

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluer l'application d'un modèle d'ordonnance-type auprès des Médecins généralistes sur le pôle santé de hem chez la personne âgée polymédiquée polypathologique.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 mars 2020 à 18h  
Au Pôle Recherche  
**Par Malika El Fahsi – El Hamdaoui**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François Puisieux**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Bertrand Decaudin**

**Monsieur le Docteur Alexandre Gibouri**

**Monsieur le Docteur François Rebier**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre**

---

## Avertissement

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

## TABLE DES MATIERES

1.Introduction.....	9
2.Matériel et méthode.....	11
2.1 Conception et population de l'étude.....	11
2.2 Ordonnance-type.....	11
2.3 Données recueillies.....	12
2.3.1 Ordonnances.....	12
2.3.2 Caractéristiques et avis des médecins.....	12
2.4 Analyses statistiques.....	13
2.5 Réglementation et sécurité des données.....	14
3.Résultats.....	15
3.1 Échantillon.....	15
3.2 Efficacité du dispositif.....	16
3.3 Avis des médecins et impact sur le remplissage.....	17
4.Discussion.....	19
Bibliographie.....	21
Annexe 1 : Lettre adressée aux médecins généralistes.....	23
Annexe 2 : lettre adressée aux pharmaciens d'officine.....	25

## **TABLE DES ABREVIATIONS**

SOP: Standard Operating Protocol

Med'Rec : Medication Reconciliation

HAS : Haute Autorité de Santé

CM : Conciliation Médicamenteuse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INR : International Normalized Ratio

HbA1c : hémoglobine glyquée

AFSSAPS : Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé

ECN : Examen classant national

DPC : Développement professionnel continu

## RESUME

**CONTEXTE** : Afin de prévenir la survenue d'erreurs médicamenteuses, le médecin généraliste, en tant qu'acteur de santé primaire, joue un rôle essentiel dans la mise en place de la conciliation médicamenteuse. Notre étude a été évaluée l'efficacité de l'instauration d'un protocole standardisé sur la qualité du remplissage des ordonnances des patients âgés polymédiqués et polypathologiques au sein du pôle santé de Hem.

**Méthodes** : Il s'agissait d'une étude expérimentale avant/après monocentrique, réalisée auprès des médecins généralistes de Hem. Description de la qualité rédactionnelle, selon un modèle « d'ordonnance-type » établi lors d'un précédent travail de thèse. Des statistiques descriptives de toutes les variables ont été réalisées, ainsi que des analyses bivariées.

**Résultats** : 152 ordonnances étaient éligibles, 29 n'ont pu être retrouvées (soit 19,1%) ; 123 ordonnances ont été analysées. La mise en place du protocole était associée à une augmentation significative du nombre d'ordonnances respectant l'ensemble des critères de qualité de remplissage ( $p < 0,001$ ). Il était observé que les critères significativement le plus souvent renseignés après mise en place du protocole étaient les suivants : le poids (65,0% vs 41,5%,  $p < 0,001$ ), les horaires de prescription (80,5% vs 69,9%,  $p < 0,001$ ), la clairance (53,6% vs 3,6%,  $p < 0,001$ ), l'INR (56,0% vs 12,0%,  $p = 0,009$ ) et l'HbA1c (52,3% vs 4,5%,  $p < 0,001$ ). Pour l'ensemble des autres critères (âge, mentions « nouvelle prescription », « arrêt du traitement », « remplacement du traitement », « modification de posologie » et « ne pas délivrer »), ne montraient pas d'amélioration du remplissage significative.

**Conclusion** : Notre travail montre que la mise en place d'un protocole standardisé permet un remplissage des ordonnances de meilleure qualité chez le patient polypathologique et polymédiqué.

## 1. INTRODUCTION

Depuis 2006, au niveau international, quatre pays participent au projet High5s de l'Organisation Mondiale de la Santé qui prévoit l'application de protocoles standardisés pour prévenir la survenue d'erreurs médicamenteuses et améliorer la sécurité du patient. La France a rejoint cette démarche en 2009. Pour réaliser ce projet, il a été demandé à des établissements volontaires de mettre en œuvre et d'évaluer le protocole opérationnel standardisé intitulé *Standard Operating Protocol Medication Réconciliation* (SOP Med'Rec). La Haute Autorité de Santé (HAS) a coordonné ce projet pour la France. (1)

Au terme de cinq années d'expérimentation Med'Rec, la HAS propose une définition française de la Conciliation Médicamenteuse (CM) et met en place un guide pour faciliter la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. (2)

La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses qui repose sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition. (2)

Pour le déploiement de la CM, le guide HAS recommande de définir une population initiale à concilier.

Le rapport de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) paru en 2017, montre un vieillissement de la population. Au 1<sup>er</sup> janvier 2050, la France comptera plus de 20 millions de personnes de 65 ans ou plus, soit 8,6 millions de plus qu'en 2013. Cette population de séniors augmentera nettement plus que l'ensemble de la population à raison de plus de 1,5 % en moyenne par an entre 2013 et 2050, contre 0,3 % actuellement. Au sein des séniors, la population des 75 ans ou plus augmentera particulièrement. La France comptera 12,1 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2050, soit 16,4 % de la population, contre 9,0 % en 2013. (3)

La personne âgée, du fait de son vieillissement physiologique se retrouve fréquemment en situation de polyopathie pouvant conduire parfois à une polymédication. (4)

La HAS définit le sujet âgé comme une personne de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans polyopathologique. (5)

Le terme de polyopathie est variablement défini et non consensuel. (5) La polyopathie est la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période. La polyopathie est un concept issu d'une approche globale centrée sur le patient, alors que la comorbidité est un concept issu d'une approche centrée sur la maladie (maladie index, de référence). (5)

De nombreuses études rappellent l'importance de sécuriser le parcours de soin chez la personne âgée polypathologique soit à l'aide de grilles d'analyses d'ordonnances, soit à l'aide de systèmes d'aides à la décision ou encore à la qualité rédactionnelle des ordonnances. (6)

Sur le plan international, les critères de Beer, publiés en 1991, ont longtemps été utilisés pour étudier les erreurs de prescriptions chez les personnes âgées fragiles. L'outil STOPP/START est un outil d'origine irlandais qui vise les patients de plus de 65 ans. Une adaptation en langue française de STOPP/START version 2 a été publiée en novembre 2015 par un groupe d'experts francophones belges, canadiens, français et suisses. (7) Pour chaque médicament sont évalués l'indication, le rapport bénéfice-risque, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, les contre-indications et le bon usage. (7)

Le STOPP/START peut être utilisé en soin premier par les médecins généralistes et/ou pharmaciens.

En 2006, en France, la HAS a proposé aux médecins un outil qui permet la révision de l'ordonnance. (8) En 2014, elle édite une fiche parcours Points clés et Solutions sur la sécurité des prescriptions des médicaments chez la personne âgée. (9)

Il existe dans la littérature de nombreuses études concernant la CM au niveau hospitalier, mais peu d'auteurs s'intéressent à la CM en ambulatoire.

Partant de ce constat, pour rendre la conciliation des traitements médicamenteux effective, dans le pôle santé de Hem, un cahier des charges a été élaboré lors d'une précédente étude réalisée par 3 internes en médecine générale. Cette étude regroupait les attentes des médecins généralistes et celles des pharmaciens.

Ce modèle d'ordonnance-type a été créé afin de sécuriser le parcours de soins chez la personne âgée polypathologique.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, au sein du pôle santé de Hem, l'efficacité de l'instauration d'un protocole standardisé en soin premier sur la qualité du remplissage des ordonnances des patients âgés polymédiqués et polypathologiques. Secondairement, l'avis des médecins sur le protocole était recueilli et les facteurs propres aux médecins susceptibles d'influer sur la qualité du remplissage étaient recherchés.

## 2. MATERIEL ET METHODE

### 2.1 CONCEPTION ET POPULATION DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une étude quasi-expérimentale avant/après monocentrique, réalisée auprès des médecins généralistes de Hem. La période « après » s'étendait du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2019 (après mise en place du protocole).

Durant cette période, les médecins généralistes inclus dans l'étude devaient alors écrire leurs ordonnances selon le modèle « d'ordonnance-type » établi lors du précédent travail de thèse.

Afin de comparer la qualité de remplissage sur cette période avec la période précédente, pour chaque patient pour lequel une ordonnance a été établie en juin, l'ordonnance précédente établie dans les 3 mois précédents la mise en place du protocole était incluse.

Un courriel d'introduction (annexe1) et une fiche méthodologique ont été envoyés aux 16 médecins généralistes de Hem qui ont participé au travail de thèse précédent afin de les inviter à participer à l'étude et d'obtenir leur consentement.

### 2.2 ORDONNANCE-TYPE

Les items proposés pour la rédaction d'une ordonnance-type étaient :

1/ sur le plan clinique : âge et poids ;

2/ sur le plan thérapeutique : les mentions « nouvelle prescription », « arrêt du traitement ou suspension temporaire », « remplacement du traitement » ou « modification de posologie » si nécessaire, les horaires de prise, la mention « je dis » si une posologie délibérément inhabituelle est prescrite, ou encore la mention « ne pas délivrer » si nécessaire ;

3/ sur le plan biologique : la clairance de la créatinine en cas d'insuffisance rénale, l'INR (International Normalized Ratio) avec la cible en cas de traitement anticoagulant, et l'HbA1c (hémoglobine glyquée) en cas de diabète.



## 2.3 DONNEES RECUEILLIES

### 2.3.1 ORDONNANCES

Les ordonnances rédigées par les médecins étaient récupérées au sein de pharmacies d'officine de la ville de Hem.

Pour ce faire, un courriel d'introduction (annexe2) a été préalablement envoyé à toutes les pharmacies de Hem puis un rendez-vous par téléphone était fixé.

Pour la période « après », étaient incluses uniquement les ordonnances concernant :

- Des patients âgés de 65 ans ou plus,
- Atteints de 2 maladies chroniques au moins
- Et soumis à 5 traitements de fond au minimum.

Les ordonnances de patients se rendant chez des pharmaciens non Hémois n'étaient pas incluses. Pour chaque patient, l'ordonnance réalisée dans les 3 mois précédents était incluse à but de comparaison.

Pour chaque ordonnance, la présence des critères de qualité était recueillie.

### 2.3.2 CARACTERISTIQUES ET AVIS DES MEDECINS

Les médecins généralistes, à l'issue du mois d'expérimentation, étaient interrogés afin

1/ de les caractériser : âge, genre, nombre d'actes par semaine et recours à l'informatique ou non ;

2/ de recueillir leur avis sur le protocole : il leur était demandé de déclarer si le temps dédié nécessaire pour rédiger le protocole était supérieur avec l'ordonnance-type par rapport à la rédaction classique, si le protocole était utile ou si au contraire il était à l'origine d'un excès d'information.

## 2.4 ANALYSES STATISTIQUES

Les ordonnances ont été décrites en précisant le nombre et le pourcentage d'ordonnances concernées par chacun des items de l'ordonnance-type.

Puis la qualité de remplissage des ordonnances a été décrite pour chacun des items de l'ordonnance-type en donnant l'effectif et le pourcentage d'ordonnances correctement remplies en rapportant au nombre d'ordonnances concernées par l'indicateur. Une ordonnance était considérée comme correctement remplie en globalité si l'ensemble des critères de l'ordonnance-type qui la concernait était vérifié. Là encore, un nombre et un pourcentage d'ordonnances correctement remplies en globalité étaient calculés.

Des analyses bivariées ont permis de comparer les proportions avant / après pour chacun des items de l'ordonnance-type et en globalité afin de répondre à l'objectif principal.

Des tests de Chi-2 étaient utilisés en cas d'effectifs théoriques supérieurs à 5, sinon des tests de Fisher. Une p-valeur inférieure à 0,05 indiquait un test significatif.

Enfin, à titre indicatif, les pourcentages de remplissage de qualité en globalité étaient décrits en fonction des caractéristiques des médecins qui remplissaient les ordonnances.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R 3.5.1. (10)

## 2.5 REGLEMENTATION ET SECURITE DES DONNEES

L'ensemble des données étaient anonymes et saisies dans un fichier Excel sécurisé par un mot de passe. Un accord de la CNIL basé sur la déclaration de 2017 a été obtenu.

## 3. RESULTATS

### 3.1 ÉCHANTILLON

Sur les 16 médecins contactés, 6 médecins n'ont pas été joignables, 2 ont refusé et 8 ont accepté de participer à l'étude. L'échantillon était composé de 2 femmes et 6 hommes. L'âge des médecins allait de 47 ans à 64 ans avec une moyenne à 59 ans. Tous les médecins étaient informatisés et déclaraient pratiquer entre 60 et 150 actes par semaine avec une moyenne à 102 actes.

Sur les 8 pharmacies de Hem contactées, toutes ont accepté de participer à l'étude.

Concernant les ordonnances établies entre le 1<sup>er</sup> juin 2019 et le 30 juin 2019, 152 ordonnances étaient éligibles, 29 n'ont pu être retrouvées (soit 19,1%); 123 ordonnances ont donc été analysées.

Les 8 médecins ont rempli 2 à 53 ordonnances chacun avec le nouveau protocole en juin, avec une moyenne de 15 ordonnances par médecin.

Afin de comparer ces résultats à la période antérieure, pour chaque patient pour lequel une ordonnance a été établie en juin, la dernière ordonnance émise a été prise comme comparateur, soit 123 ordonnances également.

Le pourcentage d'ordonnances concerné par les critères de qualité de remplissage sont décrits dans le tableau 1.

A titre d'exemple, l'âge, le poids et les horaires de prescription devaient être indiqués sur toute ordonnance émise. La mention « ne pas délivrer » aurait dû apparaître sur 53 ordonnances (43,1%) sur la période « avant » et sur 61 ordonnances (49,6%) sur la période « après ». La « clairance » aurait dû apparaître sur 56 ordonnances (45,5%) sur la période « avant » et sur 56 ordonnances (45,5%) « après ». En revanche, aucune ordonnance n'a nécessité le fait d'apposer la mention « je dis », ni avant, ni après la mise en place du protocole.

**Tableau 1 : Proportions d'ordonnances concernées par les critères de qualité de remplissage d'une ordonnance, avant et après mise en place du protocole**

	Avant N = 123	Après N = 123
<b>Critères cliniques, n (%)</b>		
Age	123 (100,0)	123 (100,0)
Poids	123 (100,0)	123 (100,0)
<b>Critères thérapeutiques, n (%)</b>		
Nouvelle prescription	5 (4,1)	11 (8,9)
Arrêt du traitement	30 (24,4)	11 (8,9)
Remplacement du traitement	5 (4,1)	5 (4,1)
Modification de posologie	7 (5,7)	9 (7,3)
Horaires de prescription	123 (100,0)	123 (100,0)
Ne pas délivrer	53 (43,1)	61 (49,6)
Je dis	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Critères biologiques, n (%)</b>		
Clairance	56 (45,5)	56 (45,5)
INR	25 (20,3)	25 (20,3)
HbA1c	44 (35,7)	45 (35,8)

### 3.2 EFFICACITE DU DISPOSITIF

Les résultats sont décrits dans le tableau 2. La mise en place du protocole était associée à une augmentation significative du nombre d'ordonnances respectant l'ensemble des critères de qualité de remplissage ; elles étaient au nombre de 12 (soit 9,8%) avant la mise en place du protocole, contre 60 (soit 48,8%) après mise en place du protocole ( $p < 0,001$ ).

Quand l'analyse portait sur le détail des critères, il était observé que les critères significativement plus souvent renseignés après mise en place du protocole étaient les suivants :

1/ sur le plan clinique : le poids (65,0% vs 41,5%,  $p < 0,001$ ),

2/ sur le plan thérapeutique : les horaires de prescription (80,5% vs 69,9%,  $p < 0,001$ )

et

3/ sur le plan biologique : l'ensemble des critères, c'est-à-dire la clairance (53,6% vs 3,6%,  $p < 0,001$ ), l'INR (56,0% vs 12,0%,  $p = 0,009$ ) et l'HbA1c (52,3% vs de 4,5%,  $p < 0,001$ ).

Même si une amélioration du remplissage était constatée pour l'ensemble des autres critères (âge, mentions « nouvelle prescription », « arrêt du traitement », « remplacement du traitement », « modification de posologie » et « ne pas délivrer »), elle n'était pas significative.

**Tableau 2 : Proportions d'ordonnances bien remplies avant et après mise en place du protocole, en globalité et par critère.**

	Avant		Après		P
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
<b>Critères cliniques</b>					
Age	82 (66,7)	[58,4 ; 75,0]	94 (76,4)	[68,9 ; 83,9]	0,12
Poids	51 (41,5)	[32,8 ; 50,2]	80 (65,0)	[56,6 ; 73,4]	< 0,001
<b>Critères thérapeutiques</b>					
Nouvelle prescription	0 (0,0)	[0,0 ; 0,0]	2 (18,2)	[0,0 ; 41,0]	0,467
Arrêt du traitement	2 (18,2)	[4,4 ; 32,0]	10 (33,3)	[5,5 ; 61,1]	0,823
Remplacement du traitement	1 (20,0)	[0,0 ; 55,0]	4 (80,0)	[45,0 ; 100,0]	0,206
Modification de posologie	2 (28,6)	[0,0 ; 62,1]	7 (77,8)	[50,7 ; 100,0]	0,633
Horaires de prescription	86 (69,9)	[61,8 ; 78,0]	99 (80,5)	[73,5 ; 87,5]	< 0,001
Ne pas délivrer	38 (71,7)	[59,6 ; 83,8]	47 (77,0)	[61,4 ; 92,6]	0,525
<b>Critères biologiques</b>					
Clairance	2 (3,6)	[0,0 ; 8,5]	30 (53,6)	[40,5 ; 66,7]	< 0,001
INR	3 (12,0)	[0,0 ; 24,7]	14 (56,0)	[36,8 ; 75,1]	0,009
HbA1c	2 (4,5)	[0,0 ; 10,6]	23 (52,3)	[37,7 ; 66,9]	< 0,001
<b>En globalité</b>	12 (9,8)	[4,6 ; 15,0]	60 (48,8)	[40,0 ; 57,6]	< 0,001

### 3.3 AVIS DES MEDECINS ET IMPACT SUR LE REMPLISSAGE

Parmi les 8 médecins, 7 ont considéré que le temps dédié au remplissage de l'ordonnance était plus important avec le nouveau protocole. Et en ce qui concerne la pertinence du protocole, 5 ont trouvé qu'il était utile contre 3 qui ont trouvé qu'il entraînait un excès d'information sur l'ordonnance.

Le tableau 3 présente les proportions d'ordonnances complètement correctement en globalité selon les caractéristiques des médecins qui les ont remplies.

**Tableau 3 : Proportions d'ordonnances bien remplies en globalité avant et après mise en place du protocole, en fonction des caractéristiques des médecins.**

	<b>Avant</b> n (%)	<b>Après</b> n (%)
<b>Sexe</b>		
Hommes (N* = 102)	12 (11,8)	51 (50,0)
Femmes (N = 21)	0 (0,0)	9 (42,8)
<b>Age</b>		
< 60 ans (N = 37)	0 (0,0)	11 (29,7)
> 60 ans (N = 86)	12 (13,9)	49 (57,0)
<b>Actes</b>		
< 125 actes (N = 32)	0 (0,0)	9 (28,1)
> 125 actes (N = 91)	12 (13,2)	51 (56,0)
<b>Utilité ressentie</b>		
Oui (N = 83)	7 (8,4)	47 (56,6)
Non (N = 40)	5 (12,5)	13 (32,5)
<b>Temps dédié supérieur</b>		
Oui (N = 70)	5 (7,1)	22 (31,4)
Non (N = 53)	7 (13,2)	38 (71,7)

\* L'effectif indiqué entre parenthèses correspond aux nombres d'ordonnances établis en fonction des caractéristiques des médecins qui les ont remplies

Il était observé que toutes les catégories amélioraient la proportion d'ordonnances bien remplies. Les médecins de sexe masculin avaient des proportions de remplissage plus élevées (11,8% avant et 50,0% après contre 0,0% avant et 42,8% après chez les femmes). Les médecins les plus âgés (60 ans et plus) remplissaient mieux que les plus jeunes (13,9% avant et 57,0% après vs 0,0% avant et 29,7% après). Les médecins qui pratiquaient un grand nombre d'actes par semaine (plus de 125 actes) remplissaient mieux que ceux qui en pratiquaient moins (13,2% avant et 56,0% vs 0,0% et 28,1%).

Parmi les critères relatifs à l'avis quant au protocole, les praticiens qui jugeaient utiles le protocole avaient de moins bons pourcentages de remplissage avant (8,4% contre 12,5% chez ceux qui ne le jugeaient pas utiles) mais amélioraient plus leur score après passant à 56,6% contre 32,5% chez ceux qui ne jugeaient pas le protocole utile. Et enfin, ceux qui considéraient que le protocole prenait plus de temps pour remplir l'ordonnance avaient des moins bons taux de remplissage que ceux qui ne voyaient pas la différence (7,1% avant et 31,4% après vs 13,2% avant et 71,7% après).

## 4. DISCUSSION

La mise en place d'un protocole de remplissage d'ordonnance a permis d'en améliorer significativement le score. Les indicateurs suivants, le poids, les horaires de prescription, la clairance, l'INR et l'HbA1c étaient les plus représentatifs.

En 2016, une étude portant sur la qualité rédactionnelle de 110 ordonnances en Ile-de-France a montré que les données relatives au patient et non obligatoires étaient rarement inscrites. L'âge était indiqué dans 44,5%, le poids dans 15,5% des cas et la clairance dans 0,9 % des cas. (11) Une autre étude réalisée en Ile-de-France, qui s'intéressait également à la qualité rédactionnelle des ordonnances, a montré que la qualité des prescriptions était médiocre. (12) Notre étude montre donc que la qualité de remplissage des ordonnances par les médecins généralistes du pôle santé de Hem était supérieure à celle observée dans les 2 études suscitées, et ce d'autant plus après la mise en place du modèle d'ordonnance type.

Bien que perçu comme chronophage par les médecins de notre étude, cet outil est susceptible d'éviter de nombreux appels de la part des pharmaciens aux médecins et donc de compenser le temps investi dans le remplissage des ordonnances.

Les pharmaciens ont tous accepté de participer à l'étude, ce qui n'est pas le cas des médecins sollicités. Or, en 2005, l'AFSSAPS a mis en place « le guichet des erreurs médicamenteuses » afin de faire remonter les erreurs médicamenteuses ; une étude a montré que le pharmacien est plus sensible dans le recueil de celles-ci. (13) Par ailleurs, dans les soins de santé, le pharmacien a un rôle de vigilance active et de prévention de la iatrogénie. (14) Il est donc primordial d'associer le pharmacien dans la sécurisation du parcours de soin du patient, et d'optimiser les échanges entre médecins et pharmaciens. D'autant que l'académie nationale de médecine souhaite que soit créée une validation spécifique destinée à vérifier l'acquisition d'une authentique compétence en pharmaco-thérapeutique, avec place accrue dans le cadre de l'examen classant national (ECN) de fin du second cycle ; que la pharmacovigilance fasse l'objet d'un module particulier dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), avec séances communes aux médecins et aux pharmaciens. (15) Afin de prévenir la iatrogénie, des formations spécifiques sont déjà proposées à l'université de Lille. Un enseignement dirigé a été créé afin de sensibiliser les jeunes médecins aux besoins des pharmaciens.

La non-observance chez la personne âgée polymédiquée est un phénomène complexe, d'origine multifactorielle. Parmi ces facteurs, la relation entre patient et professionnels de soins joue un rôle non négligeable. La communication peut être altérée par le manque de communication d'informations au patient relative à son traitement. (16) Ceci peut être également à l'origine d'une mauvaise compréhension des posologies et modes d'administration du traitement. (16) La littérature conforte dans l'idée qu'une prise en charge pluridisciplinaire permettant d'associer les compétences du médecin traitant à celles du pharmacien d'officine est indispensable dans l'intérêt du patient. (17) Ceci dans le but de favoriser les échanges entre les professionnels, sans avoir à faire du patient un intermédiaire ; et également dans le but de multiplier les chances pour le patient de mieux saisir l'intérêt et les modalités de son traitement. En Suisse, une nouvelle approche de la collaboration médecin-pharmacien est étudiée ; « NetCare » est un service de télé-médecine permettant aux pharmaciens de gérer les problèmes médicaux courants avec l'aide d'un médecin. (18)



Bien que cela n'ait été présenté qu'à titre indicatif, nous observons que les individus les plus âgés, ceux qui avaient le plus d'actes et ceux de sexe masculin semblaient mieux remplir les ordonnances, que ce soit avant ou après la mise en place du protocole. Cependant, ce résultat semble cohérent avec la littérature puisqu'une étude menée dans un hôpital de New York a montré que les erreurs étaient plus fréquentes chez les médecins récemment diplômés. (19)

Une étude portant sur l'informatisation du circuit du médicament composé de 378 personnes suivies pendant 1 an a montré que les erreurs médicamenteuses étaient surtout liées au facteur humain, aux paramétrages du logiciel et à la qualité de la formation des utilisateurs. Les auteurs ont insisté sur la nécessité de suivre une formation initiale au logiciel et continue pour poursuivre l'évolutivité du paramétrage. (20) Du point de vue de l'assurance maladie, l'informatisation de la prescription médicale, en permettant sa dématérialisation et sa transmission aux organismes chargés du remboursement, favoriserait la mise en œuvre d'un observatoire de la qualité rédactionnelle des prescriptions ambulatoires et hospitalières. (12)

Dans la présente étude, tous les médecins étaient informatisés, ce qui favorise le remplissage. Cependant l'utilisation de cet outil informatique n'était pas optimale en raison d'un défaut de paramétrage. Une meilleure utilisation de l'outil informatique pourrait encore améliorer les résultats.

Cette étude porte sur un outil réalisé en soin premier adapté aux besoins des professionnels de santé, ce qui est rarement investi dans la littérature. Une des forces de l'étude est que le modèle d'ordonnance-type évalué a été développé antérieurement sur la base d'études qualitatives. Ce type d'ordonnance répond donc complètement aux attentes des pharmaciens qui ont tous accepté de participer à l'étude. En revanche, l'étude a essuyé des refus d'un certain nombre de médecins, ce qui explique le faible effectif de cet échantillon, et la faible puissance en conséquence. Un plus grand effectif aurait sans doute pu montrer un effet significatif sur les autres critères également, notamment concernant la mention « je dis » qui n'a pu être évaluée. De même, bien qu'une amélioration du remplissage ait été constatée pour l'ensemble des autres critères (âge, mentions « nouvelle prescription », « arrêt du traitement », « remplacement du traitement », « modification de posologie » et « ne pas délivrer »), elle n'était pas significative. L'extrapolation des résultats est également limitée en raison de la faiblesse de l'échantillon.

Le choix d'une étude « avant-après » réalisée chez les mêmes individus a permis de limiter les facteurs de confusion potentiels propres aux médecins. Cependant, un biais n'a pu être évité ; les médecins ont été avertis de la surveillance de leurs ordonnances sur une période donnée, il est donc possible que la qualité du remplissage ait été améliorée par la « surveillance » et non par l'outil en lui-même. Mais comme les items ont été créés en informatique, ils seront pérennes.

A l'issue de l'étude, nous proposons les pistes d'amélioration suivantes qui sont d'optimiser l'usage informatique des logiciels de prescription, sensibiliser les médecins aux besoins des pharmaciens, et optimiser la collaboration médecins pharmaciens.

En conclusion, la mise en place d'un protocole standardisé devrait permettre d'améliorer la conciliation, la révision et la déprescription médicamenteuse chez le patient âgé poly pathologique et polymédiqué en permettant un remplissage des ordonnances de meilleures qualités. Afin de confirmer ces résultats, il conviendra de répéter les études sur des études d'effectif plus important, sur une population de patients plus hétérogène et sur une plus longue durée du suivi de l'efficacité.

## BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Initiative des HIGH 5s - Medication Reconciliation [Internet]. 2015. Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport\\_dexperimentation\\_sur\\_la\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_conciliation\\_des\\_traitements\\_medicamenteux\\_par\\_9\\_es.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf)
2. HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. 2018. Available from: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante)
3. INSEE. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 [Internet]. 2014. Available from: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1089](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089)
4. HAS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé - Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance [Internet]. 2005. Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa\\_synth\\_biblio\\_2006\\_08\\_28\\_\\_16\\_44\\_51\\_580.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf)
5. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015. Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note\\_methodologique\\_polypathologie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf)
6. Wolf MS, Shekelle P, Choudhry NK, Agnew-Blais J, Parker RM, Shrank WH. Variability in pharmacy interpretations of physician prescriptions. *Med Care*. 2009 Mar;47(3):370–3.
7. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2015 Dec 1;15(90):323–36.
8. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? [Internet]. 2014. Available from: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-lasecurite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee?xtmc=&xtcr=1](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-lasecurite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee?xtmc=&xtcr=1)
9. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire - Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? [Internet]. 2014. Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/note\\_methodo\\_fpcs\\_prescription\\_web\\_2014-10-27\\_11-55-59\\_934.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/note_methodo_fpcs_prescription_web_2014-10-27_11-55-59_934.pdf)
10. Team RC, others. R: A language and environment for statistical computing. 2013 [cited 2016 Jul 6]; Available from: <http://cran.fiocruz.br/web/packages/dplR/vignettes/timeseries-dplR.pdf>
11. Salhi N. Évaluation de la qualité rédactionnelle de 110 ordonnances en Île-de-France en 2016. In 2017.
12. Fourgon R, Vicrey C, Blanchon B, Vassort S, Blum-Boisgard C. Qualité rédactionnelle de la prescription médicamenteuse hospitalière: Une étude de l'assurance maladie en Île-de-France. *La Presse Médicale*. 2005 Feb 1;34(3):203–7.
13. AFSSAPS. Guichet Erreurs Médicamenteuses : Présentation et bilan depuis la mise en place [Internet]. 2009. Available from:

[https://www.anism.sante.fr/var/anism\\_site/storage/original/application/b19d8337d620d33327dfae94c166d9b.pdf](https://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/b19d8337d620d33327dfae94c166d9b.pdf)

14. Baudrant M, Rouprêt J, Trout H, Certain A, Tissot E, Allenet B. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *Journal de Pharmacie Clinique*. 2008 Oct 1;27(4):201–4.

15. Académie nationale de médecine. Sécurité du médicament et pharmacovigilance [Internet]. 2011. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/11-08-securite-du-medicament-et-pharmacovigilance/>

16. Schneider M-P, Locca J-F, Bugnon O, Conzelmann M. L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire : quels déterminants et quel soutien ? *Revue médicale suisse*. 2006; Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-56/31120>

17. Petermans J, Samalea Suarez A, Van Hees T. Observance thérapeutique en gériatrie. *Revue Médicale de Liège* [Internet]. 2010 May [cited 2019 Nov 4];65(5–6). Available from: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/75791>

18. Erni P, von Overbeck J, Reich O, Ruggli M. netCare, a new collaborative primary health care service based in Swiss community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. 2016 Aug;12(4):622–6.

19. Lesar TS, Briceland LL, Delcours K, Parmalee JC, Masta-Gornic V, Pohl H. Medication prescribing errors in a teaching hospital. *JAMA*. 1990 May 2;263(17):2329–34.

20. Vialle V, Tiphine T, Poirier Y, Raingeard E, Feldman D, Freville J-C. Connaître, comprendre et lutter contre les erreurs médicamenteuses induites par l'informatisation du circuit du médicament. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 2011 May 1;69(3):165–76.

## ANNEXE 1

Bonjour chers collègues,

Je me permets de vous contacter dans le cadre d'un projet pour la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse dans le pôle santé de Hem. Le but de ce projet est d'optimiser les relations prescripteur/délivreur et de faciliter le partage d'informations.

Une précédente étude a été réalisée afin de connaître vos attentes. Ainsi un « cahier des charges » a été élaboré dans le but d'instaurer une collaboration optimale entre les deux professions (médecins-pharmaciens) et optimiser la prise en charge thérapeutique du patient.

Dans le cadre de ce travail de thèse, piloté par le Pr Jean-Marc Lefebvre (médecin généraliste à Hem), je souhaite évaluer l'application et le respect de ce cahier des charges en soin premier sur le pôle santé de Hem chez le patient âgé polymédiqué et poly-pathologique.

### Méthodologie de l'étude

#### 1. La rédaction de l'ordonnance :

Ci-dessous vous trouverez la partie médecin du « cahier des charges » retenue comme modèle de prescription dans la rédaction de l'ordonnance (éléments important à mentionner):

**MEDECIN PRESCRIPTEUR** : Dr .....

NOM / PRENOM :..... Age:..... POIDS (+/- TAILLE et IMC) :.....

1/ sur le plan thérapeutique :

- NOUVELLE prescription
- ARRET du traitement ou suspension temporaire.
- REMPLACEMENT du traitement (par une autre molécule)
- MODIFICATION DE POSOLOGIE
- HORAIRES de prise
- MENTION « Je dis » : s'il est prescrit une posologie inhabituelle délibérément.
- MENTION « Ne pas délivrer »

2/ sur le plan biologique :

- CLAIRANCE de la créatinine (si insuffisance rénale) et date
- INR (avec cible)
- HbA1c (si diabète)

2. Critères d'inclusion :

Tout patient réunissant les 3 critères :

- Patient âgé de plus de 65 ans,
- au moins 2 maladies chroniques
- au moins 5 médicaments concernant le traitement de fond.

3. critères d'exclusion :

- les patients qui se rendent chez des pharmaciens non hémois.

4. Recueil des données :

Les ordonnances seront récupérées chez les pharmaciens participant à l'étude. Elles seront comparés aux précédentes afin d'évaluer le respect du cahier des charges.

5. L'étude nécessite un calcul d'échantillonnage. Pouvez-vous me donner le nombre de patients que vous avez par semaine s'il vous plait.

***Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.***

***El Fahsi Malika***

***[malika.elfahsi@gmail.com](mailto:malika.elfahsi@gmail.com)***

***Tel : 06.69.53.96.01***

## ANNEXE 2

Bonjour chers collègues,

Je me permets de vous contacter dans le cadre d'un projet pour la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse dans le pôle santé de Hem. Le but de ce projet est d'optimiser les relations prescripteur/délivreur *et de faciliter le partage d'informations.*

Une précédente étude a été réalisée afin de connaître vos attentes. Ainsi un « cahier des charges » a été élaboré dans le but d'instaurer une collaboration optimale entre les deux professions (médecins-pharmaciens) et optimiser la prise en charge thérapeutique du patient.

Dans le cadre de ce travail de thèse, piloté par le Pr Jean-Marc Lefebvre (médecin généraliste à Hem), je souhaite évaluer l'application et le respect de ce cahier des charges en soin premier sur le pôle santé de Hem chez le patient âgé polymédiqué et poly-pathologique.

Je propose de recueillir toutes les prescriptions des médecins généralistes participant au pôle de santé pour y évaluer le taux de renseignement des items retenus indispensables par eux lors de l'étude précédente de 2017.

Les ordonnances seront récupérées de manière rétrospective du 22/04/2019 au 29/06/2019 puis comparés aux précédentes.

Pour rendre cette évaluation possible, je souhaite votre accord afin de mener cette étude sur le site de vos officines pharmaceutiques.

***Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.***

***El Fahsi Malika***  
***[malika.elfahsi@gmail.com](mailto:malika.elfahsi@gmail.com)***  
***Tel : 06.69.53.96.01***



**AUTEUR :** El Fahsi Malika

**Date de soutenance :** Le 13 mars 2020

**Titre de la thèse :** Evaluer l'application d'un modèle d'ordonnance-type auprès des Médecins généralistes sur le pôle santé de hem chez la personne âgée polymédiquée polypathologique.

**Thèse - Médecine – Lille - 2020**

**Cadre de classement :** *Médecine générale*

**Mots-clés :** conciliation médicamenteuse, qualité rédactionnelle, personnes âgées, polymédication.

**Résumé :**

**Contexte :** Afin de prévenir la survenue d'erreurs médicamenteuses, le médecin généraliste, en tant qu'acteur de santé primaire, joue un rôle essentiel dans la mise en place de la conciliation médicamenteuse. Notre étude a été évaluée l'efficacité de l'instauration d'un protocole standardisé sur la qualité du remplissage des ordonnances des patients âgés polymédiqués et polypathologiques au sein du pôle santé de Hem.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude expérimentale avant/après monocentrique, réalisée auprès des médecins généralistes de Hem. Description de la qualité rédactionnelle, selon un modèle « d'ordonnance-type » établi lors d'un précédent travail de thèse. Des statistiques descriptives de toutes les variables ont été réalisées, ainsi que des analyses bivariées.

**Résultats :** 152 ordonnances étaient éligibles, 29 n'ont pu être retrouvées (soit 19,1%) ; 123 ordonnances ont été analysées. La mise en place du protocole était associée à une augmentation significative du nombre d'ordonnances respectant l'ensemble des critères de qualité de remplissage ( $p < 0,001$ ). Il était observé que les critères significativement le plus souvent renseignés après mise en place du protocole étaient les suivants : le poids (65,0% vs 41,5%,  $p < 0,001$ ), les horaires de prescription (80,5% vs 69,9%,  $p < 0,001$ ), la clairance (53,6% vs 3,6%,  $p < 0,001$ ), l'INR (56,0% vs 12,0%,  $p = 0,009$ ) et l'HbA1c (52,3% vs de 4,5%,  $p < 0,001$ ). Pour l'ensemble des autres critères (âge, mentions « nouvelle prescription », « arrêt du traitement », « remplacement du traitement », « modification de posologie » et « ne pas délivrer »), ne montraient pas d'amélioration du remplissage significative.

**Conclusion :** Notre travail montre que la mise en place d'un protocole standardisé permet un remplissage des ordonnances de meilleure qualité chez le patient polypathologique et polymédiqué.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur François Puisieux

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Bertrand Decaudin**

**Monsieur le Docteur Alexandre Gibouri**

**Monsieur le Docteur François Rebier**

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