciels partagés entre médecin et pharmacien a également été suggéré. Il permettrait de faciliter le relais entre les médecins et les pharmaciens.

P1 : « Le vrai truc qui serait vraiment bien, en revanche, pour améliorer tout ça, c'est un logiciel partagé entre médecin et pharmacien. »

P2 : « les outils numériques ne sont pas encore adaptés, au moins pour le relais entre nos deux professions, on a pas du tout les mêmes logiciels métiers. »

A l'échelle d'une MSP, pour faciliter les échanges entre les professionnels d'un même centre, la solution proposée est que les différents professionnels du centre utilisent un logiciel commun.

M3 : « Elle pourrait s'améliorer je pense, mais, d'où l'idée nous, avec la MSP, on aura un logiciel commun, par lequel on pourra communiquer »

C. Relations interprofessionnelles en médecine de ville

1. Nature des échanges entre les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes de ville

Les échanges entre médecins généralistes de villes et pharmaciens d'officine sont une constante, la totalité des participants affirment se contacter de manière régulière. La fréquence de ses échanges variait entre chaque participant, entre plusieurs fois par semaine et une à deux fois par mois.

M4 : « Il y a des semaines où il n'y a pas de contact (...)... Moi je pense que c'est une fois ou deux par mois, pas plus. »

M6 : « C'est au moins deux ou trois fois par semaine »

Ces échanges sont, le plus souvent, cordiaux. La grande majorité des participants déclarait avoir de bons rapports avec les différents professionnels de leur secteur.

P6 : « on a vraiment aucun problème pour appeler, ou s'envoyer un texto, poser une question, demander un renouvellement d'ordonnance de lit médicalisé, une posologie à confirmer... vraiment une bonne entente ! »

M6 : « Je n'ai pas de souci particulier. Ça fait plus de 20 ans que je suis là, je ne me suis pas encore fâché avec la pharmacienne »

Quelques participants précisent tout de même que la qualité des échanges est dépendante du bon vouloir de l'interlocuteur. Certains pharmaciens ont aussi l'impression que les jeunes médecins ont souvent plus l'habitude de discuter autour des prescriptions, même si, en règle générale, ils trouvent que les médecins sont plutôt accessibles à la discussion.

P3 : « On sait qu'il y a des médecins où ça va plus ou moins bien passer »

P2 : « C'est très aléatoire... (Par exemple), certains vieux médecins sont plus fermés « on prescrit, vous délivrez », ils ne réfléchissent pas en équipe de soin, enfin, en équipe pluridisciplinaire.

Après, j'ai un contre-exemple, un médecin de soixante ans, qui, lui, est hyper axé interpro, il a toujours de jeunes internes, et on peut l'appeler, il le prendra pas mal.

Et à côté de ça, j'en ai un qui est injoignable... de toute façon s'il voit le numéro de la pharmacie, il ne répond pas, il ne répond pas aux pharmaciens.

Les motifs d'appels sont souvent les mêmes, et variaient peu en fonction des participants.

D'après les participants, sur la grande majorité des appels, c'est le pharmacien qui appelle le médecin. Il l'appelle uniquement en cas de problème avec un des traitements prescrits, que ça soit :

- Un problème de stock,
- Une divergence par rapport aux précédentes ordonnances,
- La prescription d'un nouveau traitement comportant de potentielles interactions avec un autre traitement de l'ordonnance,
- Ou, plus rarement, une potentielle erreur dans une prescription, comme une galénique qui n'existe plus, ou valider une posologie.

P4 : « le plus souvent, quand on appelle, c'est soit il y a un produit qui manque (en stock), et on propose un autre produit pour le remplacer, c'est rarement pour une contre-indication, ou alors une erreur dans l'ordonnance qu'on a pu déceler dans l'historique. »

M1 : « Une fois sur dix ils t'appellent pour te dire « ce traitement là j'en ai plus, qu'est-ce que je dois faire ? » »

M4 : « c'est plutôt des erreurs de « tu reprends une vieille ordonnance et tu n'as pas fait gaffe et tu as remis un traitement qui n'est plus donné », ou des trucs comme ça. Bon, après, il peut y avoir une erreur, ça peut arriver, mais c'est relativement rare. »

M3 : « On valide un traitement sur lequel le pharmacien peut tiquer sur une éventuelle interaction ou quelque chose comme ça »

M6 : « en général ils nous passent un coup de fil pour nous signaler l'interaction qui pose problème, ou nous demander de confirmer un dosage, ou nous dire qu'il y a une forme galénique qui n'existe plus et qu'ils peuvent fournir autre chose, (...) pour confirmer une posologie, ou justement parce que quelques fois, quand je fais des ordonnances manuscrites, parce que je suis en visite, et donc il y a des interactions qui passent à la trappe »

Ces échanges sont considérés comme primordiaux par les pharmaciens, car cela permet de récupérer de potentielles erreurs iatrogènes.

P1 : « C'est toujours important »

P3 : « Très important, c'est beaucoup plus intéressant quand on a un dialogue avec le médecin. »

Pour les médecins interrogés, ces échanges sont également considérés comme important pour la sécurité du parcours de soins du patient.

M2 : « (La collaboration), elle doit être centrale je pense »

En revanche, certains médecins déplorent un manque de pertinence dans ces appels, le pharmacien appelant parfois plus par obligation que réelle volonté d'échange interdisciplinaire.

M2 : « Je n'ai pas l'impression que, quand on m'appelle, ça soit pour des choses pertinentes. Je prends l'exemple typique, qu'on a eu là. Pendant un moment le KARDEGIC 75mg n'était pas disponible (...). Le problème pour les pharmaciens, c'est que, ils ont bien le RESITUNE et les autres, mais ils sont dosés à 100mg... Donc là pour ça ils vont t'appeler, parce qu'il y a un changement de posologie, alors qu'en termes d'indication, (c'est pareil). »

2. Moyens de communication utilisés

a. Le téléphone

L'un des moyens de communications principaux entre le médecin de ville et le pharmacien d'officine reste le téléphone. La totalité des participants l'utilise quotidiennement, et il est l'un des principaux outils de communication. L'usage du téléphone permet de faciliter les échanges d'informations.

P1 : « On a, tous, nos lignes téléphoniques. Le médecin, parfois, quand il a un patient dans son cabinet à 18h55 qui a besoin d'antibiotiques, sachant qu'on ferme à 19h, il nous passe un coup de fil pour qu'on attende le patient. »

b. Applications tierces de messagerie grand public

En complément du téléphone, certains participants déclarent utiliser des applications tierces de messagerie grand public, comme Whatsapp, qui est une application de messagerie dont les communications sont chiffrées. Cela permet de communiquer des informations facilement à un grand nombre de PSL, y compris les IDE et les médecins à la retraite.

P1 : « On a des conversations whatsapp avec les différents PSL, y compris les médecins à la retraite, qui sont toujours là et qui donnent parfois un coup de main. Il y a aussi une conversation entre les IDE. »

Ces applications, étant destinées au grand public, sont faciles d'utilisation. Le système de « canaux » permet d'échanger sur divers sujets, et permet également de favoriser des échanges moins formels pour favoriser la cohésion entre les différents professionnels de santé.

P2 : « Nous on a un Whatsapp local, qui permet d'échanger assez facilement entre les professions. On a les pharmaciens, médecins et les infirmières qui sont dessus, et c'est vrai que ça aide.

On a plusieurs canaux dessus, on en a un plus informel, où on écrit des trucs divers, ça détend, et ça permet l'échange, et on en a un plus formel, plus sérieux, et c'est vrai que c'est intéressant. »

c. Rencontre physique

Les « rencontres physiques » regroupent toutes les méthodes d'échanges présentsiels, en opposition aux échanges à distance. La totalité des participants ont fait mention directement ou indirectement de l'existence ou de la nécessité d'échanges présentsiels entre les professionnels.

Les rencontres sont considérées comme essentielles par la majorité des professionnels interrogées. Ils permettent de favoriser la cohésion, notamment via des échanges moins formels, réduisant l'appréhension lors des échanges futurs.

P2 : « Quand on met un visage sur quelqu'un, on a moins le frein quand on connaît les gens. Surtout quand on a parlé avec eux avant, de tout et de rien, ça fait qu'on a moins peur de déranger, on se dit moins qu'il risque de mal le prendre. »

P4 : « Rien ne vaut le lien physique, et d'ailleurs, cette crise, avec les distanciations, ça aide pas le problème. »

Ces rencontres sont notamment favorisées par les regroupements professionnels comme les MSP et les CPTS.

M5 : « Je vais revenir toujours à la concertation pluridisciplinaire de MSP, de groupes de paires, le fait de se regrouper, de ne pas rester seul dans un cabinet, quel qu'il soit, ou dans une officine. Pas forcément physiquement, mais au moins se regrouper intellectuellement. »

Certains participants déplorent cependant le manque de lieux dédiés à ces rencontres, en dehors des rencontres dans le cadre des regroupements précédemment cités.

P4 : « Trouver des lieux de rencontres interprofessionnelles, je pense que ça aussi c'est important, un lieu central où on peut réunir, discuter, etc., j'en connais pas des masses. »

d. Visioconférence

Moins fréquemment citées, les visioconférences permettent de se regrouper virtuellement. Démocratisées par la pandémie de Sars Cov2, les visioconférences permettent également de faire participer des intervenants qui sont plus difficilement mobilisables lorsqu'il s'agit de réunions présentiels, comme l'ARS ou les confrères hospitaliers. Elles sont également plus simples à organiser que les réunions présentiels, elles peuvent être réalisées plus fréquemment.

P1 : « J'aime bien aussi les interventions en Visio organisées par l'ARS, notamment pour faciliter la prise en charge de patients difficiles, et ça c'est plusieurs pharmacies, avec les médecins du coin, qui parlent des patients compliqués, et ça une fois par mois. Il y a même l'hôpital qui y participe, ce qui permet un meilleur lien avec eux. C'est assez structuré déjà. »

e. L'ordonnance

Il n'a été cité qu'une seule fois parmi les participants en tant que moyen de communication à part entière.

D'après le professionnel de santé ayant cité les ordonnances comme moyen de communication, il s'agit d'un axe d'amélioration de nos échanges interprofessionnels, notamment par l'ajout explicite des modifications de posologies récentes, facilitant le repérage des erreurs.

P5 : « Je crois que le principal moyen de communication entre notre profession et la vôtre, c'est la prescription. Et, cette prescription, pour moi, elle pourrait être largement améliorée si on se rencontrait plus souvent. Parce que le nombre de fois où on se demande si le médecin a augmenté ou diminué la posologie, ou si le patient a juste dit « je prends du 250 » au médecin et qu'il ne s'en souvient plus, etc. (...) Du fait que quand (le médecin) arrête un traitement (il) marque « arrêt de traitement, remplacé par ... », quand (il) augmente (il) écrit qu'(il) change de posologie, c'est bien écrit « augmentation de... », Ce support-là. »

3. Intérêts, dans la prise en charge du patient en ville, d'une collaboration entre le médecin de ville et le pharmacien d'officine.

a. Complémentarité entre le rôle du médecin et celui du pharmacien.

Le premier intérêt d'un échange entre le pharmacien et le médecin est la complémentarité des expertises, permettant une prise en charge plus optimale du patient, par le croisement des

connaissances, l'idée de l'échange étant de bénéficier des compétences de chacun, au service du patient. Il s'agit de l'intérêt le plus rapporté lors des entretiens

Cet échange est perçu comme un échange d'égal à égal, sans idée de hiérarchie dans les expertises. Le pharmacien apporte son expertise sur les médicaments, tandis que le médecin apporte son expertise sur l'état clinique du patient.

P4 : « D'égal à égal. Mais chacun son job ! (...) J'ai fait pharma, j'ai jamais voulu faire médecine (...), chacun à sa place, chacun a ses compétences et sa pierre à apporter à l'édifice, pour le patient au centre. (...) »

M2 : « Les pharmaciens n'ont pas les mêmes connaissances, on ne travaille pas sur le même terrain. (...) Je pense que les pharmaciens parlent bien des effets secondaires au patient. (...) Après je pense qu'il ne faut pas hésiter à prendre le téléphone pour faire remonter (des) informations et croiser nos pratiques et puis nos connaissances surtout. »

Certains professionnels interrogés intègrent également l'infirmière ambulatoire dans ces échanges, notamment par rapport à leur expertise sur les plaies et pansements, mais aussi parce qu'elles sont au contact du patient, souvent à domicile, parfois quotidiennement.

P4 : « Je me sens aussi d'égal à égal avec un infirmier... alors ok il a peut-être fait moins d'étude, mais on s'en fout quoi, il est le pro dans les pansements, certains soins, et voilà quoi. Pour moi c'est d'égal à égal, toutes les professions de santé apportent leur pierre à l'édifice. Dans une maison il y a besoin d'un salon, d'une cuisine, d'une salle de bain, d'une salle à manger, d'une chambre, et tout est indispensable. »

Cette complémentarité des expertises permettrait une meilleure adaptation des traitements et une prise en charge plus optimale.

P3 : « La dernière fois on avait un antihypertenseur qui était dosé fortement, donc on voit avec le médecin, on a un échange avec lui et il peut nous expliquer que lui il est obligé de faire comme ça. C'est quand même beaucoup plus agréable quand on peut discuter. »

b. Sécurité du parcours de soins

Corolaire du point précédent, le deuxième intérêt le plus fréquemment cité est celui de la sécurité du parcours de soins.

Le pharmacien a certaines connaissances sur le dossier d'un patient, que le médecin n'a pas, et inversement.

P1 : « On a un historique supplémentaire qu'il n'a pas forcément. Et c'est bien qu'il l'ait. Et au-delà de ça, ça permettra de voir plus facilement si un patient prend bien son traitement. »

Croiser ces informations permet de repérer plus facilement des mésusages, inobservances, ou effets indésirables, assurant une prise en charge optimale du patient.

P2 : « (Les échanges avec le médecin servent) surtout à assurer une sécurité optimale dans le parcours de soin, en assurant le maximum d'effets bénéfiques du traitement, et le minimum d'effets indésirables. »

Les échanges réguliers entre les différents professionnels de santé, y compris les infirmières en ambulatoire, permettent également d'assurer la sécurité du patient en repérant tout évènement aiguë ou complication d'une pathologie chronique.

P6 : « C'est le cas classique du patient qu'on ne trouve pas dans son état normal, on appelle l'infirmière qui est passée au matin, pour savoir comment elle l'a trouvé, elle nous dit que, oui, il n'est pas dans son état normal mais qu'elle a appelé le médecin qui passera dans la journée. C'est vraiment un trio. »

c. Facilite la formation médicale continue

Des échanges réguliers permettent aussi d'échanger sur les dernières données scientifiques, notamment par rapport à de nouvelles indications d'une molécule, des découvertes de nouvelles interactions, ou simplement l'apparition de nouvelles galéniques pour un traitement donné.

M6 : « Une réunion avec le pharmacien et qu'il nous remette à jour avec les interactions, où, nous, parfois on n'a pas vu, ou on n'a pas été mis au courant, ils sont beaucoup plus au fait que nous sur les changements de notice, de galénique, toutes ces choses-là (...). On pourrait faire de temps en temps une réunion où le pharmacien nous remettrait à jour les dernières interactions. »

P2 : « C'est aussi le rôle du pharmacien d'appeler le médecin, et de lui dire que ça a changé. »

Le pharmacien peut également apporter son aide au médecin lors de la prescription d'un traitement dont il ne connaît pas bien les modalités, ou lorsqu'il doit substituer un des traitements de son ordonnance, pour une raison quelconque, notamment lors d'une rupture de stock.

P2 : « J'ai eu un jeune médecin remplaçant cette semaine, une prise en charge avec du CURACNEE où il avait fait n'importe quoi, parce qu'il ne savait pas. Du coup je l'ai appelé pour lui donner les modalités de prescription et de délivrance, et il m'a remercié de l'avoir appelé, qu'il ne savait pas et qui se sentait perdu vu le nombre de choses qu'il fallait faire. On lui a tout expliqué sur la surveillance à faire, et ça c'est très bien passé. »

P4 : « Et puis nous, l'idée, c'est que, quand on appelle un médecin, on lui propose une solution, de pas dire « bah ça on ne peut pas, on fait quoi ? », parce que ça, non, (...), on apprend à proposer une solution, « est ce qu'on peut proposer ça, j'ai ça en stock, je peux donner ça ». »

4. Axes d'amélioration des relations interprofessionnelles

a. CPTS et MSP

La majorité des participants cite les regroupements, que sont les CPTS et/ou les MSP, comme un axe important d'amélioration des échanges interprofessionnels et de nos habitudes d'exercice.

M6 : « Il faudrait modifier quelque chose, et c'est la place des regroupements pluridisciplinaires que sont les MSP, on attend que ça, de réussir à mettre en place des prises en charge pluridisciplinaires, et que les MSP puissent valoriser ça. L'avenir et dans ça, et j'en suis convaincu aussi, la place accordé à ça, elle n'est pas suffisante. »

Ils permettent de faciliter les échanges pluridisciplinaires et de gagner du temps. Certains participants pensent même que, dans un futur proche, la MSP sera la nouvelle norme.

M3 : « On crée une maison de santé pluridisciplinaire ici au cabinet, avec la pharmacie, donc le pharmacien en fera partie. Donc là, on aura des échanges plus fréquents, par rapport à la prévention etc., voilà. (...) En gain de temps, en communication, voilà. L'idéal en fait, ça serait qu'il y ait des MSP partout. »

Les MSP facilitent également l'organisation de réunion entre les différents professionnels qui en sont membres.

P3 : « Organiser quelque chose régulièrement dans les maisons de santé, ça c'est sûr que c'est le truc idéal. »

Les CPTS sont un autre mode de regroupement, qui permet également de favoriser les échanges, mais de manière plus large, avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire de la CPTS, à condition qu'ils en soient membres.

P2 : « Dans notre secteur on lance la CPTS, et du coup on se connaît tous, toutes les équipes pluridisciplinaires, infirmière kiné, tous, et c'est vachement intéressant. »

Les CPTS permettent aussi de mettre en place divers projets à l'échelle du territoire, notamment sur le sujet de la détection de la fragilité chez les personnes âgées, ou d'organiser plus aisément la mise en place, par exemple, de la campagne de vaccination COVID 19.

P5 : « On a fait une CPTS, beaucoup de médecins de par chez nous y sont, d'autres continuent d'arriver, mais il n'y a pas vraiment d'actions qui ont été mises en place, en dehors d'un centre de vaccination pour le COVID, ça demande beaucoup de temps, et du coup tout le reste a été mis en dormance alors qu'on était bien parti pour faire des choses. Un des axes de la CPTS était justement la détection de la fragilité et l'action sur les personnes âgées. »

b. Aménager un temps d'échange

La majorité des professionnels de santé interrogés apprécieraient qu'il y ait plus d'échanges interprofessionnels.

M5 : « Je pense qu'on n'échange pas assez suffisamment, et on ne communique pas assez souvent avec des pharmaciens pour avoir une prise en charge optimale. »

Certains participants pensent qu'un temps d'échanges interprofessionnels, entre les médecins et pharmaciens, pourrait être mis en place. Ce temps d'échanges pourrait prendre la forme d'une réunion qui aurait lieu régulièrement, ou à la demande d'un des professionnels de santé.

M6 : « Après, est ce qu'il faudrait qu'on fasse une réunion une fois par mois, que le pharmacien nous signale, nous rappelle les interactions médicamenteuses ? Ça pourrait être intéressant de faire ça toutes les 4 à 6 semaines ! »

P3 : « Des petites réunions potentielles quand l'un ou l'autre a besoin sur un patient, ou quand on sent que sur un patient on pourrait avoir un échange... »

P6 : « ce que j'aimerais bien mettre en place, c'est un temps d'échanges en fin de journée, avec le médecin, pour dire « voilà, je pense qu'il faudrait mettre ça en place », etc. »

Ces échanges réguliers permettraient d'éviter, et de récupérer, certaines erreurs de prescriptions, ou de délivrance, plus facilement.

M1 : « J'essaye de faire attention quand je fais ma prescription, mais il y a des trucs qui peuvent passer au travers, le pharmacien il est formé, ou il y a son logiciel qui lui dit « bah, tiens, ça c'est un peu bizarre », bah du coup l'information elle remonte au médecin, un canal direct comme ça. »

c. Pouvoir déléguer certaines tâches

Pour faciliter la mise en place d'un temps d'échanges, libérer du temps en déléguant certaines tâches est une des solutions qui a été abordée lors des entretiens. Le fait de déléguer certaines tâches serait notamment possible, pour les pharmaciens, via les préparateurs en pharmacie, que ça soit pour libérer du temps au pharmacien titulaire ou accélérer la préparation d'un dossier à présenter au médecin.

En revanche, le médecin n'a pas d'assistant médical à qui déléguer certaines tâches.

P4 : « Parce que, autant un médecin, souvent il est tous seul, alors que moi, j'ai des préparateurs, qui n'ont pas le diplôme de pharmacien, mais qui, sur certains aspects, ce sont de vrais assistants. Et demain, on parle d'assistants médicaux pour les médecins généralistes, bah en gros ça serait l'équivalent de nos préparateurs. (...) Parce qu'il y a deux choses dans la iatrogénie, il y a, déceler la iatrogénie, et après, la résoudre, il y a deux étapes. Donc déjà, rien que de la déceler, ça peut être fait par plusieurs types de personnes, et pas que des pharmaciens ou médecins »

d. Incitation financière

La mise en place d'une incitation financière pourrait être une solution pour augmenter l'intérêt des professionnels de santé à échanger autour d'un patient.

P4 : « Pour pouvoir faire ce genre de chose, bah faut que ça fasse partie aussi de leur rémunération, parce que tous les professionnels de santé, quand ils ne sont pas en train de bosser, que ça soit au comptoir, en consult'... ils ne sont pas payés... donc comment est-ce qu'on rémunère ces activités. »

5. Les freins aux échanges interprofessionnels

a. Surcharge de travail

Le premier frein identifié, qui semble faire l'unanimité parmi les participants, c'est le manque de temps dédié aux échanges interprofessionnels dans les agendas de chacun, du fait, notamment, de la surcharge de travail de chaque professionnel de santé.

M1 : « Mais aujourd'hui, par rapport au peu de temps libre qu'on a les uns les autres, caler un appel vite fait « c'est madame machin qui a eu ça, je suis un peu embêté parce qu'il y a ça », ça ne me semble plus gérable. »

P4 : « Ils sont aussi souvent overbookés, et que souvent, prendre le temps de faire le point sur le traitement, tant que c'est « pas grave » bah on ne prend pas ce temps-là. »

Cet état de fait serait également à prendre en compte dans tout axe d'amélioration des relations interprofessionnelles, une solution chronophage ne pourrait être appliquée dans les pratiques courantes et serait, donc, inefficace, par manque de temps à y consacrer.

M2 : « On pourrait l'améliorer si on avait un dossier partagé éventuellement, mais ça ferait un truc à remplir, ça devient infernal. »

M1 : « Après, attention, j'ai participé à des tas de trucs, des RCP, des trucs supers sophistiqués, alors on fait un truc, une confrontation autour du patient, de l'infirmière personnelle, de la famille, du médecin... ouai c'est gentil... ça c'est le monde des bisounours, je ne sais pas qui va pouvoir le faire.

Après il ne faut pas pour autant s'en désintéresser. »

b. Peur de déranger

Une majorité des pharmaciens interrogés expliquent qu'un des freins aux échanges interprofessionnels, notamment par téléphone, dans les pratiques courantes, est la peur de déranger le médecin.

Cette crainte de déranger peut varier en fonction du médecin à appeler. Cette peur de déranger est notamment moins présente lorsqu'il s'agit d'appeler un jeune médecin.

P3 : « On ose pas forcément toujours aller déranger le médecin forcément, et je dirais que les échanges ne sont pas toujours faciles. Avec la nouvelle génération, je dois dire que c'est un peu plus facile, un peu plus aisé. Mais on n'ose pas tout le temps, je pense que c'est une question de « oser ». »

c. Variabilité interindividuelle

Si la majorité des professionnels interrogés portait un grand intérêt aux échanges interprofessionnels et aux prises en charges transversales par la collaboration médecin-pharmacien, certains participants pensent que certains de leurs confrères, médecins ou pharmaciens, y portent un intérêt moindre.

P2 : « Je pense qu'il y a aussi certains pharmaciens qui ne font pas leur travail jusqu'au bout, parce que si le médecin ne sait pas, c'est aussi le rôle du pharmacien d'appeler le médecin, et de lui dire que ça a changé »

Cette participation des pharmaciens dans la prise de décision sur le choix d'un traitement, notamment lors des révisions d'ordonnances, est aussi parfois perçue comme intrusive par les médecins, avec une crainte, à terme, de perte de liberté dans les prescriptions.

M4 : « Ce qui m'énerve, (...) c'est qu'on fait faire de la médecine aux pharmaciens (...). Je trouve que les jeunes médecins perdent beaucoup, des pans entiers de leur activité »

P2 : « C'est une remise en cause de leur prescription, il y en a qui n'aime pas. S'ils sont ouverts, ça permet de discuter, mais avec certains on ne pourra pas le faire, alors que d'autres seront très contents d'en parler et d'avoir un « autre œil ». »

d. Mode de rémunération des pharmacies

Plus rarement, c'est le mode de rémunération des pharmaciens qui est considéré par certains participants comme un frein aux échanges interprofessionnels, puisque le pharmacien est, avant tout, rémunéré à la vente.

M1 : « Si on veut progresser, il faut qu'on donne envie aux gens de le faire, et il faut qu'il y ait un intérêt. Moi ce qui m'embête c'est qu'avec un pharmacien on ne partage pas la même unité de pensée, puisque, eux, ils ont besoin de vendre beaucoup, et nous on a besoin de diminuer la quantité de médicaments chez nos personnes âgées ».

De plus, ce mode de fonctionnement peut favoriser une forme de nomadisme médicale, où le patient ira où le pharmacien sera le plus conciliant par rapport à ses demandes.

P4 : « Vous allez à la pharmacie qui vient d'ouvrir, eux ils veulent juste avoir des patients, ils vont dire oui »

D. Les échanges Ville – Hôpital

Un des axes d'amélioration souvent cité est celui de l'amélioration de la transition entre une hospitalisation et le retour à domicile.

P3 : « Déjà le lien « ville-hôpital », surtout les différences avec les traitements de sorties. Je trouve que le suivi entre ville et hôpital, il n'est pas forcément au top... »

Le manque de communication entre l'officine de ville ou le médecin traitant et l'hôpital est source d'erreurs potentiellement iatrogènes, certains patients sortant parfois sans courrier de sortie et/ou sans ordonnance de sortie.

P5 : « La sortie d'hôpital c'est le point noir qu'on n'arrive jamais à résoudre. (Il faudrait) que les sorties d'hôpital elles soient claires, avec une ordonnance d'au moins 5j, que le patient n'arrive pas à l'officine à 14h, en nous disant « voilà, je sors de l'hôpital, on m'a changé tout mon traitement, mais je ne sais pas, je n'ai pas pu voir mon médecin traitant, et je ne peux pas le voir avant 3-4 jours, je n'ai pas de courrier de sortie ». (...) Ça fait partie pour moi des axes d'amélioration, c'est que, dans ce circuit de sortie du patient de l'hôpital, ça doit être obligatoire que le patient sorte avec ses prescriptions de sorties pour 5j, et un courrier, même s'il est temporaire, mais au moins avec ce que doit faire le patient à la maison, et à destination du médecin, et pourquoi pas, du pharmacien, parce qu'en général, quand ils sortent de l'hôpital, ils viennent nous voir quoi.

Il s'agit d'un axe d'amélioration sur lequel travaillent déjà certaines CPTS.

P2 : « ils ont axés leur axe préventif sur la coordination médecin de ville avec l'hôpital. Parce que, par exemple, il y a des courriers qui se perdent, on a pas les ordonnances de sortie, pas les ordonnances de stup'. »

E. Les visites à domicile

Les visites à domicile, d'après certains participants, sont potentiellement vectrices de iatrogénie.

Ces visites, de par le fait que le médecin n'est pas dans son cabinet, sont parfois tracées dans le dossier du patient a posteriori. Le traçage des consultations à domicile n'est pas toujours optimal et peut amener à des erreurs.

P1 : « Le problème souvent, c'est qu'on constate que le médecin n'a parfois pas toujours le temps de tout tracer, notamment les VAD »

Ces visites sont parfois déléguées, quand il y en a un, à l'interne, ce qui peut amener des erreurs dans le traçage des visites.

P1 : « les erreurs, notamment chez les médecins informatisés, ça va être le traçage des VAD, surtout s'ils ont des internes ou des étudiants, qui, parfois, y vont à leur place. »

Lorsqu'un médecin part en visite à domicile, il existe un risque d'erreur lors de la réalisation de l'ordonnance du patient, notamment de recopiage, ou d'omission.

P2 « Ils n'ont pas la dernière ordonnance pour recopier, bah... ils sont un peu embêtés, parce qu'ils ne se rappellent plus, et surtout quand ils sont au domicile du patient »

Aussi, lors d'une visite à domicile, le médecin se trouve dans l'intimité du patient, ce changement de cadre peut influencer sur les décisions prises à l'issue de la consultation. La décision de prescrire un traitement n'est plus prise uniquement à travers un raisonnement médical objectif, pouvant amener à une sur-prescription.

M1 : « Quand tu es dans la relation intime avec un patient qui va être dans les doléances, les trucs, les machins, t'as plus tendance à, vouloir lui rendre service, à vouloir lui prescrire quelque chose. »

F. S'adapter au Patient

1. *Bien connaître l'historique et les antécédents du patient*

Pour certains participants, l'un des principaux axes d'amélioration dans la prévention du risque de la iatrogénie est dans la connaissance de l'histoire clinique du patient.

La connaissance des antécédents médicaux, notamment les défaillances d'organes, de ses analyses biologiques, et de ses intolérances et allergies, permet de mieux adapter sa prise en charge, et les traitements qui lui seront proposés.

M2 : « les antécédents du patient sont importants au niveau de la physiologie, (...), surtout les défaillances d'organes, insuffisance rénale, cardiaque, hépatique. Et puis ne pas hésiter à faire un contrôle biologique régulier »

P4 « Alors, après, faut aussi avoir tout l'historique, parce que des fois, oui, on va peut-être mettre tel médicament parce qu'en fait celui de première intention il ne le supporte pas, donc on va avoir besoin de toute cette histoire en fait. »

2. *Informé et éduquer le patient*

Lors d'une consultation au cabinet du médecin, ou lorsque le patient va voir son pharmacien, le patient peut être dans l'attente d'un traitement visant à soulager un symptôme. Il est donc nécessaire, pour éviter la sur-prescription de traitements, de dialoguer avec le patient.

P4 : « Si vous recevez quelqu'un qui a un problème et que vous lui dites « alors, faites du sport, mangez équilibré, faites ceci, faites cela », et qu'il n'y a pas un médicament sur l'ordonnance, il va se dire « c'est bon quoi ». Il y a une forte attente du médicament, il y a aussi une forte éducation de la population à faire. »

L'envie de répondre aux doléances du patient peut également amener à sur-prescrire des traitements.

M1 : « Quand tu es dans la relation intime avec un patient qui va être dans les doléances, les trucs, les machins, t'as plus tendance à vouloir lui rendre service, à vouloir lui prescrire quelque chose. »

Il faut donc sensibiliser le patient à la notion de bénéfice-risque, un nouveau symptôme n'étant pas synonyme de nouveau traitement.

Lors des entretiens, la notion d'information sur les effets indésirables et les modalités d'usage des différents traitements est revenue régulièrement. Il semble intéressant d'éduquer le patient à respecter les modalités d'utilisation de ses traitements, et à savoir repérer leurs effets indésirables

M4 : « Après toi tu dois informer le patient, de pas dépasser les posologies, de pas prendre ça n'importe comment... »

Ces informations sont souvent répétées par les pharmaciens, en adaptant l'information à l'interlocuteur, pour en faciliter la compréhension. Certains des pharmaciens interrogés déplorent, cependant, le manque d'intérêt de certains patients quant aux informations de bon usage des médicaments.

P6 : « Il faudrait que les patients soient plus assidus. Non, mais après c'est parce que c'est un peu frustrant quand on a passé du temps à expliquer, je fais des généralités, il y a aussi des patients qui écoutent... Mais en fait j'ai l'impression que quand ils viennent à l'officine, il faut que ça soit rapide, et c'est un peu frustrant, parce qu'on a l'impression qu'ils ne nous écoutent pas... (...) Mais c'est au pharmacien de prendre « le temps de », et puis après le patient il prend ce qu'il veut. Mais nous au moins, on transmet l'information, on prend du temps au comptoir, d'avoir les mots qu'il faut pour chaque médicament, sans citer le VIDAL non plus, mais dire les choses, que ça soit le plus claire possible, et percutant. J'essaye toujours de trouver des mots simples pour le patient, pas partir dans des termes médicaux qu'il ne comprend pas... »

Un des médecins interrogés suggère que ces informations soient délivrées sous forme écrite au patient, quand cela est nécessaire, sur l'ordonnance, en complément de la posologie, ou via une fiche complémentaire.

M3 : « on pourrait l'améliorer... Bah peut être en notant directement sur l'ordonnance, les effets indésirables... Ou en faisant une fiche complémentaire qu'on fait au patient en même temps que l'ordonnance. »

3. Anamnèse rigoureuse

L'interrogatoire est cité par certains participants comme le premier facteur permettant d'éviter la iatrogénie chez un patient. Il permet de repérer les symptômes de mauvaise tolérance d'un traitement. Aussi, bien connaître son patient et ses antécédents semble être un travail préliminaire important pour optimiser les traitements du patient.

P4 : « Alors, après, faut aussi avoir tout l'historique, parce que des fois, oui, on va peut-être mettre tel médicament parce qu'en fait celui de première intention il ne le supporte pas, donc on va avoir besoin de toute cette histoire en fait. (...) Mais je pense vraiment que l'optimisation des ordonnances, elle arrive « en dernière étape », il faut avoir bien monté tout l'escalier avant, avoir bien l'historique, bien connaître tout son histoire, et se dire, on va pouvoir faire du ménage. »

G. La formation personnelle

L'amélioration de la formation par rapport à la iatrogénie, d'après certains participants, permettrait de diminuer la iatrogénie.

Cette amélioration de la formation doit concerner l'ensemble des professionnels de santé ambulatoire.

M1 : « c'est pour moi la plus grosse difficulté, (...), c'est au moins la iatrogénie médicamenteuse. (...) Il faut, déjà, une formation en amont, que ça soit des médecins, mais aussi de tous les intervenants qui entrent dans la prescription.

Pour diminuer la iatrogénie, il est également important de parfaire ses connaissances sur le métabolisme des médicaments, et les spécificités physiologiques des personnes âgées, ou des patients avec une défaillance d'organe.

M2 : « La connaissance du métabolisme des médicaments c'est important aussi, surtout chez les sujets âgés. Prendre en compte les défaillances d'organes chez le sujet âgé, notamment les insuffisances rénales, qui sont quand même très fréquentes. »

Les formations présentiellelles semblent être une solution pour améliorer les connaissances, en iatrogénie, des professionnels de santé libéraux.

M5 : « Je reste persuadé que des formations présentiellelles sont quelque chose de toujours valable dans notre métier. C'est à dire qu'il faut commencer à être formé, et du coup avoir des séminaires de iatrogénie. »

V. Le bilan partagé de médication

A. Représentation de la conciliation médicamenteuse

1. Chez les pharmaciens

La totalité des pharmaciens interrogés avaient, de près ou de loin, déjà entendu parler du concept de conciliation médicamenteuse.

Certains ont eu l'occasion de réaliser des BPM par le passé, d'autres ont eu l'occasion de réaliser des BPM lors de leur stage d'officine de sixième année, ou des BMO lors de leurs stages hospitaliers, voire en ont eu connaissance lors de formations dédiées ou de leur auto-formation via e-learning, dans le cadre de leur Formation Médicale Continue.

P2 : « J'en ai fait quand j'étais à l'hôpital, quand j'étais externe. Je ne sais pas la définition exacte, mais c'est avec le patient, via un questionnaire, et vérifier que tout est en adéquation sur le traitement. »

P4 : « Moi j'ai mes sixièmes années de pharma qui font les entretiens pharmaceutiques, déjà. Mais ce serait bien de la mettre en place, de manière pérenne. »

P6 : « Je connais un petit peu, je m'étais plongé dessus pendant mon congé maternité, j'avais même fait des fiches. »

Le concept de conciliation médicamenteuse était connu de la totalité des pharmaciens interrogés et faisait l'unanimité parmi eux.

2. Chez les médecins

Presque aucun des médecins interrogés n'avait connaissance du concept de conciliation médicamenteuse, indépendamment de leur intérêt porté aux concepts de prise en charge pluridisciplinaire et de collaboration entre professionnels de santé libéraux.

A l'explication de la définition du concept de conciliation médicamenteuse, la plupart des médecins interrogés affirment avoir déjà reçu des courriers de sortie d'hospitalisation comprenant les résultats détaillés de la révision de l'ordonnance du patient, celle-ci pouvant s'apparenter à une forme de conciliation médicamenteuse.

Un seul des médecins interrogés n'adhère pas au principe de conciliation entre le médecin et le pharmacien.

M4 : « On sort du sujet par rapport au travail du pharmacien (...), c'est un traitement qui est donné par rapport à un diagnostic, du coup je ne vois pas pourquoi le pharmacien irait remettre en cause le traitement par rapport au diagnostic... »

Un seul des médecins interrogés avait déjà effectué un BMO dans le cadre d'une conciliation médicamenteuse, dans un organisme de moyen séjour.

M1 : « je trouvais ça assez sympa, il y avait un tableau qui était à la fin du courrier, avec les médicaments à l'entrée, la discussion qu'il y avait, donc le bilan, et la décision finale de se dire « bah ça on le continue, on le continue pas, ou on rajoute quelque chose ». »

Ce même médecin effectuait également des conciliations médicamenteuses, mais dans une forme différente, avec les infirmières de son EHPAD.

M1 : « La conciliation médicamenteuse, le seul endroit où j'en vois vraiment une, c'est en EHPAD. Parce que, en fait, nous, on fait nos prescriptions, et le logiciel de prescription, il est au sein de l'EHPAD, ce qui veut dire que, à chaque fois que je veux faire une ordonnance, elle va passer par l'infirmière de l'EHPAD, avec qui on va discuter et avec qui il va y avoir une discussion, on va valider la prescription. Donc c'est le seul endroit, aujourd'hui où j'ai une conciliation. (...) Après on n'a pas vraiment de conciliation avec le pharmacien. »

La totalité des médecins interrogés porte un grand intérêt aux conclusions des BMO qu'ils reçoivent de l'hôpital, et aux modifications de traitement qui en découlent.

M5 : « Non, c'est quelque chose qui me parle fortement, de pouvoir améliorer la prise en charge du patient par des expertises, qui d'ailleurs ne sont pas possibles par un médecin généraliste, enfin je veux dire que faire une analyse de iatrogénie que c'est assez difficile, et l'aide d'un pharmacien est plutôt une très bonne idée, c'est bien. »

3. Le BMO dans les pratiques courantes

Le BMO, dans le cadre de la conciliation médicamenteuse hospitalière, est, pour la majorité des participants interrogés qui avaient déjà entendu parler du concept de conciliation

médicamenteuse, l'exemple de conciliation médicamenteuse le mieux connu, voire le seul dont ils ont connaissance.

P1 : « Déjà actuellement, de la manière que c'est fait, c'est uniquement fait à l'hôpital. »

P4 : « D'ailleurs des fois c'est fait quand les gens se retrouvent à l'hôpital, souvent c'est fait à ce moment-là. »

Certains participants ayant déjà participé à une conciliation médicamenteuse, dans le cadre d'un BMO, déplorent le manque de sécurisation des échanges sur le patient, notamment l'utilisation fréquente de moyens de communication non sécurisés.

P1 : « Le problème c'est que, même si je trouve ça très bien qu'on fasse des interventions de conciliation médicamenteuse à l'hôpital, c'est qu'on a souvent un interne, voire, souvent, un externe, qui appelle et qui demande « est-ce que vous pouvez m'envoyer l'ordonnance ». Du coup, niveau sécurisation c'est « zéro ». On leur envoie du coup par fax, mais niveau sécurité on préférerait utiliser un mail sécurisé ! »

P4 : « On m'appelle, par téléphone, « bonjour, c'est quoi son traitement ». Alors bon, je le fais par ce que le pauvre externe de pharmacie qui est au bout du fil et à qui on a dit « bah voilà t'as un paquet », donc on le fait. Mais c'est vrai qu'on est quand même limite. On a des fois des appels de société de recouvrement qui cherche en fait des renseignements sur la personne. »

Si les médecins interrogés reçoivent les conclusions des BMO, au moins sur les courriers de sortie d'hospitalisation qui leurs sont adressés, et y portent grande attention, les pharmaciens

interrogées ne se souviennent pas en avoir reçu un seul, et aimeraient également recevoir les conclusions des BMO, au même titre que les médecins.

P3 : « C'est vrai que c'est très bien quand il y en a une, mais je dois vous avouer que je n'ai jamais reçu de conclusion quand il y a une conciliation médicamenteuse qui a été faite. »

P4 : « J'ai jamais reçu de conclusion, ou alors je m'en souviens pas, mais dans ce cas c'est très très très rare... »

B. Etat des lieux de la mise en place du BPM parmi les participants

Parmi les professionnels interrogés, seuls les pharmaciens avaient déjà entendu parler du BPM. Certains en ont réalisé, d'autres se sont formés à leur réalisation sans forcément avoir concrétisé la formation sur le terrain par la suite, les pharmaciens les plus jeunes ont eu l'occasion d'en réaliser durant leur cursus universitaire.

P3 : « Nous, au niveau de la pharmacie, on a des bilans de médication partagés. »

P5 : « Moi j'ai fait une formation à la faculté de pharmacie sur le bilan partagé de médication, il y a deux ans. J'ai trouvé ça génial. »

D'après les participants ayant déjà réalisé des BPM, les BPM se font par les pharmaciens, en collaboration avec les médecins. Ils croisent leurs informations autour de patients cibles, proposés par le pharmacien.

P1 : « On se voyait avant avec le médecin, je lui proposais des patients, on en discutait, et il me donnait des éléments que je n'avais pas forcément avant »

Un seul des pharmaciens explique réaliser des BPM dans sa pharmacie. La majorité des autres pharmaciens affirment ne pas en réaliser pour le moment, mais comptent les mettre en place d'ici quelques temps.

P6 : « c'est quelque chose que je compte développer l'année prochaine. Mais je m'étais déjà penché un peu dessus, par rapport à quel plan suivre, analyser l'ordonnance, faire un plan de posos, analyser l'observance, la iatrogénie, les effets indésirables, et puis après, faire un compte rendu pour le médecin traitant. »

L'ensemble des pharmaciens interrogés appréciait ce dispositif, notamment car il permet de réaffirmer la place du pharmacien d'officine dans les parcours de soins.

P6 : « Pour moi, c'est vraiment nous recentrer, je parle du côté pharmacien, en tant qu'acteur de santé de premier recours, recentrer notre travail au cœur du patient. De toute façon, avec les nouvelles missions qui nous sont et qui nous seront attribuées, je trouve ça extrêmement important, très utile, et ça fait partie de notre métier. »

En revanche, un des pharmaciens explique avoir tenté de le mettre en place, sans succès, car il trouve le dispositif encore trop peu adapté à nos modes d'exercice, de par sa complexité et le manque de temps à le mettre en place.

P5 : « Le premier patient que j'ai voulu faire, parce que ça me paraissait plus simple, et qu'on est toujours débordé à la pharmacie, c'était mon père, qui a 79 ans. J'ai choppé toutes ses données il y a deux ans, et puis je n'ai jamais mis en forme, je ne l'ai jamais interrogé, je lui ai dit « donne-moi toutes tes données, tous tes bilans, toutes tes prescriptions », j'ai tout regardé, et après je devais faire l'entretien, et en gros, ce n'est pas bien, mais je l'ai jamais fait. Et dans ma patientèle, je n'ai jamais trouvé le timing pour le mettre en place. Parce que je trouve ça super comme idée, la formation, j'ai adoré, par contre, ce n'est pas un format à l'heure actuelle, tel qu'on l'enseigne, tel qu'on le propose, adapté à la ville. »

Aucun des médecins interrogés n'avaient entendu parler du BPM. Cependant, la majorité d'entre eux accepteraient d'être acteur dans sa mise en place, s'ils étaient sollicités par le pharmacien.

M1 : « C'est indispensable, le regard de l'autre nous fait progresser, et nous fait toujours réfléchir. (...) Donc je pense que, de toute façon, des expérimentations comme ça, elles sont profitables à tout le monde. »

M2 : « Si on me sollicite, je pense que ça pourrait être intéressant. »

M5 : « Faire une analyse de iatrogénie que c'est assez difficile, et l'aide d'un pharmacien est plutôt une très bonne idée, c'est bien. »

Ils y voient notamment un intérêt pour les patients âgés fragiles, le BPM représentant une potentielle aide à la déprescription et à l'optimisation du traitement du patient.

M6 : « Ça serait intéressant pour tous les patients âgés, qui sont parfois encore sous statines, sous neuroleptiques, ou neuroleptiques apparentés, avec d'autres traitements, et ils sont aussi parfois encore sous anticholinestérasiques, comme la MEMANTINE et compagnie, dont je ne vois plus trop l'intérêt. Ça serait intéressant surtout pour ces classes de traitement là, les hypolipémiants, les sédatifs, les anticholinestérasiques, et quelques fois aussi les antiarythmiques dont on perçoit plus trop l'intérêt. »

C. Intérêts de la mise en place du BPM

Le but d'un BPM est l'optimisation de traitement, notamment par la révision d'ordonnance.

D'après les pharmaciens ayant déjà réalisé des BPM, cette optimisation ne s'arrête pas à une simple déprescription.

Les BPM permettraient aussi aux patients d'aborder des sujets qu'ils abordent peu, ou pas, en consultation ou au comptoir de l'officine. L'intérêt du BPM est donc de prendre en charge des problèmes qui, autrement, n'auraient peut-être jamais été abordés.

P2 : « Ce n'est pas forcément toujours les mêmes points qu'ils vont aborder. Ça change du médecin et du pharmacien, c'est un autre cadre pour eux. (...) Ça leur parle un peu plus en leur ramenant les boîtes et en leur demandant s'ils connaissent, c'est un autre cadre. »

Les BPM permettent notamment d'améliorer l'observance d'un traitement en abordant des problèmes comme celui de la galénique, qui peut parfois poser problèmes.

P2 : « Des fois c'est des trucs tout bête comme « je n'arrive pas à avaler ce comprimé là parce qu'il est gros ». Ça permet d'apprendre des choses intéressantes, comme « ce comprimé est trop gros » ou « je n'arrive pas à casser l'ampoule ».

De manière générale, le BPM semble efficace dans le repérage des inobservances.

P1 : « Et pour 2 patients sur 5, il y en a un où on a bien compris que le patient ne prenait pas du tout un de ses traitements, et un autre qui prenait très mal son traitement. »

Les patients semblent apprécier la réalisation des BPM.

P2 : « Déjà les patients aiment bien, parce que c'est une autre façon de parler de leur traitement ».

D. Les axes d'amélioration du BPM

1. Développement d'un outil informatique dédié

La nécessité d'un outil logiciel adapté au BPM a été évoquée. Intégrer le BPM dans les logiciels métiers permettrait de gagner du temps, en facilitant les démarches, voire même en automatisant certaines parties du BPM, notamment dans la préparation des dossiers et le repérage des patients à risque pour qui un BPM pourrait être proposé.

P5 : « Moi je rêve que nos logiciels de gestion d'officine arrivent à nous intégrer ça avec des choses intelligentes, pratiques, de manière à ce qu'on puisse faire ça peut être en 25min la première fois, et puis, une fois qu'on aura l'habitude, peut-être en 15 minutes. (...) Je trouve ça super sur le papier, mais je trouve qu'on devrait avoir des mécanismes qui soient plus informatisés, réflexes, de manières à nous orienter rapidement sur des prises de décisions. (...) Si on avait les logiciels qui permettent (...) de sélectionner les patients dans notre patientèle rapidement. C'est-à-dire je vois un patient, et là le logiciel me dit qu'il est éligible parce qu'il a déjà analysé des choses par rapport à nos prescriptions, parce qu'on a une base de données sur les patients qui est énorme, on gagnerait du temps. »

Cette intégration dans les outils logiciels ne pourra se faire efficacement qu'à condition que les logiciels métiers soient compatibles entre eux, d'une profession à une autre, d'un cabinet à un autre, ou d'une officine à une autre. Ces logiciels devront aussi permettre les échanges de données entre professionnels de santé.

P2 : « Dans nos outils métiers, déjà, ça serait bien qu'on ait les mêmes, parce que finalement les pharmaciens n'ont pas du tout les mêmes logiciels, pas les mêmes développeurs, et ça c'est un frein. »

2. Alléger le dispositif

L'ensemble des professionnels de santé ayant déjà eu une expérience dans la réalisation d'un BPM s'accordent sur le fait qu'il devrait être allégé.

Il pourrait être allégé notamment en terme de fréquence d'entretien, qu'il faudrait, d'après certains, revoir à la baisse. La fréquence actuelle des entretiens alourdirait le dispositif pour les

pharmaciens y participant, les empêchant parfois de mettre en place le BPM de manière pérenne, par manque de temps.

P1 : « Le faire une fois par an et par patient, c'est trop, même le patient n'est pas forcément intéressé, et, finalement, en un an, bien souvent, il n'y a pas eu grand changement dans les traitements et l'état de santé du patient. Et je ne suis pas convaincu de l'utilité des bilans secondaires annuels, à la limite tous les 4-5 ans, mais tous les ans c'est trop. »

P5 : « Moi je trouve ça plutôt pas mal... Mais faire un truc d'une heure, d'une heure un quart avec un patient, 2 à 3 fois, c'est juste impossible, ça peut être possible dans d'autres pharmacies, mais dans la nôtre c'est impossible. »

Certains participants suggèrent également qu'une partie de ces entretiens puissent être délégués aux préparateurs en pharmacie, à condition d'une formation adéquate et de l'utilisation de questionnaires standardisés, avec des protocoles bien détaillés qui permettrait de faciliter le travail préparatoire des BPM.

P4 : « Si on peut élargir au reste de l'équipe, si on a des protocoles hyper détaillés avec des questions semi-ouvertes, que le questionnaire est bien fait, on peut déléguer. (...) T'as mené l'entretien, t'as pris les 2 ou 3 heures pour faire le dossier correctement, et après moi je valide, je reprends les point principaux, mais si tout s'est bien déroulé, bah ok, je signe, et je prends « la responsabilité de ». (...) Tout ça, ça pourra se développer si l'ensemble des équipes peuvent y être intégrer, et pas que le pharmacien. »

En ce qui concerne les professionnels n'ayant pas encore réalisé de BPM, certains médecins interrogés affirment être prêt à dédier une heure par mois de leur temps pour leur réalisation.

M3 : « je pense que ça pourrait s'intégrer dans ce cadre-là. 2h, tous les deux mois, on pourrait discuter de ça avec le pharmacien... »

3. S'appuyer sur les MSP et les CPTS

Certains des professionnels interrogés proposent d'intégrer les MSP et les CPTS dans la mise en place des BPM.

Cela faciliterait notamment l'intégration des médecins dans le dispositif et permettrait également de l'améliorer.

Au sein des MSP, le BPM pourrait s'intégrer lors des réunions de MSP, en proposant une réflexion pluriprofessionnelle, entre médecins.

Les CPTS pourraient également avoir un rôle de catalyseur dans la mise en place du projet.

M3 : « Je pense que, dans le cadre de la MSP, ça pourrait avoir un intérêt. Si on met la iatrogénie chez la personne âgée en fiche action, évidemment... lors de nos réunions pluriprofessionnelles, ça sera au cœur du sujet. (...) Après ça pourrait aussi se faire via la CPTS. Nous elle devrait voir le jour bientôt. »

Intégrer les BPM dans les MSP et les CPTS pourrait également en faciliter la valorisation.

P1 : « Pourquoi ne pas proposer aux maisons de santé de piloter ce genre de projet, dans sa mise en place, puisque c'est souvent à ce genre de structure que les ARS donnent des subventions. »

4. Mieux intégrer le BPM dans le parcours de soins

Le BPM est, théoriquement, à l'initiative du pharmacien. La prévention de la iatrogénie reste cependant un sujet d'intérêt pour les médecins. Avant de réaliser un BPM, certains médecins aimeraient, donc, pouvoir en discuter avec le pharmacien, voir ce qui les a interpellé.

M5 : « J'espère que s'il est au courant d'un certain degré de iatrogénie, j'y remédierai moi-même, donc du coup la moindre des choses qui peut leur paraître interpellant sur une de mes prescriptions, je serais même ravi d'être mis au courant, quoi! »

Une partie des médecins interrogés apprécierait que le BPM puisse être déclenché à l'initiative du médecin.

M3 : « J'ai rien que ça soit à l'initiative des pharmaciens, mais ça pourrait aussi être à notre initiative... »

En permettant aux médecins d'être à l'initiative de certains BPM, cela pourrait en faciliter la mise en place, et pérenniser le dispositif dans le parcours de soins.

P3 : « A la limite si c'était le médecin qui lançait l'envie de faire ça, il n'y aurait pas de soucis, on rentrerait dans le truc. »

E. Les freins à la mise en du BPM

1. Chronophage

Le BPM semble être, d'après les professionnels interrogés, assez lourd dans sa mise en place.

La mise en place du BPM nécessiterait une grande rigueur et beaucoup de temps.

P1 : « Ça avait pris du temps, et actuellement, les pharmaciens savent que c'est très long à mettre en place. Le problème c'est la mise en place, il faut du temps. (...) ça demande beaucoup d'exigence au début. »

Cette mise en place initiale complexe et chronophage peut parfois aboutir à l'abandon du projet.

Certains pharmaciens pensent même que, tel qu'il est proposé, le BPM n'est pas adapté à l'exercice de ville.

P5 : « Ce n'est pas un format, à l'heure actuelle, tel qu'on l'enseigne, tel qu'on le propose, adapté à la ville. »

D'après la majorité des participants ayant déjà réalisé un BPM, leur réalisation est également chronophage. Il s'agit du frein à la mise en place du BPM le plus fréquemment cité lors des entretiens.

P6 : « C'est hyper chronophage, donc quitte à le faire aux moments de fermeture de la pharmacie, ouvrir un peu plus tôt, dire au patient « vous venez à 8h30 », et on est une demi-heure tranquille à deux, au calme. Mais oui, c'est quelque chose qu'il faut développer. »

Le côté chronophage des BPM est également le premier frein évoqué par les médecins interrogés, indépendamment de l'intérêt porté au projet.

M1 : « Le seul souci dans tout ça, c'est que, tout ça, c'est chronophage »

M4 : « je ne veux juste pas passer du temps avec tout ça, sinon je n'aurais plus le temps de faire de la gériatrie. »

De leur côté, certains pharmaciens ont peur de rajouter du travail aux médecins par la réalisation des BPM.

P3 : « Après, les solliciter, on sait qu'il y a déjà beaucoup de boulot, et ils sont très pris, surtout dans le contexte actuel, on n'a pas envie d'aller rajouter une couche pour ça quoi. (...) Nous, on est plusieurs, il y aura toujours moyen de s'organiser. On peut gérer au niveau des plannings, c'est différents, alors que le médecin il est seul avec sa patientèle, plus tout ce qu'il y a à côté. »

2. Mieux valoriser le BPM

Certains professionnels de santé déplorent l'absence d'un organisme ayant une vision globale des dépenses de la santé, pour qui valoriser un projet visant à prévenir la iatrogénie permettrait de diminuer les coûts, en évitant des prises en charge coûteuses, secondaires à cette iatrogénie.

M1 : « Il y a énormément de projets qui sont intéressants, mais à un moment il y a la réalité de terrain qui devrait être prise en compte si tu veux. (...) Il y a un déséquilibre qui se crée, (...), alors que les systèmes anglo saxon sont beaucoup plus performants à ce niveau là parce qu'il y a une vision globale de la santé. C'est-à-dire que si tu luttas contre la iatrogénie, tu vas diminuer des frais qui sont la conséquence de la iatrogénie, et tu vas diminuer les frais parce que tu vas donner moins de médicaments puisque tu vas déprescrire des médicaments qui pourraient être toxiques. C'est un double impact positif. Et un groupe, là-bas qui finance l'ensemble des prestations, fait que, lui, il va avoir une vision globale. Il va se dire « si je ne donne pas n'importe quoi aux gens, je suis gagnant ». Le problème c'est que tout, chez nous, est segmenté. Moi qui suis en commission paritaire, il m'est arrivé régulièrement d'avoir le médecin conseil où je vais lui expliquer « ce médecin là il va voir ce patient tous les jours pendant 15j, vous l'embêtez, alors que, s'il était à l'hôpital, il coûterait 750€ par jour minimum ». Et le médecin conseil qui te réponds que ça il s'en fiche. Il y a quasiment personne qui a une vision globale de la santé autour du patient. »

Le manque de valorisation du BPM était le deuxième frein le plus souvent cité lors des entretiens.

La rémunération proposée pour la réalisation d'un BPM semble insuffisante par rapport au temps que sa réalisation nécessite sur le terrain.

P1 : « On n'a pas un assez bon recule sur la rémunération vis-à-vis du temps que ça prend »

La réalisation des BPM nécessite qu'un professionnel de santé soit mobilisé pendant un certain temps, temps pendant lequel il n'est pas disponible pour réaliser d'autres tâches, le BPM aurait donc un coût virtuel à prendre en compte dans sa valorisation.

P4 : « Encore une fois, combien de temps, rémunération, etc. Parce que moi, quand je suis pas au comptoir, faut que j'ai quelqu'un à ma place etc... »

P5 : « Je vais parler en tant que chef d'entreprise, il y a un moment où on essaye d'optimiser notre temps par rapport à la disponibilité pour les patients, et pour l'entreprise, qui est une pharmacie. Et du coup, passer deux heures, ou y mettre mon adjoint, ou autre, pour deux heures au détriment de tous les autres qui sont dans la pharmacie, pour l'instant, je n'arrive pas à le mettre en place. Il faudrait peut-être qu'on engage trois personnes de plus, mais c'est compliqué »

D'après certains participants, le manque de valorisation du BPM, en plus de son côté chronophage, a pu décourager des professionnels de santé, qui ont fini par arrêter d'en réaliser.

P5 : « J'ai un confrère qui y croyait, il a agrandi sa pharmacie, il a fait 4 salles, en disant à ses employés, « moi je veux que les 4 salles elles soient tous les jours prises en RDV BPM » et plein de trucs. Et, un an plus tard, il n'en fait plus... Parce que c'est trop long, ce n'est pas rémunéré correctement, ce n'est pas intéressant du point de vue de l'entreprise qu'est la pharmacie, du coup ils ont fini par abandonner. »

Pour certains, l'incitation financière reste pourtant le seul moyen de pérenniser la mise en place des BPM.

P1 : « Je pense que la sécurité sociale devrait mettre plus d'argent dedans. Faire de l'initiation financière, au moins sur la première année, sur la mise en place, notamment des protocoles. (...) En bref, il faudrait pousser le médecin et le pharmacien à travailler ensemble, pour de l'argent, c'est la seule raison pour laquelle les gens travaillent. »

3. Refus de participer

Un projet comme le BPM se base sur les relations interprofessionnelles. Une bonne relation professionnelle entre le médecin et le pharmacien est donc nécessaire à la mise en place du BPM.

P1 : « Ça demande aussi une très bonne relation avec le médecin. »

Le pharmacien et le médecin doivent tout deux être volontaires pour la mise en place du BPM, être ouverts à la discussion et disponibles pour la mise en place du BPM.

Un des freins fréquemment cité par les pharmaciens interrogés est le refus du médecin de discuter de ses prescriptions.

P2 : « S'ils sont ouverts, ça permet de discuter, mais avec certains on ne pourra pas le faire, alors que d'autres seront très contents d'en parler et d'avoir un « autre œil ». »

P5 : « C'est difficile de discuter, des fois, de la prescription. »

Ils craignent également que l'analyse des prescriptions du médecin par le pharmacien soit perçu par le médecin comme intrusive par rapport à leur liberté de prescription, ou que cela soit perçu comme une remise en cause de leur pratique.

P3 : « (Il faut) voir comment ça serait pris aussi au niveau des médecins, le fait de faire une analyse de leur prescription et de ce qu'il y a dans le dossier patient. C'est un peu plus délicat et ça fait que ce n'est pas mis en place. »

Enfin, le refus de certains pharmaciens, par manque de temps ou d'intérêt porté au BPM, est un frein à la mise en place du BPM. De plus, sa mise en place nécessiterait, d'après certains pharmaciens interrogés, de s'impliquer personnellement dans sa mise en place, en réalisant des formations dédiées, ou en se formant plus spécifiquement au sujet de la iatrogénie.

P6 : « Je pense que la première chose qui va freiner les pharmaciens à mettre en place, c'est que, déjà certains ne vont pas être intéressés, parce que, pour eux, ils ne vont y voir qu'une perte de temps. Après, il faut être rigoureux pour faire ça, et il faut se replonger dans ses cours. Moi c'est le côté que j'apprécie, c'est important de se remettre à niveau. »

DISCUSSIONS

I. Résultats de l'étude

A. Un intérêt constant pour la iatrogénie et la gériatrie

La totalité des participants de l'étude exprime un intérêt pour la population gériatrique, dont-ils donnent tous sensiblement la même définition. Cette population représenterait entre 10 et 60% de leur patientèle. Leur prise en charge repose principalement sur la problématique du maintien à domicile, en favorisant l'autonomie tout en prévenant les événements précipitants, notamment par une vigilance accrue sur les prescriptions médicamenteuses, la réalisation d'un pilulier, ou le dialogue entre différents professionnels de santé.

La quasi-totalité des participants exprimait également un intérêt pour la iatrogénie, que ça soit dans sa prise en charge ou sa prévention.

Les événements iatrogéniques auxquels ils sont confrontés sont de natures très variées.

Cependant, on peut dégager de ces informations plusieurs facteurs de iatrogénèse principaux, qui sont :

- Les interactions, qu'elles soient médicamenteuses, secondaires à la polymédication, à la multiplication des différents prescripteurs, ou à l'alimentation.
- Le mésusage, par une mauvaise compréhension de l'ordonnance de la part du patient, par oubli des consignes d'usage ou par automédication, d'autant plus que ces facteurs sont parfois non avoués spontanément par le patient.
- Les intolérances et allergies, plus rares, mais souvent imprévisibles.
- Les erreurs de recopiage d'ordonnances, souvent évitables.

- La transition hôpital-ville ou ville-hôpital,
- Le surdosage, quel que soit son origine.

B. Prévenir efficacement la iatrogénie

Lors des entretiens de cette étude, les participants ont suggéré de nombreux axes d'amélioration dans la prévention de la iatrogénie.

En premier point, les participants s'accordent sur le fait que, pour prévenir la iatrogénie, et améliorer la sécurité du parcours de soins, une vigilance accrue est nécessaire. D'après eux, cette rigueur dans nos pratiques quotidiennes doit principalement prendre place lors de la rédaction de l'ordonnance, et lors de la délivrance du médicament. A cette rigueur doit s'ajouter, de manière régulière, une révision d'ordonnance, permettant de prendre en compte les changements dans l'état de santé du patient, qu'ils soient secondaire au vieillissement physiologique ou à l'évolution d'une pathologie chronique.

En deuxième point, l'amélioration de la prévention de la iatrogénie peut également passer par une généralisation de l'usage de l'outil informatique, et une amélioration de l'outil logiciel. Ces logiciels gagneraient également à être plus interconnectés, pour faciliter les échanges entre professionnels de santé, quels qu'ils soient. Cette amélioration dans les échanges pourrait notamment se faire via l'amélioration du DMP.

Le développement d'une collaboration efficace entre les professionnels de santé était un des points les plus fréquemment proposés par les professionnels de santé pendant cette étude.

Enfin, d'autres points comme la formation médicale continue, une anamnèse rigoureuse, l'éducation thérapeutique ou l'amélioration de la traçabilité des VAD ont également été cités.

C. Les échanges interprofessionnels

1. *Dans nos pratiques courantes.*

Les échanges interprofessionnels dans les pratiques courantes sont considérés, par l'ensemble des professionnels de santé interrogés, de manière unanime, comme importants.

Ces échanges se font encore principalement par téléphone, en cas de nécessité, entre le pharmacien et le médecin, sans qu'ils soient planifiés. Ils se font également, parfois, via des applications de messagerie instantanée grand public, comme Whatsapp®. Ces applications permettent de faciliter les échanges, et ont l'avantage d'être très facile d'accès, et de fonctionner par cryptage.

Il est parfois difficile, pour le pharmacien, de joindre certains médecins, principalement à cause de problèmes de secrétariat (horaires de fermeture du secrétariat, secrétariat de plateforme), ou des différences d'horaires d'ouverture entre le cabinet du médecin généraliste et l'officine (principalement le samedi après-midi). Certains professionnels de santé s'échangent directement leur coordonnées personnels pour pallier à ce problème, mais cette solution implique une confiance mutuelle entre le pharmacien et le médecin.

Les relations sont cordiales voire amicales dans la grande majorité des cas, les problèmes relationnels semblent être très marginaux.

Il persiste encore, parfois, une appréhension à l'idée d'appeler le médecin ou le pharmacien, notamment par peur de déranger, indépendamment de la qualité de la relation entretenue habituellement entre le pharmacien et le médecin. La solution à ce problème serait de favoriser les rencontres et échanges présentiels entre les différents professionnels de santé, notamment via les CPTS, ou les réunions de MSP. Certains participants apprécient également les

rencontres « Visio » organisés par l'ARS, celle-ci permettant de rassembler plus facilement les professionnels de santé, sans contrainte de lieu ou de distance, facilitant parfois la participation de certains professionnels de santé hospitalier.

2. Intérêt grandissant pour les prises en charge pluridisciplinaires en médecine de ville

D'après les participants, les intérêts ressentis d'une bonne relation médecins-pharmaciens sont nombreux :

- Elle favorise la sécurité du parcours de soins du patient. Il s'agissait de l'argument cité le plus souvent, il semble faire l'unanimité (Cité spontanément par 7 participants sur 12 lorsqu'il s'agit de chercher des axes d'amélioration dans leurs pratiques, et abordé par l'ensemble des participants).
- Elle permet de croiser les compétences de chacun, et favorise donc une prise en charge optimale.
- Elle facilite la Formation Médicale Continue.
- Elle permet, dans certains cas, de gagner du temps.
- Dans des cas bien précis, elle permet également de s'apporter un soutien humain, logistique et/ou matériel (organisation des campagnes de vaccination COVID, par exemple)

Pour toutes ces raisons, la tendance semble être celle d'une consolidation et d'un approfondissement de ces relations.

Cependant, il semble rester encore un certain nombre de freins dans le développement de ces relations interprofessionnels :

- En premier lieu, la surcharge de travail, qui ne permet pas toujours d'aménager un temps d'échanges réguliers.
- La peur de déranger le médecin, crainte du pharmacien ou des préparateurs en pharmacie, souvent énoncée.
- Une variabilité interindividuelle dans le ressenti des relations interprofessionnelles, qui sont parfois ressenties comme intrusives par certains professionnels de santé.

3. Axes d'amélioration

Cette étude a permis d'identifier de potentiels axes d'amélioration pouvant faciliter le développement des échanges interprofessionnels.

- Encourager la mise en place des regroupements professionnels, comme les CPTS et les MSP, ceux-ci facilitant les contacts, les échanges entre les professionnels de santé, et l'organisation de temps d'échanges, présentiels ou non.
- Organiser des temps d'échanges réguliers entre les professionnels de santé.
- Améliorer les échanges Hôpital-Ville, notamment sur le plan des échanges Hôpital-Officine, et sur le plan des transmissions écrites (Ordonnance et Courrier de Sortie).
- Que ces échanges interprofessionnels soient valorisés financièrement.

D. Etat des lieux de la mise en place du BPM

1. La conciliation médicamenteuse

Les principes de bases de la conciliation médicamenteuse semblent de plus en plus faire partie intégrante du cursus des pharmaciens, notamment via la réalisation de BMO, voire de BPM ou d'entretiens pharmaceutiques lors de leurs stages universitaires. La majorité des pharmaciens semblent apprécier le concept de la conciliation médicamenteuse (28). Si la majorité des pharmaciens interrogés avait déjà eu l'occasion de réaliser une activité de conciliation

médicamenteuse, aucun d'entre eux ne déclare avoir reçu les conclusions d'un BMO, alors qu'ils sont parfois les premiers interlocuteurs en sortie d'hospitalisation. Il pourrait être intéressant de favoriser l'échange entre les pharmaciens hospitaliers et les pharmaciens de ville quant aux expertises pharmaceutiques et conciliation médicamenteuse réalisées en hospitalisation.

A l'inverse, la conciliation médicamenteuse semble être une notion peu connue parmi les médecins généralistes interrogés. La majorité d'entre eux n'en avait jamais entendu parler, et ceci indépendamment de leur intérêt pour l'échange interdisciplinaire avec les pharmaciens. La totalité d'entre eux apprécient recevoir les conclusions des BMO après une hospitalisation, et semblent en suivre les conclusions avec intérêt. Certains médecins semblent, cependant, méfiant quant à la mise en place de ce genre de projet en ambulatoire, de par la crainte de surcharge de travail ou de perte de liberté dans leurs pratiques.

2. Le BPM, projet encore à ses débuts

D'après les pharmaciens interrogés, le BPM semble être, dans les faits, un projet encore très peu mis en place dans la région des Hauts de France. Un seul des pharmaciens interrogés en réalise dans son officine, et aucun des médecins n'avait reçu les conclusions d'un BPM réalisé par un pharmacien de son secteur d'exercice.

De plus, le dispositif semble être encore lourd et chronophage, ce qui représentait le frein principal à sa mise en place parmi les pharmaciens intéressés par sa réalisation future dans leur officine. Il semble également que, même une fois mis en place, le manque de valorisation des BPM est un frein à sa pérennisation dans les pratiques courantes.

Ces freins identifiés concordent avec ceux que l'on retrouve dans la littérature (28,29)

Le BPM suscite tout de même un grand intérêt parmi les professionnels de santé interrogés lors de cette étude.

La totalité des jeunes pharmaciens ayant participé à cette étude avait déjà réalisé plusieurs BPM, voire BMO, lors de leur cursus universitaire. Alors que la conciliation médicamenteuse en est encore à ses débuts en ce qui concerne sa mise en place dans nos pratiques ambulatoires, les projets comme le BPM, et le BMO font déjà partie intégrante de la formation des pharmaciens.

Des séminaires d'échanges entre étudiants en santé, issues de divers secteurs de la santé, commencent également à voir le jour, comme à l'Université de Lille, où est proposé un séminaire interprofessionnel, non obligatoire, dédié aux échanges entre les différentes professions de santé, incluant les médecins, les pharmaciens, mais aussi les infirmiers, les sages-femmes et les kinésithérapeutes (33).

Par la formation des étudiants en santé à la conciliation médicamenteuse et l'intérêt suscité par l'interprofessionnalisme, l'avenir du BPM semble donc assuré, mais son introduction pérenne dans nos pratiques courantes ne se fera qu'à travers divers réajustements du dispositif et une meilleure valorisation de sa mise en place.

3. Intérêt du BPM dans la sécurité du parcours de soins

Il n'est pas possible, à partir de cette étude, de conclure à un bénéfice du BPM sur le long terme, notamment sur le nombre d'hospitalisation ou l'amélioration de la durée ou qualité de vie. Cependant, divers méta-analyses portant sur les intérêts cliniques de la réalisation des BPM ont été réalisés.

L'une d'entre elles, sortie très récemment, montrait une amélioration de la sécurité dans le parcours de soins des patients de plus de 65 ans, par une diminution significative des admissions aux urgences chez les patients ayant bénéficié d'un suivi avec leur pharmacien (risque relatif = 0,68% ; intervalle de confiance 95% 0,48-0,96) (34).

Une autre méta-analyse, bien plus ancienne, réalisée dans sept pays d'Europe, concluait que le suivi pharmaceutique, d'un patient par un pharmacien, permettrait une meilleure observance, ainsi qu'une meilleure compréhension, par le patient, de ses traitements. Ce suivi pharmaceutique permettrait également de réduire les coûts liés à la santé, en limitant le risque de complications. De plus, ce suivi pharmaceutique semblait être apprécié par les pharmaciens et les patients (35).

Les résultats de cette étude concordent avec les résultats de ces méta-analyses. Les participants ayant eu l'occasion de réaliser des BPM affirment que ceux-ci permettent une meilleure observance des traitements par les patients, de repérer des mésusages liés à une automédication ou secondaire à une incompréhension. Le pharmacien est vu différemment par le patient lors de ces entretiens, ce changement de cadre permet au patient d'aborder plus facilement les problèmes qu'il rencontre lors de la prise de ses traitements, ce qui permet de prévenir, dans certains cas, les inobservances ou mésusages.

Par rapport à une consultation avec son médecin généraliste, les sujets des questions du patient diffèrent, ces entretiens viennent donc bien en complément du suivi médical par le médecin généraliste.

Enfin, il semblerait que ces BPM jouent un rôle de catalyseur dans la mise en place de révisions d'ordonnances régulières, permettant une adaptation fine des traitements par rapport

aux modifications physiologiques et aux évolutions des pathologies chroniques chez un patient donné.

E. Discussions sur les axes d'amélioration

1. L'informatisation, axe d'amélioration le plus souvent cité

Que ça soit pour faciliter les échanges interprofessionnels, maximiser l'aide à la prescription, ou faciliter la mise en place de projets comme le BPM, l'amélioration des logiciels professionnels est un des axes les plus fréquemment cités.

L'outil informatique permet déjà d'éviter bon nombre d'erreurs de recopiage d'ordonnance, de vérifier facilement l'absence d'interaction médicamenteuse délétère, d'améliorer la traçabilité des consultations, facilite la déclaration des indicateurs de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique, et permet de gagner du temps (36). Il semblerait intéressant de généraliser son usage lors des visites à domicile, où son usage reste encore marginal, les transmissions papiers lui sont souvent préférées, car plus simple et moins chronophage qu'un outil informatique portable (37).

L'ensemble des participants à cette étude utilise, dans leurs pratiques courantes, différents logiciels d'aide à la prescription. La tendance semble être à la généralisation de l'utilisation de l'outil informatique chez les professionnels de santé (36,37).

La création d'un outil logiciel dédié faisait déjà partie des axes d'amélioration envisagés pour le PAERPA. Celui-ci permettrait de faciliter les échanges entre les professionnels, sans contrainte de lieu ou de matériel, via un dossier dont l'accès se ferait par la carte vitale du patient (11).

Il existe un outil informatique en ligne, dédié aux professionnels de santé, dont l'accès se fait par la carte vitale du patient, il s'agit du DMP. Cependant, d'après les dires des participants à

cette étude, et d'après le constat de sa faible utilisation dans nos pratiques courantes (16) celui-ci semble cependant actuellement trop peu performant.

L'amélioration d'un outil préexistant, comme le DMP, ou la création d'un nouvel outil logiciel dédié au BPM ou à la conciliation médicamenteuse semble être un axe d'amélioration indispensable pour que la conciliation médicamenteuse fasse partie, un jour, de nos pratiques courantes. Cet outil devrait permettre :

- De faciliter les échanges de données médicales entre différents professionnels de santé, via une plateforme sécurisée en ligne, avec, une traçabilité de ces échanges pour permettre une sécurisation du parcours de soins optimale,
- La constitution, par ces échanges, d'un dossier médical en ligne, sécurisé, similaire au DMP, avec un droit de regard du patient par rapport à son contenu.
- L'analyse de ces données permettrait de faciliter la réalisation des BPM, et de faciliter le repérage des patients à risque pour qui la réalisation d'un BPM pourrait être bénéfique.

Actuellement, il existe de nombreux logiciels métiers différents (38). Ceux-ci ne sont que rarement compatibles les uns avec les autres, que ça soit d'un métier à un autre, d'une spécialité à une autre, ou de l'hôpital à l'ambulatoire, voire même entre deux logiciels dédiés à une seule spécialité. Il semble intéressant d'améliorer la compatibilité entre ces logiciels métiers, pour faciliter les échanges de données entre professionnels de santé, et potentiellement faciliter la mise en place d'une plateforme en ligne, comme détaillé ci-dessus.

Enfin, le développement d'intelligences artificielles spécialisées dans l'aide au repérage des patients fragile et/ou à risque semble également être un axe d'amélioration de nos logiciels métiers (28).

2. *Manque de valorisation du travail de conciliation médicamenteuse*

Que cela soit pour le projet PAERPA, ou dans la mise en place des BPM, le développement d'un projet de conciliation médicamenteuse est chronophage, il s'agissait du frein le plus fréquemment cité lorsque l'on interroge les professionnels de santé, indépendamment de leur implication dans un projet de conciliation médicamenteuse (11,28,29).

Dans le cas du PAERPA, la rémunération des professionnels de santé libéraux était une source de motivation à la participation au projet (11), même si celle-ci était considérée, pour plus de la moitié des professionnels participants, comme insuffisante, compte tenu du temps nécessaire à sa mise en œuvre (10), et que seulement un participant sur dix était satisfait par la rémunération actuelle (10).

Le BPM semble souffrir du même écueil.

Pour rappel, la rémunération de 60€ comprend l'entretien de recueil d'information, l'analyse des informations, l'entretien conseil et le suivi d'observance. Cette rémunération est divisée par deux la deuxième année, s'il y a eu un changement de traitement, ou par trois, si il n'y en a pas eu. Quant au dialogue interprofessionnel, il n'est pas pris en compte dans la rémunération. Le médecin ne perçoit donc aucune valorisation financière. (23)

Il s'agissait également d'un des freins à sa mise en place les plus fréquemment cité par les participants à cette étude.

L'activité de conciliation médicamenteuse semble donc complexe dans sa mise en place, très chronophage et mal valorisée.

Les motivations à sa mise en place sont donc ailleurs, et semble résider dans la conviction personnelle du professionnel de santé de l'intérêt du BPM dans la qualité de prise en charge de ses patients.

Ce manque de valorisation de la conciliation médicamenteuse cristallise donc les trois principaux freins à sa mise en place :

- Une activité chronophage, dans des emplois du temps déjà surchargés
- Une rémunération trop faible, voire inexistante, par rapport au temps nécessaire à sa réalisation.
- Le manque d'incitation financière et de leviers motivationnels pour sa mise en place.

3. Rôle facilitateur des regroupements de professionnels comme les MSP et les CPTS.

L'intérêt des regroupements de professionnels de santé, dans l'amélioration des échanges interprofessionnels et la mise en place de projets comme la conciliation médicamenteuse, a été fréquemment cité lors de cette étude.

Ces regroupements facilitent grandement les échanges et jouent un rôle de catalyseur dans la mise en place de projet comme celui du bilan partagé de médication. Ils joueront probablement un rôle clef dans leur mise en place et leur pérennisation.

Dans le cadre des CPTS, les projets de soins comme le bilan partagé de médication peuvent potentiellement faire l'objet d'une subvention par l'ARS, via les crédits de leur fonds d'intervention régionale.

II. Forces de l'étude

Souvent, lors de la réalisation d'une étude de ce type, un seul des deux corps de métier est interrogé. L'intérêt premier de cette étude était de confronter, à travers un même questionnaire, la vision des médecins libéraux et des pharmaciens d'officine par rapport à leurs attentes en ce qui concerne l'avenir de la médecine de ville.

Les participants ont été sélectionnés aléatoirement, sur la région Lilloise, le Bassin Minier, le Cambrésis et le Pévèle, en se basant sur la liste des maitres de stages et des pharmacies voisines et sans se baser sur une liste préexistante de professionnels de santé ayant déjà participé à un projet de conciliation médicamenteuse, permettant de recueillir un ressenti au plus proche des pratiques courantes dans le Nord Pas de Calais.

L'investigateur de cette étude déclare ne pas avoir de lien d'intérêt avec le sujet de celle-ci.

III. Limites de l'étude

A. Limites liées à l'investigateur

Il s'agit, pour l'investigateur, d'un premier travail de recherche. Il s'agissait également d'une première étude qualitative.

Le guide d'entretien réalisé par l'investigateur était imparfait, nécessitant des ajustements en cours d'étude. Certaines questions étaient parfois trop fermées, et les relances parfois trop rapides, principalement lors des premiers entretiens réalisés.

Le manque de connaissance et d'expérience dans l'utilisation du logiciel NVIVO, les modalités de codage et le traitement des données a été un frein à la réalisation de cette étude. De plus, la situation sanitaire a grandement limité l'accès aux ressources pédagogiques. Pour compenser

ce manque de connaissance, l'investigateur a donc suivi diverses formations en ligne de diverses natures. Il s'agissait de cours universitaires retransmis sous la forme de vidéos commentées.

B. Limites liées à la population

La majorité des médecins participants à l'étude sont des maîtres de stages universitaires, ce qui a pu amener un biais de sélection.

La majorité des pharmaciens participant à l'étude sont titulaires dans une « grande » pharmacie, certains pharmaciens travaillant dans de plus petites structures ayant été contraint de refuser de participer à cette étude par manque de personnels, ce qui a pu amener un biais de sélection.

La population de l'étude étant composée de médecins et de pharmaciens, les questions du guide d'entretien se devaient de s'adresser de la même manière aux deux professions. Cependant, certaines questions n'ont pas forcément été comprises exactement de la même manière en fonction de la profession du participant interrogé.

C. Limites liées aux entretiens

Les entretiens ont été menés grâce à un guide d'entretien réalisé par l'investigateur de l'étude. Il n'y a pas eu de phase de test du guide d'entretien.

Les entretiens, dans leur grande majorité, n'ont pas pu être réalisés de manière présentielle, compte tenu des mesures de restriction sanitaire. Cette contrainte a pu amener à une mauvaise compréhension de certaines questions, et n'a pas permis d'analyser le langage non verbal des participants.

CONCLUSION

D'après les résultats de cette étude, les relations interprofessionnelles entre médecins de ville et pharmaciens d'officine du Nord Pas de Calais sont, dans la majorité des cas, cordiales voire amicales. Ces relations sont considérées par beaucoup comme vectrices de sécurité dans le parcours de soins du patient, et la tendance semble être à leur consolidation, notamment par l'organisation de réunions régulières, présentes ou à distance, via l'utilisation d'applications de Messageries en ligne grand public, via l'échanges des coordonnées personnelles, et/ou via l'organisation de regroupement de professionnels comme les CPTS.

La qualité des échanges interprofessionnels, ainsi que leur efficacité pour la prise en charge du patient, pourraient se voir améliorer via :

- Le développement des regroupements de professionnels, notamment les CPTS et les MSP,
- L'aménagement de temps d'échanges réguliers,
- L'amélioration des échanges entre professionnels de santé hospitaliers et ambulatoires, notamment en ce qui concerne les courriers et ordonnances de sortie, ainsi que les relations entre l'hôpital et l'Officine.
- Une valorisation financière des échanges interprofessionnels, qui pourrait servir de moteur à leur développement.

Cette étude démontre qu'une majorité des médecins généralistes de ville du Nord Pas de Calais trouve un intérêt dans la mise en place du BPM en soins primaires. Cet intérêt se situe principalement dans une optique d'optimisation des prises en charges via un croisement des compétences entre le pharmacien et le médecin. Le BPM, tout comme le principe de la

conciliation médicamenteuse, restent, cependant, un projet encore peu connu des médecins généralistes.

Parmi les pharmaciens, le BPM, sur son principe, semble faire l'unanimité. Cependant, par son manque de valorisation, son côté chronophage, et sa complexité, il est encore rare de voir des pharmacies où les BPM sont réalisés régulièrement.

Les deux principaux freins à la mise en place et la pérennisation des BPM dans nos pratiques courantes étaient :

- Un manque de valorisation et de reconnaissance du travail de conciliation médicamenteuse dans le cadre du BPM,
- Un manque d'outils logiciels dédiés, et, plus largement, un manque d'interconnexion entre les différents logiciels professionnels.

Les médecins de ville et les pharmaciens d'officine semblent donc prêt à travailler en collaboration dans le cadre de projets comme les BPM, mais à condition d'avoir des outils adaptés à sa réalisation et que la réalisation des BPM n'empiète pas sur leurs activités courantes, que ça soit d'un point de vue charge horaire ou charge financière. Aussi, l'appui des CPTS semble être important pour faciliter et pérenniser leur mise en place, et leur valorisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ledroit M, Megne Wabo M, Berroneau A, Xuereb F, Breilh D. Conciliation médicamenteuse et lien ville-hôpital. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 déc 2017;56(571):39-41.
2. Quélenec B, Beretz L, Paya D, Blicklé JF, Gourieux B, Andrès E, et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *European Journal of Internal Medicine*. 1 sept 2013;24(6):530-5.
3. Laroche M-L, Roux B, Grau M. Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée, comprendre et agir. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 déc 2017;56(571):28-32.
4. Loulière B, Roudaut M, Briançon S, Thilly N, Empereur F, Gendarme S. Isabelle Alquier Anne Broyard Charles Bruneau. Initiative des HIGH 5s, Medication Reconciliation, Rapport d'Expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. HAS. Septembre 2015:125.
5. Gand S, Periac E, Bloch M-A, Henaut L. Évaluation qualitative PAERPA. :72.
6. Faure S. Pharmaciens, en route pour le bilan partagé de médication. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 juin 2018;57(577):1.
7. Dufour M, Philippe S, Bourdenet G, Borel C, Capet C, Jego A, et al. Conciliation médicamenteuse en médecine interne gériatrique : une collaboration efficace médecins – pharmaciens pour prévenir la iatrogénèse médicamenteuse. Étude prospective de 200 patients. *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2013;34:A117-8.
8. Renner D, Fishman L, Berning D, Thomeczek C. Zwischenstand des High 5s-Projekts. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 1 janv 2014;108(1):56-8.
9. Leotsakos A, Zheng H, Croteau R, Loeb JM, Sherman H, Hoffman C, et al. Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. *Int J Qual Health Care*. avr 2014;26(2):109-16.
10. . C. Guyon. Etude de pratique et d'opinion des médecins généralistes libéraux dans le cadre du projet PAERPA. [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Médecine]. Dijon: Université de Bourgogne UFR des Sciences de Santé Circonscription Médecine; 2016. [Internet]. [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: <https://nuxeo.ubourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/3d8614a2-6bf2-45cb-a9d9-8ee312f7e0b7>.
11. M. LOTIN. Motivation des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé de conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet PAERPA. [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Médecine] Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg; 2017.
12. Clotilde Huzar. Le Concept PAERPA : Un atout pour le médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée fragile? Thèse pour obtenir le grade de Docteur en

- Médecine. 20 Octobre 2015 [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_HUZAR_CLOTILDE.pdf
13. 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*. 1 juill 2009;30(7):592-601.
 14. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):323-36.
 15. HAS. Mise en oeuvre du PPS PAERPA : bilan à 6 mois. Novembre 2015 [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois__plan_personnalise_sante__vf_web.pdf
 16. Manaouil C. Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ? *Médecine & Droit*. 1 janv 2009;2009(94):24-41.
 17. Laforge P. Le dossier médical partagé. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mars 2019;58(584, Supplément):29-30.
 18. Renault P-O, Edouard L, Cossin S. Perception des freins et des leviers à l'utilisation du Dossier médical partagé par les médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mars 2020;68:S51.
 19. Alegre O. Le dossier pharmaceutique. 21 oct 2015;83.
 20. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Internet]. URPS Médecin libéraux Hauts de France. [cité 3 août 2021]. Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante/>
 21. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 3 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>
 22. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 3 août 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
 23. Bilan de médication [Internet]. Pharmacie-clinique.fr. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medication/>
 24. Liste des médicaments écrasables [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/liste-des-medicaments-ecrasables/liste-des-medicaments-ecrasables,3184,3511.html>
 25. 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. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 janv 2018;57(572):37-9.

26. questiongirerdFR.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.questionnaire-de-girerd.com/document/questiongirerdFR.pdf>
27. Île-de-France - 2016 - Présentation des résultats.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Presentation-etude-observance-diabete-II-III-IMS-Hea.pdf>
28. Freins et leviers à la réalisation des bilans partagés de médication en officine : retour sur une expérimentation dans la région Grand Est. Annales Pharmaceutiques Françaises [Internet]. 28 oct 2020 [cité 18 nov 2020]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S0003450920301255>
29. Sicard J. Bilan partagé de médication : à l'épreuve du terrain. Actualités Pharmaceutiques. 1 nov 2019;58(590):1.
30. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart, et al. Introduction à la recherche qualitative. exercer 2008;84:142-5.
31. Hennebo N. GUIDE DU BON USAGE DE L'ANALYSE PAR THEORISATION ANCREE PAR LES ETUDIANTS EN MEDECINE. 2009.
32. BCB - Base Claude Bernard l'expertise thérapeutique [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.bcbdexther.fr/informations-base-medicaments-bcb.jsp>
33. Castelain PM. EVALUATION D'UN SEMINAIRE INTERPROFESSIONNEL A LILLE EN 2017. :58.
34. Tasai S, Kumpat N, Dilokthornsakul P, Chaiyakunapruk N, Saini B, Dhippayom T. Impact of Medication Reviews Delivered by Community Pharmacist to Elderly Patients on Polypharmacy: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Journal of Patient Safety. juin 2021;17(4):290-8.
35. Bernsten C, Björkman I, Caramona M, Crealey G, Frøkjær B, Grundberger E, et al. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. Drugs Aging. 2001;18(1):63-77.
36. Guillaume DABOUL - Le médecin généraliste au tout numérique. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 15 Octobre 2015 [Internet]. [cité 21 mai 2021]. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2015/2015LIL2M334.pdf
37. Hélène Taine. Impact du dossier informatique en visite à domicile sur le suivi du patient - point de vue de médecins généralistes de la Côte d'Opale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 18 Janvier 2018 [Internet]. [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM007.pdf
38. Les logiciels d'aide à la prescription (LAP) en médecine ambulatoire certifiés [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_672760/fr/les-logiciels-d-aide-a-la-prescription-lap-en-medecine-ambulatoire-certifies

ANNEXES

Score de Girerd (26) :

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

1. Ce matin avez vous oublié de prendre votre médicament ?
 Oui Non
2. Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?
 Oui Non
3. Vous est il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
 Oui Non
4. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
 Oui Non
5. 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 ?
 Oui Non
6. Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
 Oui Non

INTERPRÉTATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance

OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance

OUI (> 3) : Mauvaise observance

Réf : Girerd X et col. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med 2001 ; 30 : 1044-8.

Poids (kg) :	Age :
Contexte :	
<input type="checkbox"/> > 65 ans + ALD + 5 TTT chronique <input type="checkbox"/> > 75 ans + 5 TTT chronique	<input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Doute sur l'observance <input type="checkbox"/> Découverte d'une pathologie chronique <input type="checkbox"/> Survenue d'une EIM <input type="checkbox"/> Médicament à risque : <input type="checkbox"/> Autre :

Coordonnées

Médecin traitant :   
Infirmière à domicile :   
Autre (médecin spécialiste, aidant...) :   

Habitude de vie

Mode de vie : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec conjoint <input type="checkbox"/> Avec famille <input type="checkbox"/> Autre:	
Lieu de vie : <input type="checkbox"/> Domicile (habitation individuelle) <input type="checkbox"/> Domicile (habitation collective) <input type="checkbox"/> Foyer logement <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Autre:	
Aides existantes : <ul style="list-style-type: none"> • Aide-ménagère <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • IDE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • Kinésithérapeute <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • Portage des repas <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • Téléalarme <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • Autre 	Coordonnées
Habitude alimentaire (combien de repas et quand) :	
Régime alimentaire particulier (sans sel...) :	
Consommation de certains produits comme l'alcool, jus de pamplemousse :	

Antécédents et comorbidités

<p>Pathologies cardiovasculaires</p> <p>HTA <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Hypercholestérolémie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Fibrillation auriculaire ou flutter <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>IDM ou insuffisance coronarienne <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Insuffisance cardiaque <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Artériopathie des membres inférieurs <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>AVC avec ou sans séquelle <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Accident Ischémique Transitoire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Diabète <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Pathologies psychiatriques</p> <p>Dépression <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Trouble bipolaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Trouble psychotique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>
<p>Pathologies neurologiques</p> <p>Maladie de Parkinson <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Epilepsie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Démence <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Autres pathologies</p> <p>Insuffisance rénale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Cancer en cours d'évolution <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Pathologie pulmonaire chronique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Dysthyroïdie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Ostéoporose fracturaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Maladie de système (Horton, PR, Goujérot) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>
<p>Autres :</p> <p>Chute au cours des 3 derniers mois <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Plainte du sommeil <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Somnolence en journée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Perte de poids <i>de + de 4,5 kg dans l'année</i> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Perte d'appétit <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Incontinence urinaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Autres pathologies ? (Précisez)</p>

DCI / Dosage / Forme	Posologie Moment de prise	Indication	Date de début du traitement	Problème lié à la prise (forme galénique)	Problème d'observance (oubli)	Biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables en lien avec le médicament
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Connaissance du traitement

Savez-vous à quoi servent ces médicaments ?

A quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ?

Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ?

Automédications

Prenez-vous d'autres produits par vous-même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libres-accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...

Prise récente d'antibiotiques

Avez-vous pris des antibiotiques récemment ?

Vaccination

Vaccin contre :		Commentaires
Recommandations générales		
DT Polyo	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Rappel à 65 ans, puis tous les dix ans.
Grippe Saisonnière	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Vaccination chaque année pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus
Zona	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Pour les personnes entre 65 et 74 ans.
Population particulière à risques		
Pneumocoque	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Pour les personnes non vaccinées à risque élevé d'infections sévères à pneumocoque (IR, IC, BPCO, Asthme sévère, Biothérapie, chimiothérapie, immunosuppresseurs ...)
Hépatite A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Personnes atteintes de mucoviscidose ou d'une maladie chronique du foie
Hépatite B	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Susceptibles de recevoir des transfusions ou des médicaments dérivés du sang

Plus de recommandations sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf

Tolérance / Effets indésirables

Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (somnolence, douleurs articulaires, nausées, vomissements, diarrhées, constipation, confusion...)?

Comment luttez-vous contre ceux-ci ?

Allergies

Etes vous allergique à certains médicaments ? si oui : Souvenez-vous lesquels ? ; comment se manifeste cette allergie ? Etes-vous déjà aller consulter un allergologue ?

Gestion globale du traitement

Utilisez-vous un pilulier ?

Oui Non Ne sais pas

Si oui, est-ce vous qui le préparer ?

Oui Non Ne sais pas

Allez-vous chercher vous-mêmes vos médicaments à la pharmacie ?

Oui Non Ne sais pas

Gérez-vous la prise de vos médicaments seuls ?

Oui Non Ne sais pas

Préparation et prise des médicaments

*Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?)
Ces difficultés sont-elles expliquées par un déficit moteur à la main prédominante ou un déficit visuel retentissant sur
la vie quotidienne ?*

Y-a-t-il des médicaments que vous écrasez ou des gélules que vous ouvrez ?

Voyage

Lorsque vous voyagez ou vous quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ?

Lorsque vous voyagez savez-vous quand faut-il prendre vos médicaments ?

Utilité des médicaments

Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ? Oui Non Ne sais pas

Gestion du stock de médicaments

Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ?

Oui Non Ne sais pas

Avez-vous au contraire un stock de médicaments excédentaire ?

Oui Non Ne sais pas

Possédez vous un stock de médicaments en commun avec vos proches ?

Oui Non Ne sais pas

Evaluation de l'observance

- | | | |
|----------|--|---|
| 1 | Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2 | Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3 | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5 | 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 ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 6 | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Total des OUI = 0

Total des OUI = 1 ou 2

Total des OUI \geq 3

Score = 0 : Bonne observance

Score = 1 ou 2 : Minime problème d'observance

Score \geq 3 : Mauvaise observance

Interventions pharmaceutiques

Votre patient(e) , née le , a accepté de réaliser un bilan partagé de médication. Nous avons ainsi réalisé une analyse des traitements médicamenteux pour lesquels différentes interventions pharmaceutique-vous sont proposés. Une fois que vous en aurez pris connaissance, un entretien « conseil » sera réalisé avec le patient pour lui indiquer ce que nous avons modifié à son traitement et les actions qui peuvent être mis en place.

IP relatifs à :	Interventions destinées à :	Interventions pharmaceutiques	Intervention accepté	Commentaire du médecin généraliste
1	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
2	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
4	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
5	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
6	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
7	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Entretien de suivi n°1

Depuis notre dernier entretien avez-vous ressentis des difficultés avec votre traitements ? Des effets indésirables ?

Evaluation de l'observance

- | | | |
|----------|--|---|
| 1 | Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2 | Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3 | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5 | 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 ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 6 | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Bilan de l'entretien de suivi n°1

Actualisation de l'analyse des traitements

Se reporter au bilan initial de recueil d'information et d'analyse des traitements afin de compléter le traitement

Nouveau(x) problème(s) détecté suite à l'entretien avec le patient ou au nouveau(x) traitement(s) pris par le patient.



Une nouvelle synthèse pharmaceutique pour envoi au médecin traitant peut être réalisé.

Interventions pharmaceutiques

Suite à l'actualisation du traitement de votre patient(e) , née le , nous avons complété le bilan partagé de médication. Nous avons ainsi réalisé une analyse des traitements médicamenteux pour lesquels différentes interventions pharmaceutique-vous sont proposés. Une fois que vous en aurez pris connaissance, un entretien « conseil » sera réalisé avec le patient pour lui indiquer ce que nous avons modifié à son traitement et les actions qui peuvent être mis en place.

IP relatifs à :	Interventions destinées à :	Interventions pharmaceutiques	Intervention acceptée	Commentaire du médecin généraliste
1	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
2	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
4	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
5	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
6	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
7	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Entretien de suivi n°2

Depuis notre dernier entretien avez-vous ressentis des difficultés avec votre traitements ? Des effets indésirables ?

Evaluation de l'observance

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2 | Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3 | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5 | 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 ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 6 | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Bilan de l'entretien de suivi n°1

Entretien de suivi n°3

Depuis notre dernier entretien avez-vous ressentis des difficultés avec votre traitements ? Des effets indésirables ?

Evaluation de l'observance

- | | | |
|----------|--|---|
| 1 | Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2 | Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3 | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5 | 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 ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 6 | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Bilan de l'entretien de suivi n°2

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL SEMI DIRECTIF

Objectif : Evaluer l'intérêt d'un travail collaboratif interprofessionnel entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, dans le cadre de la conciliation médicamenteuse pour la prévention de la iatrogénie.

Investigateur : M. BOIDOUX Théo

Directeur de thèse : Dr Bénédicte MOREAU

[Hors entretien]

Les paragraphes précédés du caractère « [...] » décrivent les informations données aux participants en dehors de l'entretien réalisé pour l'étude.

[Hors entretien]

Bonjour,

Tout d'abord, je tenais à vous remercier du temps que vous m'accordez pour cet entretien, particulièrement en cette période de crise sanitaire.

Je m'appelle Théo BOIDOUX, Interne de médecine générale, et médecin remplaçant.

Je réalise actuellement une thèse qualitative sur l'intérêt et les motivations, pour les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, du Nord Pas de Calais d'un travail collaboratif interprofessionnel dans l'objectif de réduire la iatrogénie chez les patients les plus fragiles, notamment la population gériatrique.

Mon travail porte plus précisément sur la conciliation médicamenteuse, en ambulatoire, via le Bilan Partagé de Médication (BPM).

Il s'agit d'évaluer son usage, son intérêt en médecine ambulatoire, s'il a modifié certaines de nos pratiques, et la manière dont il peut être amélioré.

Le BPM est un bilan médicamenteux similaire au Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) du projet PAERPA, qui, lui, est réalisé en hospitalisation. Son objectif est la révision des ordonnances des populations polypathologiques et polymédiquées pour prévenir le risque iatrogénique.

DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN :

Pour recueillir des données au plus proche des réalités du terrain, les entretiens sont individuels. Ils doivent être réalisés sans intervention extérieure d'aucune sorte.

Je vous invite donc à vous installer dans une pièce calme où vous serez seul et sans distraction.

Les entretiens seront enregistrés, et restitués mot à mot secondairement. La retranscription des entretiens en permettra le codage, pour recueillir les résultats de l'étude.

Il est important que vous répondiez en totale liberté. L'idée, ici, est de recueillir une représentation du vécu par rapport à la conciliation médicamenteuse la plus proche possible de la réalité, sans nécessairement obtenir un consensus. Chaque réponse est importante, il n'y a pas de mauvaise réponse, votre avis m'intéresse.

Les questions de cet entretien semi directif sont ouvertes. Je m'efforcerai d'intervenir le moins possible en dehors des questions et des relances prévues dans le guide d'entretien.

Préambule :

Présentation du participant.

Partie n°1 – GERIATRIE :

Quelle est, pour vous, la définition de la gériatrie ou de la polypathologie ?

Quelle place occupe la population gériatrique et/ou polypathologique dans votre patientèle ?

Partie n°2 – IATROGENIE :

Quelle est, pour vous, la définition de la iatrogénie ?

A quelle fréquence vous arrive-t-il de devoir prendre en charge des cas de iatrogénie ? De quelles natures ? [Une fois par jour/semaine/mois/an ?]

Quelle place, dans vos pratiques, accordez-vous à la prévention des risques iatrogéniques ?

D'après vous, comment pourrait être améliorée cette prévention des risques iatrogéniques ?

Partie n°3 – RELATIONS MEDECIN-PHARMACIEN :

Comment définiriez-vous vos relations avec vos confrères pharmaciens/médecins ?

Quelle est l'importance de ces échanges dans vos prises en charge, notamment gériatrique ?

Quelle serait, d'après vous, la place idéale, dans vos prises en charge, de la collaboration avec vos confrères pharmaciens/médecins ?

Dans votre situation actuelle, comment ces relations pourraient-elles être améliorées ?

Partie n°4 – CONCILIATION MEDICAMENTEUSE :

Avez-vous déjà entendu parler du concept de conciliation médicamenteuse ?

Si oui, Comment définissez-vous la conciliation médicamenteuse ?

Si non, après explication, est-ce un concept qui vous paraît utile pour l'amélioration du parcours de soins ?

Partie n°6 – LE BILAN PARTAGE DE MEDICATION :

Connaissez-vous le Bilan partagé de Médication ?

Si oui, Avez-vous déjà reçu ou participé un BPM dans le cadre de votre activité ?

Si oui :

En quelles mesures y avez-vous participé ?

Quel bilan en fait vous ?

Continuez-vous d'en réaliser / d'y participer aujourd'hui et pourquoi ?

Quelles modifications devraient être apportées au BPM pour inciter les professionnels de santé à y participer et mieux l'intégrer dans nos prises en charge ?

Si non :

Quel intérêt portez-vous lors de la réception d'un BMO (conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation, de gériatrie notamment) ?

Quel intérêt y porteriez-vous si l'on vous proposait de participer à un BPM ?

Si non :

Quelle attention portez-vous aux modifications des traitements de fond après une hospitalisation, notamment en gériatrie?

Dans quelles/quels situations/contextes accepteriez-vous de discuter d'une ordonnance avec un pharmacien/médecin ?

[explication du BPM] Quel intérêt y porteriez-vous si l'on vous proposait de participer à un BPM ?

Voyez-vous d'autres éléments qui pourraient être améliorés pour sécuriser le parcours de soins du patient ?

ENTRETIENS

I. Entretien Médecin M1

Interrogateur : Pour toi, quelle est la définition de la gériatrie ?

Participant : Pour moi c'est la prise en charge des patients de plus de 75 ans, mais la définition peut être plus souple en fonction de la physiologie des gens.

Interrogateur : La population gériatrique dans ta patientèle, ça représente combien ?

Participant : ça doit être 16%, quelque chose comme ça.

Interrogateur : Et pour toi, quelle est la définition de la iatrogénie ?

Participant : Pour moi ce sont les effets indésirables des médicaments, et des soins. Essentiellement de la prescription médicale, mais aussi tous les soins afférents.

Interrogateur : Et la fréquence de prise en charge des cas de iatrogénie ?

Participant : ça va être 1 sur 10, 1 patient sur 10. Après ce qui est compliqué dans la iatrogénie c'est de définir son importance. Un patient qui se plaint d'avoir les jambes qui gonflent un petit peu alors que tu traites son insuffisance cardiaque... et tu lui as mis de l'amlodipine, est ce que tu es dans de la iatrogénie ou pas... Tout effet indésirable doit faire l'objet d'une réflexion. Donc dans ce sens, surtout chez les personnes âgées qui sont beaucoup polyopathologiques, il y a beaucoup de réflexion à avoir. Après il faut faire le tri dans l'importance que ça va avoir entre la iatrogénie qui est déclenchée et la perte de chance que ça pourrait avoir en modifiant les thérapeutiques. J'ai un patient qui est toujours en hypokaliémie, mais son diurétique il est indispensable sur le plan de son insuffisance cardiaque, on ne peut pas trop faire autrement. Ou celle qui saigne du nez régulièrement, mais vu ses antécédents, les anticoagulants restent indispensables. Il y a toujours une iatrogénie, car on peut dire que tous les effets secondaires chez les patients âgés peuvent être considérés comme de la iatrogénie. C'est pour ça que je dis environ 10%, c'est parce que finalement ils se plaignent tous de

quelque chose. Donc ça peut paraître un petit peu important. Il faut juste être dans la réflexion de ce qu'il va falloir maintenir, et de ce qu'on va pouvoir se permettre d'arrêter.

Interrogateur : Et au niveau de la prévention de ces risques iatrogéniques ?

Participant : Le gros problème de la iatrogénie, c'est, comme beaucoup de choses, la prévention de la iatrogénie. C'est-à-dire qu'à partir du moment où on a des patients âgés, et, encore une fois, quand on dit personne âgée et qu'on prend la définition de la gériatrie, tu peux trouver toutes les définitions possibles. Tu peux dire que c'est au-dessus de 80 ans, mais tu peux avoir des 65 ans qui sont dans des critères de gériatrie, c'est-à-dire la perte d'autonomie etc. T'as une définition qui est un peu souple. Ça dépend surtout de l'état de santé sous-jacent, et ne pas oublier qu'ils n'ont pas la même physiologie, pas la même réactivité. Je vais pas rentrer dans les détails sinon j'en ai pour deux heures, mais bon voilà. En bref, la prévention de la iatrogénie, il faut y penser systématiquement, à chaque ligne de l'ordonnance il faut se poser la question.

Pour donner un exemple de comment moi je fais pour faire de la prévention, c'est que, 9 fois sur 10, les appels que j'ai, c'est des appels de patients que j'ai en visites régulièrement. Ce que je fais c'est que j'imprime mes ordonnances au cabinet, tous leurs traitements chroniques, avant d'aller chez eux, parce que je trouve que c'est plus facile. Quand tu es dans la relation intime avec un patient qui va être dans les doléances, les trucs, les machins, t'as plus tendance à vouloir lui rendre service, à vouloir lui prescrire quelque chose. Quand tu es, à froid, sur le dossier du patient, et que tu regardes le dossier du patient, en te disant, « bon voilà », à chaque ligne, moi je dis aux gens, quand tu prends en charge des personnes âgées, tu prends les lignes, tu regardes ligne après ligne et puis tu te dis « est ce qu'il faut le mettre, est ce qu'il faut le mettre, est-ce qu'il faut le mettre ? ». Cette après-midi, on avait une dame qui se plaignait d'avoir toujours mal à la tête donc je me suis dit que peut-être du LYRICA ça pourrait être bien, mais quand j'ai regardé je me suis dit « non mais regarde elle a déjà du KEPPRA », etc. Tu vois c'est se poser la question toujours en amont. Moi ma façon de faire c'est de regarder le dossier, comme ça c'est le truc froid, t'es pas dans le côté relationnel avec des gens qui ont des doléances, et ça te permet de regarder, voilà. Et je dis que le souci des ordonnances chroniques, c'est le truc que tu renouvelles et tu ne sais même plus pourquoi tu le donnes.

Donc ce qu'il faut c'est reprendre un peu, quand tu fais les ordonnances, moi je passe pas mal de temps à préparer mes ordonnances au cabinet, parce qu'à chaque fois on regarde, « ah bah

tiens, qu'est-ce que t'en pense, il faudrait peut-être se poser la question », etc. Donc se poser les questions en amont, c'est pour moi le premier truc et le truc le plus important.

Et après ça, il y a toutes les nouvelles prescriptions que tu fais. C'est typique, c'est tout ce qu'on va reproduire dans les séminaires qu'on fait. C'est le patient qui a du mal à dormir, qui va cogiter etc., qui va finir par se retrouver avec 3 comprimés de LORAZEPAM par truc. Après ils sont un peu excités, on va mettre un peu de neuroleptiques etc. Et après il se casse la gueule, il se fracture des trucs quoi, et après tout le monde fait « ah bah c'est bizarre ».

Et donc ça va être de gérer ça en amont. Pour moi le plus difficile c'est de gérer le retour d'information, ou de l'hospitalisation, ou des spécialistes, parce que ça c'est la voie royale des pertes d'informations par rapport à la médecine générale. Le nombre de mes patients à qui j'ai arrêté, bon, c'est parce que c'était des nouveaux patients que j'avais, qui prenaient des hypnotiques, toi tu finis par leur arrêter pour éviter les chutes et tout. Et puis, ils retournent à l'hôpital, et à l'hôpital ils ne dorment pas, on leur donne quelque chose pour dormir et sur la lettre de sortie tu vas retrouver un hypnotique quoi. C'est pénible, c'est difficile à gérer après.

Donc la revalidation par les autres professionnels de santé qui ne prennent pas en compte ce que tu pourrais faire toi est plus problématique que le reste.

Interrogateur : Je passe à la suite. Comment ça se passe au niveau de vos relations avec les pharmaciens ?

Participant : Pas terrible... Enfin, ça peut être super bien, parce que ce sont des copains, et super « léger » si ce sont que des gens qui t'appellent quand ils ont un problème. Et encore une fois, une fois sur dix ils t'appellent pour te dire « ce traitement là j'en ai plus, qu'est-ce que je dois faire ? ».

J'ai pas régulièrement, enfin... je n'ai pas l'impression que, quand on m'appelle, ça soit pour des choses pertinentes.

Je prends l'exemple typique, qu'on a eu là :

Pendant un moment le KARDEGIC 75mg n'était pas dispo. Mais quand le KARDEGIC n'est pas dispo, le problème pour les pharmaciens, c'est que, ils ont bien le RESITUNE et les autres, mais ils sont dosés à 100mg... Donc là pour ça ils vont t'appeler, parce qu'il y a un changement de posologie, alors qu'en terme d'indication c'est pareil, mais là ils vont passer du temps à

t'appeler pour un truc comme ça parce que, pour eux, c'est gênant si tu veux, tu passes de 75mg à 100, et ça, ça les gêne, alors qu'ils ont des ordonnances un peu différentes où ça les gêne pas trop.

Moi je comprendrais plus qu'un pharmacien m'appelle pour me dire « écoutez docteur, je suis un peu embêté ». Je prends l'exemple de la dame qui a mal au crâne, elle a du KEPPRA, enfin je vais dire n'importe quoi, « vous rajoutez 100mg matin et soir, ça m'embête un peu », mais ça je pense qu'on ne l'aura pas. Il se dit « ah bah ça c'est le médecin qui a prescrit, si jamais il y en a un qui doit être emmerdé c'est lui ». A part des fautes fondamentales, c'est ça quoi.

Interrogateur : Mis à part quelque chose de foncièrement dangereux, finalement, tu n'as pas l'impression qu'il y a vraiment des questions de posées.

Participant : Oui, mais attention hein, on est toujours plus critique vis-à-vis des autres professions que la nôtre.

Je n'ai pas l'impression qu'il y ait une lecture très critique, et, encore une fois, la lecture elle serait d'autant plus critique s'ils avaient les mêmes objectifs que nous. Si l'objectif du pharmacien c'est de se dire, enfin je ne dis pas ça méchamment, mais « pour le bien être du patient, j'ai intérêt à diminuer le nombre de molécules qu'il prend, comme nous, on serait dans le même objectif. Mais, eux, leur objectif, c'est plutôt l'inverse, plus il y a de médicaments sur l'ordonnance, et plus ils gagnent d'argent. Alors je ne vais pas résumer la vie à ça, mais pour eux comme pour nous, c'est avec l'argent qu'on vit quoi.

Aujourd'hui j'ai fait des vaccins, la plupart des patients avaient pris du doliprane avant le vaccin. « Mon kiné m'a dit que c'était mieux d'en prendre ». C'est-à-dire que, on les a appelé, on a géré la vaccination, tu leur a pas donné l'information, et monsieur et madame tout le monde, y compris les pharmaciens, ont dit « prenez du Doliprane avant, hein ! ».

Interrogateur : Et comment elles pourraient être améliorées les relations ?

Participant : Bah, c'est pour moi la plus grosse difficulté, c'est que, de un, former les gens, que ça soit les médecins ou les pharmaciens, parce qu'on ne va pas « taper » que sur les pharmaciens, c'est au moins la iatrogénie médicamenteuse.

Je pense que maintenant, on a tous des logiciels de prescription, je pense que les pharmaciens se devraient quand même d'avoir un logiciel qui indique les contre-indications quoi. Quand tu regardes un petit peu ACTIFED DUO, etc., avec de la pseudo-éphédrine, avec des tas de trucs, et on fil ça, comme ça, à des patients de 75 ans qui ont un adénome de prostate quoi, ça choque personne.

Je pense que le truc c'est que, soyons clair, malheureusement pour tout le monde, il n'y a que par l'informatique qu'on arrivera à gérer cette situation-là. Parce que l'informatique elle en a rien à foutre du chiffre d'affaire, elle va juste se dire « ça je ne peux pas mettre les deux en même temps ». Donc je pense que, si tu veux, il y ait des formations qui soient faites et qu'on ait accès à des logiciels qui soient agréés par l'HAS, et tout un tas de trucs, qui permettent d'identifier plus facilement, les contre-indications formelles. Après, ça, ils les connaissent, mais les redondances en fonction de l'âge, ça serait bien, parce que ça, dans nos logiciels, c'est quelque chose qu'on a très rarement. Souvent t'as des interactions qui ne sont pas bonnes, ça tu l'as dans le logiciel, mais les logiciels ne sont quasiment jamais calibrés par rapport à l'âge des patients.

Donc ça veut dire que, si on n'adapte pas ça, il faut, déjà, petit un, une formation en amont, que ça soit des médecins, mais aussi de tous les intervenants qui entrent dans la prescription, les pharmaciens, pour que, quelque part, on mette des signaux d'alerte, parce qu'aujourd'hui le seul canal pertinent qu'il y ait c'est la relation qui va faire que le pharmacien va appeler le médecin. Mais aujourd'hui, par rapport au peu de temps libre qu'on a les uns, les autres, caler un appel vite fait « c'est madame machin qui a eu ça, je suis un peu embêter parce qu'il y ait ça », ça me semble plus gérable.

Après, attention, j'ai participé à des tas de trucs, des RCP, des trucs super sophistiqués, alors on fait un truc, une confrontation autour du patient, de l'infirmière personnelle, de la famille, du médecin... ouai c'est gentil... mais ça, dans la vraie vie, je ne sais pas qui va pouvoir le faire.

Interrogateur : Finalement c'est ce que tu disais tout à l'heure, mettre en place des RCP, on n'aurait pas le temps.

Participant : Oui c'est ça, aujourd'hui on est un peu à couteau tiré. Après il ne faut pas pour autant s'en désintéresser. C'est finalement « comment on peut faire pour y arriver ». Moi c'est plus ce qui m'intéresse quoi. J'essaie de faire attention quand je fais ma prescription, mais il y

a des trucs qui peuvent passer au travers. Le pharmacien il est formé, ou il a son logiciel qui lui dit « bah, tiens, ça c'est un peu bizarre », bah du coup l'information elle remonte au médecin, un canal direct comme ça.

Et après je trouve que, effectivement, avoir une relation un peu privilégié entre les professionnels de santé, mais qui soit adapté, ça me paraît plus important que de donner des outils obligatoires. Parce que la réaction des politiques, en général, c'est plutôt de rendre des trucs obligatoires, quoi. « Vous serez obligé de faire comme ça ». C'est-à-dire que, je vois très bien arriver le truc dans les EHPAD, où il faudra un jour que le pharmacien qui délivrent les médicaments ça soit un mec formé à ça avec un tampon qui dit « fournisseur de médicament pour les EHPAD », parce qu'il aura un truc, et puis c'est lui qui fournira, mais il y a que lui qui pourra fournir. Enfin, tu vois, ça, ça m'embêterait beaucoup, qu'on risque de perdre comme ça notre liberté d'action libérale. Il faut développer des outils qui soient proportionnés et adaptés à notre mode de fonctionnement. Il faut que ça soit assez souple. Il y a des tas de très bonnes idées mais qui ne sont pas forcément adaptables à notre activité.

J'ai participé à pas mal de truc, et intellectuellement c'est super bien, mais à la fin tu te rends compte que ce n'est pas réalisable.

Si on veut progresser, il faut qu'on donne envie aux gens de le faire, et il faut qu'il y ait un intérêt. Moi ce qui m'embête c'est qu'avec un pharmacien on ne partage pas la même unité de pensée, puis que, eux, ils ont besoin de vendre beaucoup, et nous on a besoin de diminuer la quantité de médicaments chez nos personnes âgées.

Interrogateur : Pour la suite, on va parler de la conciliation médicamenteuse, toi t'en as déjà entendu parler ?

Participant : Oui, bien sûr, en entendre parler. J'ai participé à des trucs, oui.

La conciliation médicamenteuse, le seul endroit où j'en vois vraiment une, c'est en EHPAD. Parce que, en fait, nous, on fait nos prescriptions, et le logiciel de prescription, il est au sein de l'EHPAD, ce qui veut dire que, à chaque fois que je veux faire une ordonnance, elle va passer par l'infirmière de l'EHPAD, avec qui on va discuter et avec qui il va y avoir une discussion, on va valider la prescription. Donc c'est le seul endroit, aujourd'hui, où j'ai une conciliation. C'est-à-dire qu'il va y avoir l'ordonnance que j'ai éditée, mon examen clinique, avec les habitudes de la

patiente, etc., avec les transmissions de l'infirmière, qui va te dire « oui mais c'est compliqué avec elle, parce qu'elle embête sa voisine tout le temps », et le seul moment où je fais de la conciliation c'est là. Parce que la conciliation finalement c'est quand il y a plusieurs intervenants, c'est une confrontation.

Après on n'a pas vraiment de conciliation avec le pharmacien...

Interrogateur : Et comment tu définis la conciliation médicamenteuse ?

Participant : La conciliation médicamenteuse, pour moi, ça devrait être la confrontation entre des professionnels de santé, ça ne concerne pas que le pharmacien et le médecin, c'est l'ensemble des professionnels de santé, de l'état de santé du patient, et la iatrogénie si tu veux. Si tu veux c'est... il faut regrouper toutes les doléances de l'ensemble des participants, que ça soit l'infirmière ou le kiné, qui puissent nous dire « madame machin elle se plaint de ça, elle marche plus, etc. ». Donc tu vas rassembler toutes les doléances, et tu vas, par rapport à l'état de santé du patient, et une ordonnance déjà établie, mettre en place un processus qui fasse que tu vas aller vers ce qu'il y aura de mieux pour le patient.

Et donc, à chaque fois, ça va être, par exemple, que le kiné a remarqué qu'elle ne marchait pas bien, l'IDE les soins ça va, mais elle est diabétique, et le pédicure a remarqué qu'elle avait moins de sensibilité sur les pieds etc. Alors, qu'est ce qui est important ? Que le kiné passe plus souvent pour la mobiliser le plus ? Qu'on l'envoie chez le neuro pour faire des trucs ? Tu vois, voilà, c'est un ensemble de doléances, et toi après tu essayes de les structurer, pour qu'il y ait un mieux pour le patient.

Interrogateur : Et toi, le bilan partagé de médication, t'en a déjà entendu parler ?

Participant : On va dire non.

Interrogateur : Toi t'en a jamais reçu du coup, par exemple, de bilan partagé de médication ?

Participant : Non, non, non... En fait si, je suis honnête avec toi, si, parce que, les médecins avec qui j'avais travaillé parce que, tu sais, j'avais travaillé dans un poste avec l'HAS, on avait fait un truc avec l'organisme de moyen séjour qui est pas loin de chez nous, et à l'époque on avait mis ça en place, c'est-à-dire que les patients rentrent là-bas en post-chir, ou un truc

comme ça, ils ont une ordonnance de départ, et il y a justement ce bilan qui avait été fait, pour rediscuter point par point.

Et on avait, je trouvais ça assez sympa, il y avait un tableau qui était à la fin du courrier, avec les médicaments à l'entrée, la discussion qu'il y avait, donc le bilan, et la décision finale de se dire « bah ça on le continue, on le continue pas, ou on rajoute quelque chose ».

Interrogateur : Et c'était quoi cette structure ?

Participant : C'est une unité de réadaptation qui est dans notre coin, c'est le seul moment où ça a été fait.

Interrogateur : c'est, finalement un bilan comme on en a dans les services de gériatrie ?

Participant : Oui, exactement.

Interrogateur : Le bilan partagé de médication, c'est en fait ce que tu me décris en unité de réadaptation, mais uniquement entre le pharmacien et le médecin de ville, tu en as déjà vu ?

Participant : Non, c'est pour ça que je te disais, « oui et non »

Interrogateur : Sur du coup le projet de bilan partagé de médication, si les officines voulaient le mettre en place, est ce que c'est quelque chose sur lequel tu porterais un intérêt particulier ?

Participant : De toute façon, faut se dire qu'en règle générale, on pense toujours soi-même faire bien. Et que, il n'y a qu'en faisant des choses comme ça qu'on progresse, finalement il y a un moment où, la force de l'habitude va souvent prendre un petit peu le dessus.

C'est l'exemple typique de faire venir les internes dans nos cabinets, des fois je leur dit qu'il y a un moment de partage, parce que, autant j'ai une forme de savoir et d'expérience, mais eux aussi ont du savoir, et que, quelque part, je me remet en question. Après leur savoir je peux le remettre en question, mais que si j'ai l'impression qu'il doit être remis en question. Et c'est indispensable, le regard de l'autre nous fait progresser, et nous fait toujours réfléchir. Quand je fais des programmes de formation, ce qui est toujours rigolo, c'est que, si tu fais une formation sur l'insuffisance cardiaque, les médecins qui viennent, les trois quart sont plutôt très

compétents dans l'insuffisance cardiaque, ça s'appelle de la réassurance, c'est-à-dire que quelqu'un qui a des connaissances quelque part, il va venir, pas montrer aux autres, mais il va venir finalement pour se rassurer lui-même et se dire « je ne suis pas mauvais », alors qu'il y a aussi des endroits où ils ne sont pas à l'aise, et ils vont avoir du mal à aller vers ça. Donc je pense que, de toute façon, des expérimentations comme ça, elles sont profitables à tout le monde. J'ai beau me dire que je regarde toutes mes prescriptions, je les regarde, mais je les regarde avec mon œil à moi. Le fait de faire venir des internes dans mon bureau, c'est exactement cette démarche-là, c'est d'avoir « un autre regard critique sur ».

Donc moi ce truc-là m'intéresse. Le seul souci dans tout ça, c'est que, tout ça c'est chronophage, et qu'aujourd'hui, je ne suis pas sûr qu'en face il y a une ligne de financement pour tout ça quoi.

Interrogateur : Donc, que je t'explique un peu plus, le bilan partagé de médication, c'est le principe qu'un BMO, c'est ce que tu décrivais tout à l'heure. C'est une consultation du pharmacien avec le patient, cette consultation elle est préparée en amont, et peut, théoriquement, être préparée avec le médecin, où il y a cette relecture ligne par ligne, mais avec le pharmacien, un peu comme on fait à l'hôpital. Actuellement, c'est censé être une consultation par an, voire deux la première année, et c'est rémunéré 60€ par consultation, qui durent une demi-heure.

Participant : le souci pour moi aujourd'hui c'est qu'il y a énormément de projets qui sont intéressants, mais qu'à un moment, il y a la réalité de terrain qui devrait être prise en compte, si tu veux. Et encore une fois, l'exemple typique, c'est les gens de l'ARS qui viennent te dire « il faut faire ceci ou cela », mais tu finis par avoir des gens en face de toi qui vont te dire de travailler plus, alors que tu fais déjà des horaires énormes, mais ils vont te dire à toi qu'il faut travailler plus. Et à un moment il y a un déséquilibre qui se crée.

Et le souci qu'on a beaucoup en France, alors que les systèmes anglo-saxons sont beaucoup plus performants à ce niveau-là, parce qu'il y a une vision globale de la santé. C'est-à-dire que si tu luttas contre la iatrogénie, tu vas diminuer des frais qui sont la conséquence de la iatrogénie, et tu vas diminuer les frais parce que tu vas donner moins de médicaments puisque tu vas déprescrire des médicaments qui pourraient être toxiques. C'est un double impact positif. Et un groupe, là-bas qui finance l'ensemble des prestations, fait que, lui, il va avoir une vision globale. Il va se dire « si je ne donne pas n'importe quoi aux gens, je suis gagnant ». Le

problème c'est que tout, chez nous, est segmenté. Moi qui suis en commission paritaire, il est arrivé régulièrement d'avoir le médecin conseil où je vais lui expliquer « bah écoutez, ce médecin là il va voir ce patient tous les jours pendant 15j, et vous le recadrez, alors que, si le patient était à l'hôpital, il coûterait 750€ par jour minimum ». Et le médecin conseil qui te réponds que ça il s'en fiche. Il n'y a quasiment personne qui a une vision globale de la santé autour du patient.

L'hôpital gère son truc, le pharmacien a son truc, et il y a personne qui a une vision globale. C'est l'exemple typique en ce moment, de « dépistons, dépistons, le dépistage est gratuit », alors que, non, le dépistage ce n'est pas gratuit, aujourd'hui on dépense des sommes colossales pour des dépistages qui sont régulièrement profondément inutiles, et Dieu sait que je suis pour le dépistage, mais tu fais un dépistage intelligent, et là on dit « c'est gratuit », alors que non, c'est jamais gratuit ! Quand vous faites ça, on va vous priver d'autres choses, et il n'y a pas cette dimension-là.

Il n'y a pas d'organisme qui a une vision globale de ça. Quand, il y a longtemps, quand les statines sont sorties, et ce qui s'est passé, c'est que, quand tu fais un truc là-dessus, que tu fais des Echographies Doppler chez les gens qui fument etc., bah tu mets beaucoup de statines, et ce qui s'est passé, c'est que les gens de l'assurance maladie sont venus nous voir parce que, moi, j'avais un seuil qui avait explosé par rapport à mes confrères, parce que j'en prescrivais beaucoup plus. Mais j'en prescrivais beaucoup plus en respectant les recommandations. Et j'avais répondu à la dame « c'est les autres qui n'en prescrivent pas assez, ce n'est pas moi qui en prescrit trop ». On est dans une population où on a beaucoup d'accidents, on est les plus mauvais, en France, sur ces trucs-là, et quand on veut les prendre en charge on vient nous chercher et dire qu'on ne fait pas comme les autres. Parce que, comme il y pas de vision globale, la seule chose qu'ils voyaient c'est que, statistiquement, j'en prescrivais plus et que, du coup, ça coûtait trop cher. Donc c'est une des grosses difficultés sur ces trucs-là, et quand tu essayes de défendre des trucs par rapport aux structures, aujourd'hui, c'est « qu'est-ce que ça va me rapporter si je le fait », et comme c'est souvent du truc à court terme, la seule chose qui marche, c'est le truc à court terme. C'est compliqué de faire passer des trucs comme ça.

II. Entretien Médecin M2

Interrogateur : Pour vous, qu'est-ce que la définition de la gériatrie ?

Participant : Une spécialité appliquée aux personnes âgées

Interrogateur : Dans votre patientèle, quelle place occupe la population gériatrique ?

Participant : De manière assez précise, sur AMELI, ma patientèle personnes âgées représente, sur 1000 patients, presque 30%.

Interrogateur : Pour vous, quelle est la définition de la iatrogénie ?

Participant : La iatrogénie médicamenteuse ce sont les effets secondaires induits par les médicaments. Et puis, si on parle des soins également, les conséquences en règle générale.

Interrogateur : A quelle fréquence voyez-vous des problèmes de iatrogénie dans vos prise en charge ?

Participant : Je ne me suis jamais posé la question. Je n'en vois pas tant que ça finalement.

Interrogateur : Et sur le plan de la prévention de la iatrogénie, quelle place ça prend dans vos pratiques quotidiennes ?

Participant : C'est journalier. Ensuite on a la BCB qui permet de faire le tri via le logiciel. Je fais très attention à tout ce qui est clairance de la créatinine, aux modifications physiologiques, aux interactions médicamenteuses. C'est une grande préoccupation dans ma pratique médicale.

Interrogateur : C'est donc pour vous quelque chose qui est réfléchi tous les jours ?

Participant : Tout à fait

Interrogateur : Pour vous, comment pourrions-nous améliorer cette prévention de la iatrogénie ?

Participant : Je pense que les outils informatiques pour recouper les informations, comme la BCB pour les interactions médicamenteuses, c'est important. La connaissance du métabolisme des médicaments c'est important aussi, surtout chez les sujets âgés. Prendre en compte les défaillances d'organe chez le sujet âgé, notamment les insuffisances rénales, qui sont quand même très fréquentes. Et puis surtout les antécédents du patient sont importants au niveau de la physiologie.

On sait bien que certains médicaments vont passer chez certains patients avec une bonne physiologie, et pas d'autres. Je pense que les antécédents sont importants, surtout les défaillances d'organes, insuffisance rénale, cardiaque, hépatique. Et puis ne pas hésiter à faire un contrôle biologique régulier. Et l'interrogatoire, savoir si tout va bien, si le traitement est bien accepté, qu'il n'y a pas d'effets secondaires liées à la prise médicamenteuse.

Interrogateur : Comment définiriez-vous les relations que vous entretenez avec les pharmaciens ?

Participant : Inexistante *rire*. On a tout de même quelques rapports pour les ordonnances, mais après quand il y a des interactions médicamenteuses, des trucs comme ça, ça arrive. Les pharmaciens n'ont pas les mêmes connaissances, on ne travaille pas sur le même terrain. Si je prends l'exemple de la FA, les cardiologues très fréquemment vont prescrire un anti-arythmique de n'importe quelle classe, avec un beta bloquant, et dès que ça arrive chez le pharmacien, c'est une contre-indication et ils ne le mettent pas alors que c'est validé par le cardiologue, que c'est fait en pratique courante et connu maintenant depuis des années, par exemple.

Interrogateur : Et en parlant de ces échanges, est ce que c'est quelque chose qui est fréquent ? Avez-vous fréquemment des coups de fil des pharmaciens ?

Participant : Non, ça reste quand même anecdotique. Par mois, si c'est une fois c'est bien.

Interrogateur : Et dans un monde idéal, vous la verriez comment la collaboration avec les pharmaciens d'officine ?

Participant : Je pense que les pharmaciens hésitent à faire remonter... enfin quand il y a une erreur de posologie, ils font remonter facilement, mais ça c'est facile... mais je pense que les pharmaciens parlent bien des effets secondaires au patient, mais je ne sais pas s'ils interrogent

les patients sur les effets secondaires. On pourrait l'améliorer si on avait un dossier partagé éventuellement, mais ça ferait un truc à remplir, ça devient infernal. Après je pense qu'il ne faut pas hésiter à prendre le téléphone pour faire remonter l'information et croiser nos pratiques et puis nos connaissances surtout.

Interrogateur : Le concept de conciliation médicamenteuse, est ce que c'est quelque chose que vous connaissez ?

Participant : Pas du tout

Interrogateur : Donc en gros, c'est une idée d'optimisation et de révision d'ordonnance. On se pose la question avec différents professionnels de santé pour essayer d'atteindre un équilibre dans la balance bénéfice risque, mais où chacun amène son expertise. Plus précisément ici, c'est le pharmacien qui dit « tiens, ce traitement interagit avec ça, ce traitement fait ça », théoriquement, comme dans votre exemple de l'ACFA, et de se poser la question, faut-il continuer ? Y a-t-il un intérêt ? C'est beaucoup fait en service de gériatrie, entre le gériatre et le pharmacien, le bilan d'optimisation médicamenteux, qui, théoriquement, est résumé en fin de courrier de CSG, avec les nouveaux traitements, les traitements arrêtés ou modifiés et pourquoi.

J'en viens à la question, avez-vous déjà reçu ce genre de bilan ?

Participant : Oui, maintenant que tu en parles comme ça, oui

Interrogateur : Et connaissez-vous le bilan partagé de médication ?

Participant : Non plus

Interrogateur : C'est exactement ce que je viens de vous expliquer mais adapté à l'ambulatoire. Le pharmacien le déclenche quand le patient revient de l'hôpital, quand on a instauré un traitement, ou juste quand il pense que ça pourrait être bénéfique pour le patient. Il déclenche un bilan, c'est une consultation préparée en amont avec le médecin. La consultation avec le pharmacien est rémunérée, la préparation de celle-ci ne l'est pas. L'idée est de faire une conciliation médicamenteuse, même si on peut moins toucher au traitement qu'en hôpital, où on peut faire plus facilement une réévaluation médicale, mais le principe reste le même.

Est-ce que vous portez un intérêt à ces projets ?

Participant : Oui, bien sûr ! En ce qui concerne la conciliation hospitalière, j'en prends connaissance quand je reçois le courrier, et je suis les recommandations qui y sont faites.

Interrogateur : Et pour le BPM, c'est quelque chose qui vous intéressez ?

Participant : Oui ! Si on me sollicite, je pense que ça pourrait être intéressant.

III. Entretien Médecin M3

Interrogateur : [Présentation], C'est une thèse qualitative sur l'intérêt et les motivations, pour les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine d'un travail collaboratif interprofessionnel dans l'objectif de réduire la iatrogénie chez les patients les plus fragiles, notamment la population gériatrique. En gros, ça se concentre plus précisément sur la conciliation médicamenteuse, via notamment le bilan partagé de médication, dont je vous parlerai plus tard. L'idée c'est d'en évaluer son usage, son intérêt, et, quand il est mis en place, s'il a modifié les pratiques là où il a été mis en place, et qu'est-ce qu'on pourrait améliorer.

C'est un questionnaire semi dirigé, donc il faut vraiment répondre sans filtre. Je ne sais pas si vous en avez déjà fait, mais il faut vraiment répondre sans filtre. L'idée c'est de récupérer un témoignage au plus proche de la réalité.

Participant : Pas de souci

Interrogateur : Voilà, alors on commence par des questions assez générales, je commence sur la gériatrie, quelle définition vous donnez à la gériatrie ?

Participant : Alors, la gériatrie... euh... bah c'est la partie de la médecine qui s'occupe de la personne âgée en fait. C'est les soins appliqués aux personnes âgées je dirais.

Interrogateur : Et la population gériatrique occupe quelle place dans votre patientèle ?

Participant : Moi je pense que ça doit être entre 20 et 25%.

Interrogateur : Ok, bon du coup on va parler plutôt de iatrogénie. Pour vous, qu'est-ce que la iatrogénie ?

Participant : La iatrogénie, c'est des effets indésirables des médicaments qu'on prescrit, ou des soins éventuels.

Interrogateur : Tout à fait, et à quelle fréquence vous prenez en charge des cas de iatrogénie ?

Participant : Hebdomadaire ou mensuelle ?

Interrogateur : C'est l'idée, vous en avez combien, en gros, par mois ou par semaine.

Participant : Oh ! Par semaine, je dirais entre 0 et 5.

Interrogateur : Et c'est quoi comme types d'évènements iatrogéniques ?

Participant : Bah ça peut être des allergies, des intolérances, et des effets indésirables liés aux traitements, surtout aux traitements hypertenseurs, qui sont fortement pourvoyeurs d'effets indésirables.

Interrogateur : D'accord, et, la prévention de ces risques iatrogéniques, ça occupe quelle place dans vos pratiques ?

Participant : Bah, c'est à toutes les consultations. Donc, prévention des effets indésirables les plus fréquents, des risques allergiques, à chaque prescription, des éventuelles interactions graves. Voilà, on peut dire ça.

Interrogateur : Et d'après vous, comment peut-on améliorer cette prévention des risques iatrogéniques ?

Participant : Comment on pourrait l'améliorer... Bah peut être en notant directement sur l'ordonnance, les effets indésirables... Ou en faisant une fiche complémentaire qu'on fait au patient en même temps que l'ordonnance.

Interrogateur : D'accord. Donc je vais passer sur la partie suivant, c'est sur les relations entre médecins et pharmaciens. Vous, comment sont-elles vos relations avec les pharmaciens dans votre coin ? Comment ça se passe avec eux ?

Participant : Bah, les relations elles sont cordiales, si c'est ça que tu veux dire. Mais, au niveau professionnel, quand ils rencontrent un souci ils nous appellent. Dans l'autre sens c'est plus rare, forcément, parce que les gens s'y rendent avec notre ordonnance en sortant de chez nous. Donc c'est souvent eux qui nous appellent, c'est assez classique.

Interrogateur : Mais du coup ça ne va pas plus loin ? Il n'y a pas d'échange supplémentaire ?

Participant : Alors, pour l'instant non, on crée une maison de santé pluridisciplinaire ici, au cabinet, avec la pharmacie, dont le pharmacien fera partie. Donc là, on aura des échanges plus fréquents, par rapport à la prévention etc. Mais oui, c'est vrai que c'est une très bonne idée ça pour la iatrogénie, chez les personnes âgées, faire une action de prévention avec le pharmacien, c'est... ça serait cool.

Interrogateur : Et en terme d'importance, à la fois sur une journée, mais à la fois leur importance intrinsèque, dans vos pratiques quotidiennes, ça représente quoi ces échanges, c'est quelque chose de plutôt anecdotique ou plutôt fréquent et important dans les prises en charge ?

Participant : La pharmacie peut nous appeler entre 3 et 5 fois dans la semaine aussi je pense... Et après c'est variable. Le plus souvent, c'est sur des détails, enfin quand je dis détail, de posologie, qui n'est pas un détail, ou éventuellement pour modifier un traitement, demander un accord de modification de traitement, si on valide un traitement sur lequel le pharmacien peut tiquer, sur une éventuel interaction, ou quelque chose comme ça. En sachant que des fois on va avoir des points de vue divergeant, parce que nous, médicalement on connaît bien le patient et on sait que ça peut se faire.

Tu sais, je veux dire que, dès qu'il y a un problème rencontré les pharmaciens nous appelle et ça se passe plutôt bien quoi.

Interrogateur : Et d'après vous, dans un monde idéal, quelle serait la place de la collaboration entre les pharmaciens et les médecins, dans les prises en charge des patients ?

Participant : Dans la prise en charge des patients ? Bah elle doit être centrale je pense, la collaboration. Elle pourrait s'améliorer je pense, mais, d'où l'idée, nous, avec la MSP, on aura un logiciel commun, par lequel on pourra communiquer, et ça je pense que c'est super quoi. En gain de temps, en communication, voilà. L'idéal en fait, ça serait qu'il y ait des MSP partout.

Interrogateur : Du coup pour vous, c'était la prochaine question, l'amélioration doit passer par la multiplication des maisons de santé ?

Participant : Généralisation des maisons de santé, ou des logiciels communs, logiciels de communications interprofessionnelles.

Interrogateur : Est-ce que vous avez déjà entendu parler du concept de conciliation médicamenteuse ?

Participant : Non pas du tout.

Interrogateur : Du coup, La conciliation médicamenteuse, c'est une méthode de prévention de la iatrogénie, se concrétisant par la mise en place d'un protocole standardisé, visant à faire un principe de révision d'ordonnance et d'optimisation de traitements, avec, comme point central, une collaboration entre les divers professionnels de santé. En gros, on regarde une prise en charge, et chaque professionnel de santé y apporte son expertise, et ensuite on essaye de croiser tout ça, pour avoir une prise en charge la plus optimale possible du patient, en évitant un maximum les effets indésirables médicamenteux, ou en acceptant un petit peu quand on sait qu'on a un bénéfice important derrière.

Du coup, est-ce que vous avez déjà reçu, à la fin des courriers de courts séjours gériatriques, à la fin des courriers ? Il y a souvent un petit encart avec « traitement arrêté / introduit / modifié » et pourquoi. Parce que ça justement, ça vient de la conciliation médicamenteuse, en hospitalier. Et donc, je vais vous parler d'un principe similaire qui se met en place en ambulatoire, avec les officines, qui s'appelle le bilan partagé de médication.

J'imagine que vous n'en avez jamais entendu parler non plus ?

Participant : Non.

Interrogateur : Donc là, c'est le pharmacien qui va, à, un moment clef du parcours de soins du patient, lui proposer de réviser son ordonnance, en collaboration avec le médecin, tout simplement.

Participant : L'initiative vient du pharmacien ?

Interrogateur : Oui, c'est ça.

Participant : Moi, si tu veux, ça m'épate quand même parce que, bon je n'ai rien que ça soit à l'initiative des pharmaciens, mais ça pourrait aussi être à notre initiative...

Interrogateur : Bien sûr, mais c'est parce que ça a été mis en place par les pharmaciens à la base, et que l'idée de base, c'est qu'il y ait une consultation avec le pharmacien, ce qui permet

de « changer de cadre », pour parler du médicament autrement au patient. Et, en fait, dans tout ce projet-là, cette consultation avec le pharmacien est valorisée financièrement. L'idée aujourd'hui c'est de voir si, déjà, ce projet vous intéresserait, et si vous y voyez un intérêt, dans l'idée.

Participant : Attends, j'ai pas bien compris... Le pharmacien, qui fait sa révision d'ordonnance, il a une compensation financière par la sécu, c'est ça ?

Interrogateur : Oui, c'est ça. En gros c'est uniquement sur une consultation...

Participant : Non mais parce que, ça me paraît chronophage non ? En fait, le pharmacien, quand il fait la révision d'ordonnance, il nous appelle, et on voit ça ensemble ?

Interrogateur : C'est ça, tout à fait.

Participant : Il faudrait faire, en fait, une réunion pluri-professionnelle par semaine ou un truc comme ça quoi.

Interrogateur Et vous, sur le principe, en occultant les côtés chronophages et la complexité de mise en place, est ce que c'est quelque chose pour lequel vous pourriez avoir un attrait particulier ?

Participant : Je pense que, dans le cadre de la MSP, ça pourrait avoir un intérêt. Si on met la iatrogénie chez la personne âgée en fiche action, évidemment... lors de nos réunions pluri-professionnelles, ça sera au cœur du sujet. Moi je vois dans ce cadre-là, je pense que ça pourrait s'intégrer dans ce cadre-là. 2h, tous les deux mois, on pourrait discuter de ça avec le pharmacien...

Après, je ne sais pas, dans la pratique... c'est compliqué.

Il faudrait vraiment réserver ça aux patients âgés, polymédicamentés, qui posent des problèmes à la fois au médecin et au pharmacien... Faudrait vraiment bien cibler des patients, parce que tu ne peux pas cibler toutes les personnes âgées, quand tu vois toutes les grosses patientèles qu'on a... même le pharmacien, on ne s'en sortirait pas. Il faut regarder les choses en face. Bon après, les logiciels ils nous aident pas mal. Dans nos logiciels de prescription t'as

les interactions, les effets indésirables, il y a tout ça quoi. Donc ça c'est quand même positif. Mais dans le monde idéal ça serait bien.

Interrogateur : On a presque terminé. Sur le principe, vous ne seriez pas contre ? Si un pharmacien vous appelle pour parler d'un dossier patient, ça ne vous poserez aucun problème ?

Participant : Oui, après, le tout, c'est ce que je disais, c'est de l'intégrer dans son emploi du temps, mais je n'y vois pas de soucis. En revanche, je pense qu'on ne pourrait pas faire beaucoup plus qu'un patient par semaine. On a déjà beaucoup d'activités. Après je parle pour moi, peut être que certains médecins ont plus de disponibilités...

Après ça pourrait aussi se faire via la CPTS. Nous elle devrait voir le jour bientôt.

IV. Entretien Médecin M4

Interrogateur : [Présentation]. Donc, première question, comment définissez-vous la gériatrie ?

Participant : Bah c'est la prise en charge des personnes âgées.

Interrogateur : Et quelle place occupe la population gériatrique dans votre patientèle ?

Participant : Je ne sais pas, il faudrait que je regarde. Mais si j'y réfléchis, on va y mettre les gens en EHPAD, mais, on ne va pas me mettre dans la population gériatrique, même si j'ai l'âge... Allez, disons, 10 à 15%, mais il faudrait que je regarde, mais en gros je pense que ça fait ça. Plutôt 10 ou 12% je pense.

Interrogateur : Et comment vous définissez la iatrogénie ?

Participant : C'est, j'allais dire, tous les problèmes induits par les prises en charge. Médicamenteuses ou autres, hein, une Kiné inadaptée qui donne des problèmes c'est de la iatrogénie également.

Interrogateur : Et à quelle fréquence vous prenez en charge des problèmes de iatrogénie ?

Participant : Bah il faut que j'en aie déjà, normalement on essaye de ne pas en avoir.

Interrogateur : Et du coup, en général vous en voyez une fois par mois ?

Participant : Non, je trouve que c'est rare, pour moi c'est rare...

Interrogateur : Et du coup, en terme de prévention de la iatrogénie, ça prend quelle place dans vos pratiques ?

Participant : Bah ça dépend quelle iatrogénie...

Interrogateur : La iatrogénie en règle générale, là en l'occurrence plutôt médicamenteuse, mais là c'est aussi en règle générale, pour prévenir les risques iatrogéniques tous les jours.

Participant : Pour diminuer le risque iatrogénique déjà, il faut diminuer le nombre de médicaments. C'est déjà une première chose. Ensuite, tu essayes, enfin, normalement tu as la barrière de ton informatique, qui te donne déjà les associations interdites.

Je pense qu'il faut déjà essayer de ne pas mettre d'associations médicamenteuses dangereuses, après faire attention à tout ce qui est... par exemple, moi, je ne donne plus d'anti-inflammatoires, tout ce qui est potentiellement dangereux notamment pour les reins, et bah on l'évite, comme l'ibuprofène, tous ces médicaments potentiellement dangereux, notamment pour les reins, bah je n'en donne plus en fait.

Ensuite t'as l'informatique qui te permet d'éviter les grosses associations dangereuses, et puis après toi tu dois informer le patient, de pas dépasser les posologies, de pas prendre ça n'importe comment... Voilà !

Il y a de la iatrogénie dans les somnifères, par exemple, éviter les somnifères chez les personnes âgées. Bon... ça j'en ai de moins en moins par ce que je n'en donne plus, mais j'ai dû en gérer longtemps, parce que, avant, on en donnait beaucoup. Parce que les somnifères, par exemple, sur les chutes, les fractures et les traumatismes, c'est de la iatrogénie, quoique un peu indirect. Si tu prends un somnifère qui te donne une chute et que tu te casses le col du fémur, ou si on te donne un anti-inflammatoire qui donne une insuffisance rénale... Bah c'est pareil ! Pour moi c'est une forme de iatrogénie.

Interrogateur : Et pour vous comment on pourrait améliorer cette prévention des risques iatrogéniques ?

Participant : Bah par des formations... Tout simplement, et sensibiliser à ce qu'il y a de plus important, mais des formations surtout. Après, au niveau médical, les pharmaciens ont des logiciels un peu comme nous, qui maintenant te mette, te dise « attention ». Si tu travailles avec un logiciel, il te dit ça maintenant, normalement. Si tu veux prescrire un médicament, t'as tout de suite un truc du Vidal qui va te dire « attention, danger pour les reins ». Mais ça encore faut-il travailler avec un Vidal, mais ça c'est un autre problème, c'est l'intérêt de l'informatique en médecine.

Interrogateur : Cela dit, ça touche un peu le sujet... Et du coup comment vous définissez la qualité de vos échanges avec les pharmaciens ?

Participant : Bah moi je n'ai pas trop de soucis particulier avec les pharmaciens. Ce qui m'énerve, passablement, maintenant, c'est qu'on fait faire de la médecine au pharmacien. C'est à dire que les pharmaciens vaccinent, etc., ça, ça m'énerve passablement.

Je trouve que les jeunes médecins perdent beaucoup, des pans entiers de leur activité, qu'ils regretteront un jour. Moi je ne serai plus là.

Mais sinon j'ai des bonnes relations avec le pharmacien, quand il a un problème, il m'appelle et on s'ait au téléphone.

Interrogateur : Et ces échanges c'est quelque chose de fréquent ?

Participant : Fréquent, pas tant que ça... mais ça arrive

Interrogateur : Et à peu près combien de fois par mois, ou par semaine ?

Participant : Oh ! Il y a des semaines où il n'y a pas de contact, hein ! Je pense que c'est une fois ou deux par mois, pas plus.

Interrogateur : Et en général c'est pour des choses importantes ou c'est plutôt anecdotiques ?

Participant : Non, c'est plutôt des erreurs de « tu reprends une vieille ordonnance et tu n'as pas fait gaffe et tu as remis un traitement qui n'est plus donné », ou des trucs comme ça.

Bon, après, il peut y avoir une erreur, ça peut arriver, mais c'est relativement rare.

Interrogateur : Et dans un monde idéal, comment imagineriez-vous la relation pharmacien médecin ?

Participant : Dans un monde idéal ? Pour moi, c'est des métiers différents. Enfin, je voudrais voir la formation d'un médecin maintenant, d'un pharmacien maintenant, faudrait un peu regarder sa formation, parce que moi je pense qu'il a très peu de formation médicale, très peu de formation clinique, et on veut leur en faire faire...

Bon ! Moi je pense que le pharmacien il est là pour délivrer les médicaments, faire de la prévention sur les ordonnances. C'est un complément, de surveiller, il est en deuxième ligne de

surveillance, c'est le boulot initial du pharmacien, c'est ça, c'est de délivrer tes ordonnances, en vérifiant qu'il n'y ait pas d'erreur. Après ils font des vaccins, alors que, par contre, pour des trucs de prévention, comme dans l'asthme, tu vois que une personne sur deux ne sait pas utiliser son inhalateur ou truc... Donc qu'ils fassent ça déjà ça serait bien, parce que ça fait partie de leur métier.

Je ne dis pas que pour tous les pharmaciens c'est comme ça, mais qu'on leur refasse faire leur vrai métier. S'ils vendent un dextro, il faut qu'ils montrent au patient le fonctionnement du dextro. Ils vendent tous les nouveaux produits, les inhalateurs pour l'asthme, etc., comment on fait de la ventoline etc., et ça tu te rends compte que c'est très rarement fait, et à côté de ça ils veulent absolument faire les vaccins.

Interrogateur : Et d'après vous, comment on pourrait améliorer les relations actuelles avec les pharmaciens ?

Participant : Bah par la formation, nous et eux, sur la iatrogénie. Après dans les relations, non, je pense que chacun fait son boulot, et que, quand on a besoin, ça m'arrive d'appeler le pharmacien, pour un médicament, savoir s'il n'existe plus, enfin, ça m'arrive de l'appeler.

Maintenant chacun doit faire son boulot, et puis après quand il y a un problème, on se téléphone.

Mais bon, il y a des gens qui me disent « comment ça marche ça », bah je leur dit « écoutez, c'est le pharmacien qui va vous expliquer, c'est lui qui le vend, moi je ne vends pas d'appareil », donc le pharmacien il a qu'à s'assurer que le patient fait bien son truc, c'est son boulot.

C'est ce que je disais aussi, si les pharmaciens maintenant font de la médecine, pourquoi on ne ferait pas de la pharmacie ?

Parce qu'on dit « Les pharmaciens, la couverture vaccinale à augmenter », c'est faux! Donne-moi suffisamment de vaccin grippal à mettre dans mon frigidaire, moi je vais t'avoir une couverture vaccinale, de mes patients, quasiment à 100%

Interrogateur : Et à propos de la conciliation médicamenteuse, est ce que vous avez déjà entendu parler du concept ?

Participant : Non

Interrogateur : En gros, c'est ce qu'on voit souvent à la fin des courriers de gériatries, où on voit « tel traitement arrêté pour tel raison, tel traitement modifié pour tel raison », et en gros, l'idée c'est de prévenir la iatrogénie en mettant en place un protocole standardisé, avec une idée de révision d'ordonnance en vérifiant les médicaments, leurs indications, et surtout, une collaboration entre tous les professionnels de santé. Donc, à l'hôpital en l'occurrence, c'est le gériatre et le pharmacien principalement, mais éventuellement d'autres spécialistes, et ensuite, le médecin généraliste secondairement une fois que le patient rentre à domicile. Nous quand on récupère le patient...

Participant : Oui mais ça c'est bien pour les personnes qui vont à l'hôpital, mais la plupart des gens n'y vont pas !

Interrogateur : Justement, moi je travaille donc sur le bilan partagé de médication, où l'idée, c'est un projet qui avait été mis en place plutôt par des pharmaciens, où l'idée c'est de faire une révision d'ordonnance en s'appuyant sur une collaboration entre médecin et pharmacien, aux différents points de changement du parcours de soins du patient.

Le pharmacien voit le patient, qui lui dit que tel traitement il en veut plus, il peut alors démarrer un bilan partagé de médication, et nous prévenir pour dire qu'il y a un problème dans le traitement d'un patient.

Ensuite, le pharmacien voit le patient une fois qu'il a préparé son entretien, avec tout le dossier médical du patient, pour essayer de discuter avec le patient, et essayer de changer de cadre pour essayer de repérer les mésusages, essayer de repérer les effets indésirables qu'il n'aurait pas osé nous rapporter en consultation...

Est-ce qu'un projet comme ça, si votre pharmacien vous appelle pour vous dire qu'il voudrait le mettre en place pour une raison x ou y, notamment après un retour d'hospitalisation d'un patient, par exemple, est ce que c'est quelque chose qui pourrait vous intéresser ?

Participant : Bah... Non... Non parce que, le traitement que tu donnes à un patient... Moi je trouve que non, on sort du sujet par rapport au travail du pharmacien.

Si le pharmacien me dit que le patient ne prends pas son traitement parce qu'il l'a su d'une manière euh... bah okay !

Mais... voilà... Je vois pas, finalement, c'est un traitement qui est donné par rapport à un diagnostic, du coup je ne vois pas pourquoi le pharmacien irait remettre en cause le traitement par rapport au diagnostic...

En fonction de quoi le pharmacien il dirait « bah non ce traitement là pour la tension ce n'est pas bon, c'est plutôt celui-là... »

Demande un peu à l'hôpital si les médecins ils sont d'accord pour que les pharmaciens viennent leur dire qu'ils vont faire un bilan partagé... A mon avis ils vont se faire recevoir, j'attends de le voir !

Interrogateur : C'est ce qui se passe avec la conciliation médicamenteuse, le bilan qu'on reçoit parfois au dos de nos papiers de sorties. Le pharmacien regarde les traitements, et quand il y a un traitement qui l'interroge, il demande pour être sûr que ça soit le bon, s'assurer que ça ne soit pas un traitement d'un spécialiste qui n'a jamais été réévalué.

Participant : Oui mais ça, ça fait partie de son boulot normal !

Interrogateur : En fait c'est ça, sauf que le pharmacien plutôt que de travailler dans son coin et de se dire tout seul « ah bah ça c'est bizarre », il demande au médecin ensuite, notamment s'il n'a pas trouvé l'indication dans le dossier du patient, ou si le dosage lui paraît bizarre.

Participant : L'indication c'est autre chose, pour moi, on sort du rôle du pharmacien ! Maintenant, s'il trouve qu'il y a un surdosage, ça peut arriver, surtout avec l'informatique, mais de toute façon c'est ce qu'il fait, si t'es en dehors de l'AMM, ça m'est déjà arrivé ! Mais ça, ça fait partie de la surveillance normale des ordonnances.

Le pharmacien il vient en deuxième ligne pour surveiller qu'il n'y ait pas d'erreur, il peut y avoir des erreurs. Maintenant, si le pharmacien, par exemple on mets du Doliprane 1000 et que le patient dit au pharmacien qu'il ne sait pas l'avaler, bon bah là effectivement, il peut changer, mettre de l'effervescent ou des sachets, et la prochaine fois on en mets plus, mais après dire « ça c'est pas indiqué », le pharmacien il a les mêmes outils que nous, j'ai pas envie de faire ça

avec les pharmaciens, avec tout le respect que j'ai pour eux, je vais pas commencer à vérifier toutes les ordonnances avec le pharmacien... ça m'étonnerait qu'à l'hôpital le pharmacien tourne avec le médecin pour voir les ordonnances ! Je voudrais bien voir le pharmacien dire au cardiologue « votre traitement il est pas... » À mon avis ça durerait pas longtemps.

Moi je dis, si chacun fait son boulot pour lequel il est prévu, bah tout fonctionnera bien, et puis s'il y a un problème, on se téléphone, mais moi j'ai pas envie de remettre tout un tas de trucs administratifs alors qu'on est déjà débordé, ça non !

Interrogateur : Et le bilan que vous recevez sur les courriers d'hospitalisation, comment vous en tenez compte ? Le petit tableau vous y prêtez attention ?

Participant : Non, non, bah non.... Ecoute, si tu mets un somnifère tu sais que c'est pour dormir, tu mets un antihypertenseur, tu sais que c'est pour la tension, etc., mais à priori tu sais à quoi ça correspond. Si tu diminues le traitement antihypertenseur parce qu'ils font des hypotensions la nuit, il y a pas à discuter avec ça. Après je ne dis pas que je ne regarde pas, je regarde s'il y a eu une grosse modification, je regarde s'il y a eu des changements par rapport aux traitements qu'il avait et ce qui a été changé, s'il est marqué qu'il faisait des hypotensions nocturnes, c'est intéressant à savoir... mais je ne passe pas une heure là-dessus, je prends ce qui est intéressant pour la suite, et puis voilà !

Moi je ne veux pas qu'on ajoute de contraintes sur les ordonnances. Le pharmacien n'a qu'à faire son boulot ! Qu'on recentre chacun sur son travail plutôt que de leur faire faire des trucs qui ne sont pas euh...

Et ça ne veut pas dire que je ne veux pas collaborer ! Mais je ne veux juste pas passer du temps avec tout ça, sinon je n'aurais plus le temps de faire de la gériatrie. Il faut cibler la iatrogénie de la personne âgée, et puis voilà.

V. Entretien Médecin M5

Interrogateur : Il s'agit d'une thèse qualitative sur l'intérêt et les motivations, pour les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, d'un travail collaboratif interprofessionnel dans l'objectif de réduire la iatrogénie chez les patients les plus fragiles, notamment la population gériatrique. Donc c'est, plus précisément, sur la conciliation médicamenteuse et le bilan partagé de médication, voir son usage, son intérêt, et voir comment améliorer le parcours de soins.

Je commence par des questions générales,

Pour toi, quelle est la définition de la gériatrie?

Participant : C'est une partie de la médecine qui est spécifique des patients de plus de 75 ans.

Interrogateur : C'est à peu près ça oui. Et toi, la population gériatrique dans ta patientèle, ça représente à peu près combien?

Participant : Je ne sais pas te dire les pourcentages, les pourcentages réels j'en sais rien... je dirais... moins de 10%.

Interrogateur : Ok. Je sais aussi que vous vous partagez les patients avec ton collaborateur [qui travaille en plus à l'EHPAD et fait la majorité des VAD], t'aurais pas une idée, avec lui de ce que ça représente?

Participant : Ah bah beaucoup plus, je dirais 60%. Pour lui c'est plus de la moitié en tout cas, ça s'équilibre entre lui et moi.

Interrogateur : Ensuite, sur la iatrogénie, tu la définis comment?

Participant : La iatrogénie, c'est l'ensemble des effets indésirables, qui sont dus à un médicament.

Interrogateur : C'est ça oui, médicaments, et soins aussi. Je n'en parle pas là parce qu'on parle plus de médicaments effectivement.

Et en terme de problème de iatrogénie, toi, à quelle fréquence tu dois en prendre en charge au cabinet ?

Participant : De manière régulière et peu fréquente, en tout cas moi, avec mon pourcentage gériatrique plutôt faible. Par contre c'est régulier, c'est quelque chose qui arrive, je dirais, moins de 5 fois par semaine.

Interrogateur : Et en général, c'est quoi comme type de problème de iatrogénie?

Participant : En gériatrie ou en règle générale?

Interrogateur : En règle générale

Participant : Alors, en règle générale, c'est de la polymédication, avec des troubles vertigineux ou des chutes, de la iatrogénie sur des surdosages médicamenteux, principalement en Neuro, chez le parkinsonien par exemple, c'est de la iatrogénie sur des nausées ou des éruptions cutanées sur des introductions de traitement, voilà, des intolérances. Voilà, les effets indésirables sur polymédication, les surdosages, ou les allergies sur introduction de traitement.

Interrogateur : Et sur tes pratiques quotidiennes, tu donnes quelle place à la prévention des risques iatrogéniques?

Participant : Une place qui n'est pas suffisamment présente à mon esprit pour être systématique. C'est à dire que, là, quand je vais en parler avec toi, je donne une grande importance à la iatrogénie, et quand tu me poses la question sur ma pratique quotidienne, elle n'est pas présente à mon esprit de manière systématique, et du coup je n'y accorde pas l'intérêt qu'il faudrait.

Interrogateur : Et pour toi, du coup, comment on pourrait améliorer la prévention des risques iatrogéniques?

Participant : Je reste persuadé que des formations présentiellees sont quelque chose de toujours valable dans notre métier. C'est à dire qu'il faut commencer à être formé, et du coup avoir des séminaires de iatrogénie. Maintenant, les logiciels qui te donnent des alertes de iatrogénie par rapport à une ordonnance, c'est quelque chose à laquelle je fais attention aussi,

ça m'a aidé un peu. Un développement des logiciels par rapport à cette application, le fait de continuer les formations, euh... et puis les regroupements médicaux, ou en tout cas le fait de pouvoir accueillir des internes ou de participer à des groupes de paires, ou de participer à des formations est toujours quelque chose qui me paraît adapté pour échanger. Entendre la iatrogénie des autres ou les soucis de prescription des autres pour pouvoir chacun se remettre en question face à sa propre pratique. C'est plutôt ça.

Les groupes de paires pour toujours penser à la iatrogénie, ça me paraît adapté.

Interrogateur : Et comment sont les relations avec les médecins de ton coin ?

Participant : Très bonne.

Interrogateur : Et il y a des échanges qui sont réguliers? C'est quelque chose d'important et régulier ces échanges, ou quelque chose de plutôt anecdotique?

Participant : Pas du tout, c'est anecdotique.

Quand eux ont un souci de prescription, que ça soit une erreur de prescription ou un questionnement, ils prennent leur téléphone. Moi, je n'interviens jamais. Mais cela dit, nos échanges, quand ça doit arriver, à titre personnel, quand moi je vais dans ma pharmacie, les échanges sont très très bons, et quand, par téléphone, de manière assez anecdotique, ça arrive parce que, eux, ont besoin d'un avis de ma part, les échanges sont très bon, mais ils sont très rare.

Interrogateur : Et pour toi, la place idéale de cette relation pharmacien - médecin, dans la prise en charge de nos patients, ça serait laquelle? Plutôt comme ce qu'on fait actuellement ou il faudrait modifier quelque chose?

Participant : Oh non, il faudrait modifier quelque chose, et c'est la place des regroupements pluridisciplinaires que sont les MSP, on attend que ça, de réussir à mettre en place des prises en charge pluridisciplinaires, et que les MSP puissent valoriser ça. L'avenir et dans ça, et j'en suis convaincu aussi, la place accordée à ça, elle n'est pas suffisante.

Interrogateur : Pas suffisante par rapport à quoi? Par rapport aux formations ou par rapport aux pharmaciens?

Participant : Par rapport aux bénéfices de prise en charge des patients. Je pense qu'on n'échange pas assez suffisamment, et on ne communique pas assez souvent avec des pharmaciens pour avoir une prise en charge optimale. Sinon, les relations sont très bonnes.

Interrogateur : Est-ce que tu as déjà entendu parler du concept de conciliation médicamenteuse?

Participant : Pas du tout.

Interrogateur : Alors, c'est une méthode de prévention de la iatrogénie, qui se concrétise par la mise en place d'un protocole standardisé, avec une idée de « révision d'ordonnance », et d'optimisation du traitement via une collaboration entre divers professionnels de santé, qui chacun, du coup ramène son expertise. Par exemple, c'est ce qu'on voit en sortie de gériatrie. Les révisions d'ordonnances qu'ils font en sortie d'hospitalisation, c'est de la conciliation médicamenteuse, où il y a collaboration entre le pharmacien et le gériatre, mais ça peut, parfois, aussi, être une discussion entre le cardiologue et le gériatre, entre pairs, chacun apportant son expertise.

Est-ce que pour toi, ce genre de concept pourrait être utile pour l'amélioration du parcours de soin?

Participant : Oui, c'est quelque chose qui me paraît plutôt utile et adapté que l'on puisse s'appeler lors de la prescription d'une ordonnance en sortie d'hospit' pour avoir un avis concerté, c'est ça?

Interrogateur : Alors, ce n'est pas tout à fait "à la sortie", mais plutôt pendant le séjour. Souvent c'est d'ailleurs un étudiant pharmacien qui, en gros, regarde la totalité de la liste des traitements, qui, du coup, demande, si le patient est interrogeable, "est ce que vous prenez ce traitement-là?", etc. Et ensuite, il appelle le médecin traitant, pour savoir si l'ordonnance qu'on a est bien la bonne. Même des fois il appelle aussi la famille, si jamais ils ont des informations supplémentaires. Et, quand il y a un traitement dont la prescription ne semble pas forcément adaptée, du moins à travers l'expertise pharmaceutique, ou qu'il y a un potentiel risque d'effet

iatrogène, elle demande ensuite au gériatre "pour moi, ce traitement-là, j'ai détecté qu'il y avait potentiellement un souci, qu'est-ce que vous en pensez?". Et à la fin, c'est ce qu'on a à la dernière page des courriers de sortie où il y a "ce traitement a été arrêté pour...", "ce traitement a été introduit pour...", et voilà.

Participant : Non, c'est quelque chose qui me... qui me parle fortement, de pouvoir améliorer la prise en charge du patient par des expertises, qui d'ailleurs ne sont pas possible par un médecin généraliste, enfin je veux dire que faire une analyse de iatrogénie c'est assez difficile, et l'aide d'un pharmacien est plutôt une très bonne idée, c'est bien.

Interrogateur : D'accord... et bon, du coup j'imagine que tu ne vas pas connaître non plus, mais le bilan partagé de médication, ça te parle?

Participant : Non.

Interrogateur : Alors, le bilan partagé de médication, avant de t'en parler, je voulais te demander, toi quand tu reçois les courriers de gériatrie, avec le petit tableau sur les modifications de traitement, est ce que c'est quelque chose que tu lis attentivement, est ce que tu reprends les modifications de traitement, quel intérêt tu y portes?

Participant : Alors, je vais clairement te dire, que, vu ma pratique gériatrique très faible, je ne vois pas de quel tableau tu parles, parce que je ne vois pas de courriers de sortie de gériatrie suffisamment. Par contre, je vais quand même répondre.

Sur l'ensemble des courriers que je peux voir, je porte un intérêt franc aux modifications apportées par tout médecin hospitalier, même de façon plus spécifique en gériatrie. Enfin, je ne reprends pas un ancien traitement par fierté personnelle, je suis les ordonnances de sortie d'hospitalisation.

Interrogateur : Et est-ce que tu serais potentiellement intéressé par participer à une conciliation médicamenteuse avec un pharmacien d'officine qui t'appellerait?

Participant : Ouai carrément!

Interrogateur : Et dans quel contexte tu parlerais d'une ordonnance avec le pharmacien?

Participant : ça serait moi qui devrais être à l'initiative?

Interrogateur : Pas forcément, il t'appelle en te disant qu'il y a tel ou tel problème avec tel patient.

Participant : Dans ces cas-là, j'espère que s'il est au courant d'un certain degré de iatrogénie, j'y remédierai moi-même, donc du coup la moindre des choses qui peut leur paraître interpellant sur une de mes prescriptions, je serais même ravis d'être mis au courant, quoi!

Interrogateur : Du coup je vais rapidement te parler du bilan partagé de médication, voir si c'est quelque chose qui t'intéresse. En gros, ça reprend les grandes lignes de la conciliation médicamenteuse de l'hôpital, sauf que forcément, on ne peut pas réévaluer les patients aussi souvent qu'à l'hôpital, donc on a moins de souplesse pour modifier l'ordonnance. L'idée c'est surtout d'essayer de repérer, à la fois les erreurs qui auraient pu être faites aux points de modification du parcours de soins du patient, comme une sortie d'hospitalisation, un nouveau traitement mis en place par un spécialiste, ou des ordonnances de multiples spécialistes qui peuvent apporter des erreurs iatrogènes, mais aussi quand le patient commence à avoir beaucoup de traitement, ou qu'on a du mal à l'équilibrer. Le pharmacien dit, "bah ça serait bien qu'on fasse un bilan", il appelle le médecin pour avoir des informations, il explique ce qui l'inquiète. Ils en discutent pour créer un dossier, et ensuite le pharmacien rencontre, lors d'une consultation, le patient, et il lui montre les boîtes en lui demandant si ce traitement lui convient, s'il y a des soucis etc. ça permet de vérifier comme à l'hôpital, mais aussi de récupérer le ressenti du patient, sur des choses qu'il ne dirait pas forcément au comptoir de la pharmacie ou en cabinet.

Et du coup, ce genre de chose pourrait t'intéresser?

Participant : Ouai, ça m'intéresserait, à partir du moment où ce n'est pas forcément à l'initiative des patients, parce que ça pourrait vite devenir délétère que d'avoir des demandes de réévaluations d'ordonnances de la part des patients, ou de la famille. Ça n'apporterait que de la surcharge de travail, par rapport à la qualité qu'on pourrait apporter. Une partie des patients seraient demandeur alors qu'il n'y pas de problème de iatrogénie à proprement parlé. C'est quelque chose qui doit rester à l'appréciation médicale pure.

Interrogateur : Et dernière question, est ce que tu vois d'autres éléments, autres que la conciliation médicamenteuse, qui pourrait améliorer et sécuriser le parcours de soins?

Participant : Bah je vais revenir toujours à la concertation pluridisciplinaire de MSP, de groupes de paires, le fait de se regrouper, de ne pas rester seul dans un cabinet, quel qu'il soit, ou dans une officine. Pas forcément physiquement, mais au moins se regrouper intellectuellement.

VI. Entretien Médecin M6

Interrogateur : [Présentation]. Donc plus précisément, c'est sur le concept de conciliation médicamenteuse, et le bilan partagé de médication, dont je vous parlerai plus tard. C'est un entretien semi dirigé, donc ce sont des questions un maximum ouvertes, pour vous laisser répondre de manière complètement libre. L'idée c'est surtout d'avoir un ressenti, votre ressenti, au plus proche de la réalité possible, donc il faut répondre sans filtre, il n'y a pas de mauvaise réponse.

Première partie, sur la gériatrie, comment définissez-vous la gériatrie ?

Participant : C'est le soin apporté aux patients âgés. Le problème c'est qu'est-ce que tu appelles « un patient âgé », pour moi c'est à partir de 75-77 ans, quand il commence à y avoir un déclin des fonctions physiologiques. Il faut revoir les posologies et les indications thérapeutiques, pour moi la gériatrie commence là.

Interrogateur : Et vous dans votre patientèle, ça occupe quelle part la population gériatrique ?

Participant : Alors moi, ça fait longtemps que je suis installé, donc mes patients ils ont vieillis avec moi. Et, j'ai du coup une population plus vieille que mes collègues du secteur, je pense que la gériatrie doit occuper une bonne moitié de mon activité maintenant.

Interrogateur : Et sur le plan de la iatrogénie, déjà quelle définition vous donnez à la iatrogénie ?

Participant : Pour moi la iatrogénie c'est un médicament ou une association de médicaments qui provoque des effets indésirables plus ou moins attendus et largement supérieurs aux effets bénéfiques, et en partie liées à la physiologie du sujet âgé.

Interrogateur : et la iatrogénie, à quelle fréquence vous devez prendre en charge des problèmes de iatrogénie, et de quelles natures sont-ils quand vous devez en prendre en charge ?

Participant : A quelle fréquence, par semaine, par mois ?

Interrogateur : Oui, voilà.

Participant : En prenant en compte la maison de retraite où on a des patients qu'il faut sédaté, c'est régulier, et chez les patients âgés c'est difficile de trouver le bon dosage pour avoir une sédation qui permette de calmer leurs angoisses et qu'ils ne soient pas agités, mais qui ne soit pas non plus trop lourde pour éviter que les patients ne soient trop sédatisés, endormis toute la journée. Et on a d'autres problèmes dans le patient âgé, avec des patients sous anticoagulant, à qui il faut parfois donner de la FUNGIZONE pour les mycoses buccales, et donc ça fait varier les taux d'INR chez ceux qui sont encore sous PREVISCAN. On a aussi des problèmes de déshydratation, pas trop en ce moment mais surtout en été, chez les patients âgés sous Diurétiques, ils ont des déshydratations qui s'installent aussi vite que chez le nourrisson.

Interrogateur : Donc finalement c'est surtout en EHPAD que vous prenez en charge les problèmes de iatrogénie finalement.

Participant : C'est majoritairement au niveau de l'EHPAD, oui.

Interrogateur : Et au niveau de la prévention des risques de iatrogénie, ça prend quelle place dans vos pratiques quotidiennes ?

Participant : La prévention c'est dès qu'on rédige une ordonnance, on se demande toujours s'il va y avoir une interaction, donc c'est dès la rédaction de l'ordonnance, et dès qu'on a un patient qui arrive avec une ordonnance toute faite, on revisite, on retoilette l'ordonnance, si je puis dire, pour voir si il n'y a pas des choses qu'on peut supprimer, ou alléger. Donc ça se fait à chaque prescription.

Interrogateur : Et, d'après vous, actuellement, comment est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer la prévention de la iatrogénie ?

Participant : Au cabinet, j'ai un ordinateur qui me signale les interactions dangereuses quand je fais une association sur une ordonnance, systématiquement. Et le problème c'est qu'actuellement, dans les maisons de retraites, les logiciels de prescriptions ne sont pas très intuitifs, et en plus ils ne signalent pas quand il y a des interactions qui ne sont pas conseillées. Le logiciel utilisé dans mon EHPAD, par exemple, il n'est pas facile à manipuler, et il ne signale pas quand il y a des problèmes d'interactions.

Interrogateur : Donc du coup, finalement, vous voyez surtout une amélioration à faire au niveau des logiciels, dans un premier temps, pour améliorer tout ça ?

Participant : Au niveau du logiciel, oui.

Parce que quand tu retranscris quelque chose sur le logiciel, on n'a pas forcément tout de suite la précédente ordonnance qui s'affiche, et on n'a pas d'alerte au moment de la rédaction de l'ordonnance.

Interrogateur : On passe à la partie suivante, au niveau des relations médecins et pharmaciens, ça se passe comment avec vos confrères pharmaciens ?

Participant : Bien, je n'ai pas de souci particulier. Ça fait plus de 20 ans que je suis là, je ne me suis pas encore fâché avec la pharmacienne du secteur.

Interrogateur : Et vous échangez régulièrement ? A quelle fréquence ?

Participant : C'est au moins deux ou trois fois par semaine, pour confirmer une posologie, ou justement parce que quelques fois, quand je fais des ordonnances manuscrites, parce que je suis en visite, et donc il y a des interactions qui passent à la trappe, entre les anti-arythmiques et la FUNGIZONE, les médicaments comme ça, ou le VOGALENE et les autres médicaments.

Donc en général ils nous passent un coup de fil pour nous signaler l'interaction qui pose problème, ou nous demander de confirmer un dosage, ou nous dire qu'il y a une forme galénique qui n'existe plus et qu'ils peuvent fournir autre chose.

Interrogateur : Et pour vous, dans un monde idéal, comment est-ce qu'on devrait dialoguer avec les pharmaciens ? Est-ce que vous voyez quelque chose à améliorer dans la collaboration avec les pharmaciens ?

Participant : Pour le moment, comme ça se passe, moi ça me va. Après, est-ce qu'il faudrait c'est qu'on fasse une réunion une fois par mois, que le pharmacien nous signale, nous rappelle les interactions médicamenteuses, ça pourrait être intéressant de faire ça toutes les 4 à 6 semaines. Une réunion avec le pharmacien et qu'il nous remette à jour avec les interactions, où nous, parfois, on n'a pas vu, ou on n'a pas été mis au courant.

Ils sont beaucoup plus au fait que nous sur les changements de notice, de galénique, toutes ces choses-là. Ils sont beaucoup plus au point que nous, parce que, de temps en temps on a des courriers de labos pour nous dire qu'il y a telle ou telle présentation qui n'existe plus, ou qu'il y a telle interaction qui ne marche plus, mais c'est pas très fréquent qu'on ait des courriers des laboratoires ou des lettres de labos pour nous signaler ce genre de soucis. Les pharmaciens sont plus au courant que nous, je trouve.

On pourrait faire de temps en temps une réunion où le pharmacien nous remettrait à jour les dernières interactions.

Interrogateur : En parlant de ça, est-ce que vous avez déjà entendu parler du concept de la conciliation médicamenteuse ?

Participant : Non, absolument pas

Interrogateur : Finalement c'est un petit peu ce que vous décriviez, de manière plus large, c'est une méthode de prévention de la iatrogénie, qui se concrétise par la mise en place d'un protocole standardisé, avec une idée de « révision d'ordonnance », et d'optimisation du traitement via une collaboration entre divers professionnels de santé, qui ramène chacun leur expertise. C'est ce qui se fait actuellement dans la plupart des services de gériatrie, notamment en court séjour gériatrique, et le plus souvent, même si théoriquement on peut recevoir un courrier à part avec la conciliation, on a, en fait, à la fin des courriers, un petit encart avec le traitement de sortie qui précise les traitements arrêtés, introduits, etc., et pourquoi. Et bien ça, c'est en parti issu de la conciliation médicamenteuse.

Participant : Alors si, ça va, j'avais déjà vu, sur les courriers qu'il y a les traitements de sortie et les traitements arrêtés.

Interrogateur : Du coup ça, ça fait partie de la conciliation médicamenteuse. Est-ce que vous, c'est quelque chose qui vous paraît utile pour l'amélioration du parcours de soins ?

Participant : Oui, nous ici on travaille avec le court séjour gériatrique de Seclin, et ils ont l'habitude de faire ce genre de petit encart à la fin des courriers, et c'est instructif.

Interrogateur : Et, toujours dans le principe de la conciliation médicamenteuse, est ce que vous avez déjà entendu parler du bilan partagé de médication ?

Participant : Non.

Interrogateur : [Explication]. Ce genre de chose, est ce que c'est quelque chose qui pourrait potentiellement vous intéresser ?

Participant : Bah oui, c'est vrai que c'est intéressant, le toilettage des ordonnances, c'est toujours intéressant. On n'a pas toujours le temps de le faire, parce que c'est chronophage, mais c'est intéressant, oui.

Interrogateur : Et dans quelles situations vous accepteriez de discuter d'une ordonnance avec le pharmacien ?

Participant : ça serait intéressant pour tous les patients âgés, qui sont parfois encore sous statine, sous neuroleptiques, ou neuroleptiques apparentés, avec d'autres traitements, et ils sont aussi parfois encore sous anticholinestérasiques, comme la MEMANTINE et compagnie, dont je ne vois plus trop l'intérêt. Ça serait intéressant surtout pour ces classes de traitement là, les hypolipémiants, les sédatifs, les anticholinestérasiques, et quelques fois aussi certains antiarythmiques dont on perçoit plus trop l'intérêt.

Interrogateur : Donc finalement c'est quelque chose qui pourrait potentiellement vous intéresser ?

Participant : Oui, c'est pour ça, je te disais, des trucs comme le petit encart en sortie de CSG, c'est très bien.

Interrogateur : dernière question, actuellement, pour sécuriser le parcours de soins du patient, autre ce qu'on a déjà abordé, c'est à dire les logiciels et le fait de pouvoir discuter avec le pharmacien par le biais de la conciliation médicamenteuse, est ce que vous verriez d'autres choses pour essayer d'améliorer le parcours de soins ?

Participant : Moi je déplore que l'installation du DMP se soit faite de manière aussi réglementaire, centralisée par un ministère.

Parce que c'est un outil qui pourrait être fabuleux, on pourrait avoir plein de renseignements sur la carte vitale du patient.

C'est juste qu'il n'y a personne qui a prévu au niveau des ministères, ou au niveau de la caisse, je leur ai demandé, de nous expliquer comment ça marchait. Donc on a dû mettre à jour nos logiciels pour dire de savoir lire les DMP, et en fait, quand on passe les cartes vitales où le DMP a été mis en place, on a rien, j'ai du mal à lire ce qu'il y a dedans, à trouver des informations, ou même à en mettre dedans...

Alors que tout le monde, à peu près, a une carte vitale, et ça permettrait d'éviter qu'on se balade avec des bouts de papiers « je suis allergique à ceci ou à cela, je suis sous anticoagulant ».

Je ne sais pas pourquoi ça a été développé cette idée, quelque part dans un ministère à Paris, que tout le monde devait avoir un DMP, et puis que nous, à la base, on ne soit même pas prévenu de la mise en route, de comment ça marche. J'ai demandé à la caisse, mais il n'y a rien de prévu au niveau de la caisse pour la formation des médecins. Ce n'est pas prévu ! Donc, ils ont lancé un train sans se soucier de où il allait arriver et de s'il allait s'arrêter un jour... Donc on me pose souvent la question du DMP, mais, on a fait les mises à jours logiciels et c'est toujours aussi compliqué d'accéder aux informations médicales quand on a la carte vitale, je trouve que c'est vraiment dommageable.

VII. Entretien Pharmacien P1

Interrogateur : Je vous présente le déroulé de l'entretien. Je vais vous poser une série de questions. La majorité d'entre elles seront des questions ouvertes. L'idée est de répondre sans filtre, il est important que vous répondiez en toute liberté. L'objectif est d'obtenir une représentation la plus proche de la réalité sans forcément obtenir un consensus.

Première question, pour vous, quelle est la définition de la gériatrie et de la polyopathie ?

Participant : La gériatrie pour moi c'est la gestion des maladies des « personnes âgées », soit à partir de 65 ans, et comment les gérer. Faire de la gériatrie, pour nous, c'est finalement de la gestion à domicile, comment les remettre à domicile et les rendre le plus autonome possible.

Le « maintien à domicile » (MAD) c'est finalement un des points assez phares, au-delà du médicament, et du pilulier. Pour moi, dans la gériatrie, les deux choses qui sont le plus essentielles à gérer, ça va être le MAD avec les outils de MAD, pour éviter notamment qu'ils ne tombent, et, la deuxième chose, ça va être de gérer le pilulier.

La majorité du temps, ils ne sont pas forcément aptes à se gérer eux-mêmes. En fait, c'est les rendre autonomes, ce sont les deux outils assez clefs pour ça.

Et polyopathie, pour moi c'est juste « plusieurs pathologies ».

Interrogateur : Deuxième question, quelle place occupe la population gériatrique et/ou poly pathologique dans vos pratiques quotidiennes ?

Participant : Plutôt une grosse place, même si, depuis le COVID 19, on a noté une diminution de la fréquentation des officines par cette tranche d'âges, notamment du fait des décès liés à cette pathologie. Sur le terrain, ça s'est beaucoup ressenti, surtout lors de la première vague.

Mais ça reste une grosse part de la patientèle. C'est difficile à évaluer, soit on a les très âgés ou les très jeunes, mais à mon avis, ça doit bien représenter 50% de ce que je traite dans la journée, facile.

Et surtout, ce sont des patients qui reviennent régulièrement, et que l'on voit plus souvent.

Interrogateur : Quelle est, pour vous, la définition de la iatrogénie ?

Participant : Alors, si je me rappelle bien, c'est tout ce qui va être induit par les médicaments, tous leurs effets indésirables.

Interrogateur : A quelle fréquence êtes-vous confronté à des problèmes de iatrogénie ?

Participant : Des événements mineurs, je dirais tous les jours. Les choses plus majeures, je peux te donner l'exemple d'aujourd'hui. Le médecin a mis 6 DIFFU K par jour, alors qu'il n'y en avait pas sur la précédente ordonnance. Je me suis permis de me renseigner auprès de l'IDE à domicile, qui me répond que c'est bizarre, parce que normalement le médecin se rattache à l'ordonnance précédente pour rédiger la nouvelle. J'ai donc appelé le docteur, qui m'a confirmé que c'était une erreur. Ce sont pour moi des erreurs iatrogènes.

Même si j'ai quand même de la chance puisque je travaille avec des confrères médecins assez sérieux, ça leur arrive régulièrement d'avoir un oubli ou un doute, et les avoir régulièrement au téléphone, c'est ce qui permet de rectifier. Et puis, nous aussi on peut faire des erreurs iatrogènes, on ne s'en rend pas forcément compte dans l'instant, parce que, nous, on passe derrière les médecins, mais qui passe derrière nous ? En soit, pas grand monde.

Pour faire bref, ce genre d'erreur plus grave, j'en vois 2 par semaine, facile.

Interrogateur : Quelle place accordez-vous dans la prévention de ces risques iatrogènes ?

Participant : ça va dépendre du médecin. Dans les faits, on s'adapte à qui on a. On sait qu'avec certains interlocuteurs on doit faire plus attention, qu'avec d'autres. Et sur certains médecins, on sait vite quel type d'erreur va faire tel médecin par rapport à un autre.

Interrogateur : C'est vrai que vous êtes finalement déjà dans la prévention de la iatrogénie au moment de la délivrance du médicament.

Participant : Oui, mais c'est plus pour dire qu'on doit s'adapter vis-à-vis du médecin qu'on a en face.

Parce que, par exemple, un médecin « tout informatique », ne va pas faire les mêmes erreurs qu'un médecin qui travaille encore sur papier.

Interrogateur : Et vous verriez quels axes d'amélioration pour éviter les erreurs iatrogènes ?

Participant : Bah, je pense qu'en fait il n'y en a pas... Le vrai truc qui serait vraiment bien, en revanche, pour améliorer tout ça, c'est un logiciel partagé entre médecins et pharmaciens. Le problème souvent, c'est qu'on constate que le médecin n'a parfois pas toujours le temps de tout tracer, notamment les VAD. Sauf que nous, on a un historique supplémentaire qu'il n'a pas forcément. Et c'est bien qu'il l'ait.

Et au-delà de ça, ça permettrait de voir plus facilement si un patient prend bien son traitement. Des fois on s'appelle et on en discute, mais, mine de rien, des fois, les erreurs, notamment chez les médecins informatisés, ça va être le traçage des VAD, surtout s'ils ont des internes ou des étudiants, qui parfois y vont à leur place.

Je pense d'ailleurs qu'une meilleure formation des internes sur la traçabilité du parcours de soins serait appréciable, parce que c'est souvent eux qui peuvent être source d'erreurs dans la traçabilité. Après, je ne sais pas vraiment dire si c'est un manque de formation ou autre, j'en sais rien. Je pense quand même que conscientiser plus les étudiants en médecine durant leurs pratiques sur cette traçabilité pourrait être bénéfique.

Après ce n'est pas facile, parce que tu te rends compte que prendre un étudiant, pour un médecin généraliste, bah ça peut amener ça, ce n'est pas simple. Je peux comprendre qu'un médecin généraliste soit réticent à l'idée d'accueillir un étudiant, c'est une grosse contrainte, et je pense qu'on ne se rend pas compte à quel point.

Très clairement, pour faire bref, je pense qu'il faut interdire le papier, la trace papier devrait être interdite. Une des erreurs iatrogène les plus fréquentes, dans le coin où j'exerce, c'est la prescription de médicaments qui n'existent plus. Et ça je pense que pour améliorer les pratiques, il faudrait former le médecin au plus tôt à la formation continue.

On rentre dans une problématique qui est double.

Pour voir la différence entre des jeunes médecins et des vieux médecins, les jeunes médecins travaillent moins que les vieux, parce que c'est leur choix, ils ont envie d'avoir une vie à côté, c'est leur choix. Mais c'est d'autant plus amusant que je les trouve paradoxalement beaucoup

plus disponible pour nous que les médecins plus âgés qui font de gros horaires. Il y a un gros contraste que je n'explique pas.

Aussi, sur les erreurs iatrogènes, je pense qu'il y a un gros manque global de formation vis-à-vis des pansements, notamment pour les infirmiers et les médecins. Je peux prendre l'exemple des pansements à l'argent, qui n'ont pas fait preuve de leur efficacité, et qui pourtant sont encore régulièrement prescrits. Personnellement, je me suis formé à côté, parce que je trouvais ça important, mais le problème c'est que je ne suis pas devant la plaie. Au mieux, on me montre une photo, mais ce n'est jamais pareil.

Je ne connais pas bien le cursus des IDE et des médecins, mais, même nous, en tant que pharmacien, on n'est pas si bien formé que ça à cette question. Après c'est tout, moi je me suis formé en lisant de la littérature, il y a notamment des thèses sur le sujet qui sont très intéressantes. Mais ça, sur le soin infirmier, on peut parfois voir une chronicisation de certaine plaie, uniquement à cause d'un cercle vicieux médecin, IDE, pharmacien, où finalement personne n'a les compétences nécessaires pour proposer un soin adéquat pour la plaie du patient, et c'est comme ça qu'on se retrouve avec une chronicisation d'une plaie, qui, autrement, aurait pu se guérir facilement. L'erreur iatrogène se cumule.

Aucun des trois interlocuteurs n'est assez formé à cette problématique. Enfin, c'est mon avis.

Interrogateur : Vous parliez tout à l'heure des relations avec les médecins, comment les définiriez-vous, en termes de qualité d'échanges ?

Participant : Moi j'ai de la chance, parce qu'on a un seul médecin par village. Donc techniquement, on ne peut pas vraiment nous reprocher que nos relations privilégient notre officine par rapport à une autre, puisque le médecin ne discute qu'avec nous, parce qu'on est localement plus proche, même s'il peut discuter de temps en temps avec d'autres pharmacies.

Interrogateur : Et sont-ils disponibles pour vous ? Est-ce que vous êtes bien reçu lorsque vous les appelez ?

Participant : ça dépend le médecin. Par exemple, mon médecin le plus proche, je l'ai souvent, sans le harceler, surtout qu'il est content quand on l'appelle, il passe d'ailleurs à la pharmacie de temps en temps, et commande pas mal de matériel chez nous.

Par exemple, les flacons de vaccin, on va en avoir un pour la pharmacie, on va probablement lui transmettre, puisqu'il avait prévu des rendez-vous de vaccination et une logistique que nous nous n'avions pas, donc on trouve ça bête de le garder pour nous, et de prévoir des rendez-vous alors qu'il avait déjà fait tout ça.

Après, c'est des échanges de bons procédés au quotidien, comme par exemple, je lui demande quand est ce qu'il faut revoir tel patient chronique. Parfois même, je lui programme un RDV moi-même. En bref, ces échanges nous permettent de gagner énormément de temps, et pour le patient aussi.

Interrogateur : Et dans une journée, y a-t-il souvent des échanges ? Sont-ils quelque chose d'important dans la prise en charge ou quelque chose de plus anecdotique ?

Participant : Je ne dirais pas que c'est anecdotique, parce qu'en général c'est toujours important. Maintenant, en termes de temps, ce n'est pas forcément si long que ça.

Je vais te prendre pour exemple ma journée d'aujourd'hui, je me dis que des fois le mieux c'est de prendre sur la journée pour avoir un regard objectif. Aujourd'hui, il m'a appelé dès le matin, je pense qu'on a du s'appeler pendant 20 minutes, notamment par rapport aux vaccins. Il est repassé me voir, au bout d'environ 10min - ¼ d'h, et on a dû le rappeler peut être une fois dans la journée pour un autre petit truc. En moyenne, je pense qu'on y passe 30 à 40 minutes dans la journée.

Interrogateur : Dans un monde idéal, quelle serait la place idéale de la relation entre médecin et pharmacien dans le parcours de soins du patient, comment ça se déroulerait ?

Participant : Bah comme c'est dans mon village. On a beaucoup de discussions, le médecin a mis en place un logiciel, « ordoclic », on a suivi et on a travaillé sur son logiciel. On a des conversations whatsapp avec les différents PSL, y compris les médecins à la retraite, qui sont toujours là et qui donnent parfois un coup de main. Il y a aussi une conversation entre les IDE.

On a, tous, nos lignes téléphoniques. Le médecin, parfois, quand il a un patient dans son cabinet à 18h55, et qui a besoin d'antibiotiques, sachant qu'on ferme à 19h, il nous passe un coup de fil pour qu'on attende le patient.

Interrogateur : Et du coup, y voyez-vous des axes d'amélioration ? (En dehors du logiciel commun dont vous avez déjà parlé)

Participant : En fait, l'autre axe d'amélioration, le problème c'est qu'il va être interpersonnel, en fonction de l'interlocuteur. C'est toute la difficulté du schéma. Les maisons de santé, je trouve ça hyper intéressant, même si on y voit rarement des pharmacies qui y sont officiellement rattachées. Mais je trouve ça pas mal.

J'aime bien aussi les interventions en Visio organisées par l'ARS, notamment pour faciliter la prise en charge des patients difficiles, et ça c'est plusieurs pharmacies, avec les médecins du coin, qui parlent des patients compliqués, et ça une fois par mois. Il y a même l'hôpital qui y participe, ce qui permet un meilleur lien avec eux. C'est assez structuré déjà.

Après, il y a des médecins qui décident de ne pas du tout le faire, et là, bah, on ne peut pas les obliger, et pareil avec certaines pharmacies qui jouent plus ou moins le jeu.

En plus de ça, on a aussi des réunions dans la maison de santé.

Interrogateur : Du coup, on va parler de la conciliation médicamenteuse. Quelle en est, pour vous, la définition ?

Participant : Déjà actuellement, de la manière que c'est fait, c'est uniquement fait à l'hôpital.

Ils se chargent de voir les traitements par rapport au médecin, voir les traitements à la sortie et à l'entrée et s'assurer que tout est raccord, vérifier que tous les médicaments sont utiles, enlever ceux inutiles. Pour moi, c'est parler médicament avec tous les acteurs du médicament, dont les prescripteurs et ceux qui délivrent.

Après, même si je trouve ça très bien qu'on fasse des interventions de conciliation médicamenteuse à l'hôpital, le problème c'est qu'on a souvent un interne, voire, souvent, un externe, qui appelle et qui demande « est-ce que vous pouvez m'envoyer l'ordonnance ». Du coup, niveau sécurisation c'est « zéro ».

On leur envoie du coup par fax, mais niveau sécurité on préférerait utiliser un mail sécurisé ! On le fait quand même parce que ne pas le faire serait débile, mais techniquement, en termes de sécurité des données de santé, c'est nul.

Interviewer: On va passer au bilan partagé de médication, est ce que vous en avez déjà entendu parler ?

Participant : Oui tout à fait, c'était d'ailleurs mon sujet en 6^{ème} année de pharmacie.

Interrogateur : Et en avez-vous déjà fait un ?

Participant : Je devais en faire 5 pour ma 6^{ème} année.

Interrogateur : Et y avez-vous vu un intérêt ?

Participant : Avec le médecin, quand on l'a fait, on a trouvé un bénéfice à le faire. Ça avait pris du temps, et actuellement, les pharmaciens savent que c'est très long à mettre en place. Le problème c'est la mise en place, il faut du temps. Et le second problème, souvent malheureusement, c'est la rémunération. C'est les 2 problèmes. On n'a pas un assez bon recule sur la rémunération vis-à-vis du temps que ça prend.

Autant, je ne trouve pas ça particulièrement difficile à mettre en œuvre, le suivi n'est pas très compliqué. Par contre, il faut être honnête, le faire une fois ça suffit. Le faire une fois par an et par patient, c'est trop, même le patient n'est pas forcément intéressé, et, finalement, en un an, bien souvent, il n'y a pas eu grand changement dans les traitements et l'état de santé du patient.

Interviewer : Et actuellement, vous en réalisez toujours ?

Participant : Non, je voulais à la base, mais mon titulaire m'a très vite refroidi en terme de timing, on n'a pas le temps. Mais je compte le mettre en place plus tard, ça demande beaucoup d'exigence au début, mais après, c'est finalement pas très compliqué. Ça demande aussi une très bonne relation avec le médecin.

Quand j'en faisais, lors de mes stages, on se voyait avant avec le médecin, je lui proposais des patients, on en discutait, et il me donnait des éléments que je n'avais pas forcément avant. J'ai ensuite fait la liste de patients et on a refait un point ensuite. Et on a repéré des problèmes pour 2 patients sur 5, il y en a un où on a bien compris que le patient ne prenait pas du tout un de ses traitements, et un autre qui prenait très mal son traitement.

Dans des cas comme ça, ça nous arrive de passer au pilulier. Mais le problème avec les piluliers est le même, c'est la rémunération.

On est prêt à donner une rémunération aux infirmières quand elle donne, à la bouche, le traitement, mais on n'est pas prêt à en donner une au pharmacien qui le prépare. Surtout que, souvent, c'est nous qui les préparons, parce que, justement, les IDE ne sont pas rémunérés non plus pour la préparation du pilulier.

Interrogateur : Qu'est-ce que vous modifieriez sur le BPM pour que ça fonctionne mieux et inciter les professionnels de santé à en réaliser ?

Participant : Je pense que la sécurité sociale devrait mettre plus d'argent dedans. Faire de l'incitation financière, au moins sur la première année, sur la mise en place, notamment des protocoles. Pourquoi ne pas proposer aux maisons de santé de piloter ce genre de projet, dans sa mise en place, puisque c'est souvent à ce genre de structure que les ARS donnent des subventions.

En bref, il faudrait pousser le médecin et le pharmacien à travailler ensemble, pour de l'argent, c'est la seule raison pour laquelle les gens travaillent.

Le problème c'est de lancer la machine, une fois qu'elle est lancée, ça va plus vite. La mise en place nécessite cependant beaucoup de temps et d'argent. Et je ne suis pas convaincu de l'utilité des bilans secondaires annuelles, à la limite tous les 4-5 ans, mais tous les ans c'est trop. Et je pense qu'il faudrait mettre un système de pallier qui donnerait un bonus de rémunération à partir d'un certain nombre de BPM réalisé.

Et sinon, je ne pense pas qu'il y ait d'autres freins que celui-ci et les éventuels problèmes relationnels interpersonnels, en fonction du médecin et du pharmacien.

VIII. Entretien Pharmacien P2

Interrogateur : Pour vous, qu'est-ce que la gériatrie ?

Participant : Les personnes arrivées à un certain âge. Après, pour donner un âge, je dirais que ça dépend les gens. Certains, à 90 ans ils sont encore biens, avec toute leur tête, alors que d'autres s'altèrent beaucoup plus jeune. Après te donner un âge... C'est des personnes d'un certain âge !

Ça dépend des patients, en fonction de l'état physique ou mental.

Interrogateur : Quelle place occupe la population gériatrique dans votre patientèle ?

Participant : Je dirais au moins 25%, on a quand même pas mal de personnes âgées.

Interrogateur : Et si vous deviez me donner une définition de la iatrogénie ?

Participant : Ce sont les effets indésirables suite aux prises des traitements, enfin ça vient pas forcément des traitements, ça peut venir de l'alimentation. Soit entre eux, soit avec des facteurs extérieurs.

Interrogateur : A quelle fréquence y a-t-il des cas de iatrogénie dans votre officine ?

Participant : Toutes les semaines, je dirais, au moins 2 à 3 fois par semaine

Interrogateur : Et c'est quels types de problèmes ?

Participant : ça va de l'interaction entre les ordonnances et des trucs plus bénins, genre l'interaction entre les statines et le jus de pamplemousse, que les gens ne connaissent pas. Des fois c'est des trucs assez bidon, mais... finalement c'est des choses qui ne sont pas passées soit par le médecin soit par le pharmacien avant, des fois c'est juste, bah, comme les douleurs musculaires avec la statine et on se rend compte qu'ils prennent du jus de pamplemousse. On se rend compte que des fois c'est des choses très très bêtes, et que des fois, plutôt que d'arrêter la statine, c'est juste leur dire ça.

C'est un exemple qui me vient en tête parce que je l'ai eu cette semaine. Des fois, le souci peut être plus grave, comme l'ordonnance d'un spécialiste qui vient en interaction avec l'ordonnance du médecin généraliste, ou d'un autre spécialiste mais c'est quand même moins courant.

Interrogateur : En terme de prévention de la iatrogénie, quelle place prend-elle dans vos pratiques quotidiennes ?

Participant : Pas autant que je voudrais, mais ça occupe une place importante. Après ça dépend aussi des médecins, dans le sens où certains médecins ne sont pas informatisés, où je vais avoir une vigilance accrue, parce que, eux, en gros, de base, ils ne savent pas le traitement, ils ne sont pas informatisés, voire ils n'ont pas de fiche patient. En gros, s'ils n'ont pas la dernière ordonnance pour recopier, bah... ils sont un peu embêtés, parce qu'ils ne se rappellent plus, surtout quand ils sont au domicile du patient. J'ai un médecin dans mon secteur, si tu ne regardes pas, sur trois mois il change de médicament à chaque renouvellement. Il va par exemple changer d'IEC parce qu'il se rappelle qu'il en a mis un, mais il ne sait plus lequel. Et là, bah si tu n'es pas attentif, et que tu ne rappelles pas le médecin, bah il fait faire le yoyo aux patients, sans le vouloir.

J'ai un médecin en tête comme ça, où, lui, la iatrogénie, il fait pas attention, et à côté de ça, j'ai aussi des médecins où mon « curseur iatrogénique » va être plus faible, parce que, déjà, il a un logiciel métier qui va lui permettre d'avoir plus de vigilance puisque le logiciel va les y aider, et puis aussi ils sont plus rigoureux. J'ai l'impression que chez les jeunes médecins il y a une plus grande prise en charge de la iatrogénie, j'en ai moins à faire, ça se retrouve plus chez les vieux médecins.

Enfin, je suis en train de caricaturer, mais je pense qu'il y a une part de vérité dans ce constat. Il y a de la iatrogénie chez tout le monde, mais j'ai quand même l'impression de moins en voir chez les jeunes médecins, déjà du fait de l'outil informatique, avec un meilleur accès aux ressources, ils vont avoir accès aux courriers des spécialistes rapidement et facilement sous leur yeux... Alors qu'avec un dossier papier, c'est dur... Au quotidien c'est assez impressionnant la différence.

Interrogateur : Et comment pourrions-nous améliorer cette prévention des risques iatrogéniques ?

Participant : Déjà, avec de bonnes relations interpro.

Parce que, avec certains médecins, je ne sais jamais les avoir au téléphone ! Donc même si tu trouves quelque chose, t'es un peu coincé, parce que si tu n'as pas son accord, tu ne peux pas changer la prescription, et des fois, la seule solution que j'ai c'est de renvoyer le patient chez le médecin, avec un mot. C'est la seule solution que j'ai mais ce n'est pas terrible.

Après, l'interpro c'est vraiment la solution. Honnêtement, les médecins qui sont joignables au téléphone, ça nous aide vachement.

A l'heure actuelle, pour moi, le plus gros frein c'est ça. L'interpro et les moyens de communication, la disponibilité des médecins. Par exemple, si tu reçois une ordonnance le samedi, bah les médecins ne sont pas forcément disponibles, des fois ils ne sont pas là. Si ce n'est pas urgent, on met en stand by, et on voit lundi avec le médecin, et ça, ça arrive tous les samedis.

Améliorer ça, ça serait déjà une grosse amélioration. Dans notre secteur on lance la CPTS, et du coup on se connaît tous, toutes les équipes pluridisciplinaires, infirmiers, kinés, tous ! Et c'est vachement intéressant. Ces nouveaux outils sont peut être très technocratiques, mais ça permet de se rencontrer, ne serait-ce qu'en Visio. Donc au moins on sait à qui s'adresser, et tu n'oses pas déranger quelqu'un que tu ne connais pas, et là ce frein est retiré, ou en train d'être retiré, surtout pour les plus anciens.

Aussi, on met en place une Communauté des Professionnels de Santé Territoriale (CPTS), dans mon secteur, avec tous les métiers de santé. Donc là, on est en train de faire le dossier, il y a une lettre de candidature à envoyer à l'ARS et à la sécu, mais le but c'est que ça facilite le transfert d'informations. Par exemple, la sécu, quand elle nous enverra un mail, elle l'envoie plutôt à la CPTS qui se charge de le redistribuer à l'échelon en dessous. C'est un truc collectif, avec des fonds qui y sont alloués.

La nôtre n'est pas encore active puisqu'il faut une à deux années pour le temps de la mettre en place, mais sur le Valenciennois, où c'est déjà actif, ils ont axés leur axe préventif sur la coordination médecin de ville avec l'hôpital. Parce que, par exemple, il y a des courriers qui se perdent, on n'a pas les ordonnances de sortie, pas les ordonnances de stup'. Des fois ça se fait le weekend, là où il n'y a pas de médecin, pas de médecin de garde. Donc, eux, ont mis en

place une action collective financée par l'ARS pour qu'il y ait une meilleure communication entre l'hôpital de Valenciennes et l'ambulatoire, et ça je pense que ça va beaucoup diminuer le risque de iatrogénie. Il faudra d'autres choses, mais ça va aider je pense.

Interrogateur : Quelle est la qualité des échanges que vous entretenez avec les médecins ?

Participant : C'est très aléatoire... Il y a une corrélation avec l'âge quand même, dans le sens où les vieux médecins sont quand même plus fermés, ils sont moins réceptifs quand on veut discuter des prescriptions avec eux. Ce que je veux dire c'est que je trouve que, entre guillemets, c'est eux les prescripteurs, et tu ne peux pas leur dire « tu ne peux pas faire ça », ils sont vite vexés... Ce n'est pas le cas de tous, je ne généralise pas, mais c'est quand même, je pense, quelque chose de générationnel.

Quant aux jeunes médecins tu peux plus facilement leur dire quand il y a un souci.

Typiquement, par exemple, SMECTA qui est contre indiqué en dessous de 2 ans, j'ai appelé un vieux médecin qui m'a dit « j'ai toujours fait comme ça, j'ai fait ça toute ma vie, je suis en fin de carrière, je continuerai à faire comme ça », alors que, théoriquement, je ne peux pas délivrer. Alors que, dire la même chose à un jeune médecin, ça passe.

Par exemple, j'ai eu un jeune médecin remplaçant cette semaine, une prise en charge avec du CURACNEE où il avait fait n'importe quoi, parce qu'il ne savait pas. Du coup je l'ai appelé pour lui donner les modalités de prescription et de délivrance, et il m'a remercié de l'avoir appelé, qu'il ne savait pas et qu'il se sentait perdu vu le nombre de chose qu'il fallait faire. On lui a tout expliqué sur la surveillance à faire, et ça s'est très bien passé, alors qu'avec un vieux médecin, je pense qu'il le prendrait moins bien. J'ai l'impression que les jeunes générations sont plus à même de discuter autour de la prescription alors que les vieux médecins sont parfois plus fermés « on prescrit, vous délivrez ».

Après, j'ai un contre-exemple, un médecin de soixante ans, qui, lui, est hyper axé interpro. Il a toujours de jeunes internes, et on peut l'appeler, il le prendra pas mal. Alors qu'à côté de ça, j'en ai un qui est injoignable... de toute façon s'il voit le numéro de la pharmacie, il ne répond pas, il ne répond pas aux pharmaciens. Et les autres, ceux qui sont joignables il n'y a pas de soucis, le problème étant celui des samedis, quand on n'est pas dans leur tranche horaire ou quand ils sont en visites à domicile, où c'est quand même plus compliqué.

Interrogateur : Et quelle est l'importance de ces échanges dans vos prises en charges ?

Participant : ça sert surtout à assurer une sécurité optimale dans le parcours de soins, en assurant le maximum d'effets bénéfiques du traitement, et le minimum d'effets indésirables.

Interrogateur : Quelque chose d'important, en somme.

Participant : Oui, complètement.

On a par exemple des médecins qui continuent de prescrire de la DOMPERIDONE x6/j, alors que, maintenant, c'est 3 comprimés de 10mg, et s'ils ont descendu de 10mg, c'est volontaire, parce qu'on sait qu'il y a des effets cardiaques, et c'est pas plus de sept jours, c'est même noté sur la boîte maintenant.

Après c'est pareil, je pense qu'il y a aussi certains pharmaciens qui font moins attention à ce genre de choses, parce que si le médecin ne sait pas, c'est aussi le rôle du pharmacien d'appeler le médecin, et de lui dire que ça a changé. C'est de l'information, le médecin ne le prends pas forcément mal, ça permet d'avoir un échange, dans l'intérêt du patient.

Il y a une fois où un médecin a mal pris mon coup de fil, et je lui ai dit « mais ce n'est pas pour vous embêter que je vous appelle, c'est dans l'intérêt du patient, ce n'est pas pour vous faire l'école ou quoi que ce soit, c'est juste pour éviter que ça arrive ».

Interrogateur : Et dans un monde idéal, la collaboration entre les pharmaciens et les médecins, vous la verriez comment ?

Participant : Avec tout médecin, je pense qu'on devrait pouvoir parler de n'importe quelle prescription, si c'est un patient commun. Le but c'est d'avoir le meilleur traitement médical, sans effet indésirable, avec le minimum de médicaments. Il y a des ordonnances, parfois, de trois pages... et je pense que, au bout d'un moment, le médecin il doit réévaluer la thérapeutique, il doit faire le tri dans ce qui est nécessaire et ce qui ne l'est plus. Mais voir des trucs comme des statines chez un vieux de 99 ans, il n'y a pas d'intérêt, je pense.

Interrogateur : Et ces relations, elles pourraient être améliorées comment ?

Participant : Avec les CPTS, et déjà, les nouveaux outils de communication, ne serait-ce que les mails. Nous on a un Whatsapp local, qui permet d'échanger assez facilement entre les professions. On a les pharmaciens, médecins et les infirmières qui sont dessus, et c'est vrai que ça aide.

On a plusieurs canaux dessus, on en a un plus informel, où on écrit des trucs divers, ça détend, et ça permet l'échange, et on en a un plus formel, plus sérieux, et c'est vrai que c'est intéressant. Typiquement, l'histoire de la DOMPERIDONE, je l'ai bien re-signalé à tout le monde, alors je ne sais pas s'ils auront tous lu le message, mais c'est dans le flux de tout ce qui passe, même si il n'y en a que un ou deux qui l'ont lu, ça peut aider. C'est vrai que les nouveaux outils de communication, ça peut être pas mal.

Après, les réunions, comme l'histoire de la CPTS, honnêtement, ça aide à voir tout le monde. Alors ce qui est bête c'est que le COVID est arrivé, mais juste avant on devait être une cinquantaine dans la salle, il y a du monde quand on met les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les kinés, les ostéos. Il y avait vraiment tout le monde, et on pouvait voir la tête des gens. Sur notre secteur, on est 9 pharmacies représentées, ça fait déjà du monde. Et quand on met un visage sur quelqu'un, on a moins le frein quand on connaît les gens. Surtout quand on a parlé avec eux avant, de tout et de rien, ça fait qu'on a moins peur de déranger, on se dit moins qu'il risque de mal le prendre.

Par exemple, mes préparateurs, et mon adjointe, des fois ils n'osent pas téléphoner... et c'est moi qui prend le téléphone, ils se disent « si c'est moi qui appelle le médecin, je vais le déranger, il va mal le prendre », alors que c'est dans l'intérêt du patient qu'il faut le faire.

Interrogateur : Avez-vous déjà entendu parler du concept de conciliation médicamenteuse ?

Participant : Oui.

Interrogateur : Et comment le définiriez-vous ?

Participant : J'en ai fait quand j'étais à l'hôpital, quand j'étais externe. Je ne sais pas la définition exacte, mais c'est avec le patient, via un questionnaire, et vérifier que tout est en adéquation sur le traitement. Typiquement, quand un patient rentre à l'hôpital, il peut y avoir des

problèmes de transcription, et ça peut vite être trompeur. L'idée du coup c'est de reprendre tout le traitement, de voir si les dosages sont bons, s'il n'y a pas d'interaction...

Interrogateur : Alors, la définition exacte c'est « un principe de prévention de la iatrogénie qui se concrétise par la mise en place d'un protocole standardisé, qui est pluridisciplinaire, avec un principe de révision d'ordonnance, dans l'objectif d'optimisation du traitement, via la collaboration entre les professionnels de santé ». Du coup ça peut se faire ailleurs.

Donc plus précisément, on peut y inclure le bilan partagé de médication, en avez-vous déjà entendu parler ?

Participant : Bien sûr

Interrogateur : En avez-vous réalisé ?

Participant : En tant que titulaire dans ma pharmacie, je n'en ai jamais fait. J'en ai fait quand j'étais adjoint, ou quand j'étais étudiant, mais là, ça va faire deux ans que je suis installé, malheureusement tu ne peux pas mettre ça en place dans un premier temps, par manque de temps.

Interrogateur : Et vous en aviez fait combien ?

Participant : Une petite dizaine je dirais, sur deux ans.

Interrogateur : Et quel bilan en fait vous, y avez-vous trouvé un bénéfice ?

Participant : Oui, déjà les patients aiment bien, parce que c'est une autre façon de parler de leurs traitements. Parce qu'avec le médecin, ce n'est pas forcément toujours les mêmes points qu'ils vont aborder. Ça change du médecin et du pharmacien, c'est un autre cadre pour eux. Ça leur arrive de discuter plus librement que quand ils sont au comptoir. Des fois c'est des trucs tout bête comme « je n'arrive pas à avaler ce comprimé là parce qu'il est gros » et ils ne vont pas forcément le dire comme ça au comptoir, alors qu'en montrant le traitement, ça leur parle un peu plus en leur ramenant les boîtes et en leur demandant s'ils connaissent, c'est un autre cadre. Parce que chez le médecin, je pense qu'ils vont rarement le dire, comme ils n'ont pas la boîte sous les yeux ou le traitement en tête, ce n'est pas sur ça qu'ils vont réagir quand ils sont

chez le médecin, et pareil quand ils sont au comptoir. Mais là on leur en parle autrement, dans une autre configuration, ça permet d'apprendre des choses intéressantes, comme « ce comprimé est trop gros », ou « je n'arrive pas à casser l'ampoule », et finalement c'est parfois des trucs bêtes comme ça, et on passe à côté, le patient en parle pas et on leur délivre tous les mois.

Interrogateur : Et, outre le manque de temps, vous aimeriez en refaire

Participant : Oui, j'aimerais bien le remettre en place avec mon adjoint.

Interrogateur : Et qu'est-ce qu'il vous manque ?

Participant : Honnêtement ? Le temps... Surtout que j'ai une préparatrice en arrêt maternité, un arrêt maladie, et dans le secteur, les remplacements CDD ce n'est pas évident à trouver. Ce n'est pas une question de financement, parce que c'est mieux pour la profession et pour les patients, qui sont très content quand tu en fais. On prend du temps pour eux, et ça, ils aiment bien.

Interrogateur : Qu'attendez-vous des médecins pour améliorer le projet ?

Participant : Concrètement, qu'ils soient ouvert au projet et à la discussion. C'est une remise en cause de leur prescription, il y en a qui n'aime pas. S'ils sont ouverts, ça permet de discuter, mais avec certains on ne pourra pas le faire, alors que d'autres seront très contents d'en parler et d'avoir un « autre œil ».

Interrogateur : Quelles modifications y apporteriez-vous pour inciter les professionnels de santé à y participer ou mieux intégrer le bilan dans nos prises en charge ?

Participant : Dans nos outils métiers, déjà, ça serait bien qu'on ait les mêmes, parce que finalement les pharmaciens n'ont pas du tout les mêmes logiciels, pas les mêmes développeurs, et ça c'est un frein. Parce qu'avec des logiciels compatibles, on pourrait s'envoyer des informations plus rapidement. C'est con de devoir encore imprimer une grille papier pour ça, c'est un peu dommage, les outils numériques ne sont pas encore adaptés, au moins pour le relais entre nos deux professions, on a pas du tout les mêmes logiciels métiers.

IX. Entretien Pharmacien P3

Interrogateur : [Présentation]. On va commencer par une définition, pour vous qu'est-ce que la gériatrie ?

Participant : Bah, la gériatrie ça va être les personnes les plus âgées, je dirais au-dessus de 65 ans. Et puis après, souvent ça concerne un ensemble de pathologies, des gens sous traitements.

Interrogateur : Et la population gériatrique occupe quelle place dans la patientèle de votre pharmacie ?

Participant : Oula, c'est une très grande place ! On a aussi la population des mamans qui prend pas mal de place dans la patientèle de la pharmacie, mais oui, la personne âgée c'est la majorité des gens qu'on voit.

Interrogateur : Au niveau de la iatrogénie, comment vous la définissez ?

Participant : Quand il y a une interaction entre plusieurs médicaments, et puis forcément, négative pour les patients, l'association de plusieurs molécules qui peuvent aller dans le même sens et qui seraient pas forcément nécessaire. Surtout les interactions entre les médicaments qui pourraient être potentiellement dangereuses.

Interrogateur : Et vous à quelle fréquence vous devez prendre en charge des problèmes de iatrogénie ?

Participant : Je dirais assez régulièrement. Après, les erreurs sur des contre-indications pas forcément très souvent, mais il y a des fois des associations, comme des associations de deux benzodiazépines qu'on a parfois et qui ne devraient pas forcément avoir lieu. Ça arrive assez fréquemment. Après on a aussi ce que le patient fait à côté et qu'il ne dit pas au médecin.

Entre deux médecins différents, des fois, chez des patients plus âgés, c'est peut-être un peu moins courant quand même, bien que ça peut arriver avec les rhumatologues et les généralistes quand ils mettent des anti-inflammatoires, des choses comme ça.

Interrogateur : Et en terme de fréquence ?

Participant : Au moins un par semaine je pense.

Interrogateur : Et en terme de prévention de la iatrogénie, quelle place ça prend dans vos pratiques quotidiennes ?

Participant : Je dirais tous les jours, parce que de toute façon, dès qu'on parle à un patient qui prend du tramadol avec du paracétamol, leur dire qu'ils ne doivent pas prendre du doliprane ou du dafalgan en plus. Ça c'est quotidien, on le vit tous les jours au comptoir, même si c'est pas forcément sur l'ordonnance, dans leur automédication à coté, on est forcément obligé de leur dire de ne pas faire de doublon avec la prescription.

Interrogateur : Et d'après vous comment on pourrait améliorer cette prévention de la iatrogénie ?

Participant : L'améliorer ? Bah... Je pense qu'il faudrait un échange avec les médecins qui soit un peu plus fréquent. On n'ose pas forcément toujours aller déranger le médecin, et je dirais que les échanges ne sont pas toujours faciles. Avec la nouvelle génération, je dois dire que c'est un peu plus facile, un peu plus aisé. Mais on n'ose pas tout le temps, je pense que c'est une question de « oser ».

Interrogateur : Je passe justement à la partie suivante, à propos de la relation médecin pharmacien, comment est-ce que vous définiriez, notamment en termes de qualité d'échanges, les relations avec vos confrères médecins ?

Participant : Nous ça se passe plutôt bien. En ayant fait plusieurs officines, je sais, en revanche, que ce n'est pas pareil dans tous les endroits. Il y a des endroits où les médecins sont très difficilement joignables, surtout que maintenant, ici on a un pôle, on a les médecins, avec leurs contacts, à eux, directement. Mais c'est vrai que quand un médecin passe par une plateforme, c'est vrai que ce n'est pas toujours évident de l'avoir. Donc de ce côté-là c'est un peu compliqué.

Mais, nous, ici, on a pas de souci. On a leur coordonnées directes, on a même une jeune médecin qui est venue d'elle-même nous donner ses coordonnées, et nous dire qu'on pouvait la contacter. Dans ce cas-là c'est vrai que c'est très plaisant, on peut joindre le médecin très facilement, faut pas trop passer par une plateforme, qui passe pas forcément toujours le

message, ou pas tout de suite, ce n'est pas toujours facile, même pour le patient, pour avoir les RDV, ils passent par les secrétaires de plateforme et ils ne sont pas très... pas très content quoi.

Interrogateur : Et dans ces échanges, quelle est leur importance dans vos prises en charge ?

Participant : Bah très important, c'est beaucoup plus intéressant quand on a un dialogue avec le médecin. La dernière fois on avait un antihypertenseur qui était dosé fortement, donc on voit avec le médecin, on a un échange avec lui et il peut nous expliquer que lui il est obligé de faire comme ça. C'est quand même beaucoup plus agréable quand on peut discuter. On sait qu'il y a des médecins où ça va plus ou moins bien passer, même si ici on n'a pas trop de soucis, mais en ayant travaillé dans d'autres pharmacies, certains médecins quand on devait les appeler on disait « oulala, comment je vais me faire recevoir ». Enfin voilà, c'est assez aléatoire en fonction du secteur mais c'est vrai que c'est plus agréable quand il y a un échange constructif autour du patient.

Interrogateur : Pour vous, la place de ces échanges dans un monde idéal, vous la mettriez où ?

Participant : Je pense qu'il devrait y avoir des petites réunions, pourquoi pas. Des petites réunions potentielles quand l'un ou l'autre a besoin sur un patient, ou quand on sent que sur un patient on pourrait être plus optimal, avoir un échange... Quand on est dans une structure où les médecins sont proches, on les voit régulièrement, on peut aborder le sujet avec eux, on aura un moment où on les verra. Après... organiser quelque chose régulièrement dans les maisons de santé, ça c'est sûr que c'est le truc idéal.

Interrogateur : Et dans votre situation actuelle, comment les relations pourraient être améliorées ?

Participant : Nous, pour l'instant, on a pas à se plaindre, les médecins on les a facilement et on les voit régulièrement, donc, quand il y a quelque chose à faire, on n'a pas trop de soucis. Il y a des fois des soucis plutôt avec l'hôpital. C'est très compliqué pour les joindre.

Le dernier problème qu'on a eu c'est une patiente en oncologie, il fallait qu'on joigne le service, et là c'était beaucoup plus compliqué. Après, les médecins généralistes ça va, ils sont joignables, on n'a pas trop de soucis pour dialoguer avec eux.

Interrogateur : Du coup maintenant je vais vous parler de conciliation médicamenteuse, est ce que c'est un concept dont vous avez déjà entendu parler ?

Participant : Oui, je sais qu'il y a des choses qui sont mises en place, mais après, pareil, au niveau de la sécurité sociale, enfin nous au niveau de la pharmacie, on a des bilans partagés de médication, comme on appelle, c'est pareil, c'est une approche, on sait que c'est mis en place, c'est une approche.

Après voir avec les patients s'ils sont intéressés... Enfin, à la limite, ça ils le seraient, intéressés, mais voir comment ça serait pris aussi au niveau des médecins, le fait de faire une analyse de leurs prescriptions et de ce qu'il y a dans le dossier patient. C'est un peu plus délicat et ça fait que ce n'est pas mis en place.

Interrogateur : Et vous, comment vous définissez, sur le plan général, la conciliation médicamenteuse ?

Participant : Bah pour moi, ça serait un échange sur le traitement du patient, entre le pharmacien et le médecin, mais après ça peut être aussi une conciliation avec tous les professionnels de santé, avec les infirmiers, vu que ce sont eux qui prennent en charge les piluliers, les choses comme ça. Voir un peu le suivi des traitements, il faut que ça soit pluridisciplinaire quoi.

Interrogateur : C'est ça tout à fait. Et vous qui parlez du bilan partagé de médication, est ce que vous en avez fait, reçu ou participé à la réalisation d'un bilan partagé de médication ?

Participant : Non, c'est vrai qu'on n'a pas... Enfin on avait le projet, on va dire « théorique », mais dans l'application, non, ce n'est pas mis en place.

Interrogateur : Et est-ce que ça vous arrive de recevoir de temps en temps, des modifications de traitements suite à une conciliation médicamenteuse après une hospitalisation ? Comment est-ce que vous le percevez ?

Participant : alors, c'est vrai que c'est très bien quand il y en a une, mais je dois vous avouer que je n'ai jamais reçu de conclusion quand il y a une conciliation médicamenteuse qui a été faite.

Souvent on voit, c'est bilan d'entrée, bilan de sortie, avec les traitements d'entrées et de sorties. Une conciliation c'est très rare de le voir. Souvent ce qu'on a à l'hôpital, c'est même des soucis, dans le sens où ils mettent, eux, ce qu'ils ont de disponible à ce moment-là, et du coup, quand ils font les papiers de sorties, ils remettent la molécule que eux avaient en stock sans forcément expliquer au patient, alors que c'était un équivalent. Mais conciliation, je n'en ai jamais vu.

Interrogateur : Et vous disiez, vous, si on vous le proposait, vous seriez plutôt pour participer à un bilan partagé de médication ?

Participant : Ah bah oui, aucun souci.

Interrogateur : Et actuellement, finalement, qu'est ce qui freine la mise en place sur le terrain ?

Participant : je pense qu'il faudrait organiser des plannings ou des moments de regroupement pour pouvoir mettre en place ça. Ou après c'est pouvoir envoyer des courriers, après c'est la peur de déranger. A la limite, si c'était le médecin qui proposait de faire ça, il y aurait pas de souci, on rentrerait dans le truc. Après, les solliciter, on sait qu'il y a déjà beaucoup de boulot, et ils sont très pris, surtout dans le contexte actuel, on n'a pas envie d'aller rajouter une couche pour ça quoi.

Interrogateur : Finalement c'est surtout le côté chronophage et de ne pas vouloir déranger ?

Participant : oui c'est ça, pas vouloir prendre du temps en plus. Après, nous, on est plusieurs, il y aura toujours moyen de s'organiser. On peut gérer au niveau des plannings, c'est différent, alors que, le médecin, il est seul avec sa patientèle, plus tout ce qu'il y a à côté.

Interrogateur : Dernière question, est ce que vous voyez d'autres éléments qui pourraient être améliorés pour sécuriser le parcours de soins du patient ?

Participant : Bah je vous dis, déjà le lien « ville-hôpital », surtout les différences avec les traitements de sorties. Je trouve que le suivi entre ville et hôpital, il n'est pas forcément au top...

Après... je pense que le reste c'est quand même bien, il y a pas mal de communication, avec les infirmiers aussi. De ce côté-là ça va.

X. Entretien Pharmacien P4

Interrogateur : [Présentation] Commençons simplement par la gériatrie, déjà, comment vous la définissez ?

Participant : Je dirais, les patients de plus de 65 ans, et les soins de ces personnes âgées au sens large. Ça peut être soin avec un médecin associé, et aussi du conseil associé, parce que ce n'est pas forcément des pathologies très poussées, ils vont aussi favoriser leur bien-être, et souvent il y a des pathologies qui arrivent, qui ne demandent pas forcément de gros traitements, je pense notamment à l'arthrose. Donc ça peut être aussi du conseil associé.

Interrogateur : Et quelle place ça occupe dans votre clientèle, la population gériatrique ?

Participant : Nous ici, bon c'est vrai qu'en plus, 2020 ce n'est pas nécessairement représentatif quoi, parce que nous on est en dans un quartier étudiant, donc on a beaucoup beaucoup d'étudiants, proportionnellement à une pharmacie classique, en fait.

Donc du coup la proportion, forcément, de personnes plus âgées diminue... Je dirais que ça doit représenter 50% de notre clientèle.

Mais pour une pharmacie généralement c'est quand même plus je pense, et puis ça dépend centre-ville ou pas.

Interrogateur : Sur la iatrogénie, quelle définition vous lui donnez ?

Participant : Alors, la iatrogénie, alors pareil, j'ai pas la définition exacte, mais pour moi c'est plutôt le fait que, des médicaments, un traitement qui est censé apporter du bien, bah, au final, a plus d'effets secondaires que d'effets bénéfiques, surtout dû à des associations en fait, le fait de cumuler les médicaments, bah on va cumuler aussi les effets secondaires, je le vois plutôt comme ça.

Interrogateur : Et à quelle fréquence vous voyez et devez prendre en charge de la iatrogénie ?

Participant : Je ne saurais pas vous dire... Bah c'est compliqué parce que c'est vrai qu'on a du mal à remettre en cause les prescriptions médicales. Donc du coup c'est assez rare, parce qu'on se dit que le médecin il sait ce qu'il fait. Et donc du coup, bon, on n'intervient pas trop trop sur les traitements, c'est assez rare qu'on le fasse.

Donc, bon, en termes de pourcentage... C'est moins de 5% globalement. Parce que, effectivement, c'est le problème que vous soulevez, c'est comment avoir des commissions pluridisciplinaires. Historiquement, c'est vrai que les pharmaciens, on délivre le traitement du médecin, et on nous demande pas forcément notre avis à l'instauration d'un traitement, donc on a tendance à ne pas remettre en question, c'est vrai.

Interrogateur : Et au niveau de la place de la prévention de ce risque iatrogénique, dans vos pratiques quotidiennes ? C'est quelque chose de systématique ?

Participant : Non, franchement non.

Interrogateur : Et comment on pourrait améliorer, justement, la prévention... ?

Participant : Je pense que, une remise à plat des traitements, régulière, à intervalle obligatoire régulier, ça serait bien. Parce que c'est vrai que souvent, on a tendance à chaque symptôme à rajouter un médicament. Et puis on ajoute, on ajoute, et plutôt que de faire un ménage dans l'ordonnance... D'ailleurs des fois c'est fait quand les gens se retrouvent à l'hôpital, souvent c'est fait à ce moment-là. Après je ne connais pas le côté du médecin, mais d'une, ils ont leurs habitudes, et après ils sont aussi souvent overbookés, et que souvent, prendre le temps de faire le point sur le traitement, tant que c'est « pas grave » bah on ne prend pas ce temps-là.

Interrogateur : Et en parlant des médecins, ça se passe comment ici avec les médecins, et en règle générale, avec les médecins que vous avez pu croiser ?

Participant : Bah, ça dépend des médecins, après ça dépend toujours, aussi, de la manière d'aborder les gens. C'est sûr que si on les appelle en disant « vous avez fait une connerie », forcément... les personnes se ferment, c'est normal.

Nous, déjà, on a le cabinet à côté qui n'est pas loin, et ils sont quand même 7 médecins généralistes, c'est le plus gros cabinet de médecins du secteur. Donc c'est nos principaux pourvoyeurs d'ordonnances, avec qui on s'entend très bien. Si on a un souci, le plus souvent, quand on appelle, c'est soit il y a un produit qui manque (en stock), et on propose un autre produit pour le remplacer, c'est rarement pour une contre-indication, ou alors une erreur dans l'ordonnance qu'on a pu déceler dans l'historique. Mais c'est assez rare, et tous les médecins du coin sont assez bien. Et puis nous, l'idée, c'est que, quand on appelle un médecin, on lui propose

une solution, pour pas dire « bah ça on ne peut pas, on fait quoi ? », parce que ça non ! En plus on est quand même maître de stage, on apprend à proposer une solution, est ce qu'on peut proposer ça, j'ai ça en stock, je peux donner ça. On est plutôt dans le dialogue.

Après s'il nous dit « bah non, j'ai ausculté, j'ai machin, ou quoi », bah là ok, parce qu'après nous on n'a pas nécessairement tous les renseignements cliniques. Après aussi des fois, les gens viennent d'abord à la pharmacie, et c'est nous qui disons « non mais là, il faut une prescription médicale, c'est important » et on vous les envoie. C'est ce genre de relation qu'on a avec les médecins.

Interrogateur : Et les échanges avec les médecins, c'est quelque chose de régulier ?

Participant : Oui, assez régulier. Après, ils viennent souvent nous voir, et je fais aussi partie de la CPTS qui a été créée l'année dernière, donc l'objectif c'est quand même de pouvoir monter des projets ensemble, on n'a pas tout le monde, mais bon, on a déjà des médecins du cabinet de groupe, le médecin à côté va s'inscrire aussi. Donc l'idée c'est aussi de travailler en pluridisciplinaire. On travaille aussi avec les infirmiers ici. Donc l'idée c'est vraiment d'avoir les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, mais aussi tous les autres professionnels de santé.

Donc du coup, l'important c'est de connaître les gens, et c'est beaucoup plus facile d'établir un dialogue quand on sait les noms et le visage de la personne. Parce que c'est les relations humaines, hein, tout simplement.

Et à la fois c'est important d'avoir des retours des deux côtés. J'ai eu, samedi, par exemple, une infirmière qui a soulevé une erreur que notre équipe avait faite, et c'est hyper important pour eux d'avoir cette information, puisque j'ai pu après relayer l'information dans mon équipe à la personne concernée pour lui dire que, attention, il y a un truc qu'elle ne savait pas, et donc après je lui ai dit « n'hésite pas à demander ». Du coup, ça ouvre un dialogue, et toutes ces informations qui circulent, c'est hyper important pour que tout le monde s'améliore, en fait. Pour moi, la pluridisciplinarité c'est ça.

Interrogateur : Et dans un monde idéal, le rapport entre le pharmacien et le médecin, vous le verriez comment ?

Participant : D'égal à égal. Mais chacun son job ! Surtout que moi je fais partie de la génération où, moi je n'ai pas fait de PACES, j'ai fait pharma, j'ai jamais voulu faire médecine, je n'ai pas choisi par défaut, vraiment !

Ma sœur, qui est médecin généraliste, et qui a 5 ans de plus que moi, je l'ai vu pendant ses études, et je me suis dit que, non, je n'allais pas faire ça. Et vraiment, chacun a sa place, chacun a ses compétences et sa pierre à apporter à l'édifice, pour le patient au centre. Et après c'est ça aussi qu'on est en train de changer, c'est vraiment le patient au centre, et que tout le monde se mette autour. Je me sens aussi d'égal à égal avec un infirmier... alors ok, il a peut-être fait moins d'études, mais on s'en fout quoi, il est le pro dans les pansements, certains soins, et voilà quoi.

Pour moi c'est d'égal à égal, toutes les professions de santé apportent leur pierre à l'édifice. Dans une maison il y a besoin d'un salon, d'une cuisine, d'une salle de bain, d'une salle à manger, d'une chambre, et tout est indispensable.

Interrogateur : Et là, dans votre situation actuelle, si on devait trouver des défauts à améliorer, qu'est-ce que vous voudriez améliorer ?

Participant : Je pense que c'est systématiser toutes les rencontres entre professionnelles, et, pour pouvoir faire ce genre de choses, bah faut que ça fasse partie aussi de leur rémunération, parce que tous les professionnels de santé, quand ils ne sont pas en train de bosser, que ça soit au comptoir, en consult'... ils ne sont pas payés... donc comment est-ce qu'on rémunère ces activités.

Et aussi, moi par exemple, j'ai une équipe, et comment aussi intégrer des gens qui sont au sein de ma structure, qui sont salariés, et comment les intégrer dans ce genre de réunion. Parce que, autant un médecin, souvent il est tout seul, alors que moi, j'ai des préparateurs, qui n'ont pas le diplôme de pharmacien, mais qui, sur certains aspects, ce sont de vrais assistants. Et demain, on parle d'assistants médicaux pour les médecins généralistes, bah en gros ça serait l'équivalent de nos préparateurs.

Alors, après, les préparateurs ne portent pas la responsabilité de l'acte, si ma préparatrice fait une erreur, c'est moi qui est responsable. Mais néanmoins, en terme de compétences, ils sont capable de lire une ordonnance et de repérer certaines choses, l'important c'est de se poser les questions. Ils vont pouvoir te dire si il y a un truc qui cloche, un truc qui ne va pas, et puis, en

plus, ils vont discuter avec la personne, ils vont savoir dire s'il y a un truc qui ne va pas. Et après faut creuser. Parce qu'il y a deux choses dans la iatrogénie, il y a, déceler la iatrogénie, et après, la résoudre, il y a deux étapes. Donc déjà, rien que de la déceler, ça peut être fait par plusieurs types de personnes, et pas que des pharmaciens ou médecins.

Interrogateur : C'est vrai que c'est intéressant le parallèle que vous faite avec les préparateurs.

Participant : Parce qu'on les oublie souvent malheureusement. Pour l'histoire des masques, ils n'étaient pas considérés comme professionnels de santé, sauf qu'ils font du comptoir comme nous quoi... Et ça m'a extrêmement choqué.

Interrogateur : Et justement, en parlant d'interdisciplinarité, comment est-ce que vous définissez le concept de conciliation médicamenteuse ?

Participant : Alors, moi je dirais, on parle d'un patient, quelles sont ses pathologies, je pense que la première étape c'est là, et est-ce que son traitement est adapté. Alors, après, faut aussi avoir tout l'historique, parce que des fois, oui, on va peut-être mettre tel médicament parce qu'en fait celui de première intention il ne le supporte pas, donc on va avoir besoin de toute cette histoire en fait. C'est hyper important d'avoir un dossier bien rempli, fourni et accessible. En première intention c'est peut-être pas le meilleur traitement, mais c'est celui qui convient parce qu'en fait les autres il y a ceci ou cela, et, en bref, il ne les supporte pas.

Parce qu'il ne faut jamais oublier que, notamment pour les médicaments, on fait des statistiques dessus, pour dire il a tel ou tel effet indésirable, donc ça, ça reste des statistiques, on sait tout sur « tout », mais on connaît rien sur « une personne », voilà.

Moi, j'ai des personnes au comptoir « ah bah je ne le supporte pas ce médicament ». Je ne peux pas dire le contraire, je n'ai pas le droit de remettre en cause son ressenti, et même si des fois c'est juste un ressenti. « L'alprazolam, ah non, le ARROW j'en veux pas, je veux tel labo ». Bon... je ne peux pas prouver par A + B si c'est vrai ou pas, surtout sur ce type de médicament... Il y a des statistiques, on peut faire des tas d'études, et à la fois cette personne-là elle est unique, on n'a pas fait d'étude sur cette personne-là.

Donc, la conciliation médicamenteuse, pour moi, c'est déceler, bien prioriser, avant tout, se réunir d'abord pour les personnes pour qui ça apporte un vrai... enfin, où il y a un vrai souci de...

l'ordonnance est trop grosse donc du coup... le traitement est pas bien suivi... il y a des effets secondaires... Donc c'est bien de savoir identifier régulièrement ces personnes-là. Bien se remettre à plat sur quelles sont leurs pathologies, quel est leur historique, et faire le point sur le traitement, en dernière étape. Est-ce que tout est utile ? Et du coup, est ce qu'il n'y a pas un truc qui, justement, induit un autre effet indésirable ? Et c'est encore une fois le problème du médicament, on ne peut pas, en toxicologie, faire tous les effets cumulés quoi... Et que, quand on a une ordonnance avec 10 médicaments... bah, oui, il y a des interactions, parfois imprévisibles.

Alors il y en a pour lesquels c'est hyper connu, bien sûr. Mais voilà, c'est parce que c'est cette personne-là, et que, elle, elle n'aime pas ça avec ça parce que bah... dans son corps... on ne sait pas quoi... Mais je pense vraiment que l'optimisation des ordonnances arrive « en dernière étape », il faut avoir bien monté tout l'escalier avant, avoir bien l'historique, bien connaître toute son histoire, avant de pouvoir faire du ménage. Alors, on a un premier ménage qui sera plus facile à faire, mais à la fois, si on veut aller plus loin, changer de classe médicamenteuse sur un antihypertenseur, un truc, un bidule, et bah, il faut se poser plus loin. Il faut pas non plus faire n'importe quoi, si le patient a un vieux traitement, mais que la personne va bien, bah si elle va bien, elle va bien quoi. On ne va pas se dire « attendez, il y a un truc qui vient de sortir, c'est génial ». Si elle est équilibrée avec son truc, on va peut-être pas la déséquilibrer avec une nouvelle molécule.

Interrogateur : Et en parlant de conciliation médicamenteuse, est ce que vous en faites ici, ou est-ce que vous avez déjà fait des conciliations médicamenteuse ?

Participant : Non... mais ce serait bien qu'on en fasse. Moi j'ai mes sixièmes années de pharma qui font les entretiens pharmaceutiques, déjà. Mais ce serait bien de la mettre en place, de manière pérenne.

Encore une fois, le problème, on y arrive, c'est la rémunération. C'est parce que, enfin là je prends du temps pour vous, mais en terme d'action et de tâche à réaliser, et on est toujours en rupture de tâche, encore plus qu'un médecin, parce que vous vous avez souvent des rendez-vous, quoi, les gens ils rentrent dans votre cabinet, alors que quand je suis en train de passer une commande, et là les gens ils rentrent, quoi, ça m'interrompt dans ma tâche. Et, donc du coup, il faut consacrer du temps pour faire les entretiens pharmaceutiques.

Si je suis isolé avec un patient pour faire ça, je ne suis pas au comptoir, et je ne fais pas non plus tout ce qu'il y a à faire pour faire tourner la boîte. Parce que, moi, il faut que je rende des produits, il faut que je les vende, il faut que je mette en vitrine, il faut que je fasse une facture. Alors j'ai une équipe, hein, mais bon. Et il faut aussi que je fasse les payes, il faut que j'embauche des gens, il faut que je fasse du planning, que je reçoive des commerciaux, que je négocie, il y a tout plein d'actions à faire.

Sinon, on en parlait déjà quand je faisais mes études. Et l'idée elle est là, elle est bonne, mais pareil, encore une fois, actuellement c'est dévolu au pharmacien. Et c'est là aussi où le bât blesse, dans le sens où, si on peut élargir au reste de l'équipe, si on a des protocoles hyper détaillés avec des questions semi-ouvertes, que le questionnaire est bien fait, on peut déléguer. C'est pareil dans l'industrie pharmaceutique. Quand j'y travaillais, j'ai jamais pesé ou mesuré un comprimé, par contre, j'ai eu la responsabilité pharmaceutique, c'est moi qui signe en bas pour libérer le lot. Par contre on avait tout un système d'assurance qualité, où on s'assure que les gens sont formés, qu'ils ont les diplômes requis. Il y a des procédures, tout est bordé, ce sont des gens qui fabriquent.

Donc en gros, ça serait plutôt pouvoir faire une validation par le pharmacien. T'as mené l'entretien, t'as pris les 2 ou 3 heures pour faire le dossier correctement, et après moi je valide, je reprends les points principaux, mais si tout s'est bien déroulé, bah ok, je signe, et je prends « la responsabilité de ».

Alors en prenant la responsabilité, c'est à dire que je m'assure que la personne elle est bien formée, que machin voilà... Après c'est ma responsabilité, si je ne fais pas ça bien, c'est pour ma pomme. Quand je suis responsable, je délègue, mais je m'assure que ça soit bien fait. Donc j'ai des points de contrôle, j'ai des procédures, etc.

Donc je pense que ça pourra bien se développer, l'entretien pharmaceutique, le bilan, tout ça, ça pourra se développer si l'ensemble des équipes peuvent y être intégrer, et pas que le pharmacien.

Et demain, avec les médecins généralistes avec des assistants médicaux. On peut prendre l'exemple de la grossesse, moi par exemple, j'avais un suivi sage-femme, et après j'avais un suivi gynéco, j'allais le voir, « pathologie ou pas pathologie », le reste, je vois avec la sage-femme. Et on peut aller dans la population générale pour ce qui est prévention, en disant, j'ai un suivi régulier avec mon médecin, j'attends juste « pathologie, pas pathologie », et après, avoir un suivi de « je

voudrais améliorer mon diabète, avoir un suivi diététique, un suivi sportif », parce que toute l'hygiène de vie à côté compte. Et pourquoi pas avoir des assistants médicaux qui feraient ce genre de chose, mais du coup travailleraient avec les diététiciens, les coachs sportif etc. Ils pourraient carrément élargir.

Interrogateur : Mettre de la pluridisciplinarité dans le suivi du quotidien finalement ?

Participant : Oui, voilà, parce que les gens ont besoin de conseil, de coaching aussi, et les médecins, ils sont débordés, ils n'ont pas le temps de faire ça. La solution souvent c'est « je mets un médicament ». J'étais effaré, en psy, le nombre de gens qui ont des problèmes d'estomac, et de constipation, qui ont un traitement, et en fait quand on les interroge un petit peu, et bah ils mangent mal. Ou même des fois ils ont mal aux articulations, ils ont trente ou quarante ans, et puis en fait il y a du surpoids... et on va avoir tendance à surmédicaliser. Et c'est vrai qu'on va avoir envie, mais il faudrait aller plus loin. Du coup est ce qu'il n'y aurait pas besoin d'ordonnance aussi avec des conseils d'hygiène de vie etc. Faut pas juste claquer des « faut faire du sport » etc., ce n'est pas juste une ligne sur une ordonnance quoi.

Et après, est ce que la population, les gens, sont prêt à l'entendre ? Parce que j'en ai déjà discuté avec ma sœur généraliste, si vous recevez quelqu'un qui a un problème et que vous lui dites « alors, faites du sport, mangez équilibré, faites ceci, faites cela », et qu'il n'y a pas un médicament sur l'ordonnance, il va se dire « c'est bon quoi ». Il y a une forte attente du médicament, il y a aussi une forte éducation de la population à faire.

Interrogateur : Et pour revenir aux conciliations, est ce que vous, ça vous ai déjà arrivé de recevoir les conclusions d'une conciliation médicamenteuse hospitalière ?

Participant : jamais... Par contre on m'appelle, par téléphone, « bonjour, c'est quoi son traitement ». Alors bon, je le fais par ce que le pauvre externe de pharmacie qui est au bout du fil et à qui on a dit « bah voilà t'as un paquet », donc on le fait.

Mais c'est vrai qu'on est quand même « *border* ». On a des fois des appels de sociétés de recouvrement qui cherchent en fait des renseignements sur la personne. Mais j'ai jamais reçu de conclusion, ou alors je ne m'en souviens pas, mais dans ce cas c'est très très très rare...

Interrogateur : Et du coup, si on vous proposez de participer à un BPM, vous seriez pour ?

Participant : Bah ouai. Alors après, encore une fois, combien de temps, rémunération, etc. Parce que moi, quand je ne suis pas au comptoir, faut que j'ai quelqu'un à ma place etc...

Interrogateur : Et dernière question, autre que ce qu'on vient de parler, pour améliorer le parcours de soins du patient, est ce que, autre que la collaboration interprofessionnelle, est ce que vous voyez d'autres choses qu'on pourrait améliorer ?

Participant : Je pense qu'on n'utilise pas assez les outils informatiques. Notamment le DMP, ça c'est évident. Déjà, faudrait imposer la carte vitale, pas de carte vitale, pas de délivrance, parce que ce n'est pas le cas actuellement.

Le problème c'est que, des fois, il y en a qui n'ont pas leur carte vitale, il y a des AME etc... Et pour y mettre aussi toutes les délivrances de médicaments hors ordonnance, ça devrait vraiment être imposé. Aussi, sécuriser les délivrances, comme en Belgique. Parce que nous, cette année avec le confinement, la nouveauté, c'est ceux qui viennent avec leur ordonnance sur leur téléphone. Alors déjà, envoyé la moi par mail, parce que moi, je ne scanne pas le téléphone, et puis après, qui me dit qu'il n'a pas fait ça ailleurs, combien de fois ça a été délivré ? Alors après, évidemment, on fait ça de manière correcte, c'est-à-dire que, déjà, on imprime l'ordonnance, on demande la carte vitale, on crée ou met à jour le dossier patient, mais si c'est du tramadol... Je vais me poser des questions... surtout si le patient je ne le connais pas... Dans ce cas je refuse. Mais est ce que tout le monde refuse ? Je ne pense pas... Vous allez à la pharmacie qui vient d'ouvrir, eux ils veulent juste avoir des patients, ils vont dire oui, et puis surtout qu'ils sont 14, que ce ne sont pas tous des pharmaciens, qu'ils ont des étudiants, et qu'ils ne vont pas forcément voir le mal. Ce n'est pas forcément de la mauvaise volonté, quand on ne sait pas, mais voilà.

La semaine dernière, moi, j'ai un patient, il vient pour de la prégabaline 300mg, j'ouvre son DP, il est venu avec sa carte vitale, au moins... et en fait il en avait eu hier et avant-hier aussi... Et j'ai des confrères qui délivrent... ça devrait pas être possible, surtout qu'on a des messages d'erreur, même si ça a été délivré par quelqu'un d'autres, on peut voir « délivré à tel date ».

Il faut aussi que tout le monde respecte les règles, moi je fais payer les princeps, parce que la sécu le demande, mais il y en a combien qui le font ?

Il faut pas oublier le côté financier devant toute ces choses à faire, c'est là l'erreur, là où ça n'avance pas, où les gens ne s'impliquent pas suffisamment, parce qu'il n'y a pas de corrélation

avec le financier, et pour tous, du temps passé à autre chose que vendre, c'est du temps pas payé. Quand on est dans une société, une entreprise, on est payé pareil même si on fait des entretiens. Quand je suis libéral, pas du tout, si je suis médecin et que je ne consulte pas, ça rentre pas.

Et puis un médecin, 25€ la consultation, je trouve ça aberrant. Et c'est ça le problème, c'est que le système de santé c'est bien, on rembourse tout le monde, mais on tire tout vers le bas. Les consultations à 25 € pour les généralistes, je trouve ça aberrant, vous allez chez un serrurier, 100 € ça vous paraît normal, ou quand vous payez 80 € pour les médicaments de votre chat, mais là quand je dis « il y a 2€50 à remettre sur votre ordonnance » on me répond « comment ça ? Mais j'ai cotisé toute ma vie ». Ouai enfin bon, l'ordonnance elle fait 150€ pour votre info.

Et c'est cette éducation qui est à faire pour les gens. Et le problème, c'est déjà la sécu qui tire tous les coûts vers le bas, notamment le prix du médicament. Ok, mais du coup, ça veut dire quoi ? En France, on a énormément de rupture de médicaments, parce que le labo, il vend partout, et en France, on tire vers le bas, on ne veut pas payer, et du coup on n'a pas. Pareil, on baisse le prix du médicament en France, on baisse la rémunération. Moi je n'ai pas d'autres choix que de faire du conseil, de faire de la para, de vendre des trucs qui ne sont pas du médicament, parce que je dois bien vivre quoi... Et qu'on ne me dise pas que j'ai des médicaments super cher, mon chiffre d'affaire explose, mais ma marge, sur 25000 €, j'en gagne 200. Alors, oui c'est toujours 200 balles, mais bon... comparé aux 25000. Donc, tout ça cumulé, ça fait que sur certains sujets on n'avance pas, parce qu'on dissocie trop les deux. Le financier, l'organisationnel, et du coup le bien être du patient.

Après aussi, trouver des lieux de rencontres interprofessionnelles, je pense que ça aussi c'est important, un lieu central où on peut se réunir, discuter etc., j'en connais pas des masses. Après, il y a les URPS etc., mais il faut être élu...

Interrogateur : C'est un peu ce que vous disiez au début, l'échange qu'il y a avec les CPTS.

Participant : Voilà, c'est vrai que du coup les CPTS ça crée ce lien. Le lien il se fait en physique. Hier, on a fait la réunion CPTS par zoom, ce n'était vraiment pas pareil. Oui, les moyens techniques ça peut aider « tiens j'ai un truc à te dire, en 10minutes, viens on se fait un zoom » mais rien ne vaut le lien physique, et d'ailleurs, cette crise, avec les distanciations, ça n'aide pas le problème.

XI. Entretien Pharmacien P5

Interrogateur : [Présentation]. Comment est-ce que vous définissez la gériatrie ?

Participant : Et bien... Le soin... La prise en charge et le soin des personnes âgées.

Interrogateur : Et quelle place occupe la population gériatrique dans votre patientèle ?

Participant : Oh ! Je dirais, 40% ! Après, je n'ai pas donné de notion d'âge, donc, je ne sais pas, gériatrie pour moi c'est au-delà de 65 ans déjà. Mais si je prends 70 ans, je mettrais 30 à 40 %, oui.

Interrogateur : Et sur la iatrogénie, quelle définition vous lui donnez ?

Participant : La iatrogénie pour moi c'est tout ce qui est effet néfaste qui peut survenir lors de la prise d'un traitement, toute mauvaise utilisation d'un traitement, je dirais. Dedans j'y mets aussi le mésusage quoi.

Interrogateur : Oui, c'est ça, plus précisément c'est tout ce qui est effets néfastes des soins ou médicaments prescrits par un professionnel de santé. Et à quelle fréquence prenez-vous en charge de la iatrogénie, et de quelle nature est-elle, cette iatrogénie ? Ce que vous avez au comptoir ?

Participant : Alors, je ne comptabilise pas... Mais si on met dans la iatrogénie le risque de mésusage, par exemple d'une incompréhension sur une lecture ou un dosage, je mettrais 10 par jours. Je ne sais pas trop si on doit mettre ça dans la iatrogénie, mais le nombre de fois où on doit interroger le patient par rapport à son dosage habituel et le dosage qu'il a là, ça c'est au moins 10 par jours.

Après, si on parle d'effets indésirables purs, je mettrais beaucoup moins, une à deux fois par jour, au moins, sur des choses qui nous semble de base, et quand on parle au patient il nous dit « ah bon, on m'a pas dit », alors qu'on leur a déjà dit... Le truc bête, c'est les mycoses suite à un traitement corticoïdes. Tous mes patients asthmatiques, je prends la peine de leur dire, et quand ça leur arrive c'est « ah bon ? » 9 fois sur 10, alors qu'on leur dit à chaque fois.

Interrogateur : Et du coup, sur le plan de la prévention de la iatrogénie, ça prend quelle place dans vos pratiques quotidiennes ?

Participant : Pour moi, dans notre pratique, j'espère, après je l'ai pas quantifié, mais à chaque délivrance on revoit un peu le traitement, après des vrais entretiens on n'en fait plus... On revoit l'ensemble des traitements, les posologies, etc.

Interrogateur : Et comment on pourrait améliorer les prises en charges, d'après vous ?

Participant : Pour moi, ce qui est essentiel, c'est la relation entre votre profession et la nôtre, et aussi avec nos copains les infirmiers. Parce que je crois que le principal moyen de communication entre notre profession et la vôtre, c'est la prescription. Et, cette prescription, pour moi, elle pourrait être largement améliorée si on se rencontrait plus souvent. Parce que le nombre de fois où on se demande si le médecin a augmenté ou diminué la posologie, ou si le patient a juste dit « je prends du 250 » au médecin, etc...

Moi, j'ai travaillé avec un de vos professeurs, et je trouve que ce qu'il préconise c'est le top ! Parce qu'avoir son support [Des informations complémentaires sur les ordonnances], ça facilite notre travail, du fait que, quand j'arrête un traitement je marque « arrêt de traitement, remplacé par ... », quand j'augmente j'écris que je change de posologie, c'est bien écrits « augmentation de... », ce support-là. Déjà là, rien qu'hier, j'ai eu un patient qui avait la moitié de ses posologies qui n'étaient pas les bonnes sur l'ordonnance et le patient il n'en savait rien, et quand on a eu le docteur c'était « bah j'ai recopié le truc de l'hôpital, je vais revérifier ». Du coup on a revérifié à deux, et finalement le patient était totalement *out*, il ne savait pas du tout ce qu'il devait prendre, et je trouve que... le médecin que j'ai eu il savait ce qu'il voulait, mais moi je ne savais pas, parce que son traitement a changé suite au passage à l'hôpital, le médecin traitant il voit le traitement qui a changé suite à l'hôpital, il remet ses trucs, sauf que moi je n'ai pas cette info de tous les changements, donc on se pose la question une ligne sur deux, et quand on pose la question au patient, alors là, il sait pas du tout « non je crois pas, il m'a changé, je ne sais pas ».

Donc ce support que votre confrère expliquait, je trouvais ça génial. Je lui ai demandé si on pouvait le diffuser par la CPTS, mais il m'avait dit « non, parce que je ne l'ai pas publié, et tant que je n'ai pas publié ça ne vaut rien », donc on l'a pas fait. Parce que moi je voulais le diffuser aux prescripteurs de la CPTS pour leur dire « regardez, il y a un type de communication qui

réduirait nos appels envers vous, et de vous envers nous ». Et je pense que, si on fait ça, il y a 70% des appels qui vont diminuer, et du coup, une meilleure clarté dans le discours avec le patient, avec un discours qui est beaucoup plus fluide, et du temps qu'on passe avec lui plutôt que d'essayer à joindre notre copain médecin.

Pour moi, c'est un axe d'amélioration énorme. C'est de se mettre d'accord sur comment on prescrit, et cette façon qu'on a de communiquer, quand on a une modification de traitement, à la hausse ou à la baisse, et avoir un consensus local sur ça, moi je n'appellerai plus mes collègues à côté pour les petites choses habituelles.

Au sein de la CPTS j'essaye d'en parler mais ils sont encore un petit peu fermé à ça. Mais je trouve ça bien. Après, le support numéro deux c'est le téléphone, il faudrait tous qu'on ait le téléphone des uns des autres quoi. Et après, je crois vraiment qu'on doit agir en binôme, voire même en trinôme avec l'infirmière, parce que c'est nous les trois les plus proches du patient avant qu'il ne prenne son traitement.

Et après, le problème de la sortie d'hôpital c'est le point noir qu'on n'arrive jamais à résoudre. Moi, là, je fais partie du comité ville hôpital de la CPTS, on l'a mis un peu en pause suite au COVID, mais il faut qu'on le réactive, pour que les sorties d'hôpital elles soient claires, avec une ordonnance d'au moins 5j, pour que le patient n'arrive pas à l'officine à 14h, en nous disant « voilà, je sors de l'hôpital, on m'a changé tout mon traitement, mais je ne sais pas, je n'ai pas pu voir mon médecin traitant, et je ne peux pas le voir avant 3-4 jours, je n'ai pas de courrier de sortie ». J'ai eu ça hier soir, pareil, prescription en sous dosage d'héparine, du coup on était pas sûr s'il fallait mettre tel ou tel dosage, 19h30, faut le faire pour ce soir et demain matin, c'est compliqué.

Ça fait partie pour moi des axes d'amélioration, c'est que dans ce circuit de sortie du patient de l'hôpital, ça doit être obligatoire que le patient sorte avec ses prescriptions de sorties pour 5j, et un courrier, même s'il est temporaire, mais au moins avec ce que doit faire le patient à la maison, et à destination du médecin, et pourquoi pas, du pharmacien, parce qu'en général, quand ils sortent de l'hôpital, ils viennent nous voir quoi.

Des fois le docteur il est débordé, il n'est pas là, où des fois, bah le patient il est sorti à 19h, et à 19h bah ce n'est pas sûr qu'il trouve un médecin dans l'instant quoi, donc il vient chez nous. Alors ça va, là on a su appeler une infirmière qui a fait l'effort d'appeler le médecin qui était

rentré à la maison, mais c'était un peu panique à bord pour la patiente. Ça pour moi c'est des axes d'amélioration de bases qui me semblent pas trop compliqués à mettre en place.

Après, est ce que le pilulier est un axe d'amélioration ? Certains disent que oui, moi je n'en suis pas convaincu, mais ça reste mon avis personnel, ça n'engage que moi, l'ensemble de la profession semble convaincu de ça. Moi, je dis, un pilulier c'est bien mais ce n'est pas pour ça que le patient le prendra bien.

Interrogateur : Et vous parliez des relations avec vos confrères médecins, vous comment ça se passe dans votre coin ?

Participant : bah ça se passe bien... Je trouve qu'on arrive à me téléphoner. Je trouve dommage qu'on n'arrive pas à se voir de temps en temps, mais quand on se voit les relations sont plutôt cordiales. Alors, on a fait une CPTS, beaucoup de médecins de par chez nous y sont, d'autres continuent d'arriver, mais il n'y a pas vraiment d'actions qui ont été mises en place, en dehors d'un centre de vaccination pour le COVID, ça demande beaucoup de temps, et du coup tout le reste a été mis en dormance alors qu'on était bien parti pour faire des choses. Un des axes de la CPTS était justement la détection de la fragilité et l'action sur les personnes âgées. On était en train de mettre en place ça avec le pôle gériatrique du CH, et pour l'instant c'est un peu en dormance. Mais par exemple, on l'a mis en place juste avant mars 2020, et on l'avait diffusé dans toutes les pharmacies et chez les médecins.

Mais voilà, du coup je dirais que les relations elles sont cordiales, voir même bonnes, on a les numéros, on n'a pas les portables de tout le monde, mais au pires on arrive à joindre les secrétaires, je pense qu'ils n'hésitent pas à nous appeler aussi. Après ce n'est pas non plus hyper développé nos relations quoi... On n'a pas encore de relation d'action avec une traçabilité avec ce qu'on pourrait faire sur tel ou tel type de patient ou de pathologie par exemple. Nos relations c'est des relations de tous les jours « salut, t'as changé le dosage de Mme M? » « Non je me suis trompé » « Ok, super », voilà. On n'a pas d'action sur le territoire, on est une interpro sur un point donné, mais c'est le but qu'on aimerait atteindre avec la CPTS d'ici un an quoi.

Interrogateur : Et la conciliation médicamenteuse, est ce que c'est un concept qui vous parle ?

Participant : Oui, ça me parle, je cerne la chose. Maintenant, je ne suis pas sûr de savoir la définir, mais pour moi c'est un échange entre le médecin, le pharmacien et le patient sur une prise en charge optimale du traitement du patient, avec soit l'ajout, soit le retrait de médicaments, des prescriptions... Pour moi c'est ça, c'est une action dans les deux sens dans le but d'améliorer la prise en charge du patient, la prise en charge optimale du patient.

Interrogateur : c'est ça, tout à fait. Plus précisément, c'est l'optimisation et la révision d'ordonnance via une collaboration entre divers professionnels de santé. Donc c'est exactement ça. Et pour parler du bilan partagé de médication, puisque j'ai cru comprendre que ça vous parlait, est ce que vous avez déjà participé à un de ces bilans ?

Participant : Moi j'ai fait une formation à la faculté de pharmacie sur le bilan partagé de médication, il y a deux ans. J'ai trouvé ça génial.

Le premier patient que j'ai voulu faire, parce que ça me paraissait plus simple, et qu'on est toujours débordé à la pharmacie, c'était mon père, qui a 79 ans. J'ai choppé toutes ses données il y a deux ans, et puis je n'ai jamais mis en forme, je ne l'ai jamais interrogé, je lui ai dit « donnes-moi toutes tes données, tous tes bilans, toutes tes prescriptions », j'ai tout regardé, et après je devais faire l'entretien, et en gros, ce n'est pas bien, mais je ne l'ai jamais fait. Et dans ma patientèle, je n'ai jamais trouvé le timing pour le mettre en place.

Parce que je trouve ça super comme idée, la formation, j'ai adoré, par contre, ce n'est pas un format à l'heure actuelle, tel qu'on l'enseigne, tel qu'on le propose, adapté à la ville. Ils sont super à l'hôpital, parce que le patient est disponible, le praticien il est délégué à ça un petit peu, il est formé et il a du temps dégagé, un petit peu, pour ça. Moi je trouve ça plutôt pas mal...

Mais faire un truc d'une heure, ou d'une heure un quart avec un patient, 2 à 3 fois, c'est juste impossible, ça peut être possible dans d'autres pharmacies, mais dans la nôtre c'est impossible. On n'est pourtant pas une petite pharmacie, mais on est toujours à courir à droite à gauche.

Après, j'ai des confrères qui font des BPM en 15 minutes, mais je pense qu'ils n'en font pas vraiment, je pense qu'ils font juste une révision un peu rapide, et je trouve qu'on n'a pas encore l'outil qui nous permet de faire un truc bien... Moi je rêve que, dans nos logiciels de gestion d'officine, on arrive à nous intégrer ça avec des choses intelligentes, pratiques, de manière à ce

qu'on puisse faire ça peut être en 25min la première fois, et puis, une fois qu'on aura l'habitude, peut-être en 15 minutes.

Parce que je n'imagine pas le mettre en place de manière massive sur beaucoup de nos patients parce qu'on a un problème de temps quoi... ça, et puis, quand vous parlez de la relation avec les médecins, je ne suis pas sûr que tous soit encore dispos et ouverts à ça. Je pense que ces formations là on devrait les faire en commun. Parce que je pense que sur le terrain, peut être les jeunes comme vous vous êtes plus ouvert à ça, mais les plus anciens, c'est difficile de discuter, des fois, de la prescription. Je pense que certains ont du mal à se dire qu'on pourrait émettre un avis différent sur ce qu'on a vu de prescrit.

Et ça, je sais que pour pouvoir discuter de ça, il faut un minima, pour nous, de... de certitude dans ce qu'on va dire en terme de connaissance, de manière à pouvoir dire « moi je pense que la meilleure option, c'est ça », et qu'il faut que chacun mette son égo de côté, de manière à pouvoir se dire « ah, oui, je n'avais pas vu ça comme ça ». Je ne suis pas sûr qu'on soit tout à fait prêt à faire ça en ville. Je sais que je pourrai en parler à certains, et qu'avec d'autres je n'aborderai pas le sujet, parce que ce n'est pas possible. Parler de déprescrire un Oméprazole à quelqu'un, tous nos confrères sont pas ouvert... et je ne parle pas des patients qui ne veulent pas qu'on leur retire...

Il y a un peu ce truc-là, il y a le facteur temps, et que le format qu'on nous enseigne on n'arrivera pas à le mettre en place, c'est sûr.

C'est toujours pareil, je vais parler en tant que chef d'entreprise, il y a un moment où on essaye d'optimiser notre temps par rapport à la disponibilité pour les patients, et pour l'entreprise, qui est une pharmacie. Et du coup, passer deux heures, ou y mettre mon adjoint, ou autre, pour deux heures au détriment de tous les autres qui sont dans la pharmacie, pour l'instant, je n'arrive pas à le mettre en place.

Il faudrait peut-être qu'on engage trois personnes de plus, mais c'est compliqué, donc je trouve ça super sur le papier, mais je trouve qu'on devrait avoir des mécanismes qui soient plus informatisées, réflexes, de manières à nous orienter rapidement sur des prises de décisions. Alors mes formateurs à la faculté me disait que « oui mais plus tu vas faire du bilan, moins de temps ça va te prendre », c'est vrai, mais il faut amorcer la pompe. Si on avait les logiciels qui le permettent... Enfin ils nous le permettent, mais ce n'est pas bien fait. Ils nous permettent de

sélectionner les patients dans notre patientèle rapidement. C'est-à-dire je vois un patient, et là le logiciel me dit qu'il est éligible parce qu'il a déjà analysé des choses par rapport à nos prescriptions, parce qu'on a une base de données sur les patients qui est énorme, on gagnerait du temps.

Et après, dans l'entretien, je pense que ça serait génial si on pouvait créer un truc... Toutes les sociétés en ont fait, ce qu'ils ont fait c'est qu'ils ont pris l'arrêté, où il y a les choses qui sont demandées par la sécu pour être prise en charge, c'est un déroulé de l'entretien de ce type-là. Mais moi je pense qu'il faut aller vers de l'intelligence artificielle, pour nous faire gagner du temps. Quand j'étais à la formation, j'avais dit « c'est super, mais l'analyse de l'ordonnance, on pourrait l'avoir plus rapidement avec ce type de points qui serait détecté par l'intelligence, de façon à ce que, nous, on puisse se baser sur l'explication au patient et l'entretien avec lui, et donc, passer du temps à étudier... »

Enfin moi, on passe du temps à recueillir des infos, après on les étudie, après on refait un entretien avec le patient... pour moi cette première phase, il faudrait qu'elle soit quasiment automatisée, sinon j'y crois pas.

J'ai un confrère qui y croyait, il a agrandi sa pharmacie, il a fait 4 salles, en disant à ses employés, « moi je veux que les 4 salles elles soient tous les jours prises en RDV BPM » et plein de trucs. Et, un an plus tard, il n'en fait plus... Parce que c'est trop long, ce n'est pas rémunéré correctement, ce n'est pas intéressant du point de vue de l'entreprise qu'est la pharmacie, du coup ils ont fini par abandonner. A l'hôpital les patients ils sont là, ils ont le temps, mais sinon c'est compliqué.

Alors j'y crois encore, hein ! Mais il faudrait un truc un peu plus clef en main. Alors l'idée ce n'est pas de dire que du coup n'importe qui pourrait le faire, c'est essayer de gagner du temps sur les premières phases, pour se concentrer sur, et aller convaincre le patient du bien-fondé d'une déprescription, et dans l'approche thérapeutique de sa pathologie, et la vraie compliance au traitement. Parce que le mec, même avec un bon pilulier, s'il n'a pas envie de prendre son truc il ne le prendra pas. Pour connaître les patients sur le terrain, s'il ne veut pas le prendre il ne le prendra pas. Alors je sais qu'en prenant le temps de discuter avec eux, on arrive à changer les choses, on l'a bien vu aujourd'hui sur la vaccination. Les gens ne voulaient pas de l'ASTRAZENECA, et aujourd'hui, on arrive à revenir là-dessus et reconvaincre les gens d'aller se faire vacciner.

Interrogateur : On a bien avancé, du coup, peut-être une dernière question un peu subsidiaire, pour vous, est ce que vous voyez d'autres éléments qu'on pourrait améliorer pour sécuriser le parcours de soins du patient ?

Participant : Je ne sais pas trop... Pour moi c'est l'interpro, qu'on ne soit pas chacun dans son coin. Pour moi, le DMP c'est pareil, c'est un truc, normalement, topissime, mais au final personne n'arrive à mettre des trucs dedans, alors que c'est un truc qui pourrait être génial, que, dès qu'on va à la pharmacie, ou chez le kiné, on puisse avoir un minima d'informations nécessaire à la profession de chacun, et que tout soit centralisé, de manière à ce qu'on ne perde pas de temps à aller chercher... c'est bête, mais si les CR d'hôpitaux étaient mis dans le DMP directement, et que moi j'ai accès au DMP, si je reprends l'exemple d'hier, on aurait été tranquille, quoi. Pour moi l'interpro c'est essentiel.

Si on part dans le social, on va être dedans aussi, c'est à dire que, hors médical, mais le médico-social c'est essentiel, notamment dans notre secteur. Combien de fois, dans la prise en charge du soin, on me demande hier « comment je peux être pris en charge pour mon fauteuil roulant dans le cadre de mon handicap etc. »... j'ai encore du mal à lui répondre parce que je n'ai pas les bons interlocuteurs, j'adorerais pouvoir lui répondre « bah appelez tel structure ».

Et tous ces trucs là c'est probablement ce qu'on essaiera de faire avec notre CPTS et de mettre en place un parcours de soins, pour un type de patient donné, et de dire, « bah voilà, vous appelez tel truc pour tel type de problème », etc. Et on améliorera le parcours de soins de ce type de patient. On peut pas gérer tout, mais nous on s'était basé sur les personnes âgées en situation de fragilité, et je l'ai bien vu avec le handicap de ce monsieur, je pense qu'il a besoin de matériel pour son fauteuil roulant, il peut pas le payer, il rentre pas dans certains critères de prise en charge, mais je sais que j'ai aussi d'autres patients où on pourrait améliorer le confort de vie, parce que le gars veut conserver son autonomie, et il ne veut pas être dépendant de quelqu'un, mais, malheureusement, j'ai bien envie de l'orienter vers quelqu'un, mais je ne sais pas qui, je n'ai pas de numéro de téléphone, etc. Donc le médicosocial à ce moment-là il est important. Pareil pour les patients sous traitements opiacés, je trouve que ces gens-là ne sont pas bien pris en charge en ville.

XII. Entretien Pharmacien P6

Interrogateur : [Présentation] Si vous voulez bien, on va commencer. Première question, quelle est, pour vous, la définition de la gériatrie ?

Participant : La gériatrie... Je vous réponds vraiment avec mes mots, mais c'est pour moi la discipline avec une prise en charge globale des personnes âgées. Après ce n'est pas forcément les termes exacts, mais ce sont les mots clefs que je vous dis. C'est vraiment, pour moi, la prise en charge globale de la personne âgée.

Interrogateur : Et dans votre patientèle, quelle place elle occupe cette population gériatrique ?

Participant : Bonne question... parce que là dans l'officine... Enfin, je travaille dans 3 pharmacies, mais là dans celle où je travaille, il y a une population qui se rajeunit fortement. Je dirais peut être 30% ! J'avais vu qu'au niveau démographie, dans la zone où je travaille, que la population rajeunissait, les 30 à 50 ans prenaient le pas sur les personnes de plus de 60 ans. Après, je pense que c'est parce que le secteur où je travaille est assez recherché, donc il y a pas mal de lotissements, de nouvelles habitations, avec des primo-accédants ou des adultes jeunes qui s'installent, donc ça rajeunit le tout.

Interrogateur : Deuxième partie, plutôt sur la iatrogénie, quelle en est la définition, à nouveau, avec vos mots ?

Participant : Pour moi, les risques iatrogènes, c'est le risque de mésusage. Enfin, je vous dis des mots clefs, hein, j'imagine que vous allez fonctionner avec des mots clefs. Mais après c'est aussi les effets indésirables des médicaments, s'ils sont pris d'une mauvaise façon.

Interrogateur : A quelle fréquence prenez-vous en charge des cas de iatrogénie, et de quelle nature sont-ils ?

Participant : Moi, je dirais plutôt... De quelle nature... Moi c'est plutôt par le questionnement des patients. Quand le patient arrive au comptoir, il me dit qu'il a tel ou tel maux, en discutant avec les patients, je regarde leur historique. Parfois, c'est lié à une automédication, qui ne devrait pas être là, donc avec un petit rappel à l'ordre, notamment des prises d'anti-inflammatoires dans des mauvais cas etc. Après, quand je regarde leur historique, sur des toux

sèches chroniques, et puis on voit qu'ils sont sous IEC, notamment chez des patients qui venaient à répétition chercher un sirop antitussif, et puis en regardant je me suis aperçu qu'ils étaient sous IEC. Alors je leur ai dit de se rapprocher de leur médecin traitant, qui leur a changé de classe de traitement antihypertenseur. Mais en termes de fréquence, je ne saurais pas vraiment vous répondre... Il peut y avoir trois semaines sans qu'un patient ne me rapporte un effet iatrogène, et parfois dans la même semaine je peux avoir un cas. C'est assez aléatoire en fait.

Interrogateur : Donc en termes de fréquence, il y en a au moins un par mois ?

Participant : Oui, je pourrais dire ça.

Interrogateur : Et au niveau de la prévention de la iatrogénie, ça occupe quelle place dans vos pratiques quotidiennes ?

Participant : Ah bah, c'est constant.... Alors après, pour moi, quand je délivre le médicament, je dis à quoi il sert, la posologie... Après si c'est un médicament chronique et que le patient connaît son traitement, je ne vais pas revenir à chaque fois dessus. Mais je préviens toujours des effets indésirables principaux qui peuvent arriver, et en fonction de la gravité potentielle, je leur dis « cette effet là il ne faut pas hésiter à aller voir votre médecin » ou qu'ils peuvent nous rappeler. Tout ce qui est tramadol, codéine, anti-inflammatoire, notamment, éviter de de s'automédiquer avec ça...

Enfin, en terme de fréquence c'est quelque chose de constant.

Interrogateur : Et pour vous, actuellement, comment est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer cette prévention de la iatrogénie ?

Participant : *rire* Il faudrait que les patients soient plus assidus. Non, je plaisante.

Mais après c'est parce que c'est un peu frustrant quand on a passé du temps à leur expliquer. Je fais des généralités, il y a aussi des patients qui écoutent... Mais en fait j'ai l'impression que quand ils viennent à l'officine, il faut que ça soit rapide, et c'est un peu frustrant, parce qu'on a l'impression qu'ils ne nous écoutent pas... Et puis on a l'impression que ça rentre par une oreille et que ça sort par l'autre, mais c'est au pharmacien de prendre « le temps de ».

Et puis après, le patient, il prend ce qu'il veut. Mais nous au moins, on transmet l'information, on prend du temps au comptoir, d'avoir les mots qu'il faut pour chaque médicament, sans citer le Vidal non plus, mais dire les choses, que ça soit le plus claire possible, et percutant.

J'essaye toujours de trouver des mots simples pour le patient, pas partir dans des termes médicaux qu'il ne comprend pas... Des termes simples, pour que ça reste gravée et qu'il puisse se dire « à oui, c'est vrai, la pharmacienne elle m'avait dit ça, donc je vais faire attention », ou... j'en sais rien... une posologie de gabapentine ou prégabaline, posologie progressive, parfois, quand c'est des personnes âgées je fais un petit tableau avec les jours, ou pour les diminutions de dose progressives pour les corticoïdes, parce que des fois il ne s'y retrouve plus... C'est à nous d'intervenir dans la globalité.

Interrogateur : Je vais passer à la troisième partie, comment ça se passe avec vos confrères médecins ?

Participant : Très bien. Après, je pense qu'on vit quand même dans un secteur privilégié. Et dans les différentes pharmacies où je travaille, entre titulaires, on s'entend très bien, on se fait des dépannages etc. J'ai encore appelé un médecin ce matin, j'avais un doute sur la posologie qu'il avait écrite. Enfin, vraiment, je pense que ça doit être pareil de leur côté, mais dans notre cas à nous, on a vraiment aucun problème pour appeler, ou s'envoyer un texto, poser une question, demander un renouvellement d'ordonnance de lit médicalisé, une posologie à confirmer... vraiment une bonne entente !

Interrogateur : Et au niveau de vos échanges, c'est plutôt quelque chose de fréquent et important, ou c'est plutôt rare ?

Participant : Non, c'est quand même fréquent. On a quand même pas mal de maintiens à domicile, on n'hésite pas à se déplacer au domicile du patient pour voir si tout va bien, voir les besoins. Et pour décharger les patients, on se met directement en rapport avec le médecin pour dire « ah bah là faudrait peut-être renouveler un matelas anti escarre classe II, une chaise percée, etc. ». On donne déjà l'information au patient, mais après c'est nous qui prenons les devants. Et ce que j'aimerais bien mettre en place, c'est un temps d'échange en fin de journée, avec le médecin, pour dire « voilà, je pense qu'il faudrait mettre ça en place », etc. Les médecins dans le secteur sont très bien et très accessibles, on n'a pas l'impression de les déranger, c'est toujours pour le bien des patients, et on a même une jeune médecin qui vient de

s'installer qui n'hésite pas à m'appeler pour un conseil sur des pro-biotiques etc. Nous on est plus à même de leur répondre, aussi pour les compléments alimentaires, ou l'homéopathie, enfin, ça peut aller dans les deux sens. Les médecins aussi peuvent nous solliciter, ils le savent très bien.

Interrogateur : Et vous faites beaucoup de visites à domicile ?

Participant : Oui, surtout dans notre secteur où on fait beaucoup de livraisons, que ça soit pour les personnes âgées, ou, comme tout à l'heure où je vais devoir passer chez une patiente qui a beaucoup de mal à se déplacer. Donc on le fait, et ça nous permet, une fois au domicile du patient, parce que je pense que c'est important de voir l'environnement du patient, et puis après, nous on est dans un secteur favorisé, mais parfois on peut se rendre compte de troubles comme l'alcoolisme ou qu'ils sont un peu désorientés, mais c'est là aussi où on travaille beaucoup avec les infirmières.

C'est le cas classique du patient qu'on ne trouve pas dans son état normal, on appelle l'infirmière qui est passée au matin, pour savoir comment elle l'a trouvé, elle nous dit que, oui, il n'est pas dans son état normal mais qu'elle a appelé le médecin qu'il passera dans la journée. C'est vraiment un trio.

Mais oui, ça nous arrive souvent de se déplacer à domicile.

Interrogateur : Et quelle serait pour vous, la place idéale de la collaboration pharmacien médecin ?

Participant : Il devrait y avoir... Enfin, les échanges c'est quelque chose de plutôt naturel normalement. Mais il devrait au moins y avoir, parce qu'en ce moment, le patient il présente sa carte vitale, mais le DMP c'est assez complexe et peu développé. Nous on devrait pouvoir, dès que le patient nous donne sa carte vitale, enregistrer des messages pour le médecin, s'il n'a pas besoin de recevoir le message dans l'immédiat. Pour moi c'est primordial cette communication-là. Des outils pour favoriser les échanges.

Moi, je suis toujours la première à m'excuser, à dire « désolé docteur, je sais que vous êtes en consultation ». Après, on échange aussi beaucoup par texto, mais c'est vrai que, par message, si ce n'est pas urgent, s'il a un créneau dans la semaine, il peut aller consulter sa messagerie.

Interrogateur : Et sur la situation actuelle, qu'est-ce que vous amélioreriez ?

Participant : Bah ça se passe déjà très bien. Peut-être par une messagerie particulière entre nous. Quelque chose de pratique et de facile.

Interrogateur : Prochaine partie, qu'est-ce que vous connaissez du concept de conciliation médicamenteuse ? Est-ce que c'est un concept qui vous parle ?

Participant : Non, ça ne me parle pas trop...

Interrogateur : [Définition]

Participant : C'est le bilan de médication partagé, non ?

Interrogateur : Alors, justement j'y viens, le BPM c'est de la conciliation médicamenteuse, mais tous les dispositifs de conciliation médicamenteuse ne sont pas le BPM.

Participant : D'accord, je ne connaissais pas la nuance.

Interrogateur : Du coup, vous connaissez un petit peu. Est-ce que c'est quelque chose qui vous paraît utile ?

Participant : Oui, je connais un petit peu, je m'étais plongé dessus pendant mon congé maternité, j'avais même fait des fiches. En fait, dans les trois pharmacies où je travaille, on ne le fait pas encore, mais je compte lancer ça, on va le développer l'année prochaine. Pour moi, c'est vraiment nous recentrer, je parle du côté pharmacien, en tant qu'acteur de santé de premier recours, recentrer notre travail au cœur du patient.

De toute façon, avec les nouvelles missions qui nous sont, et qui nous seront, attribuées, je trouve ça extrêmement important, très utile, et ça fait partie de notre métier. C'est peut être une partie que certains pharmaciens avaient un peu délaissé, mais c'est quelque chose qui aurait dû être mis en place bien avant.

Après c'est vrai que c'est peut-être quelque chose d'hyper chronophage, qu'on fait peut-être déjà, pour certains, un petit peu naturellement, au comptoir. Par contre c'est quelque chose de

primordial qu'il faut que toutes les pharmacies développent. Après, comme je disais, c'est hyper chronophage, donc quitte à le faire au moment de fermeture de la pharmacie, ouvrir un peu plus tôt, dire au patient « vous venez à 8h30 », et on est une demi-heure tranquille à deux, au calme. Mais oui, c'est quelque chose qu'il faut développer.

Interrogateur : Et vous en avez déjà réalisé ?

Participant : Non, pas encore, c'est quelque chose que je compte développer l'année prochaine. Mais je m'étais déjà penché un peu dessus, par rapport à quel plan suivre, analyser l'ordonnance, faire un plan de posos, analyser l'observance, la iatrogénie, les effets indésirables, et puis après, faire un compte rendu pour le médecin traitant.

Interrogateur : Et pour vous, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour inciter les autres professionnels de santé à s'intégrer dans ce genre de projet comme le BPM ? Ou comment pourrait-on améliorer le BPM ?

Participant : Alors, améliorer, je pense qu'il n'y a rien à améliorer, mais je vous avoue, j'en ai pas encore fait. Il y a pas mal de supports qui nous sont donnés, après c'est au pharmacien de se donner les moyens de se développer.

Je pense que la première chose qui va freiner les pharmaciens à mettre en place, c'est que, déjà, certains ne vont pas être intéressés, parce que, pour eux, ils ne vont y voir qu'une perte de temps. Après, il faut être rigoureux pour faire ça, et il faut se replonger dans ses cours. Moi c'est le côté que j'apprécie, c'est important de se remettre à niveau, et je pense qu'il y a des pharmaciens proches de la retraite et qu'ils vont se dire que ce n'est pas la peine, ou qu'ils vont déléguer ça au pharmacien adjoint. Mais, pour parler crument, c'est au pharmacien de reprendre les rênes, s'ils sont pharmaciens c'est pour ce genre de chose, et pas uniquement pour faire des conseils de para, ou pour faire du chiffre.

Pour moi, c'est à eux de se bouger. Ce n'est même pas une mission, ça doit être naturel, ça fait partie de notre métier de prendre en charge le patient dans sa globalité, de faire le point sur l'ordonnance... Je pense que tous les supports sont très bien, toutes les clefs nous sont données, moi j'ai juste pris la doc sur AMELI. Après c'est à nous de trouver le temps, de prendre sur notre temps perso... et puis voilà, enchaîner les RDV et prendre le temps de dialoguer avec les médecins.

Interrogateur : Et qu'est-ce que vous attendriez des médecins dans ce projet ?

Participant : Bah, déjà, quand je le lancerai, je préviendrai les médecins avec qui on travaille. Je préviendrai « j'ai RDV avec tel ou tel patient », et je leur demanderai s'il préfère que je les rappelle ou que je leur envoie un mail, ou un courrier, pour faire le débrief. Je pense qu'en fait je préviendrai les médecins et je m'adapterai à eux, en fonction de leurs habitudes et de leurs disponibilités.

Interrogateur : Et est-ce que vous voyez d'autres éléments à améliorer pour sécuriser le parcours de soins du patient ?

Participant : Je pense au DMP, que je trouve laborieux, qui fonctionne pas ou à moitié. Il faudrait ça, mais en version beaucoup plus simplifiée... Et qui fonctionne !

Pour faciliter les échanges entre le patient, le médecin, le pharmacien et son infirmière. Après, avec les spécialistes c'est un peu plus compliqué, mais déjà pour nous quatre il faudrait que le DMP fonctionne et soit plus simple.

Et sinon, il faut une bonne entente entre les différents professionnels de santé quoi...

AUTEUR : Nom : BOIDOUX
Date de soutenance : 28 Octobre 2021

Prénom : Théo

Titre de la thèse : Le Bilan partagé de Médication, la Conciliation Médicamenteuse et la Pluridisciplinarité en Ambulatoire : Motivation des médecins et des pharmaciens du Nord Pas de Calais

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + spécialité : *Médecine générale*

Mots-clés : Conciliation Médicamenteuse, Gériatrie, Iatrogénie, Informatisation, Interprofessionnel, Bilan partagé de Médication, Prévention, CPTS.

Résumé :

60% des erreurs médicamenteuses sont évitables, et 1/3 d'entre elles ont un impact clinique significatif. C'est dans l'objectif de réduire ces erreurs médicamenteuses qu'a vu le jour le Bilan partagé de médication (BPM). Ce bilan fonctionne via la collaboration entre les médecins de ville et les pharmaciens d'officine, s'inspirant de la conciliation médicamenteuse hospitalière. Ces BPM se concrétisent par divers entretiens entre le pharmacien et le patient, ainsi qu'un travail préliminaire, par le pharmacien, d'analyse du dossier médical et de l'ordonnance. Dans les faits, les BPM sont encore très peu mis en place dans le Nord Pas de Calais, presque aucun des pharmaciens interrogés n'en réalisait dans son officine, et aucun des médecins interrogés n'en a reçu les conclusions. Trop complexes et chronophages, les professionnels de santé déplorent également l'absence d'outil informatique dédiés au BPM et le manque d'ergonomie des outils existant. L'amélioration du DMP pourrait notamment être d'une grande aide dans le travail de conciliation médicamenteuse. Les BPM sont aussi trop faiblement valorisés. Pourtant, sur son principe, la majorité des médecins et des pharmaciens semblent s'accorder sur l'intérêt de leur réalisation, pour la sécurité du parcours de soins du patient. De plus, cette étude démontre que la tendance actuelle est aux échanges interprofessionnels, et aux regroupements de professionnels, ce qui pourrait permettre des prise en charge pluridisciplinaires ambulatoires, via le croisement des compétences entre les différents professionnels de santé, dans le cadre de projet comme le BPM.

Composition du Jury :

Président : Pr François PUISIEUX

Asseseurs : M. le Doyen Bertrand, M. le Pr Jean Baptiste BEUSCART, Mme le Dr OLLIVON Judith.

Directeur de thèse : Dr Bénédicte MOREAU