

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Benjamin MAINO

Né le 23 juillet 1989 à Luçon (85)

Le Bilan de médication partagé : ressenti des médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement le 10 Avril 2020 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU, Endocrinologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Véronique MAUPOIL, Sciences du médicament et autres produits de santé, PU, Faculté de Pharmacie – Tours

Docteur Paul-Olivier PERICHON, Pharmacien hospitalier, PH, Centre Hospitalier – Blois

Directeur de thèse : Docteur Olivier CUVILLIER, Médecine Générale, Chef de clinique, Faculté de Médecine – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Dominique GOGA
Pr Alain GOUDEAU
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BERHOUET Julien.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON Antoine.....Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....Immunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

Président de Jury : Merci Professeur DUCLUZEAU d'accepter de présider ce jury et de juger ce travail.

Directeur de thèse : Merci Olivier d'avoir répondu présent et au pied levé, et surtout d'avoir cru dans ce projet de thèse. Merci de l'avoir dirigé, merci pour les cafés à El Cafecito !

Professeur FOUGERE : Je vous remercie d'accepter de juger ce travail.

Professeur MAUPOIL : je vous suis extrêmement reconnaissant d'être une nouvelle fois présente pour juger mon travail de thèse.

Docteur PERICHON : Je tiens à remercier particulièrement mon Polo, qui a accepté de relire ce travail avec son œil expert de pharmacien hospitalier. Merci de tirer vers le haut la pharmacie ! Et merci de participer à mon jury de thèse.

A tous les médecins ayant participé à cette étude : Merci d'avoir pris le temps de participer à ces entretiens.

A Marie : Merci pour ton soutien indéfectible dans ce travail et tes relectures critiques toujours constructives. Mais surtout merci d'être à mes côtés tous les jours et de rendre ma vie si agréable. Depuis notre rencontre, tu m'as tant apporté que de simples remerciements ne suffiront pas. Je suis toujours un peu handicapé pour exprimer mes sentiments sur papier, à la vue de tous, mais ils n'en sont pas moins profonds et sincères.

Je t'aimais je t'aime et je t'aimerais ! (F. Cabrel)

A mes parents, et à mon frère : A vous aussi merci pour votre soutien sans faille dans cette folle aventure dans laquelle je me suis lancé il y a déjà 7 ans. Merci d'avoir cru dans ce projet complètement fou, finalement on en voit le bout !

A ma famille, pour votre soutien au cours de ces longues études.

Aux NICOU'S COPAINS et à tous mes amis : Voilà le running gag de l'éternel étudiant commence finalement à prendre fin ! Malgré la distance, les emplois du temps pas toujours compatibles, les examens, les gardes, on a tenu la distance ! Le stéthoscope que vous m'aviez offert lors de ma thèse de pharmacie m'accompagne encore quotidiennement.

Merci à tous les copains, de m'avoir souvent écouté parler de cette thèse sans toujours bien comprendre de quoi il en retournait. Promis après celle-ci, j'arrête !

Que le choc de nos verres unisse notre amitié à jamais !

A mes co-internes, sans qui l'internat n'aurait pas eu la même saveur.

A mes «chefs», et notamment à l'équipe des urgences de Chinon, qui m'a permis de faire mes premières armes en tant qu'interne avec des conditions d'encadrement et d'ambiance idéales. Si je suis toujours en stage à Chinon, vous n'y êtes pas pour rien !

Un grand merci à l'ensemble de l'EMSP de l'hôpital de Chinon de m'avoir accueilli au sein de votre équipe.

Le Bilan de médication partagé :
ressenti des médecins généralistes

Abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AVK : Anti-Vitamine K

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNPG : Conseil National Professionnel de Gériatrie

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CPTS : Communautés professionnelles Territoriales de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

DMP : Dossier Médical Partagé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

IGAS : Inspection générale des Affaires Sociales

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSSanté : Messagerie Sécurisée de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. La relation médecin-pharmacien	3
1. La relation prescripteur-dispensateur	3
2. Effet de la collaboration médecin-pharmacien sur la qualité des prescriptions médicamenteuses	5
3. Identification des freins à l'inter-professionnalité	8
4. Exemples de coopération médecin-pharmacien à l'étranger	9
II. L'optimisation thérapeutique	10
1. La polymédication enjeu de santé publique	10
2. Freins dans l'optimisation thérapeutique	12
3. Différents outils pour l'optimisation thérapeutique des prescriptions médicamenteuses	13
III. Le bilan de médication partagé	15
1. Exemples d'expériences à l'étranger	15
2. Les attentes du bilan de médication partagé	17
3. Le bilan de médication en pratique	18
IV. Le partage d'informations de santé	21
1. Le Dossier Médical Partagé (DMP)	22
2. Les messageries sécurisées	23
V. Ressenti des médecins généralistes sur le bilan de médication partagé	25

Matériel et méthodes	25
Résultats	27
1. Carte heuristique du ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du bilan de médication partagé	29
2. Le bilan de médication partagé, un dispositif méconnu des médecins généralistes	31
3. La collaboration entre médecin et pharmacien, une relation ambivalente	32
4. Le médecin généraliste assure déjà l'évaluation de l'observance et l'adaptation thérapeutique	35
5. Le pharmacien, un allié trop peu sollicité	37
Discussion	39
1. Forces et faiblesses de l'étude	39
2. Discussion sur les résultats de l'étude	40
Conclusion	43
VI. Annexes	44
1. Annexe 1 : Guide d'entretien :	44
2. Annexe 2 : Questionnaire informations générales	46
3. Annexe 3 : Grille d'évaluation de l'observance, score GIRERD	48
4. Annexe 4 : Présupposés du chercheur à l'aide de 6 questions	49
Bibliographie	51

Résumé

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisée auprès de médecins généralistes d'Indre et Loire. Le dispositif des bilans de médication partagés a un peu plus d'un an et aucune étude ne s'est intéressée au ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de cette nouvelle mission des pharmaciens. Le recrutement s'est effectué par réseau ou « effet boule de neige ». L'objectif de cette étude est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes d'Indre et Loire vis-à-vis de cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine. Le bilan de médication partagé est un dispositif encore méconnu des médecins généralistes.

La collaboration entre médecin et pharmacien est ambivalente, car ce dernier est à la fois reconnu comme professionnel du médicament par les médecins, mais ils se disent prêts à ne collaborer qu'avec les pharmaciens qu'ils reconnaissent comme bons professionnels de santé. Il est tout de même noté au cours de cette étude que les médecins ne sollicitent pas assez les pharmaciens, qui pourtant pourraient être des alliés de choix dans la prise en charge des patients via le bilan de médication partagé.

Ces résultats semblent sensiblement identiques à ceux d'autres études menées sur les nouvelles missions des pharmaciens.

Mots Clés : Bilan de médication partagé, étude qualitative, coopération médecin-pharmacien

Introduction

Jusqu'à maintenant, les bilans de médication étaient réalisés par des pharmaciens hospitaliers lors de l'hospitalisation des patients dans certains services (urgences, chirurgie, gériatrie...) à travers l'activité de pharmacie clinique qui intègre notamment la « conciliation médicamenteuse ». La conciliation médicamenteuse est définie par le collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) en mars 2015 comme : « *un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts* » (1). Depuis le mois de janvier 2018, les pharmaciens d'officine peuvent, eux aussi, participer à la réalisation de bilans de médication partagés, pour leurs patients de plus de 65 ans en Affection Longue Durée (ALD) ou de plus de 75 ans et prenant plus de 5 médicaments pour une durée supérieure à 6 mois.

Cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine vient compléter leurs champs de compétences, et ne pourra se réaliser qu'en partenariat avec les médecins traitants. Leur expertise pharmaceutique sera mise au service des patients et des prescripteurs. Depuis la mise en place de la conciliation médicamenteuse dans certains services hospitaliers, les médecins ont commencé à prendre l'habitude de recevoir des courriers de la part des pharmaciens hospitaliers en rapport avec la conciliation médicamenteuse réalisée au cours de l'hospitalisation de leur patient. Remacle *et al.* en 2018 ont réalisé une étude afin de déterminer la satisfaction des médecins vis-à-vis de ces courriers et de ces interventions pharmaceutiques (2). Cependant, devant la nouveauté de ces bilans de médication partagés réalisés par les pharmaciens d'officine, il n'y a pas encore eu, à notre connaissance, d'étude évaluant le ressenti des médecins généralistes pour cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine. L'objectif de ce travail est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes d'Indre et Loire sur le bilan de médication partagé.

I. La relation médecin-pharmacien

Différents professionnels de santé travaillent autour d'un objectif commun centré sur le patient et sa santé. Le médecin généraliste, prescripteur et principal décisionnaire en concertation avec le patient, de sa prise en charge, est amené à interagir avec de nombreux autres professionnels, que ce soit avec d'autres médecins spécialistes ou d'autres professionnels de santé. La qualité de la relation entre ces différents professionnels et le partage d'informations sont des éléments primordiaux.

1. La relation prescripteur-dispensateur

L'Article L4130-1 du Code de la Santé Publique (CSP) fixe les missions du médecin généraliste de premier recours, dont la première est de :

- « Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé » (3)

Son exécution peut être à l'origine de prescriptions, dans le respect de l'article R4127-8 du CSP qui dispose que le médecin :

- « est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance » [...] « il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles » (4)

Toute prescription d'un médicament, ou produit de santé soumis au monopole pharmaceutique, devra faire l'objet d'un acte de dispensation par un pharmacien. Selon l'article R4235-48 du CSP, cet acte doit obligatoirement associer à la délivrance du médicament :

- « 1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- 2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;
- 3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament ». (5)

L'analyse pharmaceutique peut aboutir à une proposition d'adaptation thérapeutique ou intervention pharmaceutique formulée auprès du prescripteur, dans l'intérêt du patient. Conformément à l'article R4127-8 précité, le médecin prend la décision de tenir compte ou non de l'intervention pharmaceutique, sauf dans le cas prévu à l'article R4235-61 du CSP qui dispose que :

- *« Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance » (6)*

Ces quelques éléments témoignent du rôle du médecin dans la prescription de la stratégie thérapeutique la plus adaptée à son patient, et du rôle du pharmacien dans l'application la mieux adaptée de cette stratégie, lorsqu'elle implique un produit de santé soumis au monopole pharmaceutique.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé, plus particulièrement par son article 51 qui prévoit que :

- *« Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3 »*
- *« C'est un processus par lequel au moins deux professionnels de santé, volontaires, définissent ensemble leurs nouvelles modalités d'intervention auprès du patient, en maintenant la qualité et la sécurité des soins qui leur est due » (7)*

L'objectif est d'assurer une meilleure coordination entre professionnels de santé. Les rôles du pharmacien d'officine sont définis dans le code de la santé publique (8), qui établit qu'ils :

- 1° Contribuent aux soins de premier recours ;
- 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;
- 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;
- 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ;
- 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement de santé qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ;
- 7° Peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets ;
- 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

2. Effet de la collaboration médecin-pharmacien sur la qualité des prescriptions médicamenteuses

Le développement des activités de pharmacie clinique en établissement de santé est vecteur d'une amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients, elle passe notamment par une meilleure collaboration entre médecins et pharmaciens. Une méta-analyse danoise de Skjøt-Arkil *et al.* publiée en 2018 fait état d'effets positifs de certaines activités de pharmacie clinique en établissement de santé, tels qu'une diminution du taux de ré-hospitalisation et des durées de séjour (9).

Lorsque l'on s'intéresse au domaine de l'ambulatoire, les études se font plus rares. Une étude suisse publiée par Locca *et al.* montre que la collaboration entre médecins et

pharmaciens est un facteur d'amélioration des prescriptions. Parmi les 85 analyses de médication réalisées par 11 pharmaciens, il a été détecté au moins un problème médicamenteux ou économique chez 91% des patients inclus (10).

Les médecins et les pharmaciens doivent donc s'attacher à ce que soit mieux valorisée la notion de complémentarité entre professionnels de santé plutôt que celle d'opposition, tout en veillant à demeurer dans le champ de compétences qui leur est défini (11). Les rapprochements interprofessionnels sont inéluctables et indispensables.

De nouveaux modes d'exercices sont apparus avec la création par exemple de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)(12), afin de faciliter la coopération entre professionnels de santé autour d'un projet commun et le partage d'outils. Les pharmaciens exerçant au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire sont pour le moment partiellement intégrés notamment en raison du partage d'information insuffisant entre les différents intervenants (13).

D'après un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de juin 2011 (14), bien que la coopération entre les différents professionnels soit au cœur des enjeux de la médecine de demain, les pharmaciens expriment un manque de reconnaissance. Même si tous soulignent combien leurs interventions sont utiles et appréciées des patients, les compétences acquises lors de leur formation initiale ne sont pas pleinement utilisées dans l'organisation actuelle des soins. Près de 95% des pharmaciens sondés sont volontaires pour assurer la fonction de pharmacien correspondant, réaliser des bilans de médication, mener des actions de dépistages, participer aux programmes d'éducation thérapeutique, et assurer le suivi vaccinal. Ces nouvelles missions sont au croisement des pratiques médicales et pharmaceutiques. Elles représentent une nouvelle opportunité de collaborer. Certaines de ces missions sont d'ores et déjà effectives, comme la possibilité de réaliser des bilans de médication partagés, ou la vaccination antigrippale, ou encore les entretiens pharmaceutiques (15).

Une étude menée en Aquitaine (16) montre la forte participation des pharmaciens aux entretiens pharmaceutiques au sujet des AVK (Anti-Vitamine K), puisqu'environ 63% des

pharmaciens déclarent réaliser ces derniers. Cette nouvelle mission du pharmacien a pu se développer rapidement car dès sa mise en place, il existait des outils pour sa réalisation et une rémunération spécifique. La taille des officines semble être un frein à leur réalisation, en effet les petites officines rencontrent plus de difficulté à leur mise en place, faute de moyens humains suffisants. La participation aux programmes d'éducation thérapeutique varie entre 22 et 42% en fonction du nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine. A l'inverse des entretiens pharmaceutiques, les officines avec 1 à 2 pharmaciens sont plus impliquées dans ces programmes que celles en ayant 3 ou 4 sans éléments d'explication à l'heure actuelle. Dans cette même étude, les principaux facteurs de non-participation à ces nouvelles missions sont en premier lieu le manque de temps ainsi que la méconnaissance du rôle de pharmacien correspondant. Vient ensuite le manque de personnel. Enfin, la rémunération de ces actes pharmaceutiques est jugée parfois insuffisante. La coopération entre médecins, pharmaciens et autres professionnels a été avancée comme solution pour lutter contre les déserts médicaux (17). En effet, le pharmacien est soumis au maillage territorial, ce qui implique une répartition homogène des officines sur tout le territoire français. En lui donnant de nouvelles missions et en lui permettant de s'impliquer dans la prise en charge des patients, il est possible que le pharmacien dégage du temps médical aux médecins. D'après une revue systématique de la littérature réalisée par Michot et *al.* (18), la revue des traitements chroniques de personnes âgées par les pharmaciens et la gestion de certaines pathologies cardiovasculaires comme l'hypertension artérielle peuvent limiter certains problèmes de prescription et même parfois améliorer des paramètres biologiques. Cette étude suggère de débiter cette coopération prudemment, sous la forme d'une collaboration plutôt que d'une substitution en l'absence de supériorité démontrée d'un modèle sur l'autre.

Une expérimentation a été menée à l'université de Rennes (19), où il a été mis en place une formation au travail interprofessionnel centré sur le patient. L'intention pédagogique était d'enseigner le « travailler ensemble », favoriser la découverte des autres professions et de leurs compétences afin d'améliorer le suivi et la prise en charge des patients. Cette formation pluri-professionnelle potentialise la future collaboration entre professionnels de santé.

3. Identification des freins à l'inter-professionnalité

Les dysfonctionnements dans la relation médecin-pharmacien sont essentiellement liés à des problèmes de communication. Le principal moyen de communication actuellement utilisé est le téléphone. L'avènement des nouveaux moyens de communications tels qu'internet et le déploiement des messageries sécurisées devraient modifier les pratiques et les modes de transmission de l'information.

Voici quelques exemples de freins qui sont tout autant des axes d'amélioration pour une bonne coopération entre médecin et pharmacien identifiés par Siebert au cours de son travail de thèse (20) :

- Manque d'écoute du médecin concernant les remarques du pharmacien ;
- Manque d'information du pharmacien ;
- Délai pour avoir le médecin ou le pharmacien au téléphone ;
- Manque d'appréciation des connaissances du pharmacien par les médecins et manque d'exploitation de ces compétences ;
- Manque de connaissance des spécificités et des exigences du travail de l'autre.

Dans l'étude réalisée par Herzeberg et *al.* les contraintes retrouvées sont principalement organisationnelles (surcharge de travail, rémunération inadaptée, manque voire absence de cadre) (21). Dans cette même étude, des facteurs favorisant une bonne coopération dans le but d'optimiser la prise en charge des patients ont été mis en lumière. La proximité géographique entre le cabinet médical et la pharmacie permet de partager une clientèle commune et facilite des rencontres physiques entre différents professionnels de santé afin d'échanger sur la prise en charge des patients.

Cependant, tout ceci ne sera possible à la seule condition qu'il y ait une réelle volonté des différents intervenants de travailler ensemble. Cela présente bien sûr des avantages pour le patient, mais cela permet aussi de valoriser chaque métier car tous les intervenants apportent leurs connaissances et leurs compétences.

4. Exemples de coopération médecin-pharmacien à l'étranger

Les cercles de qualité médecins-pharmaciens en suisse :

Ils réunissent 5 à 15 médecins généralistes et 1 à 3 pharmaciens. Au moyen de 4 à 6 séances annuelles, cette formation continue soutient les participants dans l'amélioration de leur pratique (22). Le processus de travail au cours de ces séances est élaboré comme suit :

- Analyse des données de prescription des 18 classes médicamenteuses les plus courantes. Elles sont comparées par rapport à un groupe témoin.
- Diffusion des recommandations de bonnes pratiques.
- Choix de la meilleure option sur le marché suisse, à partir des recommandations de bonnes pratiques (coût-avantage).
- Définition de consensus de prescription.
- Application des consensus prédéfinis, tout en tenant compte des situations particulières de chaque patient.
- Amélioration continue, réévaluation de chaque consensus au minimum tous les 2 ans.

Ces pratiques pluri-professionnelles ont un effet pharmaco-économique non négligeable. D'après une étude de Niquille et *al.* réalisée 9 ans après la mise en place de ces cercles, ils ont permis une économie de 3,2 millions d'euro entre 2004 et 2006 alors que leur financement représente 525 000 euros sur la même période. La participation à ces cercles de qualité est considérée comme du temps de formation continue (23). Ils induisent des modifications durables des prescriptions, avec une amélioration de la maîtrise des coûts sans concession sur la qualité des traitements.

Une synthèse méthodique réalisée par Spinewine et publiée en 2012 (24) a étudié l'effet sur la santé des patients de la collaboration médecins-pharmaciens. Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative concernant les taux d'hospitalisation. Cependant, il semble y avoir des améliorations sur la prise en charge médicamenteuse au niveau clinique et économique.

II. L'optimisation thérapeutique

1. La polymédication enjeu de santé publique

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la polymédication est définie comme l'administration simultanée de nombreux médicaments ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments (25). Sans donner un nombre précis pour la définition d'excessif ou de nombreux, il est généralement admis que le seuil est fixé à 5 médicaments. Cette situation est très fréquente chez les personnes âgées, où elle peut être légitime ou inappropriée avec des risques d'effets indésirables majeurs et d'interactions médicamenteuses.

D'après une revue de la littérature réalisée en 2014 par Monegat et *al.* la polymédication est un enjeu de santé publique car un excès de médicaments augmente les risques pour la santé notamment chez les personnes âgées qui sont souvent plus vulnérables (26).

L'initiative des « High 5s » est une démarche lancée en 2006 par l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient de l'OMS (27). L'objectif est de réduire cinq problèmes de sécurité pour le patient, notamment les erreurs dans la prescription des médicaments lors des transitions dans le parcours de soins. Cette thématique a été retenue comme l'un des axes prioritaires par la France (HAS), l'Allemagne, l'Australie, les États-Unis et les Pays-Bas.

En 2018 la HAS a décrit l'optimisation thérapeutique comme indispensable afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients polymédiqués. Une des solutions proposées est la conciliation des traitements médicamenteux au cours des hospitalisations, pour prévenir et intercepter les erreurs médicamenteuses (28). En parallèle de la conciliation, il est aussi effectué une réévaluation thérapeutique. La conciliation nécessite la transmission et le partage d'informations autour du patient.

Elle se déroule en quatre étapes principales :

- Le recueil d'informations,
- Le bilan médicamenteux,
- La validation du bilan médicamenteux,
- La transmission et l'exploitation du bilan.

Au cours de ces conciliations médicamenteuses, les principales erreurs médicamenteuses retrouvées concernent :

- L'identification du patient,
- L'omission d'un médicament,
- Le médicament, la dose,
- La modalité d'administration, le moment, la durée de prescription.

La conciliation médicamenteuse en milieu hospitalier favorise la continuité des soins et participe à l'optimisation de la qualité des traitements tout en diminuant les interruptions ou les modifications inappropriées. Elle favorise aussi une meilleure information du patient et de son entourage par rapport à son traitement. Il existe, d'après une étude menée par Delestras en 2011, une corrélation positive entre la satisfaction des patients vis-à-vis de leur traitement et leur niveau d'adhésion à ce dernier. L'aspect pratique et la facilité d'utilisation des médicaments sont très importants. D'après l'étude de Remacle publiée en 2018 portant sur le point de vue des médecins généralistes sur la conciliation médicamenteuse, la mise en place d'une fiche de conciliation médicamenteuse de sortie est très appréciée. Ils préfèrent la recevoir par email, et cela permet de fluidifier le parcours de soin (2).

Aux Pays-Bas, il existe un programme de revue médicamenteuse multidisciplinaire. L'objectif de ce programme est de limiter la polymédication des sujets âgés, en réexaminant la balance bénéfice-risque. La revue médicamenteuse permet de diminuer la iatrogénie et les consultations aux urgences. L'expérience néerlandaise montre qu'une revue médicamenteuse multidisciplinaire pour les personnes âgées vulnérables est efficace pour l'arrêt des traitements inappropriés sans détérioration du bien-être général (29).

2. Freins dans l'optimisation thérapeutique

Lors de la réalisation de l'optimisation thérapeutique en ville par les médecins généralistes, ces derniers font face à diverses difficultés pour sa mise en œuvre. Une étude a été conduite auprès de médecins généralistes pour évaluer leurs pratiques d'optimisation thérapeutique pour leurs patients insuffisants cardiaques (30). En premier lieu sont citées les difficultés de communication entre médecin traitant et médecin hospitalier. Le principal moyen utilisé est le téléphone, or ce dernier est jugé chronophage. Parfois même certaines communications peuvent être bloquées par les secrétariats. Il est souvent rapporté par les médecins généralistes un délai trop long entre l'hospitalisation du patient et la réception du Compte rendu d'hospitalisation. De plus, il n'apporte pas toujours d'éléments assez pratiques à leurs yeux (31) et les hôpitaux n'utilisent pas tous la messagerie MSSanté. En 2018, la HAS a mis à jour son guide « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé ». Dans cette version, il est mis en avant le volet médicamenteux de la lettre de liaison remise au patient à la sortie de l'hôpital. Il permet de tracer sur un même document l'ensemble des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation et à prendre après son hospitalisation. Il détaille entre autre le bilan médicamenteux pour les établissements de santé réalisant une démarche de conciliation des traitements médicamenteux (28).

Il est aussi rapporté une difficulté de prescription chez les patients polyopathologiques et fragiles qui peuvent présenter une sensibilité accrue aux traitements pouvant nécessiter un monitoring hospitalier lors de leur instauration ou de leur modification. Les effets indésirables sont plus fréquents et le risque de iatrogénie augmenté. Il est pertinent de noter que le pharmacien n'est pas cité par les médecins comme recours lors de ces situations difficiles de prescription médicamenteuse.

3. Différents outils pour l'optimisation thérapeutique des prescriptions médicamenteuses

De nombreux outils ont été développés pour aider les prescripteurs et les pharmaciens dans l'optimisation thérapeutiques des prescriptions, que ce soit pour l'ajout d'un nouveau traitement ou bien pour l'arrêt d'un traitement présentant une balance bénéfice-risque défavorable pour le patient. Ces outils ont été mis en place devant l'augmentation de la population gériatrique en demande de soins et le manque de coordination entre les différents prescripteurs intervenant dans la prise en charge de ces patients.

Les outils Prescription Médicamenteuses chez le Sujet Âgé (PMSA) :

En 2005, la Haute Autorité de Santé a mis au point divers outils à destination des prescripteurs afin de diminuer le risque de iatrogénie chez les personnes âgées de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans et polymédiqués. Ces outils s'intègrent dans les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles. Ils sont constitués d'outils de bonnes pratiques (tableaux de pathologies à traiter, d'aides à la révision d'une ordonnance...) et de mémos sur les bonnes pratiques (32). Il est défini quatre étapes à respecter pour une bonne prescription dans cette population de patients. En premier lieu, il faut hiérarchiser les pathologies à traiter et cette hiérarchisation doit être faite avec le patient si cela est possible. Deuxièmement, il est nécessaire de définir les modalités de suivi avec l'adhésion du patient. Troisièmement, le prescripteur rédige l'ordonnance, et enfin il réalise le suivi et ajuste le traitement le cas échéant (33). Il est recommandé de prescrire tous les traitements sur une seule et même ordonnance. Afin d'être optimal, il est important d'effectuer une révision régulière des traitements. Il est de plus noté l'importance du rôle du pharmacien pour la conciliation médicamenteuse. Cependant, mieux prescrire n'est pas systématiquement synonyme de moins prescrire, une déprescription trop rapide expose à un risque accru de syndrome de sevrage (34).

La liste de Laroche :

Cette liste de médicament est établie par un consensus d'experts. Elle prend en compte les particularités de la pratique médicale française. Le but de cet outil est de limiter la iatrogénie par une prescription adaptée chez les personnes âgées de 75 ans ou plus (35). Cette liste présente les médicaments à éviter, ce ne sont pas des médicaments contre-indiqués. Ils peuvent être prescrits dans certaines situations cliniques où la balance bénéfice-risque a été bien évaluée. Les médicaments y sont présentés par classe pharmacologique avec les effets indésirables potentiels, puis, s'il existe une alternative thérapeutique à privilégier.

L'outil STOPP/START 2ème version adaptée en langue française :

Cet outil, permet de détecter les prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez les patients de 65 ans ou plus (36). Les critères STOPP correspondent à des situations cliniques où la prescription est potentiellement inadaptée. Les critères START correspondent aux situations cliniques à risque d'omission potentielle de prescription. Ces critères, s'ils sont appliqués dans les 72h suivant une admission hospitalière, diminuent les effets indésirables et la durée d'hospitalisation. Plusieurs études ont montré la sécurité des prescriptions avec l'application de ces critères, qui permettent de détecter le risque de survenue d'effets indésirables et semblent diminuer les hospitalisations non programmées. Un des avantages de cet outil est d'utiliser des critères cliniques.

La Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) et le conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) ont publié un guide regroupant 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit leur lieu de vie (37).

III. Le bilan de médication partagé

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les pharmaciens d'officine peuvent réaliser des bilans de médication partagés (38). Le métier de pharmacien est en pleine évolution depuis déjà quelques années avec l'apparition des entretiens pharmaceutiques ou encore la vaccination réalisée en officine. Son rôle s'étend, il passe de l'exécution des ordonnances où le médecin ordonne et le pharmacien exécute, à la dispensation éclairée (39).

Cette nouvelle mission est une reconnaissance légitime de leurs compétences dans les thérapeutiques médicamenteuses des patients. La mise en place de ces bilans de médication partagés va nécessiter un renforcement des liens entre médecins et pharmaciens (40). Cette nouvelle mission donne lieu à un nouveau mode de rémunération pour les pharmaciens avec de nouveaux honoraires. Cela permet de détacher la rémunération des pharmaciens du prix des médicaments, et valorise leurs entretiens pharmaceutiques (41). Ces bilans de médication concerneraient environ 4 millions de patients en France.

Le développement de cette nouvelle mission découle du fait que les maladies chroniques augmentent avec l'espérance de vie, et la population gériatrique est la plus exposée aux risques médicamenteux. Selon les personnes âgées, le pharmacien est un interlocuteur de choix pour parler de leurs traitements (42). Ces mêmes patients souhaitent être plus écoutés à propos de leurs traitements car la majorité des problèmes d'observance sont de nature intentionnelle. D'après l'assurance maladie, 60% des patients oublient parfois leurs traitements, et 1/3 des patients sont demandeurs d'un accompagnement vis-à-vis de leur traitement (43).

1. Exemples d'expériences à l'étranger

Des programmes similaires ont déjà vu le jour à l'étranger, essentiellement dans des pays anglo-saxons (Australie, Angleterre, province canadienne d'Ontario), mais aussi dans des pays proches de la France, comme la Suisse ou encore l'Italie.

Le programme MedsCheck, Ontario Canada:

Depuis 2010, les pharmaciens de la province d'Ontario peuvent proposer le programme MedsCheck à leurs patients qui prennent au moins 3 médicaments de façon chronique. Les patients doivent avoir une carte de sécurité sociale pour pouvoir bénéficier de ce programme. Cela consiste en un entretien annuel individuel avec un pharmacien, dans un local de confidentialité. Au cours de cet entretien, le pharmacien effectue une revue des médicaments pris par le patient ainsi qu'une évaluation de l'observance du patient et participe à l'éducation thérapeutique. L'entretien dure 20 à 30 minutes. Une fois cet entretien réalisé, il est remis au patient une liste de ses traitements et cette liste est aussi transmise au fournisseur de soins primaires (44).

Le programme Medicines Use Review, Angleterre :

Ce programme existe depuis plusieurs années, il consiste en un entretien structuré avec un pharmacien afin d'aider les patients à gérer leurs traitements de façon plus efficace. Au cours de l'entretien, le pharmacien réalise une révision des traitements du patient. De plus, il évalue la prise des traitements et la compréhension du patient de ceux-ci. Le pharmacien identifie les problèmes et quand cela est nécessaire, il fait un retour au prescripteur. Un formulaire doit être remis au médecin traitant.

Ces entretiens peuvent être proposés à tous les patients mais 70% de ces revues médicamenteuses doivent être réalisées pour des patients appartenant au « National Target Group » :

- Patient prenant des médicaments à haut risque ;
- Patient sorti récemment de l'hôpital avec une modification de ses prescriptions, idéalement dans les 4 semaines suivant sa sortie ;
- Patient ayant des pathologies respiratoires ;
- Patient à risque cardiovasculaire ayant au moins 4 traitements prescrits de façon chronique.

Le pharmacien est rémunéré 28 livres sterlings, et il ne peut être réalisé plus de 400 entretiens par officine et par an. Les objectifs de ces entretiens sont d'améliorer la compréhension des patients de leur traitement, de mettre en lumière des effets secondaires et de mettre en œuvre des solutions, d'améliorer l'adhésion au traitement des patients et enfin de diminuer le gaspillage des médicaments (45).

2. Les attentes du bilan de médication partagé

Les principaux objectifs de la mise en place de bilans de médication partagés sont les suivants, selon l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) (46) et la presse spécialisée (47) :

- Réduire la iatrogénie et réduire la polymédication inutile. Le risque de iatrogénie augmente avec l'âge des patients du fait des modifications physiologiques dues au vieillissement et de l'utilisation de classe médicamenteuse à risque comme les médicaments à visée cardiologique, les antidiabétiques oraux, les psychotropes et les AINS (48) ;
- Optimiser l'efficacité des prescriptions médicamenteuses ;
- Améliorer l'adhésion du patient à ses traitements, et sa qualité de vie ;
- Réduire le gaspillage des médicaments et diminuer les coûts globaux mensuels ;
- Positionner différemment le pharmacien d'officine dans le parcours de santé du patient tout en favorisant les échanges entre médecin et pharmacien.

Toujours selon l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine, il est noté six facteurs facilitateurs d'une collaboration entre le patient et son pharmacien permettant d'améliorer l'adhésion du patient à son traitement :

1. Une communication qui se fait en face à face ou par voie électronique de qualité ;
2. Une communication régulière ;
3. Une communication proactive de la part du pharmacien ;
4. La perception réciproque de crédibilité ;
5. Avoir des perspectives partagées ;
6. La proximité géographique entre l'officine et le patient.

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a édité un mémo pour la réalisation des bilans de médication partagés (49). Il est mis en avant que la diminution du gaspillage de médicaments est en lien direct avec la pertinence, l'efficacité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce mémo définit aussi des moments clefs pour déclencher la mise en route d'un bilan de médication partagé, au-delà des critères d'âge, de polymédication et d'affection longue durée. Il devrait être systématiquement proposé aux patients de réaliser un bilan de médication partagé au décours d'une hospitalisation, de la mise en place d'une nouvelle Affection Longue Durée, lors de la mise en évidence d'événement indésirable lié au médicament, lors de la délivrance de médicaments à risque ou encore en cas de doute sur la qualité de l'observance et de l'adhésion du patient à ses traitements.

Il a été montré en Angleterre une réduction du risque de chute chez les patients de plus de 65 ans polymédiqués après 6 mois de suivi type bilan de médication (50).

3. Le bilan de médication en pratique

Le bilan de médication partagé est un entretien structuré avec le patient couplé à une synthèse et une analyse de la prise en charge médicamenteuse, ainsi qu'une évaluation de l'observance. Ce bilan peut être proposé à l'initiative du pharmacien aux patients de 65 ans ou plus en ALD et aux patients de 75 ans ou plus et prenant au moins 5 médicaments pour au moins 6 mois (38). Une fois l'accord du patient obtenu, le pharmacien peut se rendre sur le site internet de la sécurité sociale pour procéder à l'adhésion en ligne du patient.

Au cours de la première année, le patient bénéficie de trois entretiens structurés avec un pharmacien, une analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée entre les 2 premiers entretiens, une synthèse est ensuite envoyée au médecin traitant (51). Les entretiens doivent durer au maximum 45 minutes, et la phase préparatoire à ces entretiens nécessite une dizaine de minutes. Ils doivent être réalisés dans un local de confidentialité. L'analyse pharmaceutique des prescriptions dure vingt minutes au minimum (52).

Entretien N°1 : Le recueil d'information

Le premier entretien consiste en un recueil d'informations et en l'explication du dispositif. Le pharmacien collige l'ensemble des ordonnances prescrites pour le patient ainsi que les traitements pris en automédication, ce travail peut être débuté en amont en utilisant les données du logiciel de gestion officinal. De plus, il recueille l'ensemble des informations utiles à son analyse pharmaceutique comme par exemple les résultats d'analyses biologiques, les antécédents médicaux et chirurgicaux. Si le patient dispose d'un dossier médical partagé, le pharmacien peut le consulter en l'absence d'interdiction de la part du patient. Il n'a lieu que la première année de prise en charge. Il est de plus réalisé une évaluation de l'observance du patient grâce au questionnaire GIRERD (53).

Analyse des traitements du patient :

Une fois les informations recueillies, le pharmacien en l'absence du patient réalise son analyse pharmaceutique des prescriptions en s'aidant des différents outils présentés dans la section II.3. Il rédige ensuite une synthèse avec des propositions d'optimisation thérapeutique qu'il envoie au médecin traitant du patient. Le moyen de communication à privilégier est la messagerie sécurisée.

Entretien N°2 : Entretien conseil

Suite aux échanges avec le médecin traitant et à l'analyse réalisée par le pharmacien, il est prévu un entretien conseil avec le patient afin de lui expliquer cette analyse et ce qu'il en ressort. Cet entretien est aussi prévu afin de délivrer des conseils hygiéno-diététiques ainsi qu'un plan de posologie pour améliorer l'adhésion au traitement et son observance. C'est aussi un temps pour répondre aux différentes questions que le patient peut avoir à propos de son traitement. Enfin à l'issue de cet entretien, il est convenu de fixer une date pour le suivi de l'observance.

Entretien N°3 : Le suivi d'observance

Après une durée d'environ 6 mois, le pharmacien évalue de nouveau l'observance et refait le point avec le patient sur les stratégies mises en place. En l'absence de modification des traitements, la fréquence des entretiens est biannuelle. En cas de modification thérapeutique, il est effectué une actualisation de l'analyse des traitements, suivie d'un nouvel entretien conseil et d'une évaluation de l'observance 6 mois plus tard.

La rémunération pour le pharmacien est de 60 euros par an par patient poursuivant le programme de bilan de médication partagé, la première année d'inclusion du patient. Cette rémunération comprend l'entretien de recueil d'information, l'analyse des informations, l'entretien conseil et le suivi de l'observance.

Puis les années suivantes, la rémunération est de 20 euros par an et par patient inclus dans le programme de bilan de médication partagé en l'absence de modification des traitements. Cette rémunération correspond à la réalisation de deux suivis d'observance au cours de l'année. La rémunération est de 30 euros par an par patient en cas de modification des traitements et comprend, une actualisation de l'analyse des traitements et deux suivis de l'observance dans l'année (38). Il a été mis en évidence par Frankenthal et *al.* que le fait de répéter ces entretiens dans le temps augmenterait le taux d'acceptation des interventions pharmaceutiques par les prescripteurs (54).

IV. Le partage d'informations de santé

Chaque professionnel de santé est soumis au secret médical, qui comprend tout ce qui est entendu, compris et confié au professionnel. Cela concerne donc des informations médicales et personnelles (55).

Il est défini par le code de la santé publique que toute personne prise en charge par un professionnel de santé bénéficie du respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Le partage d'informations entre professionnels est tout à fait possible s'ils participent tous à la prise en charge du patient et que les informations partagées sont strictement nécessaires à sa prise en charge (56).

Ces échanges sont de plus en plus facilités par l'essor des nouvelles technologies. Cependant, l'utilisation d'internet, et de ses différentes applications (dossier médical partagé, messageries sécurisées, télémédecine etc..) font évoluer la notion de secret médical au sens juridique. Au départ, le secret médical est essentiellement en rapport avec le colloque singulier entre un médecin et un patient. Aujourd'hui, comme défini dans l'article L1110-4 du code de la santé publique, l'information peut être partagée au sein d'une équipe de soins pluridisciplinaire.

Les données de santé sont des objets juridiques complexes, car la santé est un objet protéiforme et les données qui en découlent sont tout aussi complexes, ce sont des données sensibles. Les données de santé à l'inverse des autres données personnelles, nécessitent une interdiction de principe de leur traitement et l'autorisation de leur utilisation est une exception. De plus, il faut gérer des personnels avec des qualifications et des autorisations d'accès différents selon leur statut (57).

1. Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Le DMP est un projet de service public gratuit qui existe depuis plusieurs années. Il a été défini par la Loi n° 2004-210 de l'assurance maladie (58). C'est un dossier informatisé comprenant des informations de santé alimenté par les professionnels. Les données sont sauvegardées par un hébergeur de données agréé par le ministère de la santé. Ce dispositif est non obligatoire pour les patients et est soumis au respect du secret médical. Une première version de ce dispositif est opérationnelle depuis 2011, cependant devant l'absence de succès de la solution proposée, il est effectué une refonte en 2016 par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et le responsable de l'hébergement des données de santé.

L'objectif du dossier médical numérique comme défini dans l'article R1111-16 du code de la santé publique est de favoriser la prévention, la qualité, et la continuité de la prise en charge coordonnée des patients (59).

Le dossier médical partagé peut être créé par tout assuré social sur le site www.dmp.gouv.fr ou par tout professionnel de santé avec l'accord du patient. Les principaux contenus sont (60) :

- Les données d'identité du patient ;
- Les données médicales que chaque professionnel de santé estime devoir être partagées (synthèse médicale, ordonnance, compte rendu d'hospitalisation ou de consultation, résultats d'analyse biologiques, compte rendu d'imagerie etc...) ;
- Les données relatives à la sécurité sociale du patient et de ses remboursements ;
- Les données consignées par le patient lui-même, comme par exemple ses directives anticipées, la personne de confiance ;
- Les coordonnées de son médecin traitant.

L'accès au DMP est possible pour le titulaire lui-même ainsi que pour tous les professionnels de santé participant à sa prise en charge avec l'autorisation du patient et il nécessite une Carte de Professionnel de Santé (CPS). De plus, en cas d'urgence vitale, le médecin régulateur du SAMU peut y avoir accès. A l'inverse, l'accès est interdit au médecin

du travail et aux médecins des organismes d'assurance. Tous les professionnels de santé n'auront pas accès à toutes les informations, mais uniquement aux informations pertinentes pour la prise en charge du patient. Ces autorisations doivent être définies par les ordres professionnels. Le patient peut lui aussi définir quelles informations il souhaite partager et avec quel professionnel de santé. Il est conservé une traçabilité horodatée de toutes les entrées sur le dossier médical partagé.

L'avantage principal du Dossier Médical Partagé est de permettre un accès simple et rapide aux informations médicales du patient à tous les professionnels de santé qui participent à sa prise en charge. Mais aussi, de faciliter le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, d'éviter les doublons d'examens déjà demandés, d'éviter les interactions médicamenteuses ou encore de favoriser la collaboration et la communication entre médecine de ville et hospitalière (61). Le DMP est automatiquement incrémenté par l'historique de remboursement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) avec 24 mois d'antériorités, ce qui est une aide non négligeable pour la réalisation des bilans de médication partagés.

2. Les messageries sécurisées

Il existe des messageries professionnelles pour échanger des données de santé de façon sécurisée. Ces messageries garantissent le secret professionnel et la confidentialité des échanges. Il est en plus proposé un annuaire des professionnels de santé utilisant ces services (62). La Messagerie Sécurisée de Santé (MSsanté) est un système de messageries réservées aux professionnels de santé, développé par L'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP Santé) et les ordres de santé. Ce système propose un espace de confiance qui peut être intégré par les opérateurs de messageries, il propose aussi un système de messagerie. A terme, l'ensemble des messageries de santé ont vocation à intégrer cet espace de confiance (63). L'accès est possible à tous les détenteurs d'une carte de professionnel de santé.

Les principaux avantages de l'espace MSSanté et sa messagerie sécurisée de santé sont les suivants :

- Échanges entre professionnels de santé facilités ;
- Actualisation quotidienne de l'annuaire ;
- La responsabilité professionnelle est protégée ;
- Protection du droit des patients au respect de la confidentialité vis-à-vis de leurs données personnelles ;
- Gain de temps médical ;
- Diminution des frais de timbre (version gratuite disponible en version webmail) ;
- Diminution de la consommation de papier en dématérialisant les échanges.

Juridiquement, la loi reconnaît la même valeur à l'écrit sur le papier et sur support électronique, en cas d'identification de la personne émettrice et en cas de garantie de l'intégrité du procédé retenu pour l'établissement et la conservation du message. C'est le cas pour les messageries de santé sur l'espace de confiance MSSanté. Il est donc possible de ne plus recevoir de courrier papier en informant les autres utilisateurs des messageries sécurisées (64).

En 2018, la première messagerie sécurisée de santé est APIcrypt[®], avec plus de 78 000 utilisateurs actifs. Cependant, la première version de messagerie ne fait pas partie de l'espace de confiance MSSanté, alors que la seconde version en fait partie (65).

V. Ressenti des médecins généralistes sur le bilan de médication partagé

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisée auprès de médecins généralistes d'Indre et Loire. Le recrutement s'est effectué par « effet boule de neige » c'est-à-dire qu'il été demandé à chaque médecin interrogé d'indiquer d'autres contacts possibles. Les médecins étaient contactés par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien. L'investigateur se déplaçait au lieu de rendez-vous à la date convenue.

Compte tenu du caractère non interventionnel de cette étude, en accord avec le comité d'éthique local, il n'a pas été soumis de demande au CPP (Comité de Protection des Personnes). L'étude a été enregistrée dans le registre du Centre Hospitalier Universitaire de Tours (numéro d'enregistrement : 2019_043).

Les critères d'inclusions étaient les suivants : être médecin généraliste, exercer en cabinet libéral, dans le département d'Indre et Loire. Les entretiens étaient individuels et semi-directifs afin de faciliter une expression spontanée. Au préalable, un guide d'entretien a été réalisé (annexe 1).

L'entretien débutait systématiquement par un questionnaire quantitatif à remplir, afin de recueillir des informations générales dans le but de caractériser l'échantillon (annexe 2). Puis la première question consistait à demander leur état de connaissance concernant le bilan de médication partagé. Si le médecin ne connaissait pas ce dispositif, il lui était brièvement présenté. Le score GIRERD était également présenté (annexe 3). Les entretiens ont été menés et enregistrés au moyen d'un dictaphone. Chaque entretien a été anonymisé et retranscrit mot à mot, via le logiciel de traitement de texte « Word » de Microsoft®. Il n'y a pas eu de correction des erreurs de langage. La taille de l'échantillon a été déterminée par l'atteinte de la saturation des données.

Les entretiens se sont déroulés aux cabinets des médecins interrogés sauf pour un, réalisé au domicile du médecin. Les entretiens se sont déroulés du 20 décembre 2019 au 11 janvier 2019. Les rendez-vous étaient fixés par téléphone. Cinq entretiens se sont déroulés en fin de journée après les consultations. Un entretien s'est passé dans l'après-midi entre deux consultations. Il n'y a pas eu de perturbation extérieure au cours des échanges, sauf au cours d'un entretien où le médecin a pris un appel téléphonique.

Les présupposés de l'investigateur qui est à la fois médecin et pharmacien ont été posés avant le début de l'étude pour favoriser sa mise à distance (annexe 4).

L'ensemble des données ont été intégrées dans le logiciel d'analyse qualitative CATMA. Les données ont été codées en 3 étapes successives : codage descriptif, puis thématique vers la construction d'un modèle théorique transversal selon un processus inductif respectant une approche de théorisation ancrée. Le travail de terrain a été poursuivi jusqu'à saturation théorique des données (pas de nouvelles données émergentes). Une triangulation des données a été réalisée de manière répétée par analyse croisée avec un groupe de travail comprenant un médecin en plus de l'enquêteur principal.

Résultats

Au total, 7 médecins ont été contactés du mois de décembre 2018 au mois de février 2019. Tous, sauf un, ont pu être joints directement. Il a donc été convenu d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien avec six médecins au total. La saturation des données a été obtenue au 4^{ème} entretien et confirmée par les deux derniers.

Médecin	Sexe	Tranche d'âge (ans)	Maitre de stage universitaire	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Mode d'exercice
1	Féminin	30-39	Non	Semi-rural	Remplaçant	En groupe
2	Masculin	50-59	Non	Semi-rural	Installé	En groupe
3	Masculin	30-39	Non	Semi-rural	Installé	En groupe
4	Masculin	30-39	Non	Semi-rural	Remplaçant	En groupe
5	Masculin	50-59	Oui	Semi-rural	Installé	En groupe
6	Féminin	40-49	Oui	Rural	Installé	En groupe

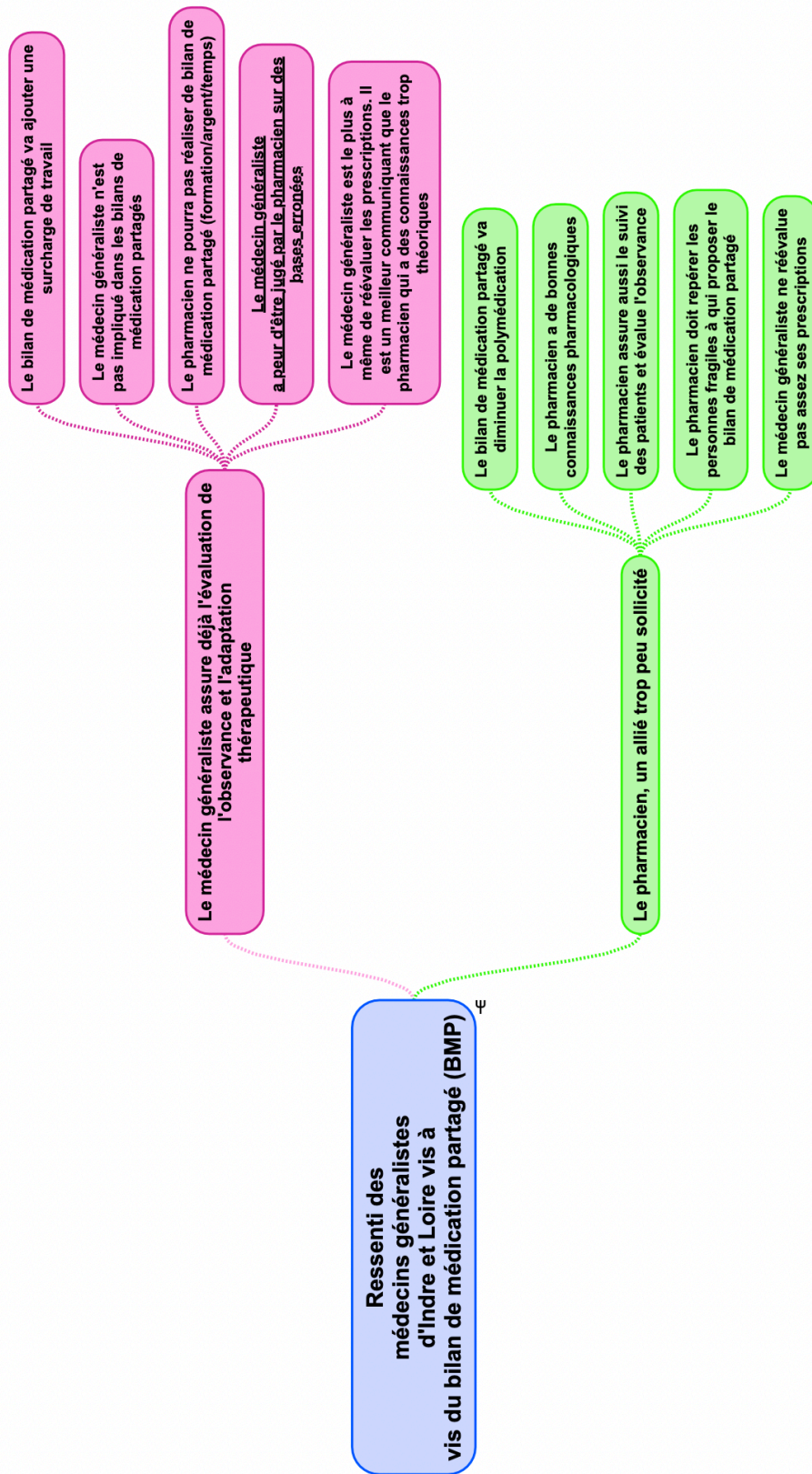
Tableau 1 : description de l'échantillon

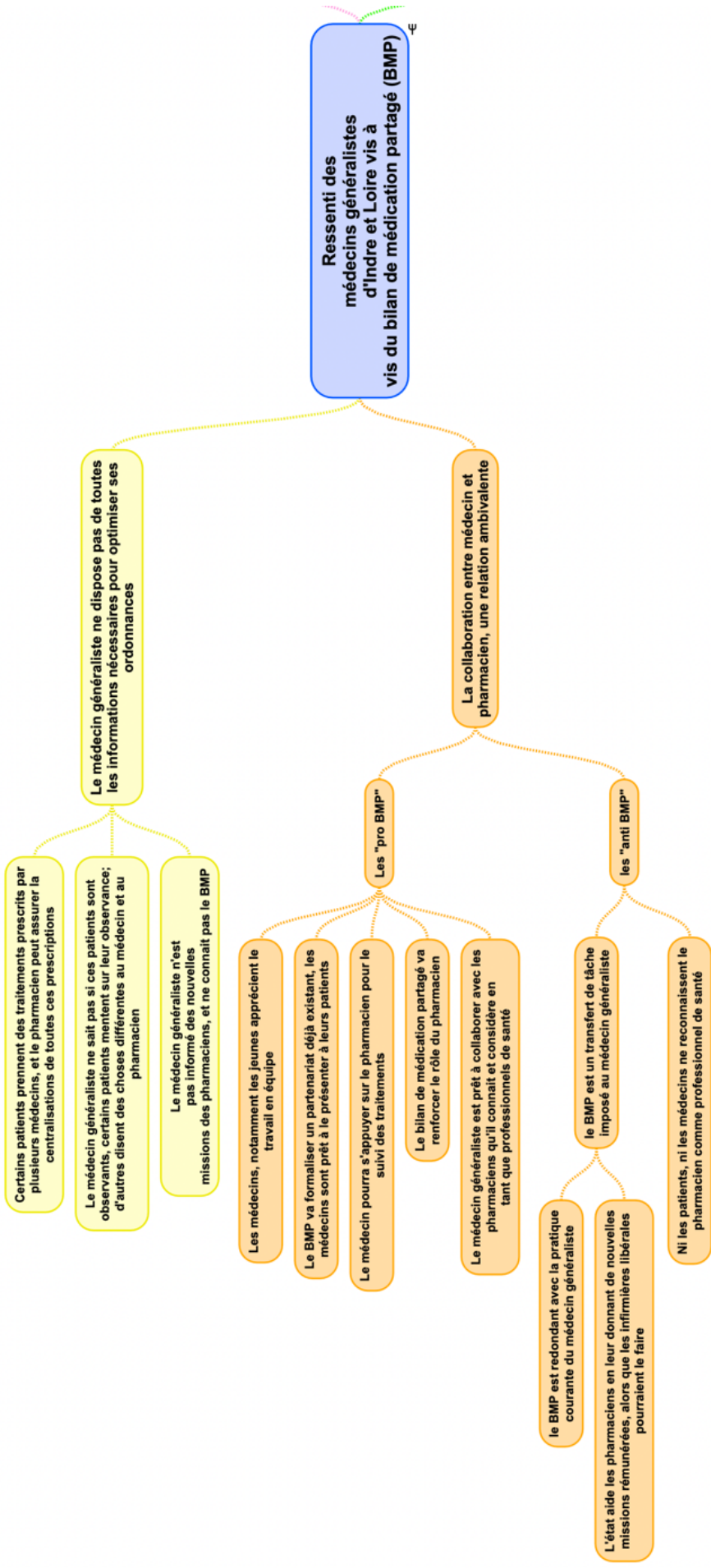
Médecin	Réseau de santé (ou équivalent)	Patientèle de plus de 75ans ou polymédiqués	Patientèle de 65ans en ALD	Proximité d'une officine	Contact fréquent avec la pharmacie
1	Oui	20%	15%	Oui	Oui
2	Oui	20%	22%	Oui	Oui
3	Oui	35%	20%	Oui	Oui
4	Oui	25%	50%	Oui	Oui
5	Non	20%	8%	Oui	Oui
6	Oui	7%	3%	Non	-

Tableau 2 : description de l'échantillon (suite)

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. En moyenne les entretiens ont duré 16 minutes et 37 secondes.

1. Carte heuristique du ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du bilan de médication partagé





2. Le bilan de médication partagé, un dispositif méconnu des médecins généralistes

Seuls deux médecins ont déjà entendu parler du bilan de médication partagé. Ces deux médecins avaient déjà reçu une synthèse de la part d'un pharmacien. Les quatre autres médecins interviewés n'ont jamais eu d'information à propos de cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine. Ils ont découvert le dispositif via la brève présentation réalisée au cours des entretiens.

« La première fois que j'en ai entendu parler c'est par le pharmacien. »

« J'ai un pharmacien qui a fait ça chez un couple de patient, il a listé les médicaments et a essayé de voir l'intérêt des médicaments {...} il m'a fait un rapport, que j'avoue avoir parcouru très rapidement. » (Entretien N°5)

Un des médecins interrogé avait cherché des informations suite à la prise de rendez-vous en vue de l'entretien. La majorité des médecins interrogés n'a pas eu connaissance à priori de cette nouvelle mission. La plupart des médecins souhaiteraient être plus informés concernant ces nouvelles missions.

« D'habitude on reçoit pas mal de choses, bon c'est plutôt pour les ruptures de médicaments {...} pour ça ils auraient pu faire un peu plus d'information. »

« Comme je savais que vous veniez au cabinet, j'ai regardé un peu sur internet. » (Entretien N°4)

Sur le plan de l'observance, la plupart des médecins interrogés rappellent que certains de leurs patients prennent des traitements prescrits par plusieurs médecins et qu'ils n'ont pas toujours accès à toutes ces prescriptions. Cela majore le risque d'interaction médicamenteuse méconnue lors de leur prescription. Ils évoquent alors l'intérêt d'un pharmacien pour centraliser toutes ces prescriptions. Les médecins généralistes ne disposent pas de toutes les informations nécessaires pour optimiser leurs ordonnances.

« Dès qu'il y'a un nouveau traitement prescrit par le spécialiste, je refais l'ordonnance de fond sur ordinateur {...} Tout est sur la même ordonnance, j'évite qu'il y ait quinze

ordonnances, après c'est pas toujours faisable. Donc c'est intéressant pour ça. » (Entretien N°1)

« Je pense qu'un des points très intéressant auquel on peut pas nous avoir accès c'est le côté interactions avec les autres prescriptions dont on est pas l'initiateur. » (Entretien N°1)

Un des médecins avoue ne pas savoir si tous ses patients sont observants. L'évaluation de l'observance semble présenter plusieurs écueils comme le fait que les patients peuvent parfois mentir à propos de leur observance, ce qui rend son évaluation difficile. De plus, les patients ne rapportent pas les mêmes choses à leur médecin traitant et à leur pharmacien. Les informations recueillies par chaque intervenant sont différentes et complémentaires.

« Les patients ne sont pas aussi observants que ce qu'ils nous disent. » (Entretien N°1)

« Moi, il m'arrive régulièrement de constater chez des patients des stocks de médocs assez surprenants. Bon parfois 3-4 mois de traitements {...} l'observance ça peut être, le patient qui dit à son pharmacien qu'il adhère à son traitement, qu'il prend ses médicaments et fait parfaitement l'inverse. » (Entretien N°2)

3. La collaboration entre médecin et pharmacien, une relation ambivalente

Les « pros »

La pratique des bilans de médication partagés va formaliser un partenariat déjà existant entre médecin et pharmacien. En effet, 4 médecins interrogés disent déjà collaborer avec les pharmaciens.

« Moi à chaque fois on me téléphone deux fois par jour en me disant 'Dites ! vous avez fait une erreur et je dis 'oui, vous avez raison, et merci de me l'avoir dit'. » (Entretien N°5)

« Moi j'aime bien quand le pharmacien m'appelle pour me dire attention, je sais pas si vous êtes au courant le patient prend ça donc il y a peut-être des interactions. Je fais ha bas oui, je ne savais pas, vous faites bien de m'appeler. » (Entretien N°1)

Ils se disent prêts à collaborer avec les pharmaciens qu'ils connaissent et considèrent en tant que professionnels de santé. La relation de confiance entre professionnels de santé est importante. Un des médecins exprime clairement que si ce n'est pas le cas, il ne tient pas compte des remarques et observations faites par le pharmacien. La plupart des médecins se disent intéressés par le travail en équipe, notamment les jeunes médecins qui sortent de leur formation initiale. La plupart des médecins interrogés se disent même prêts à présenter le dispositif du bilan de médication partagé à leurs patients qui peuvent en bénéficier.

« Il faut connaître un peu le pharmacien quoi. Par ce que si c'est un confrère un peu... qu'on connaît pas du tout ça peut peut-être poser problème »

(Entretien N°3)

« Ce pharmacien de base qui a tendance à me rappeler pour tout et n'importe quoi, j'avoue que je n'ai pas tenu grande attention à son rapport. »

(Entretien N°3)

La réalisation de ces nouvelles missions va permettre de changer le regard des patients sur les compétences de leur pharmacien. Deux des médecins interviewés pensent que la pratique des bilans de médication partagés va renforcer le rôle des pharmaciens dans la prise en charge des patients. Ils avancent qu'il serait positif d'impliquer davantage les pharmaciens dans la prise en charge des patients, notamment sur l'évaluation de l'observance.

« ça peut peut-être changer un petit peu le regard pour certains patients sur le rôle du pharmacien, qui n'apparaît plus comme étant un distributeur de médicaments mais étant aussi quelqu'un qui réfléchit sur leur cas. »

(Entretien N°2)

« Il faut les impliquer dans le suivi des traitements. Par ce que souvent ils sont un peu délivreurs de médicaments et donc il faut les remettre face à leurs responsabilités aussi. »

(Entretien N°3)

Un médecin est prêt à s'appuyer sur les pharmaciens pour le suivi des traitements de ses patients.

« Je pense que ça peut être vraiment bien de lui dire 'vous allez revoir votre pharmacien pour discuter de ça, si vous avez des questions, s'il y a des choses que vous ne prenez pas je pense que c'est important de lui dire, lui reviendra vers moi, c'est pour optimiser votre traitement' »
(Entretien N°1)

Les « antis »

Un des risques principaux rapporté par trois médecins est celui du transfert de tâches médicales à d'autres professionnels de santé. Et que cette délégation entraîne une certaine redondance dans la prise en charge des patients. De plus, les médecins se disent non concernés et non informés par les bilans de médication partagés, ce qui leur donne l'impression que ce transfert de tâche leur est imposé.

« Si c'est des missions comme ça, ce qu'on peut toujours craindre c'est le glissement de tâches ou la délégation de tâches, des choses qui incombent plutôt aux médecins qu'on va déléguer à quelqu'un d'autre. » (Entretien N°4)

« Des endroits où le pharmacien pourrait être un relais substitue pour palier à un manque. »
(Entretien N°2)

« Il l'a fait sans me demander mon accord, il m'a envoyé un rapport mais que du coup j'ai pas vraiment lu quoi. » (Entretien N°3)

Quatre médecins estiment que les pharmaciens ne sont pas reconnus dans leur rôle, que ce soit par les médecins eux-mêmes ou par les patients. Deux médecins pensent de plus, que les patients ne reconnaissent pas leur pharmacien comme professionnel de santé.

« Souvent ce sont des patients qui passent leur vie chez le spécialiste, si on leur dit qu'il faut en plus faire ça, ça peut être un frein. » (Entretien N°1)

« Les médecins ne sont pas forcément confiants envers les pharmaciens » (Entretien N°6)

Il est rapporté enfin, que cette nouvelle mission rémunérée du pharmacien d'officine est une aide de l'état pour les officines en difficulté, alors que les infirmières libérales pourraient aussi le faire et à moindre coût.

« On a des pharmacies qui vont être en difficulté dans les territoires ruraux par ce qu'il n'y a plus de prescripteurs {...} donc il faut essayer de donner des missions supplémentaires aux pharmaciens pour essayer de les faire tenir. » (Entretien N°2)

« On nous parle beaucoup des infirmiers avec un statut, est ce qu'il n'y a pas interaction avec ces bilans là et ce qu'on veut demander à ces infirmiers. » (Entretien N°2)

4. Le médecin généraliste assure déjà l'évaluation de l'observance et l'adaptation thérapeutique

Pour ce qui est de l'observance des patients, un médecin pense être le seul à pouvoir l'évaluer car les autres intervenants ne disposent pas de toutes les informations nécessaires.

« Je ne vois pas comment il va pouvoir l'évaluer. Je vous dis, le nombre de fois où je trouve des tas de médocs non pris, ou même nous on se fait blouser par le patient. Le pharmacien, alors lui, il se fera avoir encore plus que nous. » (Entretien N°2)

Cinq des six médecins interrogés se disent les plus à même de réévaluer les prescriptions de leurs patients. La plupart expriment ne pas être opposé à l'avis du pharmacien mais ils souhaitent tous que les modifications restent validées par leurs soins.

« Tous les médecins ne vont pas jouer le jeu, certains vont peut-être dire que « ça c'est mon boulot ! pas le tien » » (Entretien N°6)

« Réévaluer, mais c'est plutôt le rôle du médecin » (Entretien N°5)

« Là pour le coup s'il veut modifier les traitements je pense qu'il faut un accord médical. » (Entretien N°3)

La majorité des médecins interrogés rapporte, bien que ça ne soit jamais ouvertement exprimé, une grande peur d'être jugé sur des bases erronées par les pharmaciens.

« Moi ça m'embêterait si c'était trop intrusif ou si on se permettait de donner son avis sans avoir l'ensemble du dossier ou l'ensemble de l'historique ça pourrait me gonfler. » (Entretien N°4)

Selon les médecins, les pharmaciens ont des connaissances trop théoriques. Ils estiment aussi être de meilleurs communicants que les pharmaciens.

« Les tout jeunes qui ont encore le lait derrière les oreilles ils vont peut-être être trop théoriques, je pense qu'il faut les former en leur disant : « attention, le patient il est humain, c'est pas toujours comme dans les livres » »

(Entretien N°1)

« Après pour la communication il faut que tout le monde en ait une ce qui n'est pas toujours le cas. » (Entretien N°6)

Il est de plus noté un risque de surcharge de travail pour les médecins généralistes qui recevront les comptes rendus des pharmaciens à propos des bilans de médication partagés en rapport avec leurs patients. Ceci est notamment rapporté par les médecins ayant déjà reçu un compte-rendu. Ils disent ne pas être impliqués dans le dispositif du bilan de médication partagé.

« Par contre ça fait deux pages. Il faut un quart d'heure pour lire et comprendre tout. » (Entretien N°5)

« Et mine de rien, c'est pas un résultat de biologie que tu lis en 20 secondes. Faut 5-10 minutes. Donc je dirais que si j'en avais 3-4 tous les jours ce serait compliqué. » (Entretien N°5)

Enfin, certains médecins généralistes interrogés pensent que les pharmaciens ne pourront pas réaliser de bilan de médication partagé. Ils évoquent trois principaux freins, le manque de formation, le manque de temps pour réaliser les différents entretiens et une rémunération insuffisante au regard de l'investissement.

« Je les plains car ça demande du temps supplémentaire et je suppose qu'ils vont devoir suivre une formation complémentaire. » (Entretien N°6)

« J'en vois deux, y'en a un c'est le temps. On court tous après le temps, le pharmacien autant que moi. {...} Il faut le pharmacien soit honoré à proportion du temps qu'il y passe et de son expertise. » (Entretien N°5)

5. Le pharmacien, un allié trop peu sollicité

Le pharmacien est souvent décrit comme le spécialiste du médicament. L'ensemble des médecins interrogés reconnaît que le pharmacien a de bonnes connaissances théoriques, notamment sur le plan pharmacologique, et que ces connaissances peuvent être une aide à la prescription ou la déprescription.

« Repérer les interactions médicamenteuses, maintenant les logiciels le font pas mal, mais ils dépistent un peu tout et n'importe quoi donc qu'il y ait quelqu'un qui se penche vraiment sur la question pour repérer les vraies interactions dangereuses ou qui portent préjudice c'est bien. » (Entretien N°4)

« Le pharmacien est le spécialiste du médicament. » (Entretien N°3)

« Faire du nettoyage, faire le tri des médicaments utiles et peut-être pas utiles, aider au renouvellement des médicaments à la réévaluation de l'ordonnance. Ça pourrait être une aide, un avis de pharmacien sur l'ordonnance. » (Entretien N°4)

De plus, le pharmacien connaît aussi les patients et participe à leur suivi en les voyant à chaque délivrance. Il est aussi une aide dans l'évaluation de l'observance des patients.

« C'est quelqu'un qui va les revoir tous les mois pour renouveler son traitement, car ils ne délivrent plus les traitements pour trois mois d'emblée. Non ça me paraît bien. » (Entretien N°1)

« L'observance, certes ! Par ce que si le patient prend ou ne prend pas les boîtes, je pense que le pharmacien est au courant. Entre les abus et le manque d'observance. » (Entretien N°6)

« Qu'il puisse améliorer l'observance du patient, bon c'est pas toujours facile hein, heu... Et puis dépister les interactions médicamenteuses. Humm, peut être dépister des effets indésirables des médicaments. Déjà s'il fait ça c'est bien. » (Entretien N°4)

Le pharmacien est d'autant plus une aide potentielle pour la réévaluation des traitements que les médecins eux-mêmes disent ne pas le faire assez régulièrement. Le bilan de médication semble une aide pour la pratique des médecins généralistes et ils pensent même que cela va pouvoir diminuer la polymédication. Le pharmacien devra repérer lui-même les personnes fragiles à qui proposer ce dispositif.

« Réévaluer plus fréquemment nos prescriptions, parce que je pense qu'on polymédique trop nos vieux patients et que c'est facile de prescrire mais c'est très difficile de déprescrire. Donc ça permet pour le médecin, car il y a le côté patient et le côté médecin, de se poser plus de question sur nos prescriptions. » (Entretien N°1)

« Le rôle du pharmacien c'est d'initier cette demande de façon systématique à l'issue par exemple du retour d'hospitalisation d'un patient. » (Entretien N°5)

Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

La coopération entre médecin et pharmacien existe déjà, mais elle est en pleine mutation. De nouvelles missions sont confiées aux pharmaciens et parfois elles déclenchent le mécontentement de la profession médicale. Pourtant, les exemples étrangers ne manquent pas et sont largement positifs (66).

A notre connaissance il n'existe pas, à ce jour, d'étude qualitative française évaluant le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des bilans de médication partagé. Cependant une enquête réalisée par Miget en 2018 sur la perception des médecins généralistes des nouvelles missions des pharmaciens, retrouve des résultats sensiblement identiques à ceux de notre étude, mais n'a pas mis en évidence la peur d'être jugée sur des bases erronées. Elle met en avant la nécessité de coopération entre ces deux professions qui bien que travaillant ensemble depuis longtemps se méconnaissent profondément (67).

La principale force de cette étude réside dans son originalité. Le dispositif des bilans de médication partagés a un peu plus d'un an et aucune étude ne s'est intéressée au ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de cette nouvelle mission des pharmaciens, et encore menée moins par un pair, à la fois médecin et pharmacien. Cette principale force représente aussi une faiblesse, car les bilans de médication partagés sont encore peu répandus et la vision des médecins interrogés est plus théorique que pratique. Le recrutement des médecins a permis de n'exclure aucun participant.

Afin de ne pas influencer les participants, un guide d'entretien ouvert a été réalisé avant de débiter les interviews. De plus, l'investigateur a rempli à priori un questionnaire sur ses présupposés (annexe 4) avant de débiter les entretiens, ce qui a permis de diminuer le risque d'influencer les participants d'autant plus qu'il est à la fois médecin et pharmacien. Les interventions au cours des entretiens ont été les plus limitées possible. Il n'est cependant pas possible d'écarter toute influence de sa part.

La réalisation d'entretiens individuels semblait la forme la plus appropriée à cette étude, cependant il aurait pu être intéressant de réaliser des focus groupes afin d'enrichir les informations recueillies. De plus, les entretiens ont duré environ 15 minutes ce qui peut sembler relativement court par rapport au sujet abordé. Enfin, la plupart des médecins interrogés ne connaissent pas le bilan de médication partagé, qui leur était donc présenté juste avant la réalisation de l'entretien proprement dit. Il aurait pu être intéressant de leur laisser métaboliser l'information avant de procéder à l'entretien.

Il a été réalisé un double codage par un deuxième chercheur, de l'ensemble des entretiens après une formation théorique sur l'analyse qualitative par des personnes formées. Cependant, le manque d'expérience de l'investigateur principal peut influencer les résultats obtenus. Il en va de même concernant le biais d'interprétation inhérent à toute étude qualitative.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, obtenues au quatrième entretien et confirmée par les deux derniers. Cet échantillon de six entretiens au total semble donc suffisant. Cela peut aussi s'expliquer par le fait que ce sujet est nouveau et très ciblé.

2. Discussion sur les résultats de l'étude

Une notion est souvent rapportée de façon insidieuse au cours des entretiens, sur le fait que les médecins généralistes ont peur d'être jugés sur leurs compétences que ce soit sur la nature de leurs prescriptions ou encore, au travers de l'observance de leurs patients. Concernant l'observance, ils évoquent souvent le fait qu'elle est difficile à évaluer, et que le pharmacien peut être une aide dans son évaluation et son amélioration.

La peur porte aussi sur la réévaluation par le pharmacien de leurs prescriptions. Dans ce cas, c'est surtout le fait d'être jugé par le pharmacien, sur des bases erronées ou des informations parcellaires. A terme, on peut penser qu'avec le développement des nouveaux moyens de communication et de partage d'informations sécurisées, comme le Dossier

médical partagé, ces informations circuleront plus facilement. Cependant, le développement de ces outils et leur appropriation nécessite un réel investissement de la part des professionnels de santé. A la fin de l'année 2018, trois millions de DMP ont été ouverts, dont 40% environ par les pharmaciens d'officine et seulement 4% l'ont été par des praticiens libéraux (68). De prochains travaux pourraient évaluer plus précisément cet aspect de la peur d'être jugé.

L'ambivalence est présente chez tous les médecins interrogés. Ils rapportent tous travailler déjà en collaboration avec les pharmaciens mais la relation entre ces deux professions est parfois conflictuelle, comme par exemple tout récemment au sujet du projet de loi visant à ouvrir le droit de prescription aux pharmaciens (69). Le partage des tâches entre médecin et pharmacien est un problème ancien en France alors que la grande majorité des expériences menées à l'étranger sont positives, pour les professionnels et les patients (66).

L'étude réalisée dans le cadre de ce travail de thèse s'est attachée à évaluer le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des bilans de médications. Cependant, cette nouvelle mission peine à se mettre en place du côté des pharmaciens et peu de bilans ont été réalisés jusqu'à présent. Au cours de l'année 2018, première année de mise en place de ce dispositif, seuls 15 000 bilans ont été réalisés ce qui est en dessous des objectifs fixés par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (70). Il serait intéressant d'évaluer le ressenti des pharmaciens eux-mêmes ainsi que celui des patients. Seuls deux médecins interrogés disent avoir déjà reçu un bilan de médication, il serait tout aussi intéressant de répéter ce travail, une fois cette nouvelle mission déployée et couramment réalisée, afin d'évaluer le ressenti des médecins généralistes après qu'ils aient déjà reçu des bilans de médication. Leurs peurs persistent-elles ? Si oui, elles pourraient constituer un frein majeur au déploiement de ce dispositif.

Les médecins interrogés qui n'avaient pas encore reçu de bilan de médication partagé souhaitaient que ce dispositif reste purement consultatif, comme c'est le cas actuellement. A l'inverse d'un des médecins qui a eu une expérience positive de bilan de médication partagé et qui estime devoir adapter ses prescriptions selon les recommandations du

pharmacien. Le bilan de médication partagé va officialiser le rôle de « deuxième verrou » des pharmaciens.

Il est probable que le temps nécessaire au médecin traitant à la réalisation du bilan de médication partagé avec le pharmacien soit compensé par la suite par la diminution de la iatrogénie médicamenteuse et donc la diminution de consultation ou hospitalisation en rapport.

Enfin il est important de noter qu'aucun des médecins interviewés n'a exprimé la crainte que les pharmaciens profitent de cette opportunité pour gonfler les prescriptions dans une optique de rentabilité financière. Au contraire, il existe par exemple au Canada un réel intérêt pour la déprescription, exercice difficile mais indispensable dans la prise en charge des pathologies chroniques. Ce travail s'effectue en lien avec les prescripteurs, les pharmaciens et les autres professionnels de santé, un site internet permet de diffuser des outils d'aide à la déprescription (71).

Conclusion

Cette étude explore les *a priori* et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du bilan de médication partagé, nouvelle mission des pharmaciens d'officine depuis le 1^{er} janvier 2018. Les médecins généralistes pensent ne pas avoir toutes les informations nécessaires pour optimiser leurs ordonnances mais ils disent déjà assurer l'évaluation de l'observance de leur patient ainsi que l'adaptation thérapeutique de leur prise en charge. La collaboration entre médecin et pharmacien est ambivalente. Si le pharmacien est bien reconnu comme professionnel du médicament, les médecins ne se disent prêts à collaborer qu'avec les pharmaciens qu'ils reconnaissent comme « bons professionnels de santé ». Il ressort de cette étude que les médecins sollicitent assez peu le pharmacien qui constitue pourtant un partenaire incontournable dans la prise en charge des patients. Ces résultats sont concordants avec ceux menés dans d'autres études sur les nouvelles missions des pharmaciens.

Les missions confiées aux pharmaciens évoluent de plus en plus, comme avec ce nouveau projet de loi qui vise à instaurer un droit de prescription aux pharmaciens. Si l'on peut espérer un bénéfice pour le patient, il faudra rester vigilant. Le double statut de prescripteur et dispensateur expose à un risque de sur-prescription dans une logique de gain financier. Les nouveaux modes de rémunération des pharmaciens qui tendent à dissocier volume de dispensation et chiffre d'affaire, permettent d'envisager sereinement une prescription par les pharmaciens dans le cadre de protocoles concertés par la communauté médicale.

VI. Annexes

1. Annexe 1 : Guide d'entretien :

POINT DE VUE DU MEDECIN GENERALISTE SUR LE BILAN DE MEDICATION

PARTAGE :

Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer. Tous les entretiens seront anonymes. Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire à propos de vos informations générales que je vous ai envoyé par mail. Si vous ne connaissez pas le bilan de médication partagé, je vais rapidement vous présenter le dispositif ainsi que des exemples de réévaluation thérapeutique.

Que pensez-vous du bilan de médication partagé ?

Avez-vous déjà entendu parler du bilan de médication partagé ?

Par quel biais en avez-vous entendu parler ?

Seriez-vous intéressé par le bilan de médication partagé ?

Selon vous quel est le rôle du médecin généraliste dans un bilan de médication partagé ?

Quelles sont vos attentes d'un Bilan de médication partagé ?

Pensez-vous avoir besoin d'être plus informé sur le bilan de médication partagé et son existence ? si oui, par quel moyen.

Selon vous quel est le meilleur moyen de communication de ces bilans ?

Que pensez-vous de cette nouvelle mission confiée aux pharmaciens ?

Que pensez-vous de la légitimité du pharmacien à évaluer l'adhésion du patient à son traitement ?

Que pensez-vous de la légitimité du pharmacien à effectuer une réévaluation thérapeutique de l'ordonnance ?

Que pensez-vous de la formation des pharmaciens pour réaliser un bilan de médication partagé ?

Seriez-vous prêt à proposer à vos patients éligibles de rencontrer leur pharmacien afin qu'il réalise un bilan de médication partagé ?

A votre avis, quels sont les avantages du bilan de médication partagé

Que pensez-vous que le bilan de médication puisse apporter au patient ?

Comment pensez-vous que le bilan de médication puisse apporter quelque chose au médecin généraliste ?

A votre avis, quels sont les freins à la mise en œuvre d'un bilan de médication partagé ?

Quels obstacles à sa mise en œuvre identifieriez-vous ?

En identifiez-vous d'autres ?

Y-a-t-il un autre point que vous souhaiteriez aborder ?

Auriez-vous des commentaires, des suggestions pour améliorer cet entretien auprès des personnes suivantes ? Bien, nous avons terminé. Merci beaucoup d'avoir contribué à ce travail en me consacrant de votre temps.

2. Annexe 2 : Questionnaire informations générales

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire avant de débiter l'entretien, concernant vos informations générales. *(Entourez les réponses correspondantes)*

1. Êtes-vous ?

Un homme

Une femme

2. A quelle catégorie d'âge appartenez-vous ?

Moins de 30 ans

Entre 30 et 39 ans

Entre 40 et 49 ans

Entre 50 et 59 ans

Entre 60 et 69 ans

Plus de 70 ans

3. Êtes-vous maitre de stage universitaire ?

Oui

Non

4. Quel type d'exercice avez-vous ?

Ville

Semi-rural

Rural

5. Êtes-vous ?

Installé

Collaborateur

Remplaçant

Autre (veuillez préciser)

6. Exercez-vous ?

Seul

En groupe

7. Faites-vous partie d'un réseau de santé type maison de santé pluri-professionnelle, CPTS ou équivalent

Oui

Non

8. Quelle est la part approximative (en pourcentage) de votre patientèle, âgée de 75 ans ou plus et polymédiquée (>ou= 5 médicaments prescrits pour une durée de 6 mois ou plus) ?

9. Quelle est la part approximative (en pourcentage) de votre patientèle, âgée de 65 ans ou plus en Affection de longue durée (ALD) ?

10. Est ce qu'il se trouve une pharmacie à proximité de votre cabinet ? (Dans un rayon de 500 mètres)

Oui

Non

11. Si oui, avez des contacts fréquents avec le pharmacien ?

Oui

Non

3. Annexe 3 : Grille d'évaluation de l'observance, score GIRERD



Questionnaire d'évaluation de l'observance

ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE



Pensez à conserver ce document. Il est essentiel à l'attribution de votre rémunération.

Les questions qui suivent permettent d'évaluer le degré d'observance du traitement prescrit et ainsi de mieux identifier les contraintes liées au traitement afin de pouvoir en discuter avec votre patient.

Nom du patient : Date : ... / ... / ... **oui non**

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

Compter un point par réponse notée « non » :

- bonne observance : score = 6
- faible observance : score 4 ou 5
- non-observance : score <= 3

Source : Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044-48.

05-2016-studio-graphique-20151195

4. Annexe 4 : Présupposés du chercheur à l'aide de 6 questions

1) Quelle est ma question initiale ?

Évaluer le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du bilan de médication partagé

2) Comment en suis-je venu à me poser cette question ?

- Désir de favoriser l'interprofessionnalité
- Double formation médecin et pharmacien
- Constatations de terrain que la relation entre médecin et pharmacien n'est pas optimale
- Je suis persuadé que le pharmacien peut être une aide pour la prise en charge des patients

3) Si j'étais interrogé quelle serait ma réponse ?

- Ce nouvel outil peut m'aider dans ma pratique quotidienne
- Chaque intervenant ne doit pas dépasser son champ de compétences
- Une bonne diffusion de l'information est primordiale, et de plus en plus facilité via les messageries sécurisées et le DMP
- Le pharmacien est tout à fait légitime pour réaliser cette mission, son expertise n'est pas assez sollicitée

4) Pourquoi suis-je convaincu que ma question est pertinente ?

L'interprofessionnalité représente pour moi l'avenir de la pratique de la médecine libérale, et cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine va décroiser la pratique de chacun.

5) Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?

- Le pharmacien n'est pas compétent pour analyser les ordonnances
- Ce n'est pas son métier, son rôle est celui de délivrer des médicaments, pas d'avoir un avis critique sur les prescriptions
- Le médecin généraliste fait déjà de l'optimisation thérapeutique et il ne bénéficie d'aucune rémunération particulière

- La diffusion de l'information est facilitée grâce aux nouvelles technologies
- Cette nouvelle mission risque de créer une surcharge de travail pour le médecin généraliste
- Le patient ne va pas adhérer au dispositif

6) Quelles réponses me paraîtraient aberrantes ?

L'inverse de mes réponses à la question précédente

Bibliographie

1. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Haute Autorité de Santé; 2018 p. 56.
2. Remacle O. Conciliation médicamenteuse en gériatrie. Le point de vue des médecins généralistes. [Mémoire]. [Faculté de médecine de Tours]; 2018.
3. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
4. Code de la santé publique - Article R4127-8. Code de la santé publique.
5. Code de la santé publique - Article R4235-48. Code de la santé publique.
6. Code de la santé publique - Article R4235-61. Code de la santé publique.
7. Haute Autorité de Santé. Coopération entre professionnels de santé - Article 51 de la loi HPST. 2010 sept p. 56. Guide méthodologique tome 2. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome2_21072010_2010-09-03_13-59-2_321.pdf
8. Code de la santé publique - Chapitre V : Pharmacie d'officine. Disponible sur: <https://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/toc-produits-sante-produits-pharmaceutiques-medicaments-usage-h-72ec86d-texte-integral>
9. Skjøt-Arkil H, Lundby C, Kjeldsen LJ, Skovgårds DM, Almarsdóttir AB, Kjølhede T, et al. Multifaceted Pharmacist-led Interventions in the Hospital Setting: A Systematic Review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2018;123(4):363-79.
10. Netgen. Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. *Rev Médicale Suisse*. 25 nov 2009;5:2382-7.
11. Faroudja J-M. La prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien. Aspects réglementaires, éthiques et déontologiques. *Ordre National des Médecins*; 2012 sept p. 105.
12. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 65. 2016-41 janv 26, 2016.
13. Vernus AL, Catala O, Supper I, Flaujac N, Letrilliart L. Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens : un état des lieux. *Ann Pharm Fr*. nov 2016;74(6):463-72.
14. Bras P-L, Kiour A, Maquart B, Morin A. Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau. 2011 Juin. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000355/index.shtml>

15. Arrêté du 10 mai 2017 Pris en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.
16. Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine - ScienceDirect. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.proxy.scd.univ-tours.fr/science/article/pii/S0398762017300056?via%3Dihub>
17. J.M.M. Contre les déserts médicaux : coopération entre professionnels de santé, entre autres. Revue Francophone de Laboratoire. Février 2018;(499):13.
18. Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature, Cooperation between general practitioners and pharmacists: a systematic review. Santé Publique. 6 août 2013;25(3):331-41.
19. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renault P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble.La perception des étudiants en santé. Pédagogie Médicale. mai 2015;16(2):105-17.
20. Herzberger S, Thiot M. Identification des freins et leviers d'une coopération du médecin généraliste et du pharmacien d'officine dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées sur le pays voironnais. 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01813256/document>
21. Siebert P. Etude des dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux : Pharmaciens, masseur-kinésithérapeutes et infirmiers. [Faculté de nancy]: Lorraine; 2017.
22. Bugnon O, Niquille Charrière A, Jotterand S, Herzig L, Ruggli M. Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. Rev Médicale Suisse. 2012;8:1042-8.
23. Niquille Charrière A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. A nine- year sustained pharmaco-economic analysis of Swiss pilot physicians-pharmacists quality circles effectiveness. Ann Pharmacother. Avril 2010;44.
24. Spinewine A. Collaboration pharmaciens - médecins généralistes : impact sur la santé des patients ? minerva. Juillet 2012;11(6):73-4.
25. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. OMS; 2016 p. 296.
26. Monegat M, Sermet C. La polymédication : définition, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. Quest Déconomie Santé. Décembre 2014;(204):1-8.

27. WHO | High 5s: Standard operating procedures. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/patientsafety/topics/high-5s/en/>
28. Haute Autorité de Santé. Conciliation des traitements médicamenteux – Prévenir les erreurs. has-santé.fr. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2735359/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs
29. Van Leeuwen E. Effet positif de la revue médicamenteuse multidisciplinaire sur l'arrêt des médicaments inappropriés. *minerva*. juillet 2018;17(6):75-8.
30. Damien M, Desbois C. Les freins à l'optimisation des traitements médicamenteux de fond de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée par le médecin généraliste : étude qualitative réalisée entre mars 2016 et juin 2017. 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01632409/document>
31. Msadek S. Description des pratiques du médecin généraliste dans l'optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique en sortie d'hospitalisation : état des lieux et perspectives. 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307315/document>
32. Haute Autorité de Santé. Prescrire chez le sujet âgé (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polyopathologique). 2009.
33. Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Tout savoir sur ces programmes. 2005.
34. Motte C. Optimisation diagnostique et thérapeutique chez la personne âgée : application de l'outil PMSA (Prescription Médicamenteuse chez la personne Agée) dans un service de court séjour gériatrique d'entrée directe. [Faculté de nancy]: Lorraine; 2016.
35. 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. *Rev Médecine Interne*. 1 juill 2009;30(7):592-601.
36. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. déc 2015;15(90):323-36.
37. Jeandel C, Hanon O. Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées. 2015.
38. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie | Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/3/9/SSAS1803603A/jo/texte>

39. Buxeraud J. Une (r)évolution de l'officine française qu'il convient de promouvoir. *Actual Pharm.* 1 mai 2018;57(576):1.
40. Faure S. Pharmaciens, en route pour le bilan partagé de médication. *Actual Pharm.* 1 juin 2018;57(577):1.
41. Assurance Maladie. « Cet avenant transforme, protège et valorise le rôle de professionnel de santé du pharmacien » | ameli.fr. ameli.fr. 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/cet-avenant-transforme-protège-et-valorise-le-role-de-professionnel-de-santé-du-pharmacien>
42. Assurance Maladie. « Le bilan de médication, centré sur le patient, coordonne les professionnels dans la durée ». ameli.fr. 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/le-bilan-de-médication-centré-sur-le-patient-coordonne-les-professionnels-dans-la-durée>
43. Améliorer l'observance, Traiter mieux et moins cher. IMSHealth, CRIP; 2014.
44. MedsCheck, Pharmaceutical Opinion and Pharmacy Smoking Cessation Program. Ontario: Ministry of Health and Long-Term Care; 2016 Juillet. (Professional Pharmacy Services, Guidebook 3.0).
45. NHS Employers, PSNC, BMA. NHS community Pharmacy advanced services - Briefing for GP practices. 2013.
46. Carlier B. Le bilan partagé de médication, une reconnaissance fondamentale du cœur de métier de l'officine. *Off Avenir.* janv 2018;(17):6-17.
47. 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. *Actual Pharm.* 1 janv 2018;57(572):37-9.
48. Mangerel K, Armand-Branger S, Rhalimi M. Spécificités de la personne âgée et leurs conséquences sur la prise en charge médicamenteuse. *J Pharm Clin.* 2011;30(3):167-73.
49. Mémo Bilan partagé de médication : Préconisation pour la pratique des bilans partagés de médication. Société française de pharmacie clinique; 2017. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/8-actualites/431-memo-sfpc-bilan-partage-de-médication.html>
50. Twigg M, Wright D, Barton G. The four or more medicines (FOMM) support service : results from an evaluation of a new community pharmacy service aimed at over-65s. *Int J Pharm Pract.* Décembre 2015;23(6):407-14.
51. Assurance Maladie. L'accompagnement pharmaceutique - un patient chronique mieux pris en charge. 2019.

52. Occulti J, Mrozovski J-M. Les cinq étapes de l'entretien de bilan de médication et d'habitudes de vie. *Actual Pharm.* 1 mars 2017;56(564):31-3.
53. Girerd X. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Médicale.* juin 2001;30(21):1044.
54. Frankenthal D, Lerman Y, Kalendrayev T. Intervention with the Screening Tool of Older Persons Potentially Inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment Criteria in Elderly Residents of a Chronic Geriatric Facility: A Randomized Clinical Trial. *J Am Geriatr Soc.* sept 2014;62(9):1658-65.
55. Santé Info Droits Pratique : Le dossier médical partagé. France Assos Santé; 2018. Report No.: A.3.5.
56. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
57. Lacour S. Du secret médical aux dossiers de santé électroniques. *Réflexions juridiques sur la protection des données de santé. Médecine Droit.* 1 juin 2016;2016(138):62-9.
58. Loi n°2004-810. Assurance Maladie août, 2004.
59. Code de la santé publique - Article R1111-26. Code de la santé publique.
60. Le Dossier Médical Partagé. *ameli.fr.* 2018. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/dossier-medical-partage/dossier-medical-partage>
61. Découvrir le DMP. *dmp.gouv.fr.* Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/web/dmp/professionnel-de-sante/decouvrir-le-dmp>
62. MSSanté en pratique : Fiche N°8. MSSanté; 2018.
63. Mieux comprendre MSSanté : Foire aux questions. MSSanté; 2014 p. 1-8.
64. La valeur des documents échangés par le système de Messageries Sécurisées de Santé (MSSanté) : Fiche N°7. MSSanté; 2018.
65. Vandael I. Bilan APICRYPT 2018. 2019.
66. Renaud A. Médecin-pharmacien : je décide, il exécute. *What's up doc ?* juillet 2019;44.
67. Miget P. Nouvelles missions du pharmacien d'officine et collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine : enquête sur la perception des médecins généralistes. [faculté de pharmacie de nancy]: Lorraine; 2017.
68. Tranthimy L. Trois millions de DMP ouverts mi-décembre, les pharmaciens pro-actifs. *Quotid Médecin.* déc 2018;
69. Tranthimy L. Les pharmaciens autorisés à prescrire certains médicaments : feu vert des députés, tollés des médecins ! *Quotid Médecin.* oct 2018;

70. Lefort L. Bilans partagés de médication : 15 000 au 20 octobre, se l'Assurance Maladie. Monit Pharm. oct 2018;

71. Qu'est-ce que la déprescription? . Deprescribing.org. Disponible sur:
<https://deprescribing.org/fr/quest-ce-que-la-deprescription/>

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'L' followed by a series of connected loops and a final horizontal stroke.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

MAINO Benjamin

56 pages – 2 tableaux – 1 figure

Résumé : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisée auprès de médecins généralistes d'Indre et Loire. Le dispositif, des bilans de médication partagés a un peu plus d'un an et aucune étude ne s'est intéressée au ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de cette nouvelle mission des pharmaciens. Le recrutement s'est effectué par réseau ou « effet boule de neige ». L'objectif de cette étude est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes d'Indre et Loire vis-à-vis de cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine. Le bilan de médication partagé est un dispositif encore méconnu des médecins généralistes. La collaboration entre médecin et pharmacien est ambivalente, car ce dernier est à la fois reconnu comme professionnel du médicament par les médecins, mais ils se disent prêts à ne collaborer qu'avec les pharmaciens qu'ils reconnaissent comme bons professionnels de santé. Il est tout de même noté au cours de cette étude que les médecins ne sollicitent pas assez les pharmaciens, qui pourtant pourraient être des alliés de choix dans la prise en charge des patients via le bilan de médication partagé. Ces résultats semblent sensiblement identiques à ceux d'autres études menées sur les nouvelles missions des pharmaciens.

Mots clés : Bilan de médication partagé, étude qualitative, coopération médecin-pharmacien

Jury :

Président du Jury : Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU

Directeur de thèse : Docteur Olivier CUVILLIER

Membres du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE

Professeur Véronique MAUPOIL

Docteur Paul-Olivier PERICHON

Date de soutenance : 10 Avril 2020