



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Déprescription optimisée après conciliation entre médecin
généraliste et pharmacien clinicien**

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai à 18h
Au Pôle Recherche
par **Eléonore MAES**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Assesseurs :

Madame la Docteure France DUCASTEL

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

I. AVERTISSEMENT

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

II. TABLE DES MATIERES

I.	AVERTISSEMENT	2
II.	TABLE DES MATIERES	3
III.	LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
IV.	RESUME.....	5
V.	INTRODUCTION	6
VI.	METHODOLOGIE	11
1-	Type d'étude et de population	11
a.	Critères d'inclusion.....	12
b.	Critères de non-inclusion	12
2-	Recueil de données.....	13
3-	Critères de jugement principal et secondaire	15
4-	Analyse statistique.....	16
5-	Mesures prises pour éviter les biais	17
VII.	RESULTATS	18
1-	Diagramme de flux	18
2-	Description de la population générale de l'étude.....	18
3-	Description des classes ATC les plus concernées.....	21
4-	Objectif principal de l'étude.....	25
VIII.	DISCUSSION.....	26
1-	Caractéristique de l'étude.....	26
2-	Objectif principal	27
IX.	CONCLUSION	29
X.	BIBLIOGRAPHIE.....	30
XI.	ANNEXE	32

III. LISTE DES ABREVIATIONS

AGS	American Geriatrics Society
AM	Assurance Maladie
AS	Aide-soignante
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
CNO	Complément nutritionnel oral
CNP	Conseil National Professionnel
DCI	Dénomination Commune International
DREES	Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IPA	Infirmière en Pratique Avancée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Prescription Médicamenteuse Inappropriée
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
USLD	Unité de Soins Longue Durée

IV. RESUME

Contexte : Avec le vieillissement de la population, le nombre de pathologies par personne augmente ainsi que le nombre de médicaments par ordonnance. Cette augmentation des lignes de prescription médicamenteuse majore le risque de iatrogénie. Le médecin est le professionnel de santé spécialiste du diagnostic clinique et le pharmacien est le spécialiste du médicament. Les deux métiers sont complémentaires pour assurer le suivi et la sécurité du patient sur le plan médical et pharmaceutique.

Méthode : Une étude prospective, descriptive, monocentrique a été réalisée chez 50 résidents de deux EHPAD de l'Hôpital de Roubaix (La Fraternité et Isabeau). Les données médicales et démographiques ont été recueillies grâce à un logiciel de recueil de données DOQBOARD. Un premier médecin généraliste complétait les données générales des patients (âge, antécédents,...). Ensuite un groupe A (médecin généraliste seul junior) et un groupe B (médecin généraliste junior et pharmacien clinicien junior) analysaient chaque ligne thérapeutique séparément sans connaître le dossier initialement. Leurs résultats classés en over (ligne non justifiée), mis (erreur dans la prescription) et under use (ligne manquante) étaient ensuite comparés aux analyses d'un groupe C dit Gold Standard (Médecin généraliste et pharmacien clinicien séniors). Chaque modification thérapeutique a été comptabilisée afin de mesurer la prévalence des dénominations communes internationales (DCI) impactées.

Résultats : 18% (n=49) des erreurs concernent la vitamine D et autres. Le paracétamol est la deuxième molécule impactée (9% n=26) ; ensuite il s'agit des compléments nutritionnels oraux (8% n=23). Dans les overuses, 12% (n=15) des modifications concernent les inhibiteurs de la pompe à protons. La vitamine D et autres reste la classe la plus touchée dans les misuses (19% n=23) et les underuses (11% n=44).

Conclusion : Trop de classes médicamenteuses sont concernées par des erreurs de prescription et principalement la vitamine D. Les changements physiologiques liés à l'âge doivent faire réévaluer chaque ligne thérapeutique. La prescription en interprofessionnalité est une priorité pour la réduction et la pertinence du nombre de lignes de traitement.

V. INTRODUCTION

Dans le monde, l'espérance de vie s'allonge. En 2020, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus a dépassé celui des enfants de moins de cinq ans. Le nombre des personnes âgées de 80 ans et plus devrait tripler entre 2020 et 2050 pour atteindre 426 millions (1).

Avec ce vieillissement de la population, le nombre de pathologie par personne augmente. Il existe ainsi un risque de multimorbidité avec des patients qui souffrent de deux ou plus maladies chroniques (2). Selon une enquête, les personnes âgées institutionnalisées cumulent en moyenne sept pathologies (3). C'est un enjeu de santé publique important parce que cette polypathologie entraîne souvent une augmentation du nombre de prescription médicamenteuse (4).

La polymédication est définie par l'OMS comme l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments (5). En France elle est communément définie comme la prise de 5 ou plus médicaments. Le terme hyperpolymédication peut être utilisé pour la prise de plus de 10 médicaments (6). En moyenne les personnes âgées en institution ont 6,4 médicaments prescrits, sans tenir compte des lignes de traitement qui peuvent être déclinées plusieurs fois pour une même molécule (3).

Cette augmentation des lignes de prescription médicamenteuse augmente également le risque de iatrogénie. Le ministère de la santé et de la prévention définit la iatrogénie comme « l'ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins

ou de l'utilisation d'un produit de santé »(7).

Les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) inadaptées chez les personnes âgées regroupent les excès de traitement (*overuse*), les prescriptions inadaptées (*misuse*) et les omissions de prescriptions (*underuse*) (8).

La polymédication et les PMI sont responsables d'évènements iatrogènes médicamenteux potentiellement graves. On estime en France que les erreurs médicamenteuses sont à l'origine de 20 % des hospitalisations des personnes âgées, dont la moitié pourrait être évitée (8).

Pour améliorer le niveau des prescriptions médicales, il est essentiel de se centrer sur la polymédication et à la prescription médicamenteuse inappropriée ; le concept qu'à partir d'un certain âge de la vie toute pathologie ne doit pas être obligatoirement traitée impose l'arbitrage des polymédications ; la recherche et la correction des prescriptions inappropriées va dans le même sens. Ces deux objectifs sont une révision des pratiques plébiscitées par les personnes soignées et sont une demande des organismes de bonne pratique comme la Haute Autorité de Santé (HAS) et de financement comme l'assurance maladie (AM).

Le médecin est le professionnel de santé spécialiste du diagnostic clinique par son examen clinique, et la programmation des examens complémentaires pour pouvoir prescrire le traitement adéquat et assurer le suivi du patient. Le pharmacien est le professionnel de santé spécialiste du médicament. Il exerce son expertise pharmacologique, assure en partie la dispensation, le bon usage du médicament en collaborant avec les autres professions de santé. Les deux métiers sont complémentaires pour assurer le suivi et l'évolution du patient sur le plan médical et

pharmaceutique par l'interdisciplinarité. Ce terme se réfère à la pratique de professionnels poursuivant ensemble un objectif commun, et qui dialoguent régulièrement pour enrichir leurs points de vue, leurs stratégies d'intervention (9). L'interdisciplinarité vise à intégrer non seulement les processus d'apprentissage, mais également les connaissances qui en découlent. Son objectif est de favoriser la mobilisation de ces connaissances et leur application dans des situations de la vie quotidienne (10).

Le terme déprescrire est apparu en 2003 dans la littérature anglaise dans un article australien. Une définition a été proposée « Déprescrire est le processus d'arrêt d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de santé dans le but de maîtriser les risques de la polymédication et d'améliorer l'état de santé du patient. »(11).

Plusieurs outils d'aide à la déprescription ont été développés afin de réduire la iatrogénie (8) :

- Les critères de Beers ont été créés par l'American Geriatrics Society (AGS), ils ont été réactualisés en 2019. Ils incluent des listes de médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées en raison de leur risque élevé d'effets indésirables ou de leur inefficacité ou parce qu'il existe des substituts plus sûrs. (12)
- La Liste de Laroche est une liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française concernant les personnes âgées de 75 ans ou plus. Elle alerte sur des situations médicamenteuses dangereuses, inutiles, ou des associations de médicaments illogiques qui doivent être évitées chez les personnes âgées. Elle a été proposée par un consensus d'expert pour la

première fois en 2007 (13). Elle a été réactualisée en 2021 sous la forme de l'outil REMEDI[*e*]s, qui combine un parcours de 7 étapes permettant de déterminer la pertinence du médicament prescrit avec une liste de 104 critères explicites (14).

- Les critères STOPP/START ont été développés entre 2007 et 2008 et ont été réactualisés en 2015 (15). Cet outil permet de détecter les principales interactions médicament-médicament et médicament-comorbidité ainsi que les effets indésirables en lien avec la prescription de ces molécules (critères STOPP) et l'omission de prescriptions considérées comme appropriées (critères START) (16).
- Le guide P.A.P.A (prescription médicamenteuse adaptée aux personnes âgées) est un guide de 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit leur lieu de vie. Il a été conçu par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP). Ces 42 fiches sont relatives à 42 maladies ou situations fréquemment rencontrées (déshydratation, insomnie, dépression, douleur, etc.) dans toutes les spécialités (17).

Pour pouvoir mieux catégoriser les thérapeutiques, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a créé une classification que l'on appelle la classification ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) (18). Dans ce système de classification, les substances actives sont réparties en différents groupes en fonction de l'organe ou du système sur lequel elles agissent, ainsi que de leurs propriétés thérapeutiques, pharmacologiques et chimiques. Les médicaments sont ainsi classés en cinq niveaux différents grâce à des lettres et des chiffres (19).

L'objectif général de l'étude était de montrer la supériorité d'une relecture incluant le pharmacien clinicien par rapport au médecin seul.

L'objectif du présent travail était d'analyser les classes ATC les plus impactées par la déprescription effectuée dans une population de résidents d'EHPADs après relecture des lignes de traitement par des médecins généralistes et des pharmaciens.

VI. METHODOLOGIE

1- Type d'étude et de population

Il s'agissait d'une étude prospective non interventionnelle de catégorie 4 (MR-004 selon la loi Jardié). Le protocole de l'étude a été validé par le Comité Éthique du centre hospitalier lors de sa réunion du 04/05/23 comme conforme au protocole MR004 de la Commission de l'Informatique et des Libertés auprès de laquelle le centre hospitalier dispose de l'agrément 2213245 v 0 en date du 26/04/2019 (*Annexe I*).

La cohorte étudiée était issue des résidents des EHPAD de l'Hôpital de Roubaix répartis sur 2 sites différents (résidence Isabeau de Roubaix, résidence La Fraternité).

Selon les dispositions du code de santé publique, des Bonnes Pratiques Cliniques et du règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD), les personnes à inclure avaient antérieurement reçu une information claire et compréhensible de la recherche soit en main propre si la personne était présente au sein de l'EHPAD au moment du recueil, soit par courrier à l'adresse du dernier domicile connu ou à celui du responsable légal (*Annexe II*).

Lorsque l'information était délivrée par courrier, un délai de trois semaines était mis en place pour leur laisser le temps d'un refus possible à l'utilisation de leurs données et les considérer comme non incluses.

Enfin toute personne incluse pouvait à tout moment décider d'arrêter sa participation à la recherche sans préjudice pour la prise en charge de sa pathologie ou sa relation avec son médecin.

Un tirage au sort ultérieur parmi les acceptants a permis de créer une cohorte dont la

validité interne était basée sur une représentation des genres et des âges par tranches de 10 ans, correspondant à la population des sites étudiés.

Si une des personnes quittait son lieu de vie pour transfert ou décès durant l'étude avant la date de clôture de l'audit des dossiers, elle restait incluse au résultat final et le médecin suivant était averti selon les résultats pour agir sur les traitements.

Après prétest de quelques dossiers, cette seconde cohorte a été créée sur la base de 50 personnes pour l'étude ; elle correspondait lors de l'écriture interprofessionnelle du projet aux possibilités de relecture des lignes par l'équipe.

Les personnes non incluses en raison de leur refus ou en quantité excessive par rapport à l'échantillon arrêté après l'étude de faisabilité feront l'objet d'une analyse identique de leurs lignes de traitement avec les mêmes mesures pour qu'elles n'aient aucune perte de chance par rapport aux autres.

a. Critères d'inclusion

Toute personne éligible n'ayant pas refusé d'être incluse dans un délai de trois semaines après réception des documents de l'étude.

b. Critères de non-inclusion

Toute personne ayant refusé d'être incluse après lecture des documents explicatifs ou le signalant avant parution des résultats.

Toute personne non incluse par refus ou en nombre excessif ou ayant quitté l'établissement avant la date de clôture de l'audit des dossiers fera l'objet d'une analyse similaire de son traitement afin de ne pas diminuer ses chances. Les équipes qui la prendront en charge seront averties des conclusions de la relecture

2- Recueil de données

Les patients participant à l'étude sont identifiés par un numéro unique dans l'étude au moyen d'une table des correspondances entre ces numéros et l'identité des participants à la recherche.

Un fichier codé sur le logiciel Excel a été établi permettant cette correspondance. Il a été protégé par un mot de passe uniquement accessible sur les ordinateurs de l'établissement lui-même accessible par un mot de passe.

Du fait de sa simplicité et de son accessibilité c'est le concept de saisie DOQBOARD qui a été retenu pour le recueil et le traitement des données de l'étude. Il s'agit d'un outil développé spécifiquement pour la saisie de données des études de cohorte en centre hospitalier. Il est conforme à la RGPD et les données ont été temporairement stockées sur le serveur mis à disposition par le fournisseur.

Les équipes médicales, pharmaceutiques et paramédicales ont collaboré à la réalisation d'un support permettant aux infirmières (IDE) et aide soignants (AS) de recueillir auprès des résidents sélectionnés les demandes éventuelles des résidents tirés au sort en ce qui concerne les traitements qui leur sont appliqués et leurs propres remarques de professionnelles concernant ces traitements (*Annexe III*). Ces documents ont été récupéré par les infirmières en pratique avancée (IPA).

Un premier groupe constitué d'un médecin junior a analysé les patients sélectionnés pour l'étude. Il a relevé leur lieu de vie, leur âge, leur sexe, leurs antécédents et le nombre de ligne de thérapeutique prescrit pour celui-ci. Les antécédents ont été renseignés selon la norme PATHOS (*Annexe IV*).

Ces données ont été transmises par la suite à un groupe A (constitué d'une interne de médecine générale seule) et un groupe B (une interne de médecine générale et une interne en pharmacie clinique) qui ont fait leurs analyses des lignes de traitement séparément mais simultanément et sans connaissance préalable des dossiers « en contexte de vraie vie » en traçant les dates de leurs interventions.

Un groupe C (constitué d'un médecin généraliste sénior et d'une pharmacienne clinique sénior) tous deux habitués à la conciliation et la déprescription est intervenu après les groupes A et B, afin de confronter leurs propres analyses dites « gold standard » à celles des juniors selon les dates tracées par eux.

Le premier médecin junior a complété la partie « patient » du logiciel DOQBOARD grâce à Easily, le logiciel de l'Hôpital de Roubaix. Les patients étaient identifiés par leur numéro de correspondance anonymisé. Il remplissait une première page comportant les données épidémiologiques avec le sexe, l'âge, le secteur de vie du patient et également le nombre de dénominations communes internationales (DCI) prescrites. Il complétait ensuite la deuxième page en renseignant sur les antécédents du patient selon le modèle PATHOS.

Les groupes A, B et C ont par la suite complété la partie « DCI » du logiciel DOQBOARD. Chaque médicament comportait sa propre ligne d'identification. Une première page regroupait les données du patient avec son numéro d'identification, la classe ATC de la molécule, la dose cumulée quotidienne du traitement, le moment de prise dans la journée, le nombre de prise, le mode d'administration et la voie d'administration. Cette page était commune à chaque groupe. La deuxième page quant à elle était visible uniquement pour le groupe concerné. Elle reprenait la classe

ATC, le PATHOS correspondant à la molécule selon le groupe. Elle contenait également le résultat de la réflexion de chaque groupe suite à l'analyse du dossier concernant une misuse, une overuse, une underuse, une absence de modification ou si un bilan biologique était nécessaire afin de prendre une décision. L'overuse était défini comme une ligne de traitement excessive car non rattachable à une pathologie en cours ou passée importante, le misuse comme une ligne erronée définie ci-après et l'underuse comme une ligne manquante entraînant une mise en danger potentielle. Lorsque la case « misuse » était sélectionnée un menu déroulant apparaissait permettant de préciser la réflexion vers une erreur de dosage, de posologie, de durée de traitement, de plan de prise, de voie d'administration, d'interaction médicamenteuse ou bilan biologique nécessaire. Il fallait par la suite que chaque groupe juge s'il s'agissait d'une erreur grave potentielle et ainsi préciser si une modification immédiate était nécessaire ou si un avis spécialisé devait être demandé. À tout moment un spécialiste de la discipline correspondante pouvait être contacté ; ils étaient cardiogériatre, psychiatre, spécialiste de la douleur, diabétologue.

Le groupe sénior dit « Gold Standard » intervenait en dernier pour confirmer ou pas l'expertise de chaque groupe junior et accepter ou non les propositions de l'un et/ou l'autre des deux groupes.

3- Critères de jugement principal et secondaire

Le critère de jugement principal et général de cette étude était de montrer la supériorité d'une analyse commune médecin pharmacien ; il était comparé le taux de désaccord entre les groupes juniors A et B avec les accords entre le groupe junior B et le groupe sénior C, dit Gold Standard, par un coefficient de Kendall (taux de concordance).

Le test de concordance de Kendall a un niveau d'agrément qui est considéré comme

:

- Faible entre 0,00 et 0,20, cible recherchée entre A et B
- Léger entre 0,21 et 0,40
- Modéré entre 0,41 et 0,60
- Bon entre 0,61 et 0,80
- Excellent entre 0,81 et 1,00, cible recherchée entre B et C

Le critère de jugement secondaire qui est l'objectif du présent travail était de comptabiliser par prévalence décroissante les dénominations communes internationales (DCI) impactées par les modifications des traitements.

4- Analyse statistique

Les statistiques ont été effectuées par le Docteur Rémy Diesnis, responsable biostatistique du Centre Hospitalier de Roubaix, sur le logiciel R.

Pour les statistiques descriptives, les variables quantitatives ont été présentées par leur moyenne et leur déviation standard si la distribution était normale, sinon par leur médiane et leur intervalle interquartile. Les variables qualitatives ont été présentées par leurs effectifs et leurs pourcentages.

Pour le critère de jugement principal, les groupes juniors A et B ont été comparés entre eux, puis avec le gold standard qui était le groupe C.

La comparaison a été réalisée par un test de concordance de Kendall. Cette concordance a été estimée pertinente au-delà de 0,81, ou discordante sous 0,20.

5- Mesures prises pour éviter les biais

Comme tous les résidents des secteurs cités sont éligibles s'ils sont d'accord, aucun biais n'était à craindre.

Le recours aux professionnels médicaux non généralistes en expertise associée des dossiers ne devait être utilisé que dans le cas où le consensus entre médecin et pharmacien juniors ou séniors n'aura pas été possible pour prendre une décision adaptée.

VII. RESULTATS

1- Diagramme de flux

Les deux résidences hébergeaient 240 personnes au moment du recueil de données et 50 résidents ont été inclus après tirage au sort.

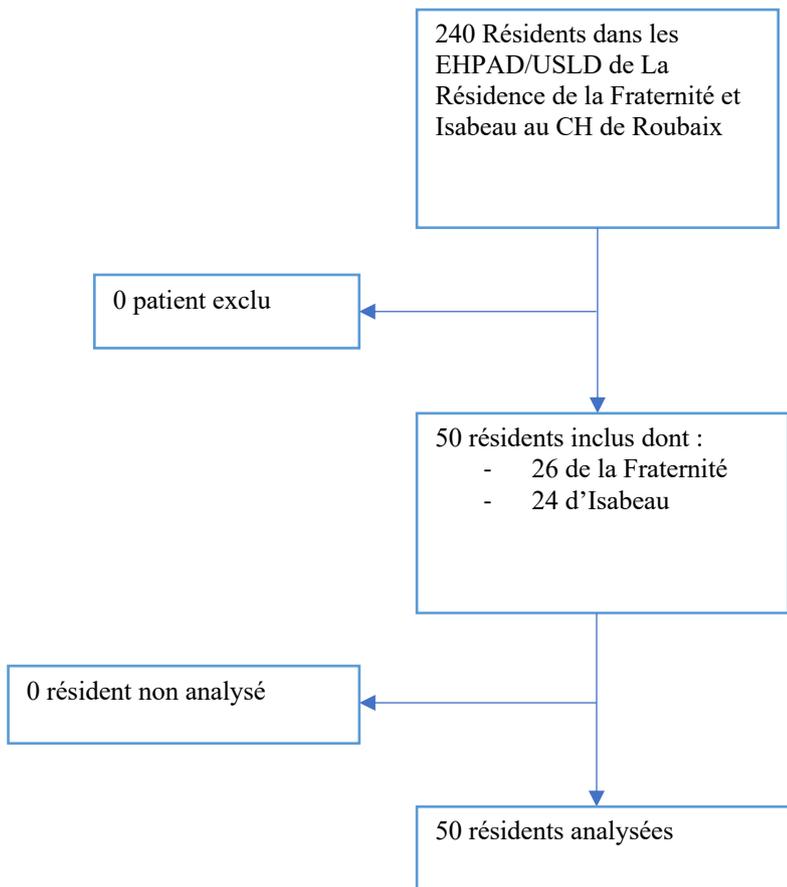


Figure 1 – Diagramme de flux

2- Description de la population générale de l'étude

Parmi les 50 résidents inclus dans l'étude, 30% (n=15) d'entre eux étaient des hommes. L'âge médian était de 84 ans. La médiane du nombre de ligne sur ordonnance par résident était de 11,5 et celle du nombre de pathologie selon le pathos est de 8.

	Résident (n=50)	Fraternité (n=26)	Isabeau (n=24)	p-values	
Homme (%)	15 (30)	8 (30)	7 (29)	1	†
Âge (Médiane [Q1 ; Q3])	84 [74,25-88]	85 [75-88]	83,5 [71-88,25]		
Âge (moyenne +/- DS)	81.1 +/-10.3	82.1 +/-9.5	80.0 +/-11.3	0,495	††
Nombre de ligne sur ordonnance (médiane [Q1 ; Q3])	11,5 [10-15]	12 [8-15]	12 [11-14,25]	0,559	‡‡
† : Test du Chi2 ; †† : Test de Student ; ‡‡ : Test de Wilcoxon					

Tableau 1 – Démographie en fonction des deux résidences

Au sein de la population incluse, l'hypertension artérielle était la pathologie la plus représentée avec 54% (n=27) de patients atteints, 52% (n=26) des résidents inclus présentaient un syndrome démentiel et des syndromes abdominaux. Il y avait un nombre important de polyarthrite, pathologie articulaire d'autre localisation (44% n=22).

L'étude ne retrouvait pas de différence significative entre les résidents d'Isabeau et La Fraternité concernant l'ensemble des affections.

Comorbidités	Tout (n=50)	Isabeau (n=24)	Fraternité (n=26)	p value
Affections cardio-vasculaires (%)				
Insuffisance cardiaque (%)	42 (21)	29 (7)	54 (14)	0,139 †
Coronaropathie (%)	24 (12)	17 (4)	31 (8)	0,404 †
Hypertension Artérielle (%)	54 (27)	46 (11)	62 (16)	0,407 †
Troubles du rythme (%)	34 (17)	25 (6)	42 (11)	0,321 †
Phlébites, insuffisance veineuse (%)	30 (15)	29 (7)	31 (8)	1 †
Embolies, thromboses artérielles, gangrène, amputation (%)	10 (5)	8 (2)	12 (3)	1 †
Artériopathies chroniques (%)	16 (8)	21 (5)	12 (3)	0,456 †
Hypotension orthostatique (%)	10 (5)	8 (2)	12 (3)	1 †
Affections neuropsychiatriques (%)				
Malaise, vertiges, perte de connaissance brève, chutes (%)	2 (1)	4 (1)	0 (0)	0,48 †
Accidents vasculaires cérébraux (%)	2 (11)	17 (4)	27 (7)	0,594 †
Epilepsie (%)	18 (9)	17 (4)	19 (5)	1 †
Syndrome parkinsonien (%)	8 (4)	8 (2)	8 (2)	1 †
Syndrome confusionnel aigu (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	- -
Troubles chroniques du comportement (%)	18 (9)	21 (5)	15 (4)	0,721 †
Etats dépressifs (%)	24 (12)	17 (4)	31 (8)	0,404 †
Etats anxieux (%)	4 (2)	0 (0)	8 (2)	0,491 †
Psychoses, délires, hallucinations (%)	30 (15)	29 (7)	31 (8)	1 †
Syndrome démentiel (%)	52 (26)	38 (9)	65 (17)	0,091 †
Affections broncho-pulmonaires				
Insuffisance respiratoire (%)	12 (6)	8 (2)	15 (4)	0,669 †
Broncho-pleuro-pneumopathies (%)	12 (6)	13 (3)	12 (3)	1 †
Embolies pulmonaires (%)	4 (2)	8 (2)	0 (0)	0,225 †
Pathologies infectieuses				
Syndrome infectieux généraux (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	- -
Syndrome infectieux locaux (%)	2 (1)	0 (0)	4 (1)	1 †
Affections dermatologiques				
Escarres, ulcères et autres plaies (%)	12 (6)	17 (4)	8 (2)	0,409 †
Autres lésions cutanées graves (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	- -
Affections ostéo-articulaires				
Pathologies de la hanche (%)	20 (10)	13 (3)	27 (7)	0,294 †
Pathologies de l'épaule (%)	2 (1)	0 (0)	4 (1)	1 †
Pathologies vertébro-discales (%)	26 (13)	21 (5)	31 (8)	0,633 †
Pathologie osseuses autres sites (%)	4 (2)	4 (1)	4 (1)	1 †
Polyarthrite, pathologie articulaire d'autre localisation (%)	44 (22)	54 (13)	35 (9)	0,269 †
Affections gastro-entérologiques				
Syndromes digestifs hauts (%)	8 (4)	8 (2)	8 (2)	1 †

Syndromes abdominaux (%)	52 (26)	58 (14)	46 (12)	0,563	†
Pathologie hépatique, biliaire (%)	34 (17)	38 (9)	31 (8)	0,839	†
Dénutrition (%)	16 (8)	21 (5)	12 (3)	0,456	‡
Affections endocriniennes					
Diabète (%)	26 (13)	25 (6)	27 (7)	1	†
Dysthyroïdies (%)	22 (11)	21 (5)	23 (6)	1	†
Affections uro-néphrologiques					
Rétention urinaire (%)	6 (3)	4 (1)	8 (2)	1	‡
Infections urinaires basses	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-
Insuffisance rénale (%)	22 (11)	21 (5)	23 (6)	1	†
Incontinence (%)	6 (3)	8 (2)	4 (1)	0,602	‡
Autres domaines pathologiques					
Anémies (%)	8 (4)	4 (1)	12 (3)	0,611	‡
Etats cancéreux (%)	10 (5)	4 (1)	15 (4)	-	-
Hémopathies (%)	2 (1)	0 (0)	4 (1)	1	‡
Pathologies oculaires évolutives (%)	30 (15)	46 (11)	15 (4)	0,351	‡
Etat grabataire, troubles marche (%)	26 (13)	33 (8)	19 (5)	0,416	†
Etat terminal (%)	6 (3)	13 (3)	0 (0)	0,103	‡
Autres pathologies (%)	6 (3)	4 (1)	8 (2)	1	‡
Pas d'antécédents (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-
† : Test du Chi2 ; ‡ : Test de student					

Tableau 2 – Pathologies associées

3- Description des classes ATC les plus concernées

Dans la population étudiée, la classe ATC la plus concernées par les erreurs médicamenteuses selon le groupe Gold Standard (groupe C) était la vitamine D et autres avec 18% (n=49). C'était la classe la plus représentée dans les groupes A et B avec respectivement 23% (n=30) et 14% (n=46) de modification. Le paracétamol était la deuxième molécule la plus impactée dans le groupe C (9% n=26) et A (10% n=13) alors qu'il s'agissait des anxiolytiques pour le groupe B (11% n=34). Les compléments alimentaires étaient les troisièmes médicaments les plus impactés dans le groupe C et A (8% n=23 ; n=11). Ils étaient à la sixième place dans le groupe B (7% n=22) après les laxatifs/antidiarrhéiques (10% n=33), le paracétamol (9% n=28) et les inhibiteurs

de la pompe à proton (7% n=23).

Classe ATC	Groupe A		Groupe B		Groupe C	
		132		323		278
Alpha bloqueur	2	2%	1	0,3%	1	0,4%
Anti-aldostérone			1	0,3%	1	0,4%
Anti-glaucomeux	2	2%	7	2%	3	1%
Antibactériens systémiques						
Antidépresseur	2	2%	10	3%	8	3%
Anxiolytiques	11	8%	34	11%	22	8%
AOD-AVK-AAP	2	2%	6	2%	7	3%
Bétabloquants	1	1%	4	1%	1	0,4%
Calcium bloqueurs	2	2%	3	1%	4	1%
Compléments alimentaires	11	8%	22	7%	23	8%
Corticoïdes inhalés	2	2%	14	4%	12	4%
Corticoïdes locaux	2	2%	3	1%	2	1%
Corticoïdes oraux	2	2%	1	0,3%	1	0,4%
Diurétique de l'anse et thiazidique	3	2%	8	3%	8	3%
Dopamine			1	0,3%		
EPO						
Héparine			1	0,3%	3	1%
Hypoglycémiant et non hypoglycémiant oraux	3	2%	3	1%	3	1%
IEC			3	1%	3	1%
Insuffisance rénale	2	2%	3	1%	3	1%
Insuline	1	1%	3	1%	5	2%
IPP	10	8%	23	7%	22	8%
Laxatifs/Antidiarrhéiques	6	5%	33	10%	18	7%
Maladie de la thyroïde			3	1%		
Morphine	6	5%	17	5%	12	4%
Neuroleptique	1	1%	7	2%	4	1%
Paracétamol	13	10%	28	9%	26	10%
Phloroglucinol	2	2%	3	1%	3	1%
Plasma et sérums	1	1%	4	1%	6	2%
Pregabaline, gabapentine et antiépileptiques	3	2%	8	3%	6	2%
Soins locaux	4	3%	11	3%	9	3%
Statine	3	2%	6	2%	7	3%
Vitamine D et autres	30	23%	46	14%	49	18%
Autre	5	4%	6	2%	6	2%

Tableau 3 - Classe médicamenteuse concernées par les erreurs thérapeutiques

Parmi les overuses, la classe thérapeutique la plus impactée était l'inhibiteur de la

pompe à proton (12% n=15) selon le groupe C Gold Standard. Pour le groupe A avec le médecin généraliste seul il s'agissait du paracétamol (14% n=10) alors que pour le groupe B médecin généraliste/pharmacien clinicien c'étaient les anxiolytiques les plus concernés par les overuses (14% n=23).

Au sein des misuses, la vitamine D ressortait comme la classe ATC la plus concernée comme erreur dans les trois groupes.

Parmi les underuses, la vitamine D était également la classe la plus impactées dans le groupe C (44% n=11) et le groupe B (41% n=11). Dans le groupe A, les compléments alimentaires étaient les plus concernés (50% n=3).

Erreur	Classe ATC	Groupe A		Groupe B		Groupe C	
Overuse		70		165		129	
	Alpha bloqueur	1	1%	1	1%		
	Anti-aldostérone			1	1%		
	Anti-glaucomeux	1	1%	5	3%	2	2%
	Antidépresseur	1	1%	5	3%	3	2%
	Anxiolytiques	8	11%	23	14%	9	7%
	AOD-AVK-AAP	1	1%	3	2%	2	2%
	Bétabloquants			2	1%	1	1%
	Calcium bloqueurs	1	1%	1	1%		
	Compléments alimentaires	4	6%	6	4%	10	8%
	Corticoïdes inhalés	2	3%	7	4%	7	5%
	Corticoïdes locaux	1	1%	2	1%	1	1%
	Corticoïdes oraux	1	1%	1	1%	1	1%
	Diurétique de l'anse et thiazidique	2	3%	4	2%	5	4%
	Dopamine			1	1%		
	Héparine			1	1%	3	2%
	Hypoglycémiant et non hypoglycémiant oraux					1	1%
	Insuffisance rénale	1	1%	2	1%	3	2%
	IPP	6	9%	15	9%	15	12%
	Laxatifs/Antidiarrhéiques	6	9%	17	10%	6	5%
	Morphine	5	7%	12	7%	8	6%
	Neuroleptique	1	1%	7	4%	3	2%
	Paracétamol	10	14%	16	10%	12	9%
	Phloroglucinol			2	1%	1	1%
	Plasma et sérums	1	1%	4	2%	6	5%

	Pregabaline, gabapentine et antiépileptiques	1	1%	1	1%	1	1%
	Soins locaux	3	4%	10	6%	9	7%
	Statine	1	1%	2	1%	3	2%
	Vitamine D et autres	8	11%	11	7%	14	11%
	Autre	4	6%	3	2%	3	2%
Misuse		52		126		121	
	Alpha bloqueur	1	2%			1	1%
	Anti-glaucomeux	1	2%	2	2%	1	1%
	Antidépresseur	1	2%	5	4%	5	4%
	Anxiolytiques	3	6%	8	6%	11	9%
	AOD-AVK-AAP	1	2%	2	2%	4	3%
	Bétabloquants	1	2%	2	2%		
	Calcium bloqueurs	1	2%	2	2%	4	3%
	Compléments alimentaires	4	8%	13	10%	9	7%
	Corticoïdes inhalés			6	5%	4	3%
	Corticoïdes locaux	1	2%	1	1%	1	1%
	Diurétique de l'anse et thiazidique	1	2%	3	2%	3	3%
	Hypoglycémiant et non hypoglycémiant oraux	3	6%	2	2%	1	1%
	IEC			2	2%	2	2%
	Insuffisance rénale	1	2%				
	Insuline	1	2%	3	2%	5	4%
	IPP	4	8%	7	6%	6	5%
	Laxatifs/Antidiarrhéiques			13	10%	10	8%
	Maladie de la thyroïde			3	2%		
	Morphine	1	2%	5	4%	4	3%
	Neuroleptique					1	1%
	Paracétamol	3	6%	12	10%	14	12%
	Phloroglucinol	2	4%	1	1%	2	2%
	Pregabaline, gabapentine et antiépileptiques	2	4%	6	5%	4	3%
	Soins locaux	1	2%				
	Statine	1	2%	4	3%	4	3%
	Vitamine D et autres	17	33%	22	18%	23	19%
	Autre	1	2%	2	2%	2	2%
Underuse		6		27		25	
	Anti-aldostérone					1	4%
	Anxiolytiques			3	11%	2	8%
	AOD-AVK-AAP			1	4%	1	4%
	Compléments alimentaires	3	50%	3	11%	4	16%
	Corticoïdes inhalés			1	4%	1	4%
	Corticoïdes oraux	1	17%				
	Diurétique de l'anse et thiazidique			1	4%		
	IEC			1	4%	1	4%
	IPP			1	4%	1	4%

Laxatifs/Antidiarrhéiques			3	11%	2	8%
Soins locaux			1	4%		
Vitamine D et autres	2	33%	11	41%	11	44%
Autre			1	4%	1	4%

Tableau 3 - Classes médicamenteuses concernées en fonctions des erreurs thérapeutiques

4- Objectif principal de l'étude

Le test de concordance de Kendall a été utilisé pour déterminer le taux de concordance entre le groupe A médecin généraliste seul et le groupe B médecine généraliste/pharmacien clinicien et le groupe Gold Standard. Le taux entre le groupe A et B est $k = 0,322$ soit niveau faible. Le taux entre le groupe A et C est $k = 0,329$. Le taux de concordance entre le groupe qui travaille en interprofessionnalité et le groupe C est $k = 0,65$ niveau fort. Cela démontre l'apport de pharmacien lors de la déprescription médicamenteuse.

VIII. DISCUSSION

1- Caractéristique de l'étude

L'étude était prospective mais les risques liés à sa méthodologie étaient faibles face au fait de laisser une iatrogénie due à des prescriptions inadaptées ou à une insuffisance de prise en charge. L'adaptation des lignes de traitement faisait déjà partie des habitudes thérapeutiques depuis longtemps lors de leur réévaluation pour reconduction ou pas. Ainsi dans cette étude est priorisée la relecture par des professionnels de santé exerçant différentes spécialités permettant une approche pluriprofessionnelle des prises en charge.

En raison de sa nature descriptive, l'étude relevait d'un faible niveau de preuve. L'échantillon était de taille faible. En 2015, une étude menée par la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) avait évalué les presque 728 000 personnes vivant en résidences pour personnes âgées (EHPAD, USLD, foyers logements) (20). L'âge moyen des résidents en EHPAD avait été mesuré à 87 ans et 9 mois, et parmi les personnes âgées de 80 ans et plus, la proportion moyenne de femmes dans les EHPADs était à 78%. La population de l'étude a donc une moyenne d'âge légèrement inférieure à la moyenne et un taux de femme légèrement plus bas.

Le logiciel de saisie de données DOQBOARD utilisé avec l'aide du statisticien a facilité la standardisation du recueil. Les principales données des patients (âge, nombre de lignes prescrites, antécédents) recueillis par un premier médecin généraliste permettait de préciser le profil du patient.

2- Objectif principal

Du fait d'un trop grand nombre de classe ATC, le statisticien a regroupé les différentes classes afin de simplifier les analyses statistiques. De ce fait, la vitamine D est difficilement différenciable des autres vitaminothérapies. La vitamine D ressortait cependant comme la classe médicamenteuse la plus impactée par les erreurs de prescriptions. Les médecins français recourent le plus souvent à une prescription intermittente de vitamine D, avec une dose plus forte. Une prise importante en vitamine D est souvent associée à une baisse rapide de la concentration en 25OHD et de fortes fluctuations peuvent apparaître lors des mois suivants. Il est préconisé de poursuivre une supplémentation intermittente mais avec des dosages moins élevés et a intervalle plus court (21). Peut-être faut-il envisager l'utilisation d'un protocole universel pour la supplémentation en vitamine D comme celui proposé par l'OMÉDIT Centre Val De Loire (21). La carence en vitamine D peut-elle être liée à la restriction de remboursement par l'assurance maladie des dosages en ville par les médecins généralistes (22).

Le paracétamol est la deuxième classe la plus impactées par les erreurs thérapeutiques et notamment des prescriptions inadaptées (11,6% des misuses selon le groupe Gold Standard). Le traitement de la douleur chez le sujet âgé est similaire au patient plus jeune mais du fait des modifications pharmacologiques liées à l'âge, des mécanismes physiopathologiques en cause, des effets indésirables, des interactions médicamenteuses potentielles le paracétamol est souvent prescrit à des posologies avec risque de surdosage aigu (23). Il est recommandé de commencer à la posologie initiale de 500 mg par prise avec un maximum de 3 g par jour soit jusqu'à 1 g toutes les 8 heures (24).

Les compléments nutritionnels oraux tiennent également une part importante (7,8%

des overuses, 7,4% des misuses et 16% des underuses selon le groupe Gold Standard). Les personnes âgées sont plus à risque de dénutrition. On estime qu'entre 15 à 38% de la population institutionnalisée est dénutrie (25). L'HAS recommande de prescrire des compléments nutritionnels oraux permettant d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/j et/ou 30 g/j de protéines ce qui nécessite le plus souvent 2 unités par jour (26). La prescription doit être réévaluée régulièrement afin de s'assurer de l'observance du patient. Au cours du recueil de données nous avons accès aux poids et aux prises de sang pour juger de la dénutrition. Les résidents n'étaient cependant pas régulièrement pesés avec parfois des poids anciens. Il arrivait qu'un patient avec une albumine supérieure à 35 g/L sans perte de poids constatée sur les derniers 6 mois avait plusieurs lignes de prescription de CNO. Une réévaluation régulière de ces paramètres permettrait sûrement d'améliorer la prescription et ainsi diminuer un coût conséquent pour la collectivité. Enfin les personnes de l'étude étaient hébergées dans un établissement à budget global où les règles de prescription ambulatoires étaient contournées sans obligation de les justifier par la perte de poids et l'albumine basse sous peine d'indu financier à la charge du prescripteur.

IX. CONCLUSION

Le projet DEPRESS montre qu'encore trop de classes médicamenteuses sont atteintes par des erreurs de prescription. La vitaminothérapie reste la plus impactée quel que soit le type d'erreur. Les autres classes concernées sont le paracétamol et les compléments nutritionnels oraux que l'on retrouve aussi bien dans les overuses que dans les misuses.

Les inhibiteurs de la pompe à proton représentent la majorité des traitements en excès thérapeutique. En ce qui concerne les misuses et les underuses il s'agit de la vitamine D et autres. Du fait de changements physiologiques liés à l'âge les posologies doivent être réadaptées et chaque ligne thérapeutique doit être réévaluée régulièrement en considérant la balance bénéfice/risque.

Mettre en avant l'impact de la prescription en interprofessionnalité est une priorité pour la réduction et la pertinence du nombre de lignes de traitement.

X. BIBLIOGRAPHIE

1. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*. 14 juill 2022;8(1):48.
3. Dutheil S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. 2006;
4. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/polymedication-et-pathologies-chroniques-multiples-opinions-et>
5. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;
6. Dovjak P. Polypharmacy in elderly people. *Wien Med Wochenschr*. 1 avr 2022;172(5):109-13.
7. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024 [cité 4 janv 2024]. Iatrogénie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/iatrogenie>
8. DD-Optimiser-la-prescription-medicamenteuse.pdf [Internet]. [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2018/04/DD-Optimiser-la-prescription-medicamenteuse.pdf>
9. Bouhon JP. Fédération des maisons médicales. 2016 [cité 18 févr 2024]. Pluri-, multi-, inter-, trans- ou in-disciplinarité ? Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/pluri-multi-inter-trans-ou-in-disciplinarite/>
10. Inter, trans, multi, pluri ou intradisciplinarité? - Laboratoire interdisciplinaire littérature et mathématiques - Université de Sherbrooke [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.usherbrooke.ca/litt-et-maths/fondements/inter-trans-multi-pluri-ou-intradisciplinarite/>
11. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. déc 2015;80(6):1254-68.
12. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J American Geriatrics Society*. avr 2019;67(4):674-94.
13. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol*. août 2007;63(8):725-31.
14. Roux B, Berthou-Contreras J, Beuscart JB, Charenton-Blavignac M, Doucet J, Fournier JP, et al. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. *Eur J Clin Pharmacol*. nov 2021;77(11):1713-24.
15. Dalleur O, Lang PO, Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. *Pharmactuel* [Internet]. 3 janv 2016 [cité 20 févr 2024];49(1). Disponible sur: <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095>
16. Lang PO, Boland B, Dalleur O. Prescription médicamenteuse inappropriée :

- les nouveaux critères STOPP/START. Rev Med Suisse. 11 nov 2015;494:2115-23.
17. Le guide PAPA – Annuaire CNP [Internet]. [cité 20 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.cnpgeriatrie.fr/le-guide-papa/>
 18. Classification ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) - Aides [Internet]. [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Aides/Classification-ATC-Anatomical-Therapeutic-Chemical>
 19. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification [Internet]. [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>
 20. er1015.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1015.pdf>
 21. Gaborieau B. Supplémentation en vitamine D.
 22. Dosage de la vitamine D : le point sur la prescription et la prise en charge [Internet]. 2024 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/actualites/dosage-de-la-vitamine-d-le-point-sur-la-prescription-et-la-prise-en-charge>
 23. Capriz F, Chapiro S, David L, Floccia M, Guillaumé C, Morel V, et al. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. 1 oct 2017;18(5):234-47.
 24. 8120.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/8120.pdf
 25. argumentaire_denutrition_pa_10_nov_2021_v2.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/argumentaire_denutrition_pa_10_nov_2021_v2.pdf
 26. CNAM1044_A4_CNO_AGE70.indd.

XI. ANNEXE

Annexe I : Avis du comité d'Éthique du CH de Roubaix

Comité d'éthique interne du Centre Hospitalier de Roubaix

Présidente : Madame Delphine LECAILLE

Date :	04/05/2023	Référence du projet :	2022-013
Titre du projet	Déprescription pertinente après conciliation entre médecin généraliste et pharmacien clinicien (DEPRESS)		
Type de projet	Recherche n'impliquant pas la personne humaine.		

Responsable du traitement de données		Centre Hospitalier de Roubaix	
Investigateur coordonnateur		Dr LEFEBVRE Jean Marc	
Porteur(s) du projet	Cécile COUTURE – Pearlde KIZONZOLO- DE-BELLO – Camille LEFEBVRE – Eleonore MAES	Valorisation envisagée	Thèse en médecine – thèse en pharmacie - publication
Centre(s) participant(s)		EHPAD du CH de Roubaix	

Documents examinés en première lecture	Protocole	Version 1.0	14/03/2023
	Note d'information	Version 1.0	07/03/2023
	CRF	Version 1.0	14/03/2023

Membre du CEI ayant participé la séance du 04/05/2023			
Nom	Collège	Présent	Excusé
D. Lécaille	Présidente Collège des personnes qualifiées		
M. Morin	Directeur du CH de Roubaix		
S. Lecoeur	Directeur de la communication		
AL. Boursier	Collège des personnes qualifiées		
J. Dangleterre	Collège des personnes qualifiées		
H. Ythier	Collège des personnes qualifiées		
C. Megariotis	Collège des Médecins, titulaire		
JM. Lefebvre	Collège des Médecins, titulaire		
C. Vanbaelinghem	Collège des Médecins, titulaire		
A. Caugant	Collège des Médecins, suppléant		
M. Luypaert	Collège des représentants des Usagers		
D. Follet	Collège des représentants des Usagers		

P. Strobbe	Collège des représentants des Usagers		
C. Andrieux	Collège des représentants du personnel non médical, titulaire		
P. Roussel	Collège des représentants du personnel non médical, titulaire		
B. Saint Martin	Collège des représentants du personnel non médical, titulaire		
C. Trouillet	Collège des représentants du personnel non médical, suppléant		
N. Djalti	Collège des représentants du personnel non médical, suppléant		

Qualification de la recherche et conformité du dossier au regard de la qualification	Pas de remarque
Pertinence et conception de la recherche	
Information et inclusion du participant	
Autres éléments liés à la présentation et /ou à l'organisation de l'étude	Pas de remarque
Protection des personnes (notamment les participants)	
Autres	

Avis du CEI le 04/05/2023	FAVORABLE
---------------------------	-----------

A Roubaix, le 04/05/2023

Delphine LECAILLE

Présidente du Comité d'Ethique du CH de Roubaix



NOTE D'INFORMATION D'UNE RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE

« Projet DEPRESS »

Promoteur de l'étude : CH de Roubaix – Investigateur coordonnateur : Dr Jean-Marc Lefebvre

Nom du patient:.....	
Prénom du patient:	(Ou étiquette du patient)
Date de naissance:.....	

Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude afin que vous puissiez décider d'y participer ou non. Votre participation à cette étude doit être entièrement volontaire. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour avoir des renseignements complémentaires.

I. Le but de la recherche

Cette recherche porte sur la mise en sécurité maximale de vos traitements par une équipe médecin et pharmacien

II. Quelles données sont recueillies, pourquoi et comment ?

Vous êtes sollicité en raison de votre domiciliation permanente en résidence de l'hôpital de Roubaix. Cette recherche portera sur l'analyse de données de traitement sur votre dossier recueillies sur une période de 4 mois du 01/04 au 30/06/23 Le recueil de données se fera à partir des informations présentes dans votre dossier médical informatique ou papier de l'hôpital de Roubaix.

Les données nécessaires pour la conduite de la recherche comprennent notamment : âge, sexe, lignes de traitement.

III. Confidentialité des données

Les données médicales recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées par le CH de Roubaix, représenté par son représentant légal en exercice, en tant que responsable de traitement, sur le fondement de l'intérêt public. Les données vous concernant seront pseudonymisées, c'est-à-dire identifiées par un numéro de code et par vos initiales. Elles seront ensuite transmises aux investigateurs de la recherche et aux coordinateurs.

La base de données ainsi créée sera conservée pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée pendant la durée légale autorisée (5 ans). Passé ce délai, la base de données ainsi que tous les documents relatifs à la recherche seront définitivement détruits.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez à leur égard d'un droit

d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et du droit de vous opposer au traitement.

Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données du Groupement Hospitalier Territorial Lille Métropole Flandres Intérieur, auquel appartient le CH de Roubaix, à l'adresse suivante : dpo@chru-lille.fr.

Si vous considérez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL) directement via son site internet : www.cnil.fr.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité. Vous pouvez le contacter au 03 20 99 99 poste 17318.

IV. Acceptation et interruption de votre participation

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Dans le cas où vous répondriez par la positive, vous disposez de la possibilité d'interrompre votre participation à tout moment sans aucun préjudice et sans engager votre responsabilité. Cela n'affectera évidemment pas votre prise en charge.

En l'absence d'opposition / refus de votre part sous un délai de 3 semaines après réception de la présente note nous considérerons que vous acceptez de participer à cette recherche

V. Comment cette recherche est-elle encadrée ?

Le responsable de la recherche, a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément à la loi française aux dispositions de la Loi Informatique et Liberté applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine (CNIL loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et européenne (Règlement européen n° 2016/679 relatif à la protection des données - RGPD).

Fait à : Roubaix Le : 14/01/23

Signature du responsable de la recherche :

Docteur Jean-Marc LEFEBVRE

CADRE RESERVE AU RECUEIL DE L'OPPOSITION

NOM/Prénom du patient :

né(e) le :/...../.....

Je m'oppose à l'utilisation de mes données médicales dans le cadre de cette recherche dont l'acronyme est « DEPRESS »

Signature :

Annexe IV : États pathologique selon le modèle du PATHOS



Version 3 - 2003

FICHE INDIVIDUELLE

Annexe : Fiche individuelle

Échelon local

IDENTIFICATION

NOM :

Étude

Numéro

Prénom :

Définis par le système informatique

PATHOLOGIES Entourez, à gauche le numéro de l'état pathologique présent et cochez la case – *une seule* – du profil correspondant à cet état pathologique

ÉTATS PATHOLOGIQUES

PROFILS

Affections cardio-vasculaires

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
01	Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
02	Coronaropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Phlébites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
06	Embolie et thrombose artérielle, amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Artériopathies chroniques		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Hypotension orthostatique											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections neuro-psychiatriques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
09	Malaises, vertiges, P d C, chutes			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Accidents vasculaires cérébraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Comitativité focale et généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Syndrome parkinsonien		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Syndrome confusionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
14	Troubles chroniques du comportement			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
15	États dépressifs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
16	États anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
17	Psychose, délires, hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
18	Syndrome démentiel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections broncho-pulmonaires

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
19	Broncho-pleuro-pneumopathies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Embolies pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Pathologies infectieuses

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
22	Syndromes infectieux généraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
23	Syndromes infectieux locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
24	Infections urinaires basses								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections dermatologiques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
25	Escarres								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
26	Autres lésions cutanées								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Affections ostéo-articulaires

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
27	Pathologie de la hanche	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Pathologie de l'épaule	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Pathologie vertébro-discale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Autres pathologies osseuses	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Polyarthrite et pathologies articulaires	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections gastro-entérologiques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
32	Syndromes digestifs hauts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Syndromes abdominaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Affection hépatique, biliaire, pancréatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Dénutrition	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections endocriniennes

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
36	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	
37	Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
38	Troubles de l'hydratation	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Affections uro-néphrologiques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
39	Rétention urinaire	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
40	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Incontinence					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres domaines

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
42	Anémies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	États cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Hémopathies malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Syndrome inflammatoire, fièvre inexpliquée								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Pathologies oculaires évolutives		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	État grabataire et troubles de la marche					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
48	État terminal										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
49	Autres pathologies	<input type="checkbox"/>											

En clair

50	Aucune pathologie pertinente à retenir												<input type="checkbox"/>
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------

AUTEURE: Nom : MAES

Prénom : Eléonore

Date de soutenance : Le Jeudi 23 mai 2024

Titre de la thèse : Déprescription optimisée après conciliation entre médecin généraliste et pharmacien clinicien

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

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

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : Déprescription, classe ATC, interprofessionnalité

Résumé :

Contexte : Avec le vieillissement de la population, le nombre de pathologies par personne augmente ainsi que le nombre de médicaments par ordonnance. Cette augmentation des lignes de prescription médicamenteuse majore le risque de iatrogénie. Le médecin est le professionnel de santé spécialiste du diagnostic clinique et le pharmacien est le spécialiste du médicament. Les deux métiers sont complémentaires pour assurer le suivi et l'évolution du patient sur le plan médical et pharmaceutique.

Méthode : Une étude prospective, descriptive, monocentrique a été réalisée chez 50 résidents de deux EHPAD de l'Hôpital de Roubaix (La Fraternité et Isabeau). Les données médicales et démographiques ont été recueillies grâce à un logiciel de recueil de données DOQBOARD. Un premier médecin généraliste complétait les données générales des patients (âge, antécédents,...). Ensuite un groupe A (médecin généraliste seul junior) et un groupe B (médecin généraliste junior et pharmacien clinicien junior) analysaient chaque ligne thérapeutique séparément sans connaître le dossier initialement. Leurs résultats étaient ensuite comparés aux analyses d'un groupe C dit Gold Standard (Médecin généraliste et pharmacien clinicien sénior). Chaque modification thérapeutique a été comptabilisée afin de mesurer la prévalence des dénominations communes internationales (DCI) impactées.

Résultats : 18% (n=49) des erreurs concernent la vitamine D et autres. Le paracétamol est la deuxième molécule impactées (9% n=26) ensuite il s'agit des compléments nutritionnels oraux (8% n=23). Dans les overuses, 12% (n=15) des modifications concernent les inhibiteurs de la pompe à protons. La vitamine D et autres reste la classe la plus touchée dans les misuses (19% n=23) et les underuses (11% n=44).

Conclusion : Encore trop de classes médicamenteuses sont atteintes par des erreurs de prescription et principalement la vitamine D. Les changements physiologiques liés à l'âge doivent faire réévaluer chaque ligne thérapeutique. La prescription en interprofessionnalité est une priorité pour la réduction et la pertinence du nombre de lignes de traitement.

Composition du Jury :

Président : Pr Éric BOULANGER

Assesseurs : Dr France DUCASTEL, Dr Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Pr Jean-Marc LEFEBVRE