



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien  
d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie : opinion  
des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes  
du Sud-Avesnois**

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2024 à 18h00

au Pôle Formation

**par Guillaume SEROUART**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseur :**

**Madame le Professeur Anita TILLY**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Dominique CESAR-FERET**

---



# **Avertissement**

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



# **LISTE DES ABREVIATIONS**

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

CRO : Consultation de Renouvellement d'Ordonnance

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ALD : Affection de Longue Durée

LiSSa : Littérature Scientifique en Santé

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CPP : Comité de Protection des Personnes

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

SRQR : Standards for Reporting Qualitative Research

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	8
METHODE .....	13
I. Type d'étude.....	13
II. Recherches bibliographiques .....	13
III. Population étudiée .....	14
IV. Entretien individuel semi-dirigé .....	14
V. Recueil des données.....	15
VI. Analyse des données .....	15
VII. Technique pour améliorer la fiabilité .....	16
VIII. Aspects réglementaires et éthiques.....	16
RESULTATS.....	16
I. Caractéristiques des entretiens et des participants.....	16
II. Résultats de l'analyse .....	18
A. La fragilité des patients âgés polymédiqués .....	18
1. Besoin de plus d'aides en vieillissant .....	18
a. Être dépendant en vieillissant .....	18
b. Avoir plus de besoin lié à sa santé en vieillissant .....	19
c. Absence de connaissances médicales .....	21
d. Subir les conséquences de sa polymédication .....	21
2. Méconnaissance de l'évolution des pratiques des soignants .....	23
a. Méconnaître les mécanismes actuels de la profession de médecin traitant.....	23
b. Méconnaître l'intérêt de la consultation de renouvellement d'ordonnance .....	24
c. Méconnaître les missions du pharmacien.....	25
B. Les patients âgés polymédiqués ont besoin de régularité dans leur suivi médical .....	26
1. Suivi avec des interlocuteurs privilégiés.....	26
a. Avoir des relations de proximité pour son suivi.....	26
b. Souhait de garder son médecin traitant comme premier interlocuteur dans le système de santé .....	28
2. Suivre les recommandations des soignants .....	29
a. Faire confiance à la compétence .....	29
b. Sentiment d'être bien soigné .....	30
c. Apprendre à gérer sa santé .....	32
C. Sentiment de dégradation de l'accès aux soins .....	33
1. Inégalité d'accès aux soins .....	33

2.	Accès aux soignants difficile .....	34
3.	Difficultés à la mise en place du travail en équipe .....	35
D.	Les patients âgés polymédiqués prêts à s'adapter aux évolutions des pratiques pour améliorer leur santé .....	36
1.	S'investir dans sa santé .....	36
a.	Se préoccuper de son suivi médical .....	36
b.	Accepter de se faire aider.....	38
c.	Choisir selon les compétences de chaque soignant.....	39
d.	Vouloir décider pour sa santé .....	39
2.	Accepter les changements dans l'organisation du système de santé.....	40
a.	Avoir une bonne organisation pour le travail en équipe .....	40
b.	Souhaiter que le pharmacien élargisse ses missions .....	41
	DISCUSSION .....	43
I.	Résultats principaux .....	43
II.	Comparaison avec la littérature .....	46
III.	Les forces et les limites.....	48
IV.	Perspectives.....	49
	CONCLUSION .....	50
	BIBLIOGRAPHIE.....	52
	ANNEXES.....	55
	Annexe 1 : Grille SRQR.....	55
	Annexe 2 : Lettre d'information .....	58
	Annexe 3 : Guide d'entretien initial .....	60
	Annexe 4 : Guide d'entretien final .....	64
	Annexe 5 : Liste des propriétés .....	68
	Annexe 6 : Déclaration auprès du délégué du service de Protection des Données de l'Université de Lille .....	74

# **INTRODUCTION**

En France, le médecin généraliste est au cœur de l'organisation des soins primaires et occupe une place centrale dans le parcours de soins des patients. Cependant, ce rôle pourrait être remis en cause dans un contexte de désertification médicale croissante dans de nombreux territoires en France, où la question de l'accès aux soins devient omniprésente dans les médias et le débat public (1). En effet, au vu de l'évolution de la démographie médicale et du vieillissement de la population, entraînant ainsi une augmentation des besoins de soins, une diminution de l'offre de soins est à envisager dans les prochaines années concernant notamment la médecine de ville, dans le secteur des soins primaires (1,2).

Le nombre de médecins en activité en France continue de s'accroître au fil des années, pourtant le nombre de médecins généralistes en exercice n'a cessé de diminuer depuis 2012 (3). Cette tendance risque de se poursuivre au cours des prochaines années continuant ainsi d'aggraver les difficultés d'accès aux soins, notamment dans les territoires déjà sous dotés en médecins actuellement.

Pour répondre à ce contexte de baisse de la démographie médicale et face au nombre grandissant de déserts médicaux, les politiques de santé publique ont mis en place des réformes sur l'organisation et la transformation du système de santé ces dernières années.

On peut retrouver, par exemple, l'augmentation du nombre d'étudiants admissible en deuxième année du premier cycle des études médicales avec notamment la suppression du numerus clausus, instauré en 1971, et remplacé par un numerus apertus depuis 2021. Ainsi le nombre d'étudiants admis en deuxième année est désormais fixé chaque année par les universités en fonction de leur capacité d'accueil.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, permet la création de CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) dans le but d'inciter les professionnels de santé d'un même territoire à s'organiser entre eux pour répondre aux besoins de santé de la population. Ceci dans une optique d'amélioration de l'organisation des soins de ville et pour développer l'exercice coordonné entre la ville et l'hôpital.

Une des dernières réformes sur l'organisation et la transformation du système de santé, la loi Ma Santé 2022, adoptée et publiée le 24 juillet 2019, prévoyait le déploiement de 1000 CPTS en France pour 2022 (4,5).

Cette réforme permet également la création du métier d'assistant médical destinée à redonner du temps médical au médecin généraliste, dans un contexte où les tâches administratives représentent une part non négligeable du temps de travail des médecins. Alors que les premiers assistants médicaux ont déjà commencé à être déployés en France, ce nouveau métier a également pour objectif l'évolution de l'exercice individuel vers un exercice regroupé des praticiens. Ainsi comme le montre une thèse d'exercice de médecine générale soutenue en 2019, ce travail en équipe présente de nombreux avantages même si les missions de l'assistant médical ne sont pas encore clairement définies. Il pose, en revanche, la question d'une modification dans la pratique et l'exercice de la médecine générale (6,7).

Initialement, la place centrale du médecin généraliste a été renforcée depuis la loi du 14 août 2004 avec la mise en place du parcours de soins coordonnés. Cela a permis de réorganiser le système de soins autour du médecin traitant qui s'est vu confier un rôle central dans le suivi du patient, la coordination des soins et la gestion du dossier médical du patient. L'objectif était également la maîtrise des dépenses de santé où les remboursements auprès des patients sont conditionnés au respect de ce parcours de soins coordonnés (8).

Néanmoins, de multiples dysfonctionnements découlent de cette réforme comme le révèle la Cour des comptes en 2013 (9). On peut citer notamment le retard considérable dans la mise en place du dossier médical partagé. Une thèse d'exercice de médecine générale soutenue en 2018 a permis de mettre en évidence de nombreuses déficiences dans ce parcours de soins coordonnés, après avoir recueilli le ressenti auprès de médecins généralistes (10).

Alors que le médecin généraliste a été placé au centre du parcours de soins coordonnés du patient lorsque l'offre de soins et l'accès aux spécialistes étaient adéquats, cette place semble désormais remise en cause devant l'émergence de nouveaux acteurs des soins primaires pour répondre au contexte de baisse de la démographie médicale et à la nécessité de répondre à la demande d'accès aux soins.

En effet, pour lutter contre la désertification médicale, deux professions sont désormais autorisées à intervenir sur la prescription médicale dans l'optique de poursuivre le développement de délégation de tâches médicales et la coopération entre professionnels de santé : il s'agit du dispositif d'infirmier en pratique avancée (IPA) et du dispositif de pharmacien correspondant.

L'infirmier en pratique avancée (IPA) est un infirmier ayant obtenu le diplôme d'Etat d'IPA avec au minimum trois ans d'exercice lui permettant d'acquérir des compétences plus étendues en matière de prescription de certains médicaments ou dans le cadre du suivi de pathologies chroniques stabilisées (11,12). Ces IPA, dont les premières promotions ont débuté leur activité fin 2020, sont amenés à s'implanter massivement sur le territoire et intégrer notamment des MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaires) ou des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) pour travailler en collaboration avec le médecin traitant en définissant des protocoles d'organisation (13).

Le pharmacien correspondant, quant à lui, peut notamment renouveler une ordonnance de manière périodique ou encore ajuster une posologie si nécessaire dans le cadre d'une coordination préalablement établie avec le médecin traitant. Ces discussions entre ces deux acteurs majeurs du système de soins primaires au sujet de ces nouveaux domaines de coopération existent depuis plusieurs années : les pharmaciens d'officine sont ouverts à l'extension de leur champ de compétence, ce qui a notamment été le cas durant la pandémie de Covid-19, ou encore avec la généralisation de la vaccination contre la grippe à certaines catégories de patients (14,15).

Ces nouveaux dispositifs permettent ainsi un transfert de compétences pour fluidifier le parcours de soins des patients en ville dans une optique d'amélioration de l'accès aux soins. Cependant, cette nouvelle organisation des soins primaires entraîne une modification de la pratique du médecin généraliste.

La consultation dite de renouvellement d'ordonnance (CRO) est le motif de recours le plus fréquent en médecine générale. En effet, selon une enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) auprès des médecins généralistes libéraux publiée en 2002, le recours au médecin est dû dans plus de 40% des cas au suivi d'une pathologie chronique et plus d'une consultation ou

visite sur quatre concerne une affection de longue durée (ALD). Cette enquête précise également que les patients de plus de 70 ans consultent majoritairement dans le cadre du suivi d'affections chroniques (16). De plus, d'après l'assurance maladie, en 2019 près de 11 millions de personnes en France affiliées au régime générale bénéficient du dispositif des affections de longue durée soit environ 17% des assurés (17).

Le vieillissement de la population en France est amené à s'accroître jusqu'en 2050, entraînant une augmentation considérable de la population âgée polymédiquée. Effectivement, les personnes âgées de plus de 65 ans ont généralement un nombre de médicaments, dans le cadre de la prise en charge de maladies chroniques, plus important que le reste de la population. Ce qui augmente ainsi considérablement le risque de iatrogénie médicamenteuse. En 2003, on estimait déjà qu'environ un tiers des médicaments en France étaient consommés par les personnes de plus de 65 ans. Mais également entre 5 et 10% des hospitalisations en France seraient dues à une cause iatrogène, le tout associé à un coût non négligeable des dépenses de santé (18,19).

La prévention de la iatrogénie devient ainsi un enjeu de santé publique majeur depuis plusieurs années. Des outils ont été mis en place ces dernières années pour identifier des prescriptions de médicaments inappropriés, les plus connus étant la liste Laroche et l'outil STOPP/START. La place du pharmacien d'officine, à la fois dans son rôle de dispensation du médicament et de sécurisation des prescriptions mais aussi en tant qu'acteur de soins de premier recours pour le patient, semble donc primordiale dans la prévention de la iatrogénie.

La conciliation médicamenteuse, initialement mise en place à l'hôpital, est une approche permettant la prévention et la détection des erreurs médicamenteuses en établissant une liste exhaustive de tous les médicaments du patient (20). Ce principe a vu le jour en soins primaires ces dernières années avec la mise en place du bilan partagé de médication. Ce dernier est réalisé par les pharmaciens d'officine dans l'optique d'améliorer l'observance du patient et toujours dans une démarche de prévention de la iatrogénie médicamenteuse. L'objectif était également de favoriser la collaboration entre les acteurs des soins primaires, et de revaloriser la fonction de pharmacien d'officine (21,22).

Face à l'augmentation de la population âgée polymédiquée en France d'une part, et au contexte de désertification médicale d'autre part, le champ d'action du pharmacien d'officine semble être amené à s'élargir. Ceci dans un contexte où la prise en charge des maladies chroniques représente environ la moitié de l'activité de la médecine ambulatoire.

Alors que ces dernières années, de nombreuses études françaises s'attardent principalement sur la délégation de tâches entre le médecin et l'infirmier, avec par exemple la mise en place du dispositif d'infirmier en pratique avancée (IPA), il serait intéressant de s'attarder sur la coopération interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine.

La question de l'élargissement et du développement des compétences du pharmacien existe depuis plusieurs années, ce dernier souhaitant être plus impliqué et reconnu dans la prise en charge des patients. Ainsi, devant ce contexte de réorganisation des soins primaires et la mise en place de CPTS pour répondre à la demande d'accès aux soins, le pharmacien correspondant semble être le professionnel de santé le plus légitime dans le développement d'une coopération interprofessionnelle avec le médecin généraliste, mais également dans le transfert de compétence avec ce dernier dans le cadre notamment du parcours de soins du patient âgé et de la prévention de la iatrogénie.

Des thèses d'exercice en médecine générale se sont intéressées aux représentations et aux attentes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine vis-à-vis de cette collaboration interprofessionnelle, il serait intéressant de s'attarder sur les représentations et les attentes des patients, directement impliqués dans cette réorganisation du système de santé.

C'est pourquoi dans cette étude, nous souhaitons répondre à cette question :

***Quelle est l'opinion des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois dans la collaboration interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie ?***

L'objectif principal de cette thèse est de recueillir les représentations et les attentes des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois

sur cette collaboration interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Quelles sont les représentations des patients âgés polymédiqués sur les rôles respectifs du médecin et du pharmacien dans la prescription ?
- Quelles sont les croyances des patients âgés polymédiqués sur les bénéfices et les risques des médicaments ?
- Quels sont les sentiments des patients âgés polymédiqués lorsqu'à l'issue d'une conciliation médicamenteuse le médecin ou le pharmacien leur propose d'interrompre la prise d'un médicament ?

## **METHODE**

### **I. Type d'étude**

Une étude qualitative a été menée avec la réalisation d'entretien individuel semi-dirigé. Cette approche semble être la plus appropriée ici car il n'y a pas de données statistiques à analyser. Elle est de plus en plus utilisée en médecine générale car elle étudie des facteurs subjectifs, notamment pour essayer de comprendre les pensées, les expériences et les comportements dans un ensemble de données.

Pour décrire les représentations et les attentes des participants, et pour faire émerger les thèmes du discours, une méthode d'analyse inspirée d'une analyse thématique avec une approche inductive a été réalisée.

### **II. Recherches bibliographiques**

Les bases de données et de moteurs de recherche utilisés pour réaliser la recherche documentaire sont : Pubmed, Cairn, LiSSa, CISMef, Google scholar.

Mais également avec l'aide du service commun de documentation de l'Université de Lille.

Les mots clés employés sont : « General practitioner » ; « Pharmacist » ; « Primary healthcare » ; « Iatrogenic Disease » ; « Personne âgée » ; « Iatrogénie » ; « Réforme du système de santé » ; « Bilan partagé de médication » ; « Conciliation médicamenteuse ».

Pour la gestion des références bibliographiques, le logiciel Zotero® a été utilisé.

### **III. Population étudiée**

Les participants étaient des patients âgés de 65 ans ou plus, vivant dans la communauté de communes du Sud-Avesnois, ayant un suivi pour une ou plusieurs pathologies chroniques et ayant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois.

Il a été décidé de retenir les mêmes critères d'inclusion, hormis le lieu de résidence, que ceux de la population éligible au bilan partagé de médication pour définir les patients âgés polymédiqués.

Pour le recrutement des participants, un échantillonnage raisonné homogène a été effectué. Une demande de collaboration, pour le recrutement des patients, auprès des 8 pharmacies installées dans la communauté de communes du Sud-Avesnois a été réalisée. La prise de contact initiale avec les pharmaciens a été réalisée par mail et/ou appel téléphonique.

Les patients, répondant aux critères d'inclusion, ont reçu une lettre d'information (Annexe 2) transmise par leur pharmacien. La lettre d'information contenait notamment mes coordonnées. Les patients souhaitant participer à l'étude ont ainsi pu me contacter par mail et/ou appel téléphonique. Le recrutement des patients s'est fait sur la base du volontariat.

### **IV. Entretien individuel semi-dirigé**

Pour chaque participant, un entretien individuel semi-dirigé avec des questions ouvertes a été réalisé. L'objectif était d'explorer les représentations et les attentes des patients. Les entretiens ont été menés en présentiel par l'investigateur (moi-même)

soit au domicile des participants soit dans un espace de confidentialité dans l'officine où le participant a été recruté, selon le choix des participants.

Les données recueillies ont assuré l'anonymisation des participants.

Mon directeur de thèse et moi-même avons réalisé un guide d'entretien pour rassembler les questions ouvertes abordant les différents thèmes lors de ces entretiens. Les entretiens suivaient l'ordre des questions du guide. Une modification du guide d'entretien a été réalisée au cours de l'étude, le guide initial et le guide final sont disponibles en annexe (Annexes 3 et 4).

## **V. Recueil des données**

Un dictaphone Olympus VN-540PC a été utilisé pour l'enregistrement audio des entretiens.

Avec l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word, le verbatim a été retranscrit mot à mot par l'investigateur. Les données issues du verbatim ne permettent pas d'identifier les participants. Ainsi les données retranscrites des audios sont restées anonymes.

Le nombre d'entretiens n'étant pas défini à l'avance, le recueil de données a été arrêté à la saturation des données. Un entretien supplémentaire a cependant été réalisé afin de vérifier la saturation des données.

## **VI. Analyse des données**

Après la retranscription des données, le codage du verbatim a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo 14®, qui est un logiciel d'analyse utilisé pour des études qualitatives.

Une analyse des données inspirée d'une méthode d'analyse thématique avec une approche inductive a été effectuée.

Un codage ouvert a été initialement réalisé permettant d'abord un étiquetage du verbatim en étiquettes expérientielles. Des propriétés ont ensuite été identifiées à partir des étiquettes. L'ensemble des propriétés a permis de construire les catégories.

Un codage axial a ensuite permis d'articuler les propriétés et les catégories issues des différents entretiens entre eux.

Un journal de bord a également été tenu depuis le début de l'étude servant d'outil à l'analyse.

## **VII. Technique pour améliorer la fiabilité**

Une triangulation des données a été effectuée avec le codage du verbatim par une autre personne neutre pour améliorer la fiabilité de l'étude. Ainsi les données ont d'abord été analysées séparément par les deux chercheurs puis une comparaison a été réalisée afin de choisir les propriétés puis les catégories.

## **VIII. Aspects réglementaires et éthiques**

Au début de chaque entretien, l'accord des participants à la réalisation de l'entretien et de l'enregistrement audio a été systématiquement recueilli.

Les données retranscrites issues des enregistrements audios ont été anonymisées.

Cette étude a fait l'objet d'une demande de déclaration auprès du délégué du service de Protection des Données de l'Université de Lille.

Une demande a également été réalisée auprès du CPP (Comité de Protection des Personnes) mais cette étude ne nécessitait pas d'avis préalable auprès d'un CPP après l'examen de ce dernier.

# **RESULTATS**

## **I. Caractéristiques des entretiens et des participants**

Quinze entretiens ont été réalisés entre le 07 février 2023 et le 10 janvier 2024. La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes et 38 secondes. La saturation des

données a été obtenue à partir du quatorzième entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé afin de vérifier la saturation des données.

Parmi les participants ayant accepté de participer à l'entretien, on retrouve 11 hommes et 4 femmes. L'âge des participants était compris entre 69 et 84 ans.

Les caractéristiques des participants et des entretiens sont présentées dans le tableau ci-dessous.

<b>Participant</b>	<b>Sexe</b>	<b>Âge (année)</b>	<b>Nombre de médicaments par jour</b>	<b>Date de l'entretien</b>	<b>Durée de l'entretien (minutes)</b>
<b>P1</b>	F	69	13	07/02/2023	13'31''
<b>P2</b>	F	75	Environ 10	07/02/2023	18'37''
<b>P3</b>	H	83	12	08/02/2023	18'27''
<b>P4</b>	H	70	Entre 12 et 15	08/02/2023	14'12''
<b>P5</b>	F	76	5	01/03/2023	14'43''
<b>P6</b>	H	73	5	16/03/2023	26'47''
<b>P7</b>	H	74	5	06/12/2023	28'12''
<b>P8</b>	H	72	7	06/12/2023	15'31''
<b>P9</b>	H	71	8	06/12/2023	15'47''
<b>P10</b>	H	77	7	13/12/2023	12'27''
<b>P11</b>	F	76	5	13/12/2023	26'33''
<b>P12</b>	H	69	6	13/12/2023	19'49''
<b>P13</b>	H	84	5	10/01/2024	15'43''
<b>P14</b>	H	82	5	10/01/2024	53'11''
<b>P15</b>	H	74	10	10/01/2024	16'06''

Figure 1 : Caractéristiques des participants et des entretiens

## II. Résultats de l'analyse

### A. La fragilité des patients âgés polymédiqués

#### 1. Besoin de plus d'aides en vieillissant

##### a. Être dépendant en vieillissant

Les patients âgés polymédiqués expriment avant tout un besoin d'être rassuré par un professionnel de santé dans le cadre de la prise de médicaments.

*P2 : « j'ai un nouveau médicament ou si j'ai un mal de tête et que je veux prendre un médicament, si je téléphone, pour savoir si c'est compatible avec mon traitement habituel, on me répond, on m'accompagne. ».*

*P3 : « je me sens en sécurité ».*

La plupart des participants rapportent également un état d'anxiété lié à leur santé.

*P11 : « c'est peut-être une ânerie, c'est peut-être psychologique parce que le psychosomatique chez moi ça fonctionne aussi, tant que je n'ai pas repris ma respiration pour me calmer. Faut être honnête aussi. ».*

Des participants évoquent même des difficultés pour accéder aux soins, aggravant cet état d'anxiété.

*P7 : « Après c'est un problème de temps aussi, un problème de médecin... Il y a de moins en moins de médecin. A mon âge, j'ai connu pas mal de médecin à Fourmies, bon il y en a de moins en moins. Ça devient galère maintenant pour se faire soigner... ».*

*P6 : « Aujourd'hui, le contrôle pour le diabète des yeux, on n'a plus jamais rendez-vous. ».*

S'ajoute à cela, des difficultés à se déplacer liées à une perte d'autonomie pour consulter son médecin traitant.

*P15 : « Bah d'ailleurs, pour aller chez le docteur, j'ai déjà des problèmes de locomotion, bon c'est embêtant. Ma voiture elle ne démarre pas toujours alors. ».*

Alors que d'autres patients expliquent rencontrer des difficultés à accéder à certains soins en vieillissant.

*P6 : « Je dis « impeccable, je vais pouvoir avoir un rendez-vous ». Donc j'étais content, ils me disent « vous avez quel âge ? Ah, plus de soixante-dix ans, ah non on ne peut pas vous prendre. » Donc, après soixante-dix ans, on ne vous prend plus. Donc je suis sans contrôle depuis déjà une paire d'année mais bon. ».*

Les participants évoquent une dépendance vis-à-vis de leurs proches pour leur suivi médical et notamment dans la gestion de leur traitement.

*P1 : « C'est pour ça que ma fille vient avec moi en consultation avec les autres médecins spécialistes. »*

*« Ma fille, quand j'ai des résultats d'analyse, c'est elle qui téléphone directement à mon médecin quand ce n'est pas bon. ».*

Une patiente évoque même ne pas assister à la délivrance de ses médicaments en pharmacie.

*P11 : « Mon mari part avec l'ordonnance et puis il revient avec ce qu'il faut. ».*

## **b. Avoir plus de besoin lié à sa santé en vieillissant**

Au cours des entretiens, les participants ont fait part de leur suivi médical important du fait de nombreux antécédents médicaux.

*P10 : « J'ai fait un AVC, un infarctus et je suis suivi depuis ce temps-là régulièrement. ».*

Cette polypathologie est présente chez ces patients depuis de nombreuses années, un patient faisant même référence à une habitude.

*P5 : « J'ai un cancer, j'ai un anévrisme de l'aorte que je surveille. Je suis asthmatique. Je fais de l'ostéoporose, mais je dois oublier quelque chose. A force, on n'y pense même plus. ».*

Quand un autre participant évoque une lassitude par rapport à ses besoins de santé.

*P4 : « On a déjà assez de soucis de santé sans en rajouter en plus. ».*

Les patients âgés polymédiqués sont bien conscients de leur fragilité due à leur polypathologie.

*P9 : « Moi je suis un rescapé. J'ai failli mourir. ».*

Parlant même de nécessité d'un suivi médical plus important pour les patients fragiles par rapport au reste de la population.

*P2 : « Il y a quand même des personnes qui sont plus fragiles que d'autres. ».*

Un patient rapporte subir cette fragilité comme une conséquence de sa mauvaise hygiène de vie passée.

*P6 : « L'infarctus que j'ai fait est dû à ça et dû aussi à la consommation de tabac. Je fumais énormément, presque un paquet par jour. ».*

De par cette fragilité, les patients parlent d'un besoin de prendre plus de médicaments quotidiennement en vieillissant.

*P3 : « Par rapport à ce que je prenais avant. Bon je n'avais pas ces histoires de cœur, de cancer. Et tout ça est arrivé avec la vieillesse, je le dis. J'ai un ou deux médicaments pour le cœur, j'ai un ou deux médicaments pour la tension, j'ai un ou deux médicaments pour ma spondylarthrite. ».*

La prise récurrente de médicaments antalgiques est aussi évoquée par un patient.

*P11 : « Dafalgan ou contre l'arthrose quand j'ai une crise. ».*

Des participants évoquent, cependant, un nombre de médicaments pris quotidiennement trop important.

*P5 : « Je ne compte même plus le nombre de médicaments. ».*

*P3 : « Je dis que douze médicaments par jour, pour moi c'est énorme. ».*

Le sentiment qu'un nombre de médicament important peut-être néfaste pour leur santé ressort des entretiens.

*P3 : « En rigolant, je disais à mon pharmacien : « vous êtes en train de m'empoisonner vous ». Parce je ne prenais pas autant de médicament. ».*

Cette polymédication entraîne chez ces patients le besoin de plus d'information sur les effets de ces médicaments. Un patient évoquant notamment le manque d'information à ce sujet.

*P9 : « Parce qu'on nous donne des médicaments mais bon, on se limite à dire ça sert pour ça... mais sans plus. ».*

### **c. Absence de connaissances médicales**

Une absence de connaissances médicales au sujet des effets de leurs médicaments est évoquée par les participants.

*P6 : « Moi je ne sais pas s'il y a des rôles entre les molécules à ce niveau-là qui ont été détectés. ».*

Les patients expriment également ne pas se sentir compétents pour juger des effets de leur traitement.

*P11 : « Mais je ne vois pas comment je peux me plaindre d'un médicament. Euh... en tant que personne non médicale. ».*

Le sentiment de ne pas se sentir légitime à la prise de décision au sujet de leurs médicaments est aussi mentionné.

*P10 : « Chacun son métier, c'est le leur, je suis. ».*

*P12 : « Bon moi je fais confiance, moi ce n'est pas mon... je n'y connais rien disons. Donc s'il me dit qu'il faut changer la dose de tel médicament, bon c'est tout. ».*

Un des participants dit également ne pas comprendre l'adaptation de ses traitements.

*P14 : « Alors il propose un plan thérapeutique, essayez ça, proposition trois mois. Alors je me suis aperçu avec l'appareil, qu'il m'a posé, il y a des taux où ça redescend à quatorze, à douze de tension. ».*

### **d. Subir les conséquences de sa polymédication**

Face à cette polymédication, les patients révèlent des difficultés à gérer la prise de leurs médicaments.

*P6 : « Bon c'est vrai que quelque fois je ne me rappelle plus si j'ai pris ou pas. ».*

Des problèmes à retenir les informations sur leurs traitements sont aussi mentionnés.

*P1 : « Parce moi je vais retenir des informations, mais je ne vais pas retenir tout ce que le médecin va me dire. ».*

*P3 : « C'est noté sur les ordonnances mais à un moment, vu l'âge, on ne se rappelle plus. ».*

Deux patients expliquent avoir du mal à anticiper leur renouvellement de traitement en rapport avec le conditionnement de certains de leurs médicaments.

*P11 : « Il m'est arrivé une fois d'être en panne d'lvabradine, parce que c'est le problème des vingt-huit jours et des trente jours. ».*

Alors qu'un autre patient éprouve des difficultés à s'adapter aux modifications de ses traitements.

*P14 : « Bah ils modifient, ils ont encore rechangé un médicament, de toute façon ils ne font que ça... Esidrex. ».*

Cette difficulté d'adaptation est également évoquée dans le cadre d'une substitution d'un médicament princeps par un médicament générique.

*P14 : « De toute façon, je vous dis, on subit. Ils changent, bon c'est soi-disant le même. Ils parlent encore de changer les médicaments. ».*

Les patients âgés polymédiqués rapportent avoir déjà eu des effets indésirables en rapport avec leur traitement.

*P7 : « Bah ça m'a apporté qu'il y avait un médicament qui me provoquait des coliques, si vous voulez, mais des coliques, vraiment ça me prenait n'importe où c'était une horreur. ».*

Quand certains parlent même de subir fréquemment les effets de leur traitement.

*P6 : « Ça pour moi, ça a un effet terrible, mais comme je suis assez musclé des jambes, le jour où vous avez des crampes sur des bons muscles, je peux vous dire que ça fait mal. Pour dormir, pour que ça se passe, il faut quelque fois une heure ou deux à serrer les dents. ».*

Un des participants évoque lui les effets néfastes de certains de ses médicaments sur la conduite.

*P14 : « Je l'ai dit à mon médecin traitant, je dis : « Le comble de tout docteur, la permission de conduire, vous voyez sur les trois quarts des médicaments », et les Zolpidem, « Reprendre la conduite avec l'avis du médecin traitant ». Il vous arrive un accident, vous avez un contrôle, vous êtes considérés comme drogué. ».*

L'ignorance sur l'origine de certains effets indésirables est soulignée par certains patients.

*P11 : « Donc, quand j'ai pris le matin Ramipril et Ivabradine, j'ai un moment où je suis froide, je n'ai pas froid, mes extrémités sont froides, mes pieds, mes mains sont froides. Et je ne sais pas si ça a un rapport ou pas. Et ça je ne l'ai jamais dit. ».*

La dépendance à un traitement hypnotique est également mentionnée par un des patients.

*P14 : « Que si je monte et que j'ai oublié mon cachet. Une heure, deux heures après : « bah tient c'est bizarre, est-ce que j'ai pris mon cachet ? Non je ne dors pas, je ne l'ai pas pris ». Je descends à deux heures du matin, je prends mon cachet, et me voilà reparti jusqu'à huit ou neuf heures. ».*

## **2. Méconnaissance de l'évolution des pratiques des soignants**

### **a. Méconnaître les mécanismes actuels de la profession de médecin traitant**

Les patients âgés polymédiqués ont du mal à comprendre certaines évolutions liées à la profession de médecin traitant.

*P14 : « Bon, maintenant qu'est-ce que je vois, c'est qu'on veut des médecins, on veut les impliquer dans des choses, bon. Ce qui arrive là, on veut les mettre dans des pièces et puis voilà. ».*

Un patient évoque même être nostalgique de la médecine d'avant, avec le sentiment d'une diminution du champ de compétence du médecin traitant.

*P14 : « Bon voilà. Il ne faut pas comprendre la médecine actuelle avec la médecine d'avant. Parce que le médecin avant, il faisait tout. Moi je peux vous le dire. Je me suis*

*cassé le bras, qui c'est qui a remis le bras ? C'est le médecin. J'ai eu ma main d'arrachée, regardez, qui m'a recousu ? C'est le médecin. ».*

Cette diminution du champ de compétence semble s'exprimer notamment par une diminution des gestes techniques du médecin, remplacés principalement par la mise en place de traitements médicamenteux.

*P14 : « Maintenant il y a tout un tas de... On pratiquait tout un tas de truc qu'on ne fait plus maintenant. Je vois avec mon père, bah c'est incroyable. Mon père il avait fait un œdème au genou, on lui a fait des pointes de feux, à ce temps-là. ».*

Alors qu'un autre patient a le sentiment que les médecins ont du mal à déléguer certains actes à d'autres professionnels de santé.

*P11 : « Tout comme les médecins ont hurlé quand les pharmaciens ont eu le droit de vacciner, en fait ils se plaignent d'être surbookés et puis ils se plaignent de... ».*

L'impression que les jeunes médecins rencontrent des difficultés pour s'installer est mentionnée par un des participants sans en connaître les raisons.

*P14 : « Ça avec les jeunes, comme vous qui arrivez là, il va falloir un investissement. Vous ne pouvez pas prendre un cabinet, à moins que vous ayez les moyens. ».*

## **b. Méconnaître l'intérêt de la consultation de renouvellement d'ordonnance**

Les patients âgés polymédiqués banalisent pour la majorité la consultation consacrée au renouvellement d'ordonnance qu'ils ne considèrent pas comme une réévaluation thérapeutique.

*P10 : « C'est la routine, c'est le renouvellement tous les mois donc bon. J'ai un traitement par le docteur tous les trois mois, donc je vais le voir tous les trois mois, et puis c'est un renouvellement. C'est banal quoi. ».*

Un des patients signale que son renouvellement de traitement pourrait être espacé davantage dans le temps.

*P9 : « Faire le renouvellement d'ordonnance par le docteur tous les trois mois voire plus, ça serait possible. ».*

Des participants évoquent même l'absence de nécessité de consulter leur médecin traitant pour leur renouvellement de traitement.

*P13 : « Oui, moi ça ne me dérangerait pas du moment que je me sens bien et que je n'ai pas quelque chose d'anormal par rapport au coutumier. Ça ne me dérange pas que ça soit le pharmacien qu'il me le fasse. ».*

Ceci est notamment justifié par les patients pour libérer du temps médical à leur médecin.

*P9 : « Ça serait possible... oui. Ça serait assez logique vu qu'il manque des médecins, ça serait pas mal. ».*

Quand une des participantes explique déjà passer par un autre professionnel de santé pour cet acte.

*P11 : « Parce que en réalité, je vais voir l'IPA quand c'est juste un renouvellement, et je ne vais voir le toubib que quand j'ai vu mon rhumatologue, ou que j'ai vu ma néphrologue, pour faire le bilan avec lui et puis... ».*

### **c. Méconnaître les missions du pharmacien**

Lorsqu'il est question d'évoquer la place du pharmacien, les patients semblent méconnaître l'ensemble de son champ de compétence et son rôle notamment dans la prévention de la iatrogénie.

Les patients expliquent solliciter leur pharmacien régulièrement pour des conseils, mais certains patients préfèrent avoir l'avis de leur médecin traitant dès qu'il s'agit de modifier ou d'adapter leurs thérapeutiques.

*P14 : « Moi il me faut l'avis d'un médecin ou d'un professionnel, je ne sais pas moi. Il peut vous conseiller, un pharmacien, quand même. ».*

*P12 : « Ah non, non. Sauf si c'est comme je disais tout à l'heure, par exemple, un générique en rupture et qui est remplacé par un autre, qui sait pertinemment que c'est exactement la même molécule. Bon ça ok, ça peut aller, mais pas par un autre médicament comme j'ai déjà entendu, où là le pharmacien appelle le médecin. ».*

La plupart des participants déclarent ne pas connaître le bilan partagé de médication et ne pas en avoir réalisé alors qu'ils y sont éligibles.

Malgré les explications de l'intérêt de réaliser le bilan partagé de médication, certains participants semblent sceptiques quant à son utilité.

*P12 : « Bah je suis un peu... je suis un peu sceptique. Je préfère que ça soit le médecin qui... qui justement par ses questions, par ses... le fait de le voir, de décider, je ne sais pas moi. ».*

*P13 : « Non, je n'en vois pas la nécessité quoi. ».*

## **B. Les patients âgés polymédiqués ont besoin de régularité dans leur suivi médical**

### **1. Suivi avec des interlocuteurs privilégiés**

#### **a. Avoir des relations de proximité pour son suivi**

Du fait de leur âge et de leur polymédication, les patients signalent avoir un suivi médical régulier avec les mêmes professionnels de santé.

*P10 : « Tant qu'on a un médecin, un pharmacien, ils sont jeunes tous les deux en plus. Ils doivent être en contact assez régulier. Pas de problème. ».*

De part ce suivi régulier, les patients estiment avoir des traitements adaptés à leur santé.

*P10 : « Maintenant, j'ai une situation qui est quand même bien stabilisée, je n'ai aucun effet indésirable. ».*

Un des patients parle même de l'efficacité constatée de ses traitements.

*P6 : « De toute façon si je ne les prends pas le matin, je le sens tout de suite. C'est efficace, je vais le dire le traitement qu'on m'a donné, je le trouve très efficace, le cardiologue il n'en revient pas. ».*

Le suivi régulier et rigoureux avec leur médecin traitant est notamment mentionné.

*P7 : « Après sans mettre en avant mon médecin traitant, je la trouve très professionnelle. Elle réagit, elle a de bonnes réactions, il faut aller voir un tel « vous allez voir un tel », tout ça. ».*

Un des patients évoque également la réactivité de son médecin pour une adaptation thérapeutique à la suite de l'intolérance d'un nouveau médicament.

*P12 : « Donc j'ai téléphoné à mon médecin, elle m'a prescrit toute de suite un autre médicament. ».*

Quant un autre patient signale pouvoir facilement consulter son médecin traitant si besoin.

*P3 : « J'en ai déjà pour trois mois de traitement là mais comme je dis, si je tombe malade dans la semaine, je téléphone à mon docteur. ».*

La relation de confiance avec leur médecin traitant est évoquée par les patients.

*P2 : « J'ai une grande confiance, ça va très bien avec mon médecin traitant. ».*

Alors que d'autres participants déclarent avoir un suivi régulier avec leur médecin spécialiste, qui adapte régulièrement leur traitement.

*P13 : « Juste que... bon moi c'est ce que je dis à mon médecin traitant, bon tous les ans je fais un électrocardiogramme bien sûr. Et il y a deux ou trois ans, le cardiologue me dit : « Ah monsieur je ne sais plus quoi, ça il faudrait peut-être qu'on augmente la dose un peu ou ceci cela ». ».*

Les patients soulignent également l'importance de leur relation avec leur pharmacien et le suivi à long terme avec ce dernier.

*P3 : « Mon pharmacien me connaît depuis plusieurs années. ».*

Certains évoquent aussi une relation de confiance avec leur pharmacien.

*P2 : « Parce qu'il y a une chose aussi, quand on est plus proche, comme moi ici avec le pharmacien, on a peut-être des contacts pour parler, pour expliquer ce qu'on ressent, plus qu'avec son médecin. ».*

Un des patients parle même de l'importance du rôle de son pharmacien pour la gestion du risque d'interactions de ses médicaments et de ses contre-indications thérapeutiques.

*P4 : « Bah, il a un très bon rôle quand même parce que s'il y a un médicament qui ne rentre pas dans le cadre d'une de mes pathologies, il m'informe tout de suite. ».*

Quant un autre patient estime que son renouvellement de traitement pourrait être réalisé par son pharmacien plutôt que son infirmière en pratique avancée.

*P11 : « Parce que de toute façon pour les renouvellements c'est l'IPA qui me reçoit, donc je trouve que je peux très bien l'avoir avec le pharmacien, au contraire. ».*

La plupart des patients mettent en avant le rôle de conseil de leur pharmacien et l'information en rapport avec leurs traitements dont ils bénéficient grâce à lui.

*P5 : « Il est de bon conseil surtout. Si on a besoin de quelque chose en plus des médicaments habituels, il est de très bon conseil pour nous dire de prendre ça ou ça. ».*

*P15 : « Si vraiment c'est un médicament qui est assez dangereux ils me le disent que je ne dois pas dépasser la dose ou un truc comme ça. ».*

La bienveillance et la qualité d'écoute de leur pharmacien et de son équipe sont également pointées du doigt par les participants.

*P9 : « Ils sont serviables. Ils sont sympas. Il est bien le pharmacien d'Anor. Ils sont toujours à l'écoute. Toujours... je demande quelque chose, je l'ai assez rapidement. Tout est bien suivi, il n'y a pas de soucis. ».*

### **b. Souhait de garder son médecin traitant comme premier interlocuteur dans le système de santé**

Durant les entretiens, les participants expliquent être habitués à passer par leur médecin traitant quand il s'agit de leurs médicaments.

*P2 : « Parce que moi j'ai beaucoup de problèmes de santé, et en plus j'ai un terrain allergique très large, donc trois mois sans voir le médecin c'est beaucoup. J'ai des renouvellements tous les trois mois mais c'est extrêmement rare que je ne sois pas dans l'obligation de voir mon médecin entre deux. ».*

Sur le plan thérapeutique, les patients ont également l'habitude que leur médecin décide seul.

*P8 : « Ça ne me gênerait pas, mais jusqu'à présent c'est toujours le médecin qui a décidé jusqu'à maintenant. ».*

Le besoin d'avoir l'avis de leur médecin au sujet de leurs médicaments est notamment ressenti par les participants.

*P15 : « Moi il me faut l'avis du médecin pour mes médicaments, c'est tout. ».*

La plupart des patients expriment une plus grande confiance envers leur médecin traitant pour toute modification thérapeutique.

*P12 : « Ça ne me gêne pas si c'est possible mais par contre il faut que ça soit le médecin qui est la décision disons finale. S'il y a, disons, un point de vue particulier où ils ne soient pas tout à fait d'accord, faut que ça soit le médecin qui puisse... qui conserve la décision finale. ».*

*P10 : « Ah si pas d'échange avec le médecin là, si on devait changer le traitement, il y aurait une petite réticence disons. ».*

Alors que d'autres patients parlent d'une communication limitée avec leur pharmacien.

*P7 : « En pharmacie, ils me donnent les médicaments et puis c'est tout. ».*

## **2. Suivre les recommandations des soignants**

### **a. Faire confiance à la compétence**

Les patients reconnaissent avoir conscience de la qualification de leurs professionnels de santé.

*P12 : « Ah bah, moi je fais confiance, c'est comme mon médecin, s'il me dit « il faut changer », ça m'est déjà arrivé au début de mon traitement il changeait la dose d'un médicament. ».*

Concernant leurs médicaments et leurs posologies, les participants évoquent suivre les préconisations et les recommandations de leurs professionnels de santé.

*P3 : « Je suis quelqu'un qui respecte les doses, s'il faut en prendre un, je n'en prendrais pas deux. ».*

*P12 : « Si par contre on me dit qu'il faut en prendre un, avant je n'en prenais pas pour le diabète, et puis à un moment donné, suite aux analyses et tout ça on m'a dit : « bah maintenant je vais être obligé de vous donner un médicament », bon bah je l'ai pris c'est tout. ».*

Les compétences de leur pharmacien sont également citées par les patients.

*P5 : « De toute façon, le pharmacien connaît son boulot, il sait ce que l'on doit prendre. ».*

Le sentiment de sécurité avec leur pharmacien quant aux risques liés à leurs médicaments est également exprimé.

*P4 : « Et même si vous allez demander un médicament pour une raison x, ou y ou autre, pour une migraine, une douleur dans le bras ou dans l'épaule, il regarde avant votre dossier sur l'ordinateur, si vous êtes susceptible de le prendre. Ici, c'est comme ça. ».*

Les patients parlent aussi de la nécessité de prendre leurs médicaments et de ne pas les interrompre.

*P7 : « En général, je m'arrange pour ne pas être pris de court mais bon c'est le traitement cardio, c'est surtout important, toujours avoir un suivi régulier mais bon jusqu'à maintenant je n'ai jamais été trop embêté. ».*

Un des patients pense que les médicaments sont efficaces et fiables car ils ont été testés auparavant.

*P12 : « Ce n'est pas... maintenant il faut faire confiance aux études qui ont été faites et... enfin moi je fais confiance, s'ils sont dans le commerce comme on dit, les médicaments, c'est que... ils ont quand même été testés dans de nombreux cas. ».*

## **b. Sentiment d'être bien soigné**

Les patients signalent être satisfaits du système de santé en France.

*P7 : « Non, bah je dis on n'a pas à se plaindre de la médecine en France, je trouve qu'on est bien soigné. Que ça soit n'importe quoi, j'ai toujours un spécialiste, ou un truc comme ça. ».*

Ils indiquent notamment leur gratitude envers leur médecin traitant et leur pharmacien.

*P3 : « Je ne vois rien de spécial, je suis content de mon médecin et de mon pharmacien. Pour l'instant, je n'ai rien à dire contre ces gens-là. ».*

Quand d'autres patients évoquent être bien soignés et que leur état de santé est stable.

*P10 : « Maintenant, j'ai une situation qui est quand même bien stabilisée. ».*

La satisfaction de l'information dont ils bénéficient auprès de leur pharmacien au sujet de nouveaux médicaments est également évoquée.

*P1 : « mais elle m'explique bien quand j'ai un nouveau traitement. Il n'y a pas de problème de ce côté-là. ».*

*P15 : « Si j'ai un nouveau médicament, comme dernièrement, on m'a expliqué la prise du traitement. ».*

L'attention que leur porte leur pharmacien en rapport avec leur âge et leurs difficultés est soulignée par des participants.

*P3 : « Le pharmacien est sympa. Ils notent sur mes boîtes de médicaments, parce qu'on a un certain âge. ».*

Malgré ce sentiment partagé d'être bien soigné, les patients reconnaissent également avoir conscience que l'erreur médicale peut-être humaine.

*P14 : « Vous ne pouvez pas, même un médecin, bon, un médecin il peut savoir plein de choses comme il peut-être à côté. Vous savez il y a des failles dans tout. ».*

Les patients ont également conscience du coût économique de la santé et notamment des médicaments en France.

*P6 : « Je suis favorable pour les économies de prendre des génériques. Je ne suis pas contre. ».*

### c. Apprendre à gérer sa santé

Les patients âgés polymédiqués ont des habitudes dans le suivi de leur santé. Des patients évoquent être autonomes pour se rendre à la pharmacie. Le fait de vouloir se rendre à sa pharmacie tant qu'ils le peuvent encore est aussi mentionné.

*P14 : « Non, tant que je peux, je vais à la pharmacie. ».*

Des participants ont signalé être organisés dans la gestion de leur santé notamment concernant la gestion de leur traitement.

*P10 : « Non parce que je me suis fait une petite fiche, donc j'ai mes médicaments et ce à quoi ils servent derrière. ».*

Un participant explique également être désormais vigilant sur son état de santé.

*P7 : « Mais bon, si je sentais que j'avais les mêmes symptômes qu'il y a sept ans c'est que je sentais que je n'étais pas bien et puis bon ça s'arrêtait là. ».*

Alors qu'un autre participant pense ne pas se sentir fragile.

*P6 : « Je me rends compte que beaucoup de gens dans ma situation, même des gens qui n'ont pas eu les problèmes que j'ai, je suis aussi puissant qu'eux, je suis aussi fort qu'eux, au boulot et tout. Je fais du travail dur, ils sont surpris même de me voir quelque fois. ».*

De par un suivi médical régulier et depuis un certain nombre d'année, les patients insistent sur la nécessité d'un suivi médical moins régulier avec le temps.

*P12 : « Il est nécessaire, bon maintenant, au début quand j'ai été opéré, bon c'était... tous les mois je voyais le médecin, maintenant c'est tous les trois mois. ».*

Ils évoquent également bien connaître leurs traitements habituels.

*P9 : « Non non... Tout va bien. Cela fait des années que j'ai les mêmes traitements, tout est marqué sur les boîtes, il n'y a pas de soucis. Je sais que tout... ».*

Cela est notamment justifié par des médicaments identiques depuis de nombreuses années.

*P13 : « Mais là comme c'est un truc de dix ans, ça fait dix ans qu'il n'y a pratiquement rien eu de changer, à part un petit peu les dosages, c'est tout. ».*

Les patients disent d'ailleurs ne pas ressentir le besoin d'avoir plus d'informations sur leurs traitements.

*P11 : « De toute façon c'est écrit sur les boîtes. La plupart du temps, maintenant moins parce qu'ils savent qu'on gère. ».*

Un patient explique quant à lui savoir utiliser des appareils pour mesurer les constantes vitales.

*P14 : « Quand ils arrivaient, j'avais déjà pris les constantes, mais ils prenaient, ils regardaient quand même, ils contrôlaient, ils avaient tous les appareils, ils me disaient : « Monsieur vous avez raison, il faut l'hospitaliser ». ».*

En revanche, l'auto-médication et la prise exceptionnelle de médicament en dehors de leurs traitements habituels sont citées par les patients.

*P7 : « De temps en temps un doliprane pour un mal de crâne mais c'est vraiment, ou un mal de dos, mais bon c'est rare. ».*

## **C. Sentiment de dégradation de l'accès aux soins**

### **1. Inégalité d'accès aux soins**

Les patients ont conscience de vivre dans un désert médical.

*P7 : « Bon nous le problème, ici, à chaque fois il faut monter à Lille ou Valenciennes, c'est ça le gros problème. On est dans le cul du Nord. ».*

Un patient a même une impression de prise en charge différente selon son territoire.

*P4 : « Parce que même, vous savez, ici notre région, je vois ce matin j'ai eu un cas. J'ai emmené mon petit-fils passer une échographie à la clinique de Wignehies, rendez-vous à 8 heures 30, il est sorti à 9 heures 30, ce n'est pas normal pour un enfant de huit ans qui est obligé de garder sa vessie gonflée pour une échographie. Alors que vous allez à Lille, moi je suis déjà allé à Lille, rendez-vous à 10 heures pour un scanner, à 10 heures et une minute vous êtes dans le scanner. Ici, je vais peut-être être méchant dans mes paroles, certains trucs ici, il faudrait qu'ils aillent faire des cours de relation patient. ».*

Alors qu'un autre patient parle d'un accès aux soins dépendant de ses revenus.

*P14 : « Alors il dit : « vous voyez », et dans un sens je vous le dis honnêtement, une visite chez le cardiologue vous savez combien c'est ?*

*« temps de silence »*

*Vous n'êtes pas à 100% ? Il vous faut une sacrée mutuelle, je vous le dis. Je vous le dis, alors les gens, beaucoup, refusent de se faire soigner à cause de ça aussi. Là, il y a une prise en charge à 100%. ».*

Les patients évoquent également subir les pénuries de médicaments.

*P11 : « On n'a quelques fois des problèmes d'approvisionnement à cause des laboratoires. Par exemple, ma cortisone, il m'en faut sept milligrammes par jour, et il n'y avait plus de deux ni d'un. Alors on a adapté avec les cinq milligrammes, et puis je coupe à cinq milligrammes en deux, ça fait sept et demi. ».*

## **2. Accès aux soignants difficile**

Les patients ont l'impression d'avoir des délais d'accès aux soins trop importants.

*P11 : « Parce qu'il pensait, il m'a donné ça en attendant d'avoir rendez-vous chez le kiné. Or, chez le kiné, je n'ai pas de place avant janvier. ».*

L'accès de plus en plus difficile à un médecin généraliste est également évoqué.

*P3 : « Parce que je vais là-bas à Wignehies, avant j'allais chez le médecin à Trélon mais maintenant il n'y en a plus. Ce n'était pas facile de trouver un médecin parce que personne ne voulait nous prendre. ».*

Les participants trouvent notamment que leur médecin traitant est très sollicité et pas assez disponible.

*P9 : « On a besoin d'un rendez-vous chez le médecin, par moment il faut attendre trois semaines tout ça. ».*

*P11 : « Donc là il m'en refaut, ce n'est pas écrit à renouveler, je vais devoir demander un rendez-vous au cabinet médical alors qu'ils sont déjà surbookés. ».*

Ils ont le sentiment que le temps de consultation avec leur médecin est trop court.

*P7 : « Sans critique de ma part, on va chez notre médecin traitant, elle prend notre tension, tout ça, et puis hop elle fait l'ordonnance. Enfin bon, ça ne dure jamais longtemps, c'est assez rapide chez mon médecin traitant. ».*

Les patients évoquent également la sollicitation importante des autres professionnels de santé notamment de leur pharmacien.

*P6 : « Oui parce que le pharmacien il est tout seul dans son officine. ».*

Un patient parle notamment de l'affluence importante des patients en pharmacie.

*P7 : « Après je ne suis pas tout seul à prendre des médicaments. « soupirs » ».*

Le manque de médecin est avant tout souligné par les patients.

*P12 : « Bah déjà on dit toujours qu'il manque pas mal de médecin. ».*

Mais d'autres participants signalent également le manque de pharmacien.

*P12 : « mais même aussi au niveau des pharmaciens ça devient assez compliqué aussi apparemment. ».*

### **3. Difficultés à la mise en place du travail en équipe**

Concernant la collaboration entre médecin généraliste et pharmacien d'officine, les patients âgés polymédiqués ressentent un manque de communication entre leur médecin traitant et leur pharmacien.

*P8 : « Je n'ai jamais vu qu'ils avaient des échanges. Il me fait l'ordonnance et puis... ».*

Les participants expliquent ne pas connaître la nature et la fréquence des échanges entre leur médecin et leur pharmacien.

*P6 : « Je ne sais pas si mon médecin traitant échange avec mon pharmacien, je ne sais pas. Je pense. De temps en temps ils doivent se voir mais est-ce qu'ils se voient dans un cadre amical ou pas ? Peut-être les deux ? ».*

Le sentiment de manque de temps pour ce travail en équipe est également partagé par les patients.

*P12 : « Donc je pense que, je ne suis pas sûr qu'ils aient beaucoup de temps à consacrer l'un et l'autre à tout ça. ».*

## **D. Les patients âgés polymédiqués prêts à s'adapter aux évolutions des pratiques pour améliorer leur santé**

### **1. S'investir dans sa santé**

#### **a. Se préoccuper de son suivi médical**

Les patients âgés polymédiqués sont davantage préoccupés par leur suivi médical. Ils ont l'impression que les soins prodigués étaient mieux avant.

*P14 : « Et à la suite de ça, j'ai été avec mes radios, à ce moment-là on soignait fort, fort. ».*

Un patient évoque notamment être moins proche désormais de son médecin traitant et sa nostalgie dans la relation médecin-patient avec son ancien médecin traitant.

*P14 : « Avant on avait un autre médecin traitant, qui était à côté de chez elle. Et c'est pareil, bon il était le médecin de famille pour ainsi dire. ».*

Quant à l'accès aux médicaments, les patients pensent qu'il est moins encadré qu'auparavant.

*P14 : « Après ça ne vous empêche pas d'aller chercher... de toute façon, on trouve même des médicaments dans les grandes surfaces alors. ».*

Un autre patient mentionne lui son sentiment d'influence de la part des laboratoires pharmaceutiques sur les pharmaciens.

*P12 : « moi ce qui me gêne aussi c'est qu'un pharmacien c'est, quelque part, c'est un commerçant. On sait très bien que derrière il y a des laboratoires, des gros laboratoires, etc... donc ils ont... si c'est le pharmacien qui prend les décisions, il risque peut-être d'être influencé par les gros laboratoires, enfin les fournisseurs, et peut-être plus penché vers certains médicaments qui correspondent. ».*

Les participants se disent également préoccupés au sujet de la fabrication des médicaments.

*P12 : « Bah... enfin maintenant les... je vais dire, ceux qui fabriquent les médicaments, je pense qu'ils se couvrent énormément, c'est-à-dire que maintenant on s'aperçoit c'est qu'il y a énormément de contre-indications de notées. ».*

Un participant est notamment méfiant sur la composition des médicaments.

*P14 : « bon un médicament avant été fait avec... maintenant ce sont des molécules chimiques. ».*

La méfiance quant aux effets secondaires de certains médicaments est évoquée durant les entretiens.

*P7 : « Bah là les statines, je ne dis pas je suis hypocondriaque, je vais voir sur internet tout ça, mais bon il y a une controverse avec les statines tout ça. Et ça ce n'est pas bon pour les reins non plus, ça ce n'est pas bon pour les reins aussi, Pariet ce n'est pas bon. Quand je lis les notices, quand même, il y a beaucoup de contre-indications. ».*

Des patients se questionnent même parfois sur le bénéfice de les prendre.

*P12 : « Puisque on prend un médicament, on lit les contre-indications. On prend le deuxième médicament on lit les contre-indications, et quelques fois il y a des choses enfin ça ne paraît pas très cohérent disons. ».*

*P3 : « Je lis beaucoup les notices dans les boîtes de médicaments, et quand je vois certaines choses, ça fait réfléchir à les prendre. ».*

Ils déclarent s'informer davantage sur les effets de leurs traitements.

*P12 : « bon moi au début de mon traitement j'ai regardé chaque... les indications sur chaque médicament avec les contre-indications et tout ça. ».*

Des patients expliquent également s'intéresser à toute modification de leurs traitements.

*P6 : « Ah bah oui forcément, on va voir un autre nom de médicament sur l'ordonnance on va demander pourquoi. ».*

Devant ce besoin de réassurance et cette envie de recevoir davantage d'information sur leurs traitements, les patients sollicitent davantage leur pharmacien.

*P7 : « Bah la nature humaine, moi je suis un peu comme ça aussi, on aime bien demander des conseils, justement à des spécialistes comme eux, comme les pharmaciens. Je ne sais pas comment expliquer cela... On aime bien avoir un avis. ».*

*P2 : « De voir si les médicaments vont bien ensemble, si cela ne fait pas trop longtemps que je les prends. ».*

### **b. Accepter de se faire aider**

Du fait de leur fragilité, les patients âgés polymédiqués acceptent le besoin de médication.

*P4 : « Parce que bon, comme on a une petite vie, autant en profiter pour la faire durer le plus longtemps possible. Quelquefois, une petite amélioration médicamenteuse peut peut-être, vous voyez, améliorer les choses. ».*

Après les explications données aux patients sur l'utilité du bilan partagé de médication, les patients sont favorables à réaliser ce bilan.

*P11 : « Parce que moi si j'ai un entretien avec le pharmacien, je viens. ».*

Des participants aimeraient notamment diminuer le nombre quotidien de médicaments à prendre.

*P3 : « Moi, ma suggestion, c'est que si on pouvait réduire un peu le nombre de médicament, ça m'arrangerait un peu. Il y en a cinq au matin, quatre à midi, quatre au soir. ».*

Ils évoquent également être favorables au travail en équipe entre leur médecin traitant et leur pharmacien.

*P2 : « C'est bien qu'il y ait une coordination entre le médecin et le pharmacien malgré tout. ».*

*P9 : « Ils seraient complémentaires tous les deux. Ils ne peuvent pas faire des erreurs à deux, il y en a toujours un qui pourra compenser l'autre. Disons qu'ils sont à deux bonnes têtes qui réfléchissent. ».*

### **c. Choisir selon les compétences de chaque soignant**

Les patients ont le sentiment que le pharmacien a plus de connaissances sur les médicaments par rapport à un autre professionnel de santé.

*P4 : « Et puis comme vous disiez, tout à l'heure, ils sont plus informés au niveau pathologie, enfin non pas pathologie mais, vous savez, des médicaments, de ce qu'il y a dedans, et des molécules, que le docteur à moins qu'il n'ouvre son livre. ».*

Ils pensent notamment que le pharmacien est le professionnel de santé le plus à même d'intervenir en cas d'interactions médicamenteuses ou d'effets indésirables.

*P7 : « Après je pense que les pharmaciens sont peut-être plus formés pour réagir en cas d'interaction avec un médicament. ».*

Ils ont conscience que chaque profession a des compétences spécifiques.

*P14 : « C'est-à-dire les pharmaciens, ils ont sûrement des avis. Que bon les médecins, un médecin a fait des études, plus qu'un pharmacien, mais bon. Chacun son boulot, chacun son boulot. ».*

Lors des entretiens, des participants ressentent la nécessité d'être examinés pour adapter leur traitement.

*P12 : « Bah parce que... quand je vais pour le renouvellement chez mon médecin, en même temps je suis ausculté, on me prend le pouls, etc. ».*

Ils expriment notamment avoir le besoin d'être examinés par le professionnel de santé adapté.

*P12 : « il ne voit pas les personnes, il n'ausculte pas les personnes, il ne les questionne pas sur leur... je suis désolé ce n'est pas un médecin, c'est un autre métier, ce n'est pas... ».*

### **d. Vouloir décider pour sa santé**

Dans le cadre de leur suivi médical et de l'adaptation de leurs traitements, les patients souhaitent avoir le choix quant au professionnel de santé.

*P12 : « Bah justement je ne voudrais pas qu'on impose que ça soit le pharmacien qui décide. ».*

Lors des entretiens, des participants expliquent même vouloir limiter le nombre de professionnel de santé assurant leur suivi.

*P11 : « Parce que de toute façon pour les renouvellements c'est l'IPA qui me reçoit, donc je trouve que je peux très bien l'avoir avec le pharmacien, au contraire. ».*

Ils évoquent également souhaiter prendre part aux choix de leurs médicaments.

*P13 : « oui mais je dis « On reste comme ça, moi je n'ai pas de... par rapport à d'habitude, je suis toujours pareil, si un jour je ne me sens pas bien, je viens vous voir et c'est tout ». Alors je suis resté comme ça et puis voilà quoi. ».*

Les patients apprécient être sollicités et aimeraient qu'on leur demande plus leur avis quant à la décision de prescription de leurs traitements.

*P4 : « Moi, je serai tout à fait d'accord aussi pour partager la décision à trois, il n'y a aucun problème. Surtout, bon, le traitement c'est moi qui le prends. Je vois s'il y en a un qui me réussit plus que l'autre.*

*Non, ça ne me perturberait pas, au contraire, loin de là. ».*

Face à un nombre de traitements importants, un patient déclare même essayer de réguler son dosage de médicament par lui-même.

*P7 : « A 20 mg, j'avais essayé de passer à 10 mg, ça n'allait pas tout ça, mais là je fais un régime tout ça. ».*

## **2. Accepter les changements dans l'organisation du système de santé**

### **a. Avoir une bonne organisation pour le travail en équipe**

Face au changement des pratiques dans le travail en équipe des professionnels de santé, les patients soulignent avant tout la nécessité d'une bonne communication entre leur médecin traitant et leur médecin spécialiste.

*P6 : « Je pense que c'est plus le cardiologue qui conseille mon médecin traitant. ».*

Pour la gestion de leurs traitements, les participants expliquent la nécessité, pour eux, d'une bonne coopération entre leur médecin traitant et leur pharmacien.

*P6 : « S'ils sont à deux pour prendre une décision, s'il y a l'unanimité des deux, un accord des deux pour changer un truc pourquoi pas. ».*

Des patients expriment, d'ailleurs, la bonne communication entre leur médecin et leur pharmacien.

*P4 : « Quitte à la rigueur, je l'ai déjà vu, il appelle mon médecin pour lui dire « Vous avez mis ça, qu'est-ce que vous en pensez ? Non, bah faut arrêter ce traitement, ne le mettez pas ». ».*

Quand d'autres patients ont le sentiment que leur médecin traitant et leur pharmacien travaillent déjà bien ensemble.

*P10 : « Non, je n'ai jamais été impliqué mais ça à l'air de bien tourner. ».*

Lors des entretiens, un patient déclare notamment que son médecin traitant et son pharmacien sont les deux professionnels de santé les plus à même d'adapter son traitement.

*P7 : « Un avis, bon comme je vous dis, le médecin et le pharmacien sont quand même les deux les plus...enfin... je cherche le mot... plus à même de trouver le bon traitement, si vous voulez, pour moi. ».*

D'après les participants, ce travail en équipe doit avant tout être organisé par les professionnels de santé.

*P6 : « Je ne sais pas, qu'est-ce que je peux dire. Ça les concerne eux. En tant que patient je pense que je suis un peu en dehors de ça. Je leur fais confiance, à tous les deux. ».*

## **b. Souhaiter que le pharmacien élargisse ses missions**

Lors des entretiens, les patients évoquent vouloir un renouvellement de traitement facilité.

*P13 : « Ah si je vais à la pharmacie, ça m'est déjà arrivé avant de partir en vacances ou n'importe, j'étais trop juste. Non, ils me le délivrent. ».*

Ils apprécient notamment avoir une alternative pour leur renouvellement grâce à leur pharmacien.

*P1 : « Je trouve que c'est bien parce que si on n'a pas le médicament qu'il faut et qu'on ne peut pas voir son médecin. ».*

Les participants considèrent leur pharmacien comme un professionnel de santé de premiers recours.

*P9 : « Parce qu'on va plus souvent à la pharmacie que chez le docteur. ».*

La disponibilité de leur pharmacien à leur égard est notamment citée par les patients.

*P4 : « Mais vous savez, ici, notre pharmacienne, c'est une personne qui est assez ouverte, je ne vais pas dire qu'elle est joignable du matin au soir, mais vous savez si on a un souci on peut lui poser une question, elle nous répond et elle nous aiguille bien. Ça il y a aucun problème. Je parle de la pharmacie de Wignehies. ».*

Evoquant notamment des traitements habituels sans modifications majeures depuis longtemps, les patients ont le sentiment qu'ils pourraient passer directement par leur pharmacien pour leur renouvellement de traitement.

*P10 : « Ça ne me poserait aucun problème, vu que mon traitement je l'ai maintenant depuis cinq ans sans grosse modification. ».*

Lors des entretiens, les patients citent l'élargissement des missions du pharmacien. L'accès à la vaccination en pharmacie est notamment mentionné par un patient.

*P13 : « J'ai déjà fait des vaccins contre la grippe et tout ça là, bon cette année je ne l'ai pas fait. ».*

Ils expriment souhaiter davantage que leur pharmacien puisse élargir son champ de compétence.

*P11 : « Moi je voudrais que le pharmacien puisse délivrer des ordonnances simples, quitte à passer un coup de fil au médecin. Parce qu'ils auraient le droit de faire des trucs... ».*

La surcharge de travail des médecins est notamment évoquée pour justifier ce souhait.

*P13 : « Mais ce qui peut être fait pour soulager un peu les médecins actuellement, parce bon ils sont un petit peu surchargés, ça je suis d'accord avec ça. ».*

# DISCUSSION

## I. Résultats principaux

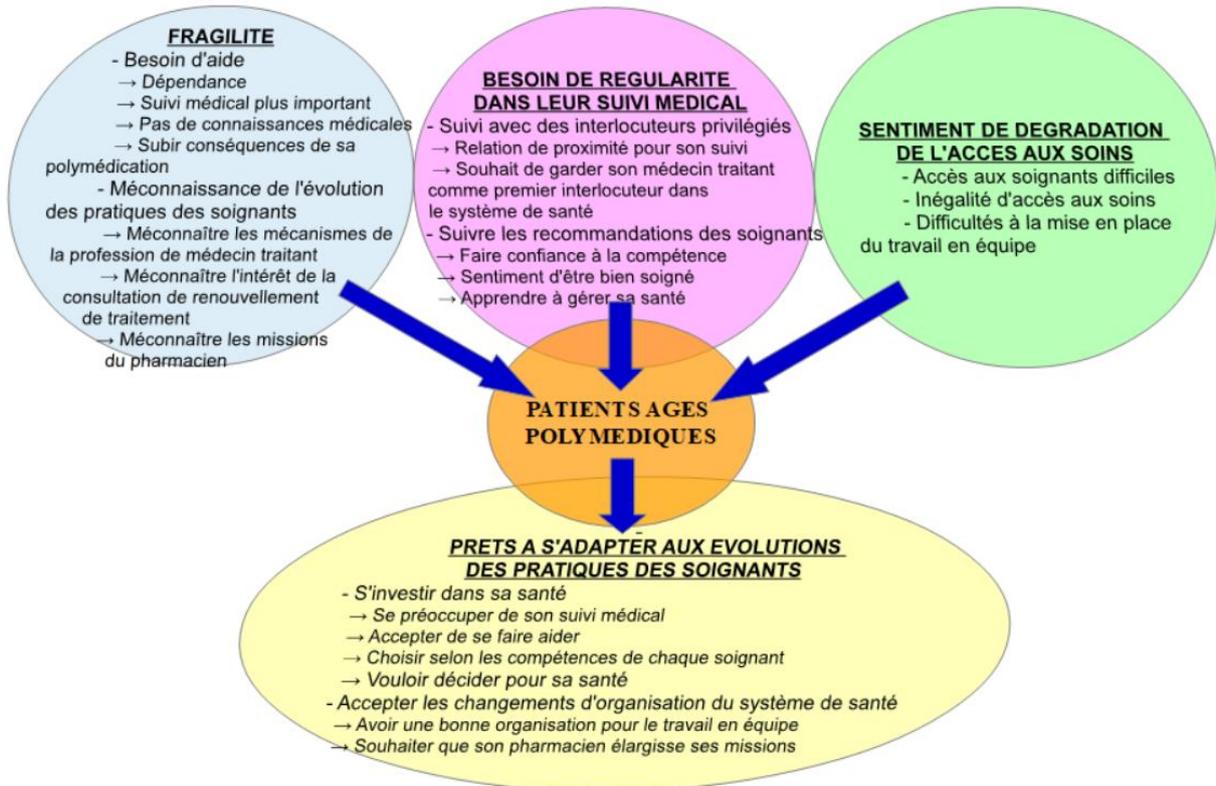


Figure 2 : Représentations et attentes des patients âgés polymédiqués

Cette étude a mis en évidence que les patients âgés polymédiqués considèrent leur médecin traitant et leur pharmacien d'officine comme les deux professionnels de santé les plus légitimes à assurer leur suivi et à gérer les interactions et les effets indésirables de leurs médicaments.

En effet, les patients évoquent avant tout un état de fragilité avec une perte d'autonomie et une dépendance, notamment vis-à-vis de leurs proches, quant à leur suivi médical et à la gestion de leur traitement.

De par leur polypathologie, les patients âgés polymédiqués ont besoin d'un suivi médical plus conséquent du fait d'un nombre de médicament pris quotidiennement trop important selon eux. De possibles effets néfastes en rapport à ce nombre important de médicaments sont rapportés par les participants évoquant notamment un manque d'information à ce sujet.

Les patients âgés polymédiqués ne sont pas « acteur » de leur santé, avec le sentiment de se sentir incompetent pour juger des effets de leurs médicaments et donc de ne pas se sentir légitime à la prise de décision de leurs traitements.

Ces patients signalent avant tout subir les conséquences de cette polymédication. En effet, des difficultés sont retrouvées dans la gestion de la prise de leurs médicaments, mais également pour retenir toutes les informations en rapport avec ces derniers et pour s'adapter aux modifications de leurs traitements. Le nombre d'effets indésirables liés à leurs médicaments dont une ignorance sur l'origine de certains d'entre eux est également mentionnée par les patients.

Les patients âgés polymédiqués ressentent des difficultés à comprendre certaines évolutions liées au métier de médecin traitant avec une certaine nostalgie de l'exercice de médecin traitant d'auparavant.

La consultation dite de renouvellement d'ordonnance est souvent banalisée pour ces patients, ne la considérant pas comme une réévaluation thérapeutique avec le sentiment de traitements identiques ou quasiment depuis de nombreuses années.

Il y a une méconnaissance de la part des patients au sujet du champ de compétence de leur pharmacien dans le cadre de la prévention de la iatrogénie. En effet, dans cette étude la plupart des patients rapportent ne pas connaître le bilan partagé de médication et souhaitent systématiquement avoir l'avis de leur médecin traitant pour toute modification ou adaptation posologique.

Les patients âgés polymédiqués souhaitent avoir un suivi régulier et rigoureux avec peu d'interlocuteurs, évoquant une relation de confiance avec leur médecin traitant et leur pharmacien. L'importance de la place de leur pharmacien dans un rôle de conseil mais également dans la gestion du risque d'interaction et des contre-indications thérapeutiques est mis en avant, tout comme sa disponibilité appréciée par les patients.

Mais les participants ont l'habitude de solliciter leur médecin traitant pour toute problématique en rapport avec leur traitement et que ce dernier décide seul sur le plan thérapeutique. Une plus grande confiance en leur médecin traitant pour adapter leur traitement est notamment expliquée par les patients.

Ces derniers expliquent suivre les recommandations des soignants, en reconnaissant tout d'abord la qualification de leurs professionnels de santé. Un sentiment de sécurité grâce à leur pharmacien vis-à-vis des risques liés à leurs médicaments est mis en avant dans cette étude.

Les patients sont globalement satisfaits du système de santé en France et de leur suivi médical. Ils évoquent également être satisfaits des informations reçus de la part de leur pharmacien en rapport avec leurs traitements.

Ils ont aussi appris à être organisés dans la gestion de leur santé, faisant part notamment d'un désir de suivi médical moins régulier.

Mais, les patients parlent également d'une dégradation de l'accès aux soins en France. Ils ont le sentiment d'une inégalité d'accès aux soins en rapportant vivre dans un désert médical, de prise en charge différente selon le territoire et de subir de nombreuses pénuries de médicaments.

L'accès aux soignants est de plus en plus difficile, et plus particulièrement vis-à-vis de leur médecin traitant qu'ils trouvent très sollicités. En effet, les patients ressentent un manque de disponibilité de leur médecin traitant, avec un temps de consultation jugé trop court pour évoquer notamment les sujets liés à la iatrogénie médicamenteuse.

Les difficultés quant à la mise en place du travail en équipe de leurs soignants sont également évoquées. Les patients ressentent un manque de communication entre leur médecin traitant et leur pharmacien, même s'ils mentionnent ne pas être concernés par ces échanges. Le sentiment de manque de temps des soignants est principalement abordé par les patients pour justifier ces difficultés.

Face à toutes ces problématiques, les patients âgés polymédiqués sont prêts à s'adapter aux évolutions des pratiques des soignants pour améliorer leur santé.

Ils se préoccupent désormais davantage de leur suivi médical même si le sentiment partagé que les soins prodigués étaient mieux avant. La nostalgie de la relation médecin traitant-patient est aussi abordée. Ils sont également méfiants sur la composition de certains médicaments et l'influence des laboratoires notamment sur l'encadrement de l'accès aux médicaments. Ils s'informent davantage sur les effets de leurs médicaments et se questionnent sur le bénéfice de les prendre dans certains

cas. Une plus grande sollicitation de leur pharmacien pour avoir plus d'information sur leurs médicaments est également ressortie dans cette étude.

De plus, dans cette étude les patients âgés polymédiqués acceptent le besoin de médication et sont plutôt favorables à réaliser un bilan partagé de médication si on leur proposait. Le souhait de diminuer leur nombre de médicaments pris quotidiennement est principalement mis en avant.

Les patients souhaitent également bénéficier des compétences de chaque soignant, évoquant notamment leur pharmacien comme le professionnel le plus à même d'intervenir en cas d'interactions ou d'effets indésirables médicamenteux, de part une plus grande connaissance sur les médicaments d'après eux. Mais ils souhaitent également être examinés par le professionnel de santé adapté selon leur besoin.

Ils aimeraient décider davantage au sujet de leur santé, souhaitant par exemple choisir leur professionnel de santé assurant leur suivi mais également être plus sollicités quant au choix de leurs traitements.

Dans cette étude, les patients âgés polymédiqués sont prêts à accepter les changements dans l'organisation du système de santé. La nécessité d'une bonne communication et d'une bonne coordination entre leur médecin traitant et leur pharmacien pour la gestion de leur traitement est évoquée. De même que le travail en équipe qui doit être organisé par les professionnels de santé d'après eux.

Pour finir, les patients souhaitent que leur pharmacien puisse élargir ses missions. Une des revendications des patients, ressortant de cette étude, est de pouvoir faciliter leur renouvellement de traitement en passant directement auprès de leur pharmacien. Ce dernier est considéré par les patients comme un acteur de santé de premiers recours par sa grande disponibilité notamment. Ce souhait d'élargir les missions du pharmacien est avant tout mis en avant par les patients pour libérer du temps médical auprès de leur médecin traitant.

## **II. Comparaison avec la littérature**

Dans cette étude, nous avons pu aborder la fragilité des patients âgés polymédiqués, nécessitant un suivi médical plus important notamment face aux

risques de iatrogénie médicamenteuse qui posent un problème de santé publique. Malgré de nombreuses recommandations et précautions d'emploi clairement établies depuis plusieurs années pour lutter contre (23), on retrouve encore de nombreuses prescriptions médicamenteuses inappropriées chez les patients âgés grâce à l'utilisation d'outils comme par exemple l'outil STOPP/START version 2, évoqué dans cet article (24).

Nous savons qu'une adaptation du soignant est nécessaire face au vieillissement de l'organisme du patient âgé polymédiqué entraînant notamment des modifications de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamique des médicaments (25). Toutefois malgré la persistance d'un modèle paternaliste dans la relation médecin-patient encore importante chez ces patients, cette étude montre également que ces patients souhaitent recevoir davantage d'informations sur leurs médicaments et leurs effets et aimeraient également être plus impliqués dans la prise de décision de prescription. Ce que l'on retrouve également dans les données issues de la littérature, même si les patients semblent encore peu habitués à l'acte de déprescription (26).

Lors des entretiens, les patients étaient plutôt favorables à réaliser un bilan partagé de médication si on leur proposait. Le principal motif évoqué était de pouvoir diminuer le nombre de médicaments pris quotidiennement, ce qui concorde avec la littérature expliquant l'importance du rôle du pharmacien dans la déprescription (27).

En effet, dans cette étude, les patients souhaitent voir les missions de leur pharmacien élargies. Le faible nombre de patient ayant réalisé un bilan partagé de médication, ici, pourrait faire supposer que cet outil doit être davantage étendu et proposé au plus grand nombre comme le suggère également cette étude (28). Même si l'acte chronophage et le manque de temps sont les principales limites rencontrées par les pharmaciens pour son déploiement (21). Le développement de la formation à cet outil ainsi que l'amélioration des échanges des données de santé entre les professionnels, notamment permise grâce au dossier médical partagé, semblent également nécessaire comme suggéré dans cette thèse (29).

Durant les entretiens, les patients signalent l'importance de la collaboration interprofessionnelle entre leur médecin généraliste et leur pharmacien d'officine notamment pour prévenir la iatrogénie médicamenteuse. Ils évoquaient la nécessité pour ces professionnels de santé de bien s'organiser entre eux, ce que l'on retrouve

également dans les données de la littérature où la conciliation médicamenteuse reste dépendante d'une organisation entre soignants. Le manque de soignants notamment concernant les médecins généralistes, laisse supposer qu'une priorisation des patients est nécessaire pour mener à bien cette conciliation médicamenteuse (30).

Des récentes études retrouvent un impact non significatif de la conciliation médicamenteuse en hospitalisation et à sa sortie sur le taux de réhospitalisation des patients âgés polymédiqués et de leur consommation de soins après l'hospitalisation. Le manque de connaissance des patients sur leurs traitements restait également important. Ce qui laisse penser qu'une meilleure coordination et transmission d'informations entre les professionnels de santé de ville et l'hôpital est également nécessaire pour améliorer la prévention de la iatrogénie chez ces patients (31,32).

### **III. Les forces et les limites**

Dans cette étude, la réalisation d'une méthode qualitative était appropriée compte tenu de l'absence de données statistiques à analyser et de l'analyse de facteurs subjectifs. Le choix d'une analyse inspirée de l'analyse thématique selon la méthode de Clarke et Braun en 6 étapes a permis de s'intéresser aux opinions des participants sélectionnés sur un phénomène donné. Les critères de qualité méthodologique ont été renforcés à l'aide de la grille SRQR (Annexe 1).

Le guide d'entretien a pu être modifié au cours de l'étude permettant d'améliorer la qualité des entretiens. Le recueil des données a été réalisé jusqu'à la saturation des données, un entretien supplémentaire a été effectué afin de vérifier cette saturation des données. Une triangulation de l'analyse des données a été réalisée avec un investigateur neutre permettant de renforcer la validité interne de cette étude.

Cette étude a été menée par un investigateur novice mais qui a acquis de l'expérience au fur et à mesure des entretiens pour améliorer la qualité de leur réalisation. Le choix de recueillir l'opinion des patients âgés polymédiqués est innovant, la plupart des études et des thèses réalisées jusqu'à présent en France sur ce sujet explorent principalement l'avis des professionnels de santé.

Le faible nombre de participants interrogés ne permet pas de représenter l'ensemble des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois.

Un biais de sélection a pu être retrouvé devant le choix d'un échantillonnage raisonné homogène pour le recrutement des participants.

Un biais d'investigation a également pu être induit dans la façon de mener les entretiens et les difficultés dans les relances ce qui a pu influencer le discours des patients, même si l'utilisation d'un guide d'entretien permet de limiter son importance.

Pour finir, le choix de recruter les patients dans une zone de désertification médicale, classée comme zone d'intervention prioritaire, ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des patients âgés polymédiqués de France.

#### **IV. Perspectives**

Cette étude a permis de mettre en évidence les représentations et les attentes des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois dans la collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie.

Cependant, il serait intéressant de recruter des patients sur une zone définie plus large mais également plus diversifiée en termes de désertification médicale comme à l'échelle du Nord-Pas-de-Calais ou bien des Hauts de France.

A partir des réponses des participants, il pourrait être utile de créer un questionnaire afin de réaliser une étude quantitative sur l'opinion des patients âgés polymédiqués dans la conciliation médicamenteuse en soins primaires.

Une étude évaluant l'efficacité du bilan partagé de médication auprès des patients âgés polymédiqués l'ayant réalisé pourrait également être envisagée. Permettant ainsi de mesurer l'impact sur la prévention de la iatrogénie et l'appropriation des patients de leurs traitements.

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation prévisible du nombre de patients âgés polymédiqués au cours des prochaines années, il semble nécessaire de développer plus largement les nouveaux outils utilisés dans la conciliation médicamenteuse et la déprescription. Pour cela, une amélioration de la communication de ces outils via des réunions d'informations par le biais des MSP ou des CPTS par exemple pourraient être mise en place. La maîtrise de ces outils via la

formation universitaire ou la formation continue auprès des médecins et des pharmaciens peut également être une solution pour le développement de ces outils.

Après de longues années sans avancée significative, la mise en place progressive du dossier médical partagé, via « Mon espace santé », va permettre un développement des échanges des données de santé entre professionnels de santé permettant ainsi d'améliorer la coopération entre ces derniers.

Malgré l'émergence du rôle du pharmacien d'officine dans les soins primaires, la place du médecin traitant dans la prise en charge des patients âgés polymédiqués reste centrale. La collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans la conciliation médicamenteuse en ville est primordiale. La principale contrainte semble être le manque de temps de ces professionnels de santé. Une meilleure rémunération du travail en équipe pourrait être une des solutions à son développement.

## **CONCLUSION**

Dans cette étude, les patients âgés polymédiqués soulignent l'importance à leurs yeux de la collaboration entre leur médecin généraliste et leur pharmacien d'officine pour prévenir les risques de iatrogénie médicamenteuse. Ces deux professionnels de santé sont considérés par ces patients comme des interlocuteurs privilégiés dans leur suivi médical où une relation de confiance est établie.

Les patients souhaitent être plus impliqués dans leur santé, avec notamment une demande d'information plus importante sur leurs traitements et leurs effets. Toutefois, ils restent dans une démarche de confiance en respectant les recommandations et les préconisations de leurs professionnels de santé.

Face à la désertification médicale croissante ainsi qu'une dégradation de l'accès aux soins, et face à leurs besoins en santé importants, les patients âgés polymédiqués sont favorables au développement de cette collaboration entre leur médecin généraliste et leur pharmacien d'officine et à une nouvelle organisation du système de santé en soins primaires pour améliorer leur santé.

Cette étude laisse également suggérer que les patients âgés polymédiqués souhaitent donner un rôle plus important à leur pharmacien d'officine. Comme par exemple en tant qu'acteur des soins primaires de par sa disponibilité en réponse à un accès de plus en plus difficile à leur médecin traitant, mais également dans une démarche de conciliation médicamenteuse face à une demande émergente de déprescription. Toutefois, la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge des patients âgés polymédiqués reste indispensable pour eux.

De nouveaux outils mis en place ces dernières années pour prévenir le risque de iatrogénie, comme le bilan partagé de médication, tardent à se développer et à se généraliser principalement face au manque de temps des soignants.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Bouf A. Désertification tout court : qui va sauver l'Eure-et-Loir ? Qu'en est-il de l'offre de soins ? Médecine. 1 nov 2017;13(9):421-7.
2. Portela M (DREES/SEEE). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. 2021 p. 78.
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021 p. 74.
4. Rist S, Rogez R. Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. Trib Santé. 2020;63(1):51-5.
5. Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer FX. Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos. Rev Fr Aff Soc. 2020;(1):11-31.
6. Raguideau C, Levesque L. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale : représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir [Internet]. Aix-Marseille; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02384560>
7. Chabot JM. Qu'est-ce qu'un assistant médical ? Rev Prat. mars 2019;69(3):251-2.
8. Parcours de soins coordonnés [Internet]. sept 15, 2009. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf)
9. Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. 2013 p. 32.
10. Guion L, Porez C. Points de rupture dans le parcours de soins coordonnés [Internet]. Aix-Marseille; 2018 [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02094212>
11. Barrière-Arnoux C, Chrétien S. La pratique avancée infirmière en France. Soins Rev Réf Infirm. mars 2021;66(853):16-21.
12. Bayon A. La pratique infirmière avancée, une offre de soins complémentaire. Rev Infirm. août 2021;70(273):44-5.
13. Aghnatios M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. Sante Publique (Bucur). 2021;33(4):547-58.
14. 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. Santé Publique. 2013;25(3):331-41.

15. Qu'est-ce qu'un pharmacien correspondant ? [Internet]. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14947>
16. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie [Internet]. 2004 p. 12. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de>
17. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD en 2019 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 9 juin 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019>
18. Ventelou B, Rolland S. Évaluation de l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments. *Santé Publique*. 2009;21(2):129-38.
19. Clerc P, Le Breton J. Polyprescription médicamenteuse et polyopathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes. *Sci Soc Santé*. 2013;31(3):71-101.
20. Berthe A, Fronteau C, Le Fur É, Morin C, Huon JF, Rouiller-Furic I, et al. Conciliation médicamenteuse : un outil de lutte contre le risque iatrogène en gériatrie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2017;15(1):19-24.
21. Romain F, Safaa K, Christelle M, Frédéric G. De la conciliation médicamenteuse au bilan partagé de médication : étude pilote intégrant un accompagnement des pharmaciens d'officine au sein d'un parcours de soins pharmaceutiques. *Ann Pharm Fr*. 26 nov 2022;80(6):950-60.
22. Lehmann H. Un nouveau dispositif d'accompagnement du patient en officine : le « bilan partagé de médication ». *Ann Pharm Fr*. 22 juill 2019;77(4):265-75.
23. Blain H, Rambourg P, Le Quellec A, Ayach L, Biboulet P, Bismuth M, et al. Bon usage des médicaments chez le sujet âgé. *Rev Médecine Interne*. 20 mai 2015;36(10):677-89.
24. Zulfiqar AA, Courtois T, Andrès E. Usage de l'outil Stopp/Start version 2 en unité gériatrique aiguë. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2023;21(2):214-20.
25. Belon JP, Niquille A, Michiels Y. Polypharmacie et patient âgé. *Actual Pharm*. mars 2023;62(624):20-2.
26. Badou JP. Les patients face à la déprescription. *Soins Cadres* [Internet]. 2023 [cité 24 mai 2024]; Disponible sur: [https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EL\\_S0183298023000395](https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EL_S0183298023000395)
27. Michiels Y, Berger J. Le rôle du pharmacien d'officine dans la déprescription. *Actual Pharm*. mars 2023;62(624):30-3.
28. Mondet L, Housieaux E, Khayat Y, Brazier M, Belhout M, Bloch F, et al. Réévaluation des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé : bilan partagé de médication en officine et revue de médication en établissement de santé. *Pharm Hosp Clin*. sept 2021;56(3):274-81.

29. Voirin A. Optimisation du parcours de soins du patient à l'aide de deux outils de communication : le dossier médical partagé et le bilan partagé de médication : enquête via un questionnaire destiné aux professionnels de santé [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2023 [cité 24 mai 2024]. p. NNT : 2023LORR2018. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04516821>
30. Correard F, Arcani R, Montaleytang M, Nakache J, Berard C, Couderc AL, et al. Conciliation médicamenteuse : intérêts et limites. *Rev Médecine Interne*. 23 sept 2023;44(9):479-86.
31. Bajoux E, Alix L, Cornée L, Josselin JM, Cador B, Jégo P, et al. La conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation: un outil pour réduire la consommation de soins ? Une étude prospective multicentrique chez les patients âgés de plus de 65 ans. *Rev Médecine Interne*. déc 2021;42:A330-1.
32. Visade F, Lambeaux D, Delecluse C, Decaudin B, Puisieux F, Floret E, et al. Mise en place d'une procédure multi-interventionnelle de prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée hospitalisée : faisabilité et efficacité sur la réhospitalisation à 30jours. *Ann Pharm Fr*. juill 2022;80(4):543-53.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Grille SRQR

Tableau : Traduction française originale des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives réalisées.

N°	Objet	Item
<b>Titre et résumé</b>		
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée/ <i>grounded theory</i> ) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretien de recherche, <i>focus group</i> ).
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.
<b>Introduction</b>		
S3	Formulation du problème	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description et importance du problème /phénomène étudié.</li> <li>- Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents.</li> <li>- Énonciation du problème.</li> </ul>
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.
<b>Méthodes</b>		
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type d'approche (ex. ethnographique, théorisation ancrée/<i>grounded theory</i>, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique.</li> <li>- Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste/interprétatif) est également recommandé.</li> <li>- Justifications.</li> </ul>
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications/expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présupposés.</li> <li>- Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques).</li> </ul>
S7	Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadre/terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants.</li> <li>- Justifications.</li> </ul>
S8	Stratégie d'échantillonnage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés.</li> <li>- Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon).</li> <li>- Justifications.</li> </ul>

S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments.</li> <li>- Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.</li> </ul>
S10	Méthodes de recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Types de données recueillies.</li> <li>- Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif, la triangulation des sources/méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude.</li> <li>- Justifications.</li> </ul>
S11	Instruments et outils de recueil des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des instruments de recueil (ex. guide d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte des données.</li> <li>- Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.</li> </ul>
S12	Unités d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude.</li> <li>- Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats).</li> </ul>
S13	Traitement des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation/dé-identification des extraits cités.
S14	Analyse des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation/dé-identification des extraits cités.
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données.</li> <li>- Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique.</li> <li>- Justifications.</li> </ul>

## Résultats

S16	Synthèse et interprétation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes).</li> <li>- Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.</li> </ul>
S17	Liens avec des données empiriques	Eléments appuyant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).

## Discussion

S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bref résumé des principaux résultats.</li> <li>- Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou récusent les conclusions de travaux de recherche antérieurs.</li> </ul>
-----	--	--

	implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion de la portée de la recherche quant à l'application/généralisabilité des résultats.</li> <li>- Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine.</li> </ul>
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats
<b>Autres</b>		
S20	Conflits d'intérêts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions.</li> <li>- Comment celles-ci ont été gérées.</li> </ul>
S21	Financement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sources de financement et autres soutiens.</li> <li>- Rôle du financeur dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.</li> </ul>

## **Annexe 2 : Lettre d'information**

Bonjour,

Je suis Guillaume SEROUART, étudiant en année de thèse et médecin généraliste remplaçant.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine générale, je souhaite réaliser des entretiens semi dirigés sur la collaboration interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie chez la population âgée polymédiquée.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les représentations et les attentes des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois dans le cadre de cette collaboration. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être âgé de 65 ans ou plus, habiter dans la communauté de communes du Sud-Avesnois, ayant un suivi pour une ou plusieurs pathologies chroniques et présentant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois.

Dans le cadre de cet entretien, je vous poserai une série de questions ouvertes où vos réponses seront libres. Ces entretiens seront enregistrés mais les données issues des entretiens resteront anonymes afin de ne pas pouvoir vous identifier.

Ces entretiens pourront se dérouler soit à votre pharmacie habituelle dans un espace de confidentialité, soit au cabinet du Dr CESAR-FERET à Wignehies ou bien à votre domicile selon votre préférence.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-004 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr) . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [guillaume.serouart.etu@univ-lille.fr](mailto:guillaume.serouart.etu@univ-lille.fr)

Directeur de thèse : Docteur CESAR-FERET Dominique

Contact :

Mail : [guillaume.serouart.etu@univ-lille.fr](mailto:guillaume.serouart.etu@univ-lille.fr) ou [guillaume.serouart@hotmail.fr](mailto:guillaume.serouart@hotmail.fr)

Téléphone : 06.43.67.17.83

Guillaume Serouart

## **Annexe 3 : Guide d'entretien initial**

Investigateur : Guillaume SEROUART

Directeur de thèse : Dr Dominique CESAR-FERET

Objectif : Recueillir les représentations et les attentes des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois dans la collaboration interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie.

Contexte :

« Bonjour, je m'appelle Guillaume Serouart, je suis étudiant en année de thèse et médecin généraliste remplaçant.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à mon étude et de m'accorder cet entretien.

Je réalise actuellement une thèse d'exercice en médecine générale dont le sujet porte sur la collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie chez la population âgée polymédiquée.

Au vu du vieillissement de la population d'une part, et avec la présence de nombreux déserts médicaux en constante augmentation en France d'autre part, une réorganisation des soins primaires c'est-à-dire de la médecine de ville et de premiers recours s'impose. Cette réorganisation du système de soins porte avant tout sur la communication et la coopération entre les différents professionnels de santé et le travail en équipe.

Ce qui ont amené ces dernières années, les politiques de santé publique à mettre en place la création du métier d'assistant médical, le dispositif d'infirmier en pratique avancée (IPA) et celui de pharmacien correspondant dans le but d'une délégation de tâches entre le médecin généraliste et ces différents acteurs de santé pour améliorer l'accès aux soins des patients.

Le pharmacien est considéré comme le spécialiste du médicament, il assure à la fois la dispensation et la sécurisation des prescriptions du médecin.

Du fait du vieillissement de la population, de nombreuses personnes présentent avec l'âge une ou plusieurs maladies chroniques nécessitant la prise de plusieurs médicaments de manière quotidienne : c'est ce qu'on appelle la polymédication. Les effets indésirables de ses médicaments ou leurs interactions entre eux peuvent être responsable d'effets néfastes que l'on appelle « la iatrogénie ».

Prévenir le risque de « iatrogénie » est donc un enjeu de santé majeur.

Le ressenti des patients, c'est-à-dire le vôtre, nous intéresse ici, étant donné que vous êtes les acteurs directement concernés par cette réorganisation du système de santé.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les représentations et les attentes des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois dans la collaboration interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Je vous rappelle que l'entretien va être enregistré à l'aide d'un dictaphone.

Les données recueillies seront anonymes afin que vous ne puissiez pas être identifiés. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2023-004 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr). Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Est-ce que vous êtes d'accord avec ça ? Êtes-vous toujours d'accord pour réaliser cet entretien ? »

### Questions :

- Pour commencer, pouvez-vous me dire votre âge, le nombre de maladies chroniques pour lesquelles vous êtes suivi ? Et combien de médicaments au long cours prenez-vous tous les jours ? (Je vous rappelle que ces données seront anonymisées)
- Comment se passe la délivrance de votre traitement en pharmacie ?
- Que pensez-vous du rôle de conseil de votre pharmacien ? Vous apporte-t-il des informations en rapport avec votre traitement ? Si oui, lesquelles ?
- Comment ressentez-vous les échanges entre votre médecin généraliste et votre pharmacien ? Êtes-vous impliqués dans ces échanges ? Quelles seraient vos suggestions pour améliorer ces échanges ?
- Connaissez-vous le bilan partagé de médication ? Avez-vous eu l'occasion d'y participer ?

Si oui, cela vous a-t-il apporté quelque chose ?

Sinon, après explication, qu'en pensez-vous ?

- Que pensez-vous de la délivrance exceptionnelle de votre traitement habituel par le pharmacien en attendant la régularisation de la part de votre médecin ? Et si cela était renouvelé plus régulièrement et de manière plus générale ?
- Quel est votre avis sur la possibilité d'une modification de votre traitement par votre pharmacien ?
- Que pensez-vous d'une prise de décision partagée de la prescription de votre traitement entre votre médecin généraliste et votre pharmacien ? Et avec vous ?

« Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [guillaume.serouart.etu@univ-lille.fr](mailto:guillaume.serouart.etu@univ-lille.fr) »

## **Annexe 4 : Guide d'entretien final**

Investigateur : Guillaume SEROUART

Directeur de thèse : Dr Dominique CESAR-FERET

Objectif : Recueillir les représentations et les attentes des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois dans la collaboration interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie.

Contexte :

« Bonjour, je m'appelle Guillaume Serouart, je suis étudiant en année de thèse et médecin généraliste remplaçant.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à mon étude et de m'accorder cet entretien.

Je réalise actuellement une thèse d'exercice en médecine générale dont le sujet porte sur la collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie chez la population âgée polymédiquée.

Au vu du vieillissement de la population d'une part, et avec la présence de nombreux déserts médicaux en constante augmentation en France d'autre part, une réorganisation des soins primaires c'est-à-dire de la médecine de ville et de premiers recours s'impose. Cette réorganisation du système de soins porte avant tout sur la communication et la coopération entre les différents professionnels de santé et le travail en équipe.

Ce qui ont amené ces dernières années, les politiques de santé publique à mettre en place la création du métier d'assistant médical, le dispositif d'infirmier en pratique avancée (IPA) et celui de pharmacien correspondant dans le but d'une délégation de tâches entre le médecin généraliste et ces différents acteurs de santé pour améliorer l'accès aux soins des patients.

Le pharmacien est considéré comme le spécialiste du médicament, il assure à la fois la dispensation et la sécurisation des prescriptions du médecin.

Du fait du vieillissement de la population, de nombreuses personnes présentent avec l'âge une ou plusieurs maladies chroniques nécessitant la prise de plusieurs médicaments de manière quotidienne : c'est ce qu'on appelle la polymédication. Les effets indésirables de ses médicaments ou leurs interactions entre eux peuvent être responsable d'effets néfastes que l'on appelle « la iatrogénie ».

Prévenir le risque de « iatrogénie » est donc un enjeu de santé majeur.

L'opinion des patients, c'est-à-dire la vôtre, nous intéresse ici, étant donné que vous êtes les acteurs directement concernés par cette réorganisation du système de santé.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les représentations et les attentes des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois dans la collaboration interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Je vous rappelle que l'entretien va être enregistré à l'aide d'un dictaphone.

Les données recueillies seront anonymes afin que vous ne puissiez pas être identifiés. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2023-004 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr). Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Est-ce que vous êtes d'accord avec ça ? Êtes-vous toujours d'accord pour réaliser cet entretien ? »

### Questions :

- Pour commencer, pouvez-vous me dire votre âge, le nom des maladies chroniques pour lesquelles vous êtes suivi ? Et combien de médicaments au long cours prenez-vous tous les jours pour ces maladies ? Est-ce que vous avez d'autres médicaments que vous prenez habituellement ? (Je vous rappelle que ces données seront anonymisées)
- Racontez-moi votre dernière visite chez le pharmacien pour le renouvellement de votre ordonnance ?
- Comment se passe la délivrance de votre traitement en pharmacie ? Vous apporte-t-il des informations en rapport avec votre traitement ? Si oui, lesquelles ?
- Que pensez-vous de la délivrance exceptionnelle de votre traitement habituel par le pharmacien en attendant la régularisation de la part de votre médecin ? Et si cela était renouvelé plus régulièrement et de manière plus générale ?
- Que pensez-vous d'une modification de traitement par le pharmacien après un échange avec votre médecin ? Ou sans échange avec votre médecin ?
- Connaissez-vous le bilan partagé de médication ? Avez-vous eu l'occasion d'y participer ?

Si oui, cela vous a-t-il apporté quelque chose ?

Sinon, après explication, qu'en pensez-vous ?

- Comment ressentez-vous les échanges entre votre médecin généraliste et votre pharmacien ? Êtes-vous impliqués dans ces échanges ? Quelles seraient vos suggestions pour améliorer ces échanges ?
- Par rapport à vos traitements, pensez-vous que certains médicaments pourraient avoir un effet négatif sur votre état de santé ?

- Que pensez-vous d'une prise de décision partagée de la prescription de votre traitement entre votre médecin généraliste et votre pharmacien ? Et avec vous ?

« Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [guillaume.serouart.etu@univ-lille.fr](mailto:guillaume.serouart.etu@univ-lille.fr) »

## **Annexe 5 : Liste des propriétés**

Accepter le besoin de médication

Accueillir beaucoup de patients à la pharmacie

Accéder à un médecin traitant devient difficile

Aimer être sollicité

Apprécier avoir une alternative pour son renouvellement de traitement

Apprécier la disponibilité de son pharmacien

Apprécier que son pharmacien puisse faire une avance sur la délivrance de son traitement

Apprécier d'être rassuré

Avoir accès à la vaccination en pharmacie

Avoir besoin d'être examiné par le professionnel de santé adapté

Avoir besoin d'être suivi par son médecin traitant

Avoir besoin de médicaments antalgiques

Avoir besoin de plus de médecins

Avoir besoin de plus de pharmaciens

Avoir besoin de prendre plus de médicaments en vieillissant

Avoir besoin de prendre son traitement hypnotique

Avoir confiance en la science

Avoir confiance en son médecin traitant

Avoir confiance en son pharmacien

Avoir conscience de la qualification de son pharmacien

Avoir conscience de la qualification des professionnels de santé

Avoir conscience que l'erreur de diagnostic peut être humaine

Avoir conscience que le pharmacien a plus de connaissance sur les médicaments

Avoir des compétences spécifiques à sa profession

Avoir des difficultés à se déplacer pour consulter

Avoir des délais d'accès aux soins trop importants

Avoir des effets indésirables de ses traitements

Avoir des médicaments identiques depuis longtemps

Avoir du mal à anticiper son renouvellement de traitement

Avoir du mal à s'adapter aux modifications de ses traitements

Avoir l'habitude que son médecin généraliste décide seul

Avoir l'impression que l'accès aux médicaments est moins encadré

Avoir l'impression que le temps de consultation est trop court chez son médecin traitant

Avoir l'impression que les soins prodigués étaient mieux avant

Avoir l'impression que son pharmacien est capable d'adapter son traitement

Avoir l'impression que son pharmacien peut être influencé par les laboratoires

Avoir le sentiment de prendre trop de médicaments

Avoir le sentiment que les médecins ont du mal à déléguer

Avoir le sentiment que les médicaments sont efficaces

Avoir le sentiment que son pharmacien a les capacités de renouveler ses traitements

Avoir un accès aux soins dépendant de ses revenus

Avoir un avis divergent selon la spécialité médicale

Avoir un bon suivi avec son médecin traitant

Avoir un suivi médical important en vieillissant

Avoir un suivi plus régulier avec son médecin spécialiste

Avoir un suivi rapproché avec son médecin traitant

Avoir un suivi régulier à la même pharmacie

Avoir un traitement adapté à sa santé

Avoir été bien pris en charge

Banaliser l'acte de renouvellement de son traitement

Bien connaître mes traitements habituels

Certains médicaments peuvent avoir un effet néfaste sur la conduite

Communication limitée au minimum avec son pharmacien et son équipe

Difficultés d'accéder à certains soins en vieillissant

Difficultés pour accéder aux soins

Difficultés à gérer la prise de ses médicaments

Eprouver des difficultés à retenir les informations sur ses traitements

Essayer de réguler son dosage de médicament par soi-même

Être anxieux

Être autonome

Être autonome pour se rendre à la pharmacie

Être bien pris en charge par son pharmacien et son équipe

Être bien suivi médicalement

Être bien suivi par son spécialiste

Être conscient de l'indispensabilité de ses traitements

Être conscient du coût économique de la santé

Être dépendant de ses proches pour son suivi médical

Être dépendant de son traitement hypnotique

Être favorable au travail en équipe entre son médecin généraliste et son pharmacien

Être favorable à réaliser un bilan partagé de médication

Être fragile en vieillissant

Être habitué à consulter son médecin traitant

Être indépendant

Être moins proche de son médecin traitant qu'auparavant

Être méfiant sur la composition des médicaments d'aujourd'hui

Être méfiant sur les effets secondaires de certains de ses médicaments

Être organisé dans la gestion de sa santé

Être patient pour la prescription de traitement non essentiel

Être plus confiant envers son médecin traitant

Être sceptique sur l'utilité du bilan partagé de médication

Être sociable

Être stressé par ses proches

Être vigilant sur son état de santé

Ignorer l'origine de certains effets indésirables

Importance de la relation pharmacien-patient pour le patient

Impression de prise en charge différente selon le territoire

Impression que les jeunes médecins ont des difficultés à s'installer

Manque de communication sur les effets des médicaments

Ne pas avoir conscience de son niveau de suivi médical

Ne pas avoir conscience des effets indésirables de son traitement hypnotique

Ne pas avoir de connaissances médicales

Ne pas comprendre l'intérêt de ses traitements

Ne pas comprendre l'intérêt des évolutions liées à la profession de médecin généraliste

Ne pas connaître l'ensemble du champ de compétence du pharmacien

Ne pas ressentir le besoin d'avoir plus d'information sur ses traitements

Ne pas récupérer soi-même ses médicaments en pharmacie

Ne pas se sentir compétent

Ne pas se sentir fragile

Ne pas se sentir légitime à la prise de décision

Nécessité d'organisation du travail en équipe par les professionnels de santé

Nécessité d'un suivi médical plus important pour les patients fragiles

Nécessité d'une bonne communication entre son médecin traitant et son spécialiste

Nécessité d'une bonne coopération entre le médecin généraliste et le pharmacien

Nécessité de prendre son traitement

Nécessité de suivi médical moins régulier avec le temps

Pas de nécessité de consulter son médecin traitant pour son renouvellement de traitement habituel

Possibilité de recourir au médecin remplaçant

Pouvoir solliciter facilement son médecin traitant

Prendre beaucoup de médicaments

Prendre un hypnotique pour dormir

Prise exceptionnelle de médicament en dehors de son traitement habituel

Recevoir l'information sur ses traitements par son pharmacien

Respecter les préconisations de ses professionnels de santé

Ressentir la nécessité d'être examiné

Ressentir un manque de communication entre son pharmacien et son médecin généraliste

S'informer sur les effets de ses traitements

S'intéresser aux modifications de son traitement

Savoir utiliser les appareils pour mesurer les constantes vitales

Se préoccuper de la fabrication de ses médicaments

Se sentir bien soigné

Se sentir bien soigné en France

Sentiment de manque de temps pour un travail en équipe

Sollicitation importante des médecins généralistes

Sollicitation importante des soignants

Souhaiter avoir le choix de son professionnel de santé

Souhaiter limiter le nombre de professionnels de santé pour son suivi

Souhaiter prendre part au choix de ses médicaments

Souhaiter que son pharmacien puisse élargir son champ de compétence

Souhaiter recevoir davantage d'information sur ses traitements

Subir la pénurie de médicament

Subir les conséquences de sa mauvaise hygiène de vie

Subir les effets de son traitement

Vivre dans un désert médical

Vouloir diminuer sa quantité de traitement

Vouloir solliciter son médecin traitant quand son état de santé se dégrade

Vouloir un renouvellement de traitement facilité

Vouloir une délivrance facilitée de son hypnotique

## Annexe 6 : Déclaration auprès du délégué du service de Protection des Données de l'Université de Lille



### RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 130 029 754 00012
<b>Adresse</b> : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

<b>Intitulé</b> : Collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien dans le cadre de la prévention de la iatrogénie : étude qualitative sur les représentations et les attentes des patients âgés polymédiqués.
<b>Référence Registre DPO</b> : 2023-004
<b>Responsable scientifique</b> : M. Dominique LACROIX <b>Interlocuteur (s)</b> : M. Guillaume SEROUART

Fait à Lille,

Le 17 janvier 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jean-Luc TESSIER'.

**AUTEUR : Nom : SEROUART**

**Prénom : Guillaume**

**Date de soutenance : 27 juin 2024**

**Titre de la thèse :** Collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie : opinion des patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + FST/option : DES de médecine générale**

**Mots-clés :** « General practitioner » ; « Pharmacist » ; « Primary healthcare » ; « Iatrogenic Disease » ; « Personne âgée » ; « Iatrogénie » ; « Réforme du système de santé » ; « Bilan partagé de médication » ; « Conciliation médicamenteuse »

### **Résumé :**

**Introduction :** Face à l'évolution de la démographie médicale et du vieillissement de la population, la question de l'accès aux soins devient omniprésente. La notion d'élargissement des compétences du pharmacien existe depuis plusieurs années, ce dernier souhaitant être plus impliqué et reconnu dans la prise en charge des patients. Alors que la prévention de la iatrogénie devient un enjeu de santé publique majeur avec l'augmentation de la population âgée polymédiquée, le pharmacien d'officine semble être un acteur indispensable pour y répondre. L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'opinion des patients âgés polymédiqués dans la collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention de la iatrogénie.

**Méthode :** Réalisation d'une étude qualitative inspirée de l'analyse thématique avec une approche inductive. Quinze entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients âgés polymédiqués de la communauté de communes du Sud-Avesnois ont été menés de février 2023 à janvier 2024.

**Résultats :** Les patients âgés polymédiqués ont besoin de soins plus importants en vieillissant mais subissent aussi les effets de leur polymédication. Ils ont une méconnaissance des différentes missions de leur pharmacien et de l'intérêt de la consultation de renouvellement d'ordonnance. Un besoin de régularité dans leur suivi médical avec des interlocuteurs privilégiés est évoqué par les patients qui souhaitent garder leur médecin traitant comme premier interlocuteur dans le système de santé. Malgré un sentiment de dégradation de l'accès aux soins, les patients suivent les recommandations des soignants et sont prêts à s'adapter aux évolutions de leurs pratiques. Ils souhaitent recevoir davantage d'information sur leurs traitements et leurs effets, et être plus impliqués dans la prise de décision de prescription. Les patients sont favorables au travail en équipe entre leur médecin généraliste et leur pharmacien ainsi qu'à l'élargissement des compétences de ce dernier.

**Conclusion :** Les patients âgés polymédiqués sont favorables à la collaboration entre leur médecin généraliste et leur pharmacien d'officine. Ils souhaitent être plus impliqués dans le suivi de leur santé et sont favorables à une nouvelle organisation des soins primaires. Cependant, la place centrale de leur médecin traitant dans leur suivi reste indispensable pour eux. Ils aimeraient que leur pharmacien puisse avoir un rôle plus élargi en termes de déprescription, un des piliers de la prévention de la iatrogénie.

### **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseur : Madame le Professeur Anita TILLY**

**Directeur de thèse : Madame le Docteur Dominique CESAR-FERET**