

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

**Bilan partagé de médication :
Avis des médecins traitants
en zone sous médicalisée
dans la subdivision d'Angers**

Étude qualitative réalisée par Focus Group de médecins généralistes installés en Sarthe, Mayenne et Maine-et-Loire, en 2022.

WARDEGA Marion

Née le 27/05/1992 à Argentan (61)

Sous la direction de M. PEUROIS Matthieu
En codirection avec Mme DILE Nathalie

Membres du jury

| | |
|------------------------------|-------------|
| Mme le Pr ANGOULVANT Cécile | Président |
| M. le Dr PEUROIS Matthieu | Directeur |
| Mme le Dr DILE Nathalie | Codirecteur |
| M. le Pr FAURE Sébastien | Membre |
| Mme le Dr. TILLARD Lila | Membre |
| M. le Dr LAFFHILE Jean-Louis | Membre |

Soutenue publiquement le :
05 janvier 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée WARDEGA Marion
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **06/11/2022**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| | | |
|-----------------------------|--|-----------|
| ABRAHAM Pierre | PHYSIOLOGIE | Médecine |
| ANGOULVANT Cécile | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| ANNWEILER Cédric | GÉRIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT | Médecine |
| ASFAR Pierre | RÉANIMATION | Médecine |
| AUBE Christophe | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE | Médecine |
| AUGUSTO Jean-François | NEPHROLOGIE | Médecine |
| BAUFRETON Christophe | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE | Médecine |
| BELLANGER William | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| BENOIT Jean-Pierre | PHARMACOTECHNIQUE | Pharmacie |
| BIERE Loïc | CARDIOLOGIE | Médecine |
| BIGOT Pierre | UROLOGIE | Médecine |
| BONNEAU Dominique | GÉNÉTIQUE | Médecine |
| BOUCHARA Jean-Philippe | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE | Médecine |
| BOUET Pierre-Emmanuel | GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE | Médecine |
| BOURSIER Jérôme | GASTROENTEROLOGIE ; HÉPATOLOGIE | Médecine |
| BOUVARD Béatrice | RHUMATOLOGIE | Médecine |
| BRIET Marie | PHARMACOLOGIE | Médecine |
| CALES Paul | GASTROENTÉROLOGIE ; HÉPATOLOGIE | Médecine |
| CAMPONE Mario | CANCEROLOGIE ; RADIOTHÉRAPIE | Médecine |
| CAROLI-BOSC François-Xavier | GASTROENTÉROLOGIE ; HÉPATOLOGIE | Médecine |
| CASSEREAU Julien | NEUROLOGIE | Médecine |
| CONNAN Laurent | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| COPIN Marie-Christine | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES | Médecine |
| COUTANT Régis | PÉDIATRIE | Médecine |
| CUSTAUD Marc-Antoine | PHYSIOLOGIE | Médecine |
| CRAUSTE-MANCIET Sylvie | PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIÈRE | Pharmacie |
| DE CASABIANCA Catherine | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| DESCAMPS Philippe | GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE | Médecine |
| D'ESCATHA Alexis | MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL | Médecine |
| DINOMAIS Mickaël | MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION | Médecine |
| DUBEE Vincent | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES | Médecine |
| DUCANCELLE Alexandra | BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIÈNE | Médecine |
| | HOSPITALIÈRE | |
| DUVAL Olivier | CHIMIE THÉRAPEUTIQUE | Pharmacie |
| DUVERGER Philippe | PÉDOPSYCHIATRIE | Médecine |
| EVEILLARD Mathieu | BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE | Pharmacie |
| FAURE Sébastien | PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique | ANATOMIE | Médecine |
| FOUQUET Olivier | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE | Médecine |
| FURBER Alain | CARDIOLOGIE | Médecine |
| GAGNADOUX Frédéric | PNEUMOLOGIE | Médecine |
| GOHIER Bénédicte | PSYCHIATRIE D'ADULTES | Médecine |
| GUARDIOLA Philippe | HÉMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| GUILET David | CHIMIE ANALYTIQUE | Pharmacie |
| HAMY Antoine | CHIRURGIE GÉNÉRALE | Médecine |
| HENNI Samir | MÉDECINE VASCULAIRE | Médecine |

| | | |
|------------------------------|---|-----------|
| HUNAULT-BERGER Mathilde | HÉMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| IFRAH Norbert | HÉMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| JEANNIN Pascale | IMMUNOLOGIE | Médecine |
| KEMPF Marie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIÈNE | Médecine |
| | HOSPITALIÈRE | |
| KUN-DARBOIS Daniel | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE | Médecine |
| LACOEUILLE FRANCK | RADIOPHARMACIE | Pharmacie |
| LACCOURREYE Laurent | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE | Médecine |
| LAGARCE Frédéric | BIOPHARMACIE | Pharmacie |
| LARCHER Gérald | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRES | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond | ANESTHESIOLOGIE-RÉANIMATION | Médecine |
| LEBDAI Souhil | UROLOGIE | Médecine |
| LEGENDRE Guillaume | GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE | Médecine |
| LEGRAND Erick | RHUMATOLOGIE | Médecine |
| LERMITE Emilie | CHIRURGIE GÉNÉRALE | Médecine |
| LEROLLE Nicolas | RÉANIMATION | Médecine |
| LUNEL-FABIANI Françoise | BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIÈNE | Médecine |
| | HOSPITALIÈRE | |
| MARCHAIS Véronique | BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE | Pharmacie |
| MARTIN Ludovic | DERMATO-VÉNÉREOLOGIE | Médecine |
| MAY-PANLOUP Pascale | BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION | Médecine |
| MENEI Philippe | NEUROCHIRURGIE | Médecine |
| MERCAT Alain | RÉANIMATION | Médecine |
| PAPON Nicolas | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MÉDICALE | Pharmacie |
| PASSIRANI Catherine | CHIMIE GÉNÉRALE | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle | PÉDIATRIE | Médecine |
| PETIT Audrey | MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL | Médecine |
| PICQUET Jean | CHIRURGIE VASCULAIRE ; MÉDECINE VASCULAIRE | Médecine |
| PODEVIN Guillaume | CHIRURGIE INFANTILE | Médecine |
| PROCACCIO Vincent | GÉNÉTIQUE | Médecine |
| PRUNIER Delphine | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE | Médecine |
| PRUNIER Fabrice | CARDIOLOGIE | Médecine |
| RAMOND-ROQUIN Aline | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| REYNIER Pascal | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE | Médecine |
| RICHARD Isabelle | MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION | Médecine |
| RICHOMME Pascal | PHARMACOGNOSIE | Pharmacie |
| RODIEN Patrice | ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES | Médecine |
| ROQUELAURE Yves | MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL | Médecine |
| ROUGE-MAILLART Clotilde | MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ | Médecine |
| ROUSSEAU Audrey | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES | Médecine |
| ROUSSEAU Pascal | CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE | Médecine |
| ROUSSELET Marie-Christine | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES | Médecine |
| ROY Pierre-Marie | MÉDECINE D'URGENCE | Médecine |
| SAULNIER Patrick | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES | Pharmacie |
| SERAPHIN Denis | CHIMIE ORGANIQUE | Pharmacie |
| SCHMIDT Aline | HÉMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| TESSIER-CAZENEUVE Christine | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| TRZEPIZUR Wojciech | PNEUMOLOGIE | Médecine |
| UGO Valérie | HÉMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| URBAN Thierry | PNEUMOLOGIE | Médecine |
| VAN BOGAERT Patrick | PÉDIATRIE | Médecine |
| VENARA Aurélien | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE | Médecine |
| VENIER-JULIENNE Marie-Claire | PHARMACOTECHNIE | Pharmacie |
| VERNY Christophe | NEUROLOGIE | Médecine |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

| | | |
|------------------------------|---|-----------|
| BAGLIN Isabelle | CHIMIE THÉRAPEUTIQUE | Pharmacie |
| BASTIAT Guillaume | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline | IMMUNOLOGIE | Médecine |
| BEGUE Cyril | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| BELIZNA Cristina | MÉDECINE INTERNE | Médecine |
| BELONCLE François | RÉANIMATION | Médecine |
| BENOIT Jacqueline | PHARMACOLOGIE | Pharmacie |
| BESSAGUET Flavien | PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE | Pharmacie |
| BERNARD Florian | ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE | Médecine |
| BLANCHET Odile | HÉMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| BOISARD Séverine | CHIMIE ANALYTIQUE | Pharmacie |
| BRIET Claire | ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES | Médecine |
| BRIS Céline | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE | Pharmacie |
| CAPITAIN Olivier | CANCEROLOGIE ; RADIOTHÉRAPIE | Médecine |
| CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE | Médecine |
| CHEVALIER Sylvie | BIOLOGIE CELLULAIRE | Médecine |
| CLERE Nicolas | PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE | Pharmacie |
| COLIN Estelle | GÉNÉTIQUE | Médecine |
| DERBRE Séverine | PHARMACOGNOSIE | Pharmacie |
| DESHAYES Caroline | BACTÉRIOLOGIE VIROLOGIE | Pharmacie |
| DOUILLET Delphine | MÉDECINE D'URGENCE | Médecine |
| FERRE Marc | BIOLOGIE MOLÉCULAIRE | Médecine |
| FORTROT Jacques-Olivier | PHYSIOLOGIE | Médecine |
| GUELFF Jessica | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| HAMEL Jean-François | BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE | Médicale |
| HELESBEUX Jean-Jacques | CHIMIE ORGANIQUE | Pharmacie |
| HERIVIAUX Anaïs | BIOTECHNOLOGIE | Pharmacie |
| HINDRE François | BIOPHYSIQUE | Médecine |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie | MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ | Médecine |
| JUDALET-ILLAND Ghislaine | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| KHIATI Salim | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE | Médecine |
| LANDREAU Anne | BOTANIQUE/ MYCOLOGIE | Pharmacie |
| LEGEAY Samuel | PHARMACOCINETIQUE | Pharmacie |
| LEMEE Jean-Michel | NEUROCHIRURGIE | Médecine |
| LE RAY-RICHOMME Anne-Marie | PHARMACOGNOSIE | Pharmacie |
| LEPELTIER Elise | CHIMIE GÉNÉRALE | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck | BIOLOGIE CELLULAIRE | Médecine |
| LIBOUBAN Hélène | HISTOLOGIE | Médecine |
| LUQUE PAZ Damien | HÉMATOLOGIE BIOLOGIQUE | Médecine |
| MABILLEAU Guillaume | HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE | Médecine |
| MALLET Sabine | CHIMIE ANALYTIQUE | Pharmacie |
| MAROT Agnès | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MÉDICALE | Pharmacie |
| MESLIER Nicole | PHYSIOLOGIE | Médecine |
| MIOT Charline | IMMUNOLOGIE | Médecine |
| MOUILLIE Jean-Marc | PHILOSOPHIE | Médecine |
| NAIL BILLAUD Sandrine | IMMUNOLOGIE | Pharmacie |
| PAILHORIES Hélène | BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE | Médecine |
| PAPON Xavier | ANATOMIE | Médecine |
| PASCO-PAPON Anne | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE | Médecine |
| PECH Brigitte | PHARMACOTECHNIQUE | Pharmacie |
| PENCHAUD Anne-Laurence | SOCIOLOGIE | Médecine |
| PIHET Marc | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE | Médecine |

| | | |
|---------------------------|---|-----------|
| POIROUX Laurent | SCIENCES INFIRMIÈRES | Médecine |
| PY Thibaut | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| RINEAU Emmanuel | ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION | Médecine |
| RIOU Jérémie | BIOSTATISTIQUES | Pharmacie |
| RIQUIN Elise | PÉDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE | Médecine |
| RONY Louis | CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE | Médecine |
| ROGER Emilie | PHARMACOTECHNIQUE | Pharmacie |
| SAVARY Camille | PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE | Pharmacie |
| SCHMITT Françoise | CHIRURGIE INFANTILE | Médecine |
| SCHINKOWITZ Andréas | PHARMACOGNOSIE | Pharmacie |
| SPIESSER-ROBELET Laurence | PHARMACIE CLINIQUE ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE | Pharmacie |
| TEXIER-LEGENDRE Gaëlle | MÉDECINE GÉNÉRALE | Médecine |
| VIAULT Guillaume | CHIMIE ORGANIQUE | Pharmacie |

AUTRES ENSEIGNANTS

| PRCE | | |
|------------------------|--------------------------------|-----------|
| AUTRET Erwan | ANGLAIS | Santé |
| BARBEROUSSE Michel | INFORMATIQUE | Santé |
| FISBACH Martine | ANGLAIS | Santé |
| O'SULLIVAN Kayleigh | ANGLAIS | Santé |
| RIVEAU Hélène | ANGLAIS | |
| | | |
| PAST | | |
| CAVAILLON Pascal | PHARMACIE INDUSTRIELLE | Pharmacie |
| DILÉ Nathalie | OFFICINE | Pharmacie |
| GUILLET Anne-Françoise | PHARMACIE DEUST PRÉPARATEUR | Pharmacie |
| MOAL Frédéric | PHARMACIE CLINIQUE | Pharmacie |
| PAPIN-PUREN Claire | OFFICINE | Pharmacie |
| KAASSIS Mehdi | GASTRO-ENTÉROLOGIE | Médecine |
| GUITTON Christophe | MÉDECINE INTENSIVE-RÉANIMATION | Médecine |
| SAVARY Dominique | MÉDECINE D'URGENCE | Médecine |
| POMMIER Pascal | CANCEROLOGIE-RADIOTHÉRAPIE | Médecine |
| PICCOLI Giorgina | NEPHROLOGIE | Médecine |
| | | |
| PLP | | |
| CHIKH Yamina | ÉCONOMIE-GESTION | Médecine |

REMERCIEMENTS

A Mme le Professeur Cécile ANGOULVANT, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Vous m'aviez accompagnée lors de mon premier semestre d'internat en GEAP au Mans, cela me tenait à cœur de boucler ma formation à vos côtés pour ce jour si particulier.

A M. le Docteur Matthieu PEUROIS et Mme le Docteur Nathalie DILE, merci à vous deux d'avoir accepté de diriger et codiriger mon travail de thèse, merci de m'avoir fait confiance, merci de m'avoir accompagnée et encouragée tout au long de ce travail, merci pour vos conseils avisés. Votre codirection médecin-pharmacien a permis d'enrichir ce travail, j'espère qu'il fera émerger d'autres envies de collaboration universitaire ou professionnelle entre nos deux professions.
Matthieu, merci tout particulièrement pour ton investissement et ta disponibilité, merci pour le double codage : tu es un super directeur de thèse !

A M. le Professeur FAURE et M. le Docteur Jean-Louis LAFFHILE, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Ce sujet de thèse est né suite à ma participation à l'un de vos enseignements à la faculté de Santé, merci pour votre engagement auprès des étudiants.

A Mme le Docteur Lila TILLARD, merci d'avoir accepté d'animer un focus group et d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

A Mme le Docteur Bintou OUATARRA, merci d'avoir accepté d'animé un focus group.

A tous les participants de l'étude, merci d'avoir permis la réalisation de ce travail en partageant vos points de vue et vos retours d'expériences, merci pour le temps que vous m'avez accordé.

A mes parents, vous qui m'avez donné sans compter pour que je puisse en arriver là où je suis, ma réussite je vous la dois. Merci des valeurs que vous m'avez transmises. Merci de m'avoir montré le chemin. Merci de m'avoir épaulé chaque fois. Merci pour tout votre amour... **Mon Papounet**, notre capitaine aux multiples talents, j'ai hérité de ta passion pour la mer que tu aimes tant et tu as toujours su me faire garder le cap ! Tu m'as montré qu'avec le travail et la passion on pouvait réussir tant de choses, qu'il fallait toujours être perfectionniste et surtout ne jamais oublier d'où l'on vient toi qui a grandi dans les corons. Pépé et Mémé seraient fiers de nous tous ! Merci pour nos footings du dimanche où je prends mon shoot d'embruns. Merci pour ta gestion parfaite pendant mes absences. J'espère te réentendre bientôt jouer de la trompette pour le plus grand plaisir de nous tous. **Ma Mamounette**, une maman exceptionnelle, toi qui m'as bercé dans ce milieu de la santé, tu as toujours été mon exemple, tu m'as montré qu'on pouvait aller toujours plus loin avec de la détermination et la soif d'apprendre, j'admire le courage que tu as eu pour rejoindre les bancs de la fac pour évoluer dans ton métier dans lequel tu t'épanouis toujours aujourd'hui. Je pense aussi à Papi et Mamie qui seraient fiers ! Merci pour tes sourires, j'adore tellement te voir danser à l'africaine ou faire la majorette ! Merci de nous faire chaque fois des excellents petits plats remplis d'amour. Merci de nous avoir toujours aidé aux devoirs et de continuer aujourd'hui en ayant relu mon manuscrit avec soin.

A mon Brother, mon grand frère, merci pour ton coup de pouce pour ma diapo entre deux bibs et un match de foot, tu es un excellent coach et un super papa je suis fière de toi ! Je suis tellement comblée de te voir épanoui et heureux avec ma jolie belle-sœur, vous m'avez fait le plus beau des cadeaux pour mes 30 ans : me confier le rôle de Marraine, vous pouvez me faire confiance je t'aime de tout mon cœur et la protègerai toute sa vie. **Ma Clari**, je suis si heureuse que tu fasses partie de notre famille, j'ai gagné une belle-sœur mais surtout une amie, merci pour cette complicité entre nous.

A Lina, ma filleule, notre petite beauté précieuse, bienvenue dans ce monde ! Tu n'imagines pas le bonheur que tu disperces autour de toi, vous formez une très belle famille avec Maman et Papa, j'ai tellement hâte de te voir grandir auprès de nous, saches que je serai toujours là pour toi !

A ma petite Tata et mon tonton adorés, merci pour votre soutien sans faille, vous êtes toujours là à mes côtés pour m'aider et me donner des précieux conseils, merci pour chaque super moment passé ensemble en famille. Et pour les blagues carambar de tonton qui me feront toujours autant rire, quel artiste !

A mon grand cousin, eh non je n'ai pas choisi radiologie ahah, à ta petite famille, tes trois beaux enfants que j'adore : **Hamza, Ömer et Asya**.

REMERCIEMENTS

A Hugues, merci pour la feria que tu mets dans mon cœur, merci pour l'aventure que tu me fais vivre chaque jour, merci pour ces beaux voyages où j'en ai pris plein les yeux et plein le cœur (le bébé tortue!), pour nos surftrips en van en toute simplicité, nos rando's, ces heures passées à ramer en canoë pour découvrir des endroits insolites et faire grandir notre passion pour les grottes... Merci pour nos danses défoulage à la maison, pour nos petites victoires à la roulette, pour ces moments à nous à deux chacun bien au chaud dans sa combi pilou, pour le jus pressé que tu me fais chaque matin, pour tes délicieux cookies, pour le bon tartare au couteau que tu es en train de me préparer. Merci pour ta tendresse et ton amour, pour ton soutien toujours à ta façon.

A mon Vivi, mon champion, du haut de tes 4 ans tu ne te rends pas encore compte des épreuves que tu as traversées et du courage dont tu as fait preuve pour te battre contre cette foutue maladie, tu es ma force Victor, Marraine est si fière de toi !

A ma cousine Charlotte, tu es comme une sœur pour moi, notre rencontre a été comme une évidence depuis on ne s'est plus jamais quittées, je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien, ton écoute toutes ces heures passées au téléphone à se faire des confidences.

A mes étoiles, mes crottes, pour cette amitié unique infaillible depuis maintenant plus de 16 ans, dans les bons comme les mauvais moments, oh oui vous m'en avez fait voir de toutes les couleurs ! Il s'en est passé des choses depuis nos débuts à Argentan city à se balader dans la 205 de Véro increvable ! A nos soirées folles au Lipstick conduites par la navette de Jojo pour finir avec une bonne poule au pot ou un délicieux couscous chez Chanchan, à nos fous-rires innombrables et nos commérages. A notre amitié qui continue de s'écrire encore aujourd'hui même à des kilomètres les unes des autres. A l'amour de l'amitié.

Ma Floflo d'amour, merci d'être toujours là, merci de m'avoir reboostée et éclairée tant de fois, qui aurait cru qu'un jour je remercierai l'option Latin pour avoir fait naître notre amitié indescriptible ! Tant de souvenirs... Je suis tellement fière de ton parcours, aujourd'hui c'est un peu mon St Maixent ! Je te revois avec tes lunettes beurrées à loucher sur ma copie... Pour rien au monde j'échangerai ma place dans ce cours car j'ai rencontré une star mais par-dessus tout une amie exceptionnelle ! Tellement hâte que cette petite bombe déclenche son compte à rebours... je vous souhaite le meilleur ! **Ma Fanou**, merci d'être toi, tu es restée toujours la même depuis toutes ces années, enfin heureusement tu t'es un peu assagie... A ton accent sudiste qui m'a fait tant rire, à ton talent pour te faire payer des verres, à nos piques niques sur la plage. A tes princesses, **Eyden**, à mes yeux toujours mon bêbou même si elle devient une grande et belle jeune fille, à **Mayssa, Sihem**. A notre magnifique amitié. Tu sais toujours trouver la force pour rebondir, ne doutes jamais de toi, on sera toujours là.

Je ne vous remercierai jamais assez pour mes 30 ans inoubliables... Des souvenirs gravés à jamais dans mon cœur et dans ma mémoire. **JE VOUS AIME !**

A mon Diego pour tous ses câlins réconforts, chaque fois auprès de moi pour réviser ou rédiger cette thèse.

A mes belles rencontres lors de cet internat Angevin,
Mes zouz', les n°1,

Une coloc de folie avec Diego aux Fourches à Laval (il n'y a qu'avec vous que je pourrai y retourner), à nos tonus, à la Gwada confinées, à nos weekends à la mer, à nos défis running et au barathon rennais, à Sousou et Donald. **Célia**, mon croco, le soleil qui renait dans ma vie, ma coloc du 20 rue de la chalouère, à nos après-midis à papoter sous les plaids, aux photos mémorables à boire du bébé rose so fraîches avec Coujust, au lassi mangue, à ta tartiflette de butternut. On aura loupé une seule chose ensemble : ne pas avoir créé de bébés de Simone et Diego olala tu imagines les petits bijoux ! **Marion**, ma Zouz, merci pour tous ces déhanchés partagés sur le dancefloor « Oooh mon bébé », pour ta bonne humeur et ta poésie, tu es une paillette dans ma vie.

Les Mancelles, Tahina, mon Piou Piou, merci pour ta joie de vivre, tellement fière de tes progrès sur les pistes, **Marion**, la planchiste, j'espère que bientôt on pourra partager une petite session ensemble dans le Golfe du Morbihan, merci pour ces vacances au ski inoubliables avec vous deux à faire les belles à Courchevel, « Petrouchkaaa » ! Merci pour vos rires.

Eyram merci de m'avoir accompagnée dans ma gourmandise chaque midi en GEAP.

REMERCIEMENTS

Mes cointernes de Laval,
Amandine, Sandra, Adrien la Team Basicfit ! **Mélyssa**, pour nos tea time et ces longues soirées confidences dans nos chambres d'internat, **Soul**, notre Président indétrônable, **Berro, Ambre, Maxime, Louise, Romain, Yassine**, pour les bons moments et ces folles soirées au Club Bienvenue en Mayenne.

A Amélie, Gégé et kiki, toujours là pour faire la fête ou pour une sortie bateau !

A Mélanie, Vincent, Maud, Axel, pour ces parties de Tactik tumultueuses dont on ne se lasse pas, pour ces kilomètres dévalés sur les pistes après avoir partagé une bonne fondue.

A Esengül et Fiston, mes camarades géniaux pendant la PACES.

A mes maîtres de stage de Médecine Générale ou hospitaliers, aux équipes soignantes avec qui j'ai pu travailler, pour leur bienveillance et leur confiance, pour leur partage et leur accompagnement dans cet apprentissage, merci d'avoir formé le médecin que je suis devenue, j'ai beaucoup appris de chacun de vous.

Au Dr AUBIN qui m'a fait découvrir la Médecine Générale lors de mon externat et qui a révélé ma vocation.

A Sandrine, merci pour ta douceur et ta pédagogie, tu m'as permis de prendre confiance en moi lors de mon tout premier stage d'internat et m'a fait grandir dans mon rôle de médecin, je crois me souvenir que j'étais ta première interne, je n'oublierai jamais mon stage à la MSP de Ballon.

A Michel, merci pour nos discussions très enrichissantes autour des êtres humains que nous sommes, tu m'as appris à percevoir le patient et la Médecine autrement.

A Emmanuel, aux équipes des Urgences et du service de Médecine polyvalente du Mans, à l'équipe de Pédiatrie du Dr BASSILE à Laval, à Apo pour sa gentillesse et son investissement au sein du service de Gynécologie à Laval, **aux Dr HARDOUIN, Dr SCHLETZER-MARI et leur équipe soignante d'endocrinologie de Laval, à Grégory, au Dr VARANGOT et au Dr LIDEC** pour leur accompagnement en SASPAS

Sans oublier bien sûr le B4 du SSR de St Barth et son équipe de choc : **Adeline, Audrey, Claire, Emmanuelle**, des infirmières en OR ! Je ne vous remercierai jamais assez pour ce semestre où j'ai été si bien entourée. Merci pour votre dévouement auprès des patients et votre professionnalisme, merci pour tous les bons moments passés à vos côtés. Quand est-ce qu'on monte notre MSP ? **Gracia, Murielle, Annabelle, Laetitia, Patricia, Reizak**, merci de prendre si bien soin des patients.

A la maison de santé du Dolmen,

Aurore, tu es un modèle pour moi dans l'exercice de ce métier, je te remercie de m'avoir choisie pour ton congé maternité où j'ai pu m'épanouir et qui m'a beaucoup appris. **Julien, Rémi, Michèle**, merci de m'avoir fait confiance, merci pour vos conseils. **Anaïs**, une secrétaire au top que j'aurai bien aimé avoir à mes côtés pour mon projet professionnel, tu ne veux toujours pas déménager ? Merci pour tes encouragements et pour ta contribution à mon travail, je te souhaite plein de bonheur à venir tu le mérites !

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Intérêts de la méthodologie choisie**
- 2. Recrutement et échantillonnage**
- 3. Réalisation des focus groups**

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

2. Résultats des focus groups

2.1. Un outil de soins pour l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez les patients âgés polymédiqués

- 2.1.1. Via une approche globale centrée patient
- 2.1.2. Via une analyse pharmaceutique clinique de l'ordonnance
- 2.1.3. Via un dialogue avec le patient

2.2. Un outil professionnel pour la pratique

- 2.2.1. Outil de communication
 - a) Avec le pharmacien
 - b) Pluriprofessionnel
- 2.2.2. Outil de formation
 - a) Pour renforcer les connaissances pharmacologiques médecins généralistes
 - b) Pour développer l'aspect clinique du métier de pharmacien

2.3. Un outil de santé publique

- 2.3.1. Économique : réduction des coûts
- 2.3.2. Écologique : lutte contre le gaspillage médicamenteux
- 2.3.3. Démographie : création d'un trio médecin/pharmacien/patient
- 2.3.4. Outil de promotion de l'efficience médicamenteuse chez la personne âgée

2.4. L'outil en lui même

- 2.4.1. Le fond
- 2.4.2. La forme
- 2.4.3. Modalités pratiques suggérées par les médecins généralistes

DISCUSSION

1. La méthodologie

- 1.1. Points forts**
- 1.2. Points faibles**

2. Résultats

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

Annexe I : Cartographie zonage médecin pour les Pays de la Loire (2020)

Annexe II : Lettre d'information adressée aux médecins généralistes

Annexe III : Questionnaire de recueil d'informations

Annexe IV : Guide d'entretien

Annexe V : Retranscriptions des focus groups (via un lien Dropbox)

Annexe VI : Questionnaire fiche recueil bilan partagé de médication SFPC

Annexe VII : Carte heuristique des résultats

Annexe VIII : Fiche Mémo Bilan partagé de médication

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|-------|--|
| BPM | Bilan partagé de médication |
| CDOM | Conseil départemental de l'Ordre des Médecins |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| IPP | Inhibiteur de la pompe à protons |
| IRDES | Institut de recherche et documentation en économie de la Santé |
| MSP | Maison de santé pluriprofessionnelle |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PMSA | Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé |
| ROSP | Rémunération sur objectifs de santé publique |
| TVS | Territoire de Vie Santé |
| ZAC | Zone d'action complémentaire |
| ZIP | Zone d'intervention prioritaire |

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : L'optimisation médicamenteuse chez la personne âgée est un enjeu de santé publique. Le médecin traitant a un rôle clé dans la réévaluation globale de l'ordonnance. Un outil via une collaboration avec le pharmacien existe depuis 2018 : le bilan partagé de médication, mais il reste peu utilisé.

OBJECTIFS : Recueillir l'avis des médecins généralistes installés en zone sous médicalisée dans la subdivision d'Angers sur le bilan partagé de médication, cerner leurs attentes pour aider au développement de cet outil.

MÉTHODES : Etude qualitative par focus group auprès de médecins traitants installés en zone sous médicalisée dans la circonscription faculaire d'Angers. Réalisation de deux focus groups à trois mois d'intervalle en mars et juin 2022 après proposition d'expérimentation du dispositif en le prescrivant. Codage en unité de sens, analyse thématique inductive du verbatim et triangulation des données.

RÉSULTATS : Six médecins généralistes ont participé au premier entretien collectif et quatre au deuxième. Le bilan partagé de médication apparaissait comme un outil utile et formateur pouvant aider le médecin généraliste installé en zone sous médicalisée à optimiser les ordonnances des patients âgés polymédiqués, sécuriser les prescriptions et aussi déprescrire. La communication entre médecins et pharmaciens était renforcée. Les médecins étaient demandeurs de suggestions thérapeutiques de la part du pharmacien. Selon eux, la méconnaissance du BPM et la faible valorisation financière pour les pharmaciens semblaient être des points à améliorer pour étendre le dispositif. La prescription du bilan par le médecin généraliste pouvait aider à sa réalisation.

DISCUSSION : Beaucoup de pistes d'amélioration encourageantes pour étendre le dispositif sont ressorties de ce travail. Une étude questionnant les pharmaciens sollicités par les médecins généralistes interrogés sera intéressante afin d'explorer l'avis des pharmaciens.

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population française entraîne une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la polypathologie chez les personnes âgées. En résulte une polymédication qui augmente le risque de iatrogénie médicamenteuse et de diminution de l'observance. (1)

Dans son rapport pour 2019 l'Assurance Maladie définit la polypathologie par « la présence simultanée d'au moins deux pathologies chez le même individu ». En 2016, chez les personnes âgées de 85 ans et plus elle touchait 31,1% des femmes et 42,2% des hommes. (2)

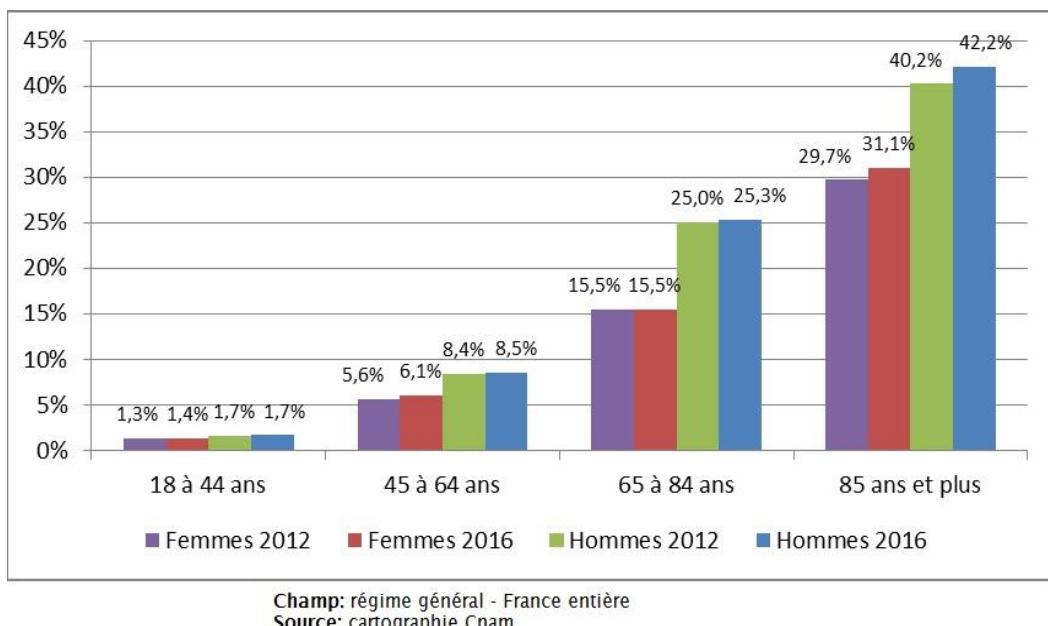


Figure 1 : Fréquence de la polypathologie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe

La polymédication est décrite selon l'OMS comme « l'usage régulier et simultané par un patient de quatre médicaments sans prescription ou sur prescription et/ou traditionnels, voire plus. » (3) L'IRDES dans sa revue de la littérature ne retrouve pas de consensus sur le nombre de médicaments seuil pour définir la polymédication mais une majorité d'études fixe ce nombre à 5 médicaments ou plus. Pour ce seuil de 5 médicaments, leur analyse montre que la prévalence de la polymédication continue (médicaments prescrits au moins 3 fois dans l'année, pris de

façon régulière et prolongée) est de 39% chez les patients âgés de plus de 75 ans et plus. Ces données étant sous estimées car ne prenant pas en compte l'automédication et les visites à domicile non informatisées. (4)

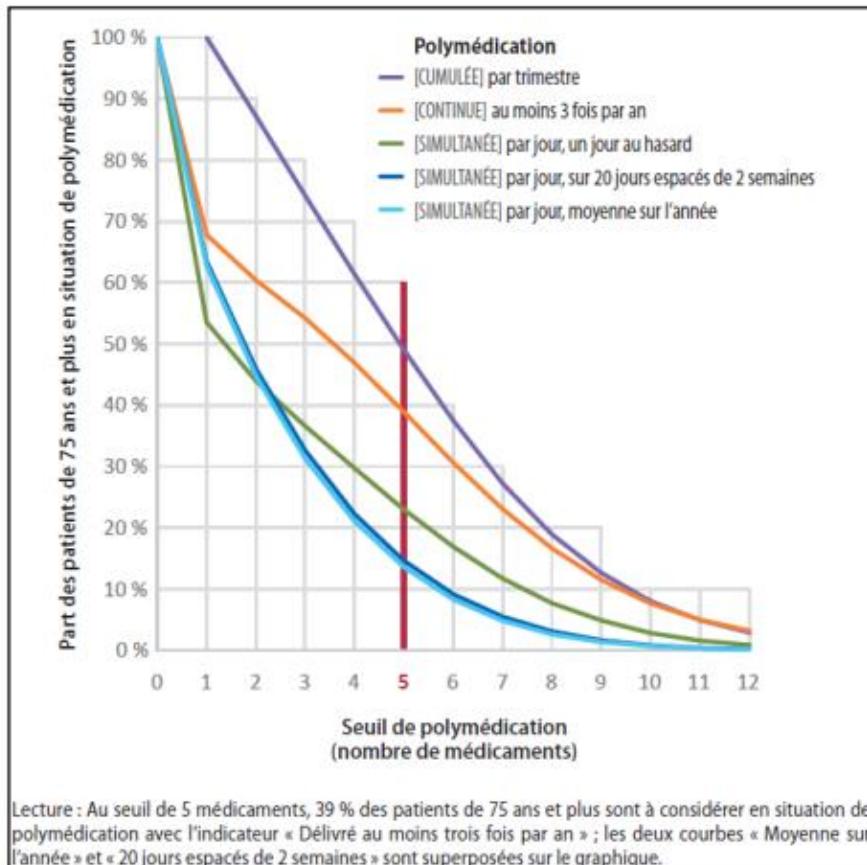


Figure 2 : Part des patients de 75 ans et plus en situation de polymédication en fonction du seuil de médicaments et de l'indicateur Source : Monéga et Al. ; IRDES

En termes de conséquences médico-économiques, la CPAM fait état de plus de 130 000 hospitalisations par an en France liés à des accidents dus aux médicaments chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Pour cette même catégorie de patients ces accidents sont responsables de 10 à 20 % des admissions aux urgences, et de plus de 7 500 décès par an. (5)

L'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé est devenue un enjeu de santé publique, un des objectifs prioritaires de la Loi de Santé Publique de 2004. (6) La révision

régulière des diagnostics et de l'ordonnance ainsi que l'information du patient sont des étapes clés selon la Haute Autorité de Santé. (7)

Le médecin généraliste traitant qui coordonne et suit la prise en charge globale complexe de ces patients âgés polymédiqués a un rôle déterminant dans l'efficience des prescriptions médicamenteuses.

En zone sous médicalisée, le temps médical disponible est diminué et les médecins traitants peuvent rencontrer des difficultés pour accompagner comme ils le souhaiteraient les patients (délai de consultation plus important, suivi moins fréquent, consultation plus courte, diminution du temps accordé aux actes de prévention). (8)(9)

Depuis 2018 existe le bilan partagé de médication (BPM), une nouvelle mission attribuée au pharmacien d'officine. Le bilan partagé de médication est un outil sur lequel le médecin traitant pourrait s'appuyer pour renforcer la qualité de prise en charge thérapeutique et l'accompagnement du sujet âgé polymédiqué, plus particulièrement en zone sous médicalisée où le temps médical peut manquer.

Les modalités de mise en œuvre du bilan partagé de médication sont définies dans l'avenant n°12 à la convention pharmaceutique paru en mars 2018 (10), les critères d'éligibilité ont été élargis comme suit dans l'avenant n°19 paru en février 2020 (11) : le bilan de médication s'adresse aux patients âgés de 65 ans et plus polymédiqués, ayant au moins cinq molécules prescrites pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois (ALD et hors ALD inclus).

Ses objectifs sont la diminution de la iatrogénie médicamenteuse via une collaboration médecin/pharmacien, l'amélioration de l'adhésion du patient à son traitement en répondant à ses interrogations, ses besoins. (12)

Il comporte une analyse complète des traitements réalisée suite à un entretien structuré par le pharmacien avec le patient volontaire, communiquée au médecin puis expliquée au patient. (13)

Il est composé de différentes étapes décrites par la Société Française de pharmacie clinique:(14)

- **Le bilan initial :** composé de quatre étapes réalisées par le pharmacien détaillées dans la figure ci-dessous :

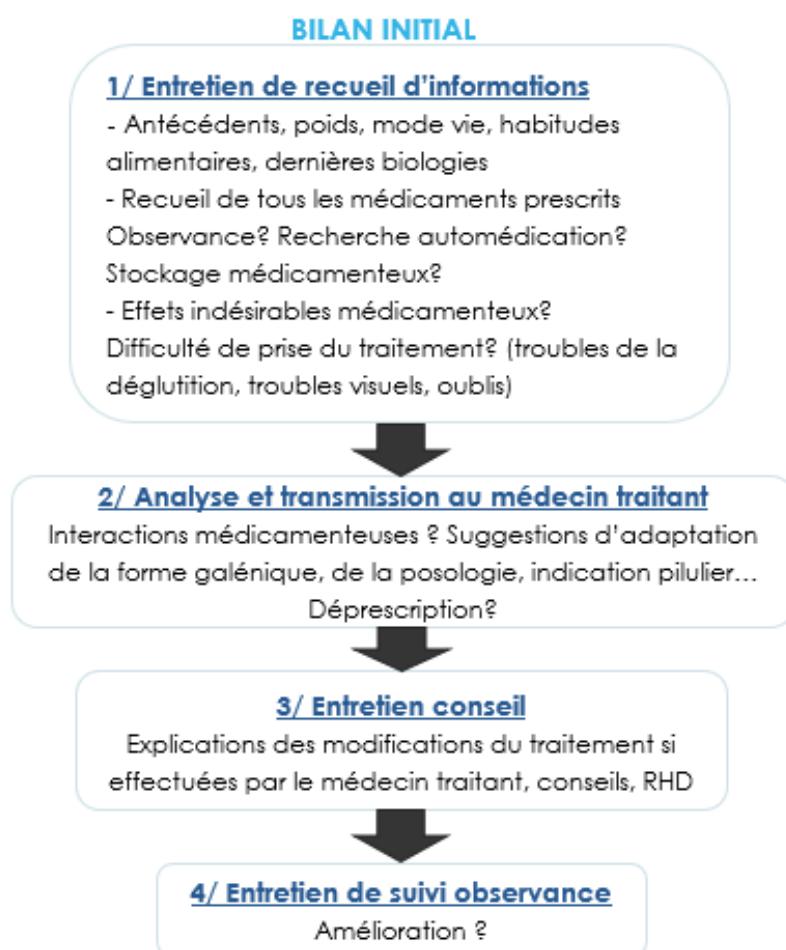


Figure 3 : Les 4 étapes du bilan initial

Le bilan initial débute par un entretien de recueil d'informations auprès du patient (15), s'en suit une analyse pharmaceutique sans le patient avec synthèse et transmission au médecin traitant (qui décidera de modifier ou non le traitement en fonction des suggestions du

pharmacien). La troisième étape est celle de l'entretien conseil, le pharmacien revoit le patient et comme le nom l'indique va le conseiller sur la prise de son traitement, l'informer sur les molécules et sur les éventuelles modifications effectuées par le médecin traitant. Pour terminer ce bilan initial il y a l'entretien de suivi d'observance qui a lieu à distance de l'entretien conseil.

- **Le suivi d'un bilan initial** : Le pharmacien peut s'entretenir avec le patient l'année suivante. S'il y a eu modifications du traitement, le bilan est repris à la seconde étape afin de réitérer l'analyse en prenant compte des nouvelles prescriptions.

La rémunération a été simplifiée dans l'avenant n°21 paru en septembre 2020 (16) passant d'une ROSP à une rémunération à l'acte : 60€ la première année pour la réalisation des 4 étapes du bilan initial (Recueil, analyse, entretien conseil, suivi d'observance) ; l'année suivante pour les entretiens de suivi : 30€ en cas de modification thérapeutique, 20€ si absence de changement.

Très peu de bilans partagés de médication ont été réalisés depuis leur création et ce dispositif reste peu connu des médecins généralistes. (17) Les freins au développement de ce dispositif évoqués du côté des pharmaciens en dehors d'une rémunération peu incitative sont l'intérêt du médecin généraliste voire même la crainte d'une perception négative et le défaut de communication avec ce dernier. (18)

L'objectif principal de ce travail de thèse était d'explorer l'avis des médecins traitants installés en zone sous médicalisée dans la subdivision d'Angers sur le bilan partagé de médication.

Comment le bilan partagé de médication est-il perçu par les médecins généralistes en zone sous médicalisée où les besoins d'appuis dans l'accompagnement des patients âgés polymédiqués peuvent être plus importants ?

Les objectifs secondaires étaient de cerner les attentes des médecins traitants afin d'ouvrir des pistes d'amélioration pour le développement et l'utilisation de ce dispositif. La prescription du bilan partagé de médication par le médecin généraliste peut-elle contribuer au développement de ce dispositif ?

En zone sous médicalisée y a-t-il un besoin ressenti par les médecins traitants dans l'aide à la prise en charge thérapeutique et l'accompagnement du patient âgé polymédiqué ? Le bilan partagé de médication peut-il être un outil pertinent pour répondre à ce besoin s'il existe ?

MÉTHODES

1. Intérêts de la méthodologie choisie

La méthodologie choisie était une étude qualitative menée au moyen de focus groups regroupant des médecins généralistes traitants installés en zone sous médicalisée dans la circonscription faculaire d'Angers : Maine et Loire, Mayenne, Sarthe.

Le choix s'est porté sur des entretiens collectifs afin de favoriser l'interaction entre les différents participants, les débats et l'émergence d'idées. Les focus groups permettaient de confronter l'expérience de chaque participant.

Les entretiens semi dirigés ont été choisis pour permettre d'approfondir la question de recherche et préciser certains points.

2. Recrutement et échantillonnage

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste installé en zone sous médicalisée, exercer dans l'un des trois départements de la circonscription faculaire d'Angers, avoir répondu au questionnaire de recueil d'informations, accepter les conditions des entretiens collectifs.

Les zones sous médicalisées ont été identifiées selon la liste de l'ARS de 2020 (Communes, territoires de vie-santé et quartiers politique de la ville, identifiés en zones d'intervention prioritaire et zone d'action complémentaire) et la cartographie (Annexe I).

Les critères de non-inclusion étaient le refus ou l'impossibilité de participer aux focus groups.

Le recrutement des médecins généralistes a été effectué par voie électronique. Une lettre d'information (Annexe II) leur a été adressée en passant par le CDOM de chaque département (49, 72, 53), le réseau Palex en Mayenne, le réseau de l'ADOPS 72, les médecins généralistes maîtres de stage universitaires de la faculté de médecine d'Angers

exerçant dans les zones sous médicalisées identifiées et via le réseau personnel du chercheur par effet boule de neige. Une relance a été effectuée par voie électronique auprès de plus de 50 médecins généralistes et cabinets médicaux dans les zones sous médicalisées concernées, certaines adresses mails ont dû être recueillies par téléphone directement auprès des secrétariats.

La lettre d'information envoyée comprenait un lien vers un questionnaire de recueil d'informations générales à remplir en ligne via Google Form® afin de recueillir les caractéristiques des participants (Annexe III).

3. Réalisation des focus groups

Le recueil de données a été réalisé en deux parties. Un premier entretien collectif avait pour objectif de questionner l'avis général des médecins généralistes sur le bilan partagé de médication. A la fin de cette première partie il a été proposé aux médecins généralistes de réaliser une prescription de bilan partagé de médication pour un patient éligible.

Le deuxième entretien a été réalisé trois mois après le premier et visait à recueillir l'avis du médecin généraliste après expérimentation du bilan partagé de médication.

Un délai de trois mois entre les deux parties du recueil de données a été laissé afin de prendre en compte un éventuel délai de réception de la synthèse du bilan partagé de médication par les médecins. Trois mois c'est aussi la durée fréquente de renouvellement de traitement en cabinet de médecine générale pour un patient malade chronique polymédiqué ce qui permettait de revoir le patient avant ce délai et de savoir si un BPM avait été réalisé.

Les focus groups ont été réalisés à distance par visioconférence pour des soucis organisationnels au vu de l'éloignement géographique de chaque médecin et de leur planning surchargé.

Un guide d'entretien composé de neuf questions a servi de support aux animateurs pour le déroulement des focus groups, ce dernier créé initialement à partir de présupposés sous-jacents a été ajusté après le premier focus group. (Annexe IV)

Chaque entretien a été animé par un modérateur différent ayant reçu le guide d'entretien en amont pour se l'approprier.

Au début de chaque entretien collectif l'animateur recueillait le consentement oral de chaque participant et le chercheur rappelait les objectifs de l'étude.

Chaque focus group a duré environ 1h00. Le premier focus group a eu lieu le 31 mars 2022 et a duré 1h05. Le deuxième focus group a eu lieu le 21 juin 2022 et a duré 1h00.

L'enregistrement s'est fait au moyen d'un dictaphone et d'un smartphone.

La retranscription s'est faite en intégralité sur logiciel de traitement de texte Word®. Les aspects non verbaux sont également notés ainsi que les commentaires généraux.

L'ensemble de ces données anonymisées constituait le verbatim (Annexe V). Chaque médecin s'est vu attribuer un chiffre de 1 à 6 dans l'ordre de prise de parole lors du premier focus group afin de les identifier lors de l'enregistrement. Les mêmes chiffres ont été conservés pour le second focus group.

L'analyse réalisée est une analyse de contenu thématique dont la méthodologie s'inspire de la théorisation ancrée, analyse thématique inductive avec codage des verbatims puis regroupement en propriétés et catégories via un tableur Excel®.

Une triangulation des données a été effectuée par le directeur de thèse dans le but d'augmenter la validité interne de l'étude.

Le comité d'éthique ou CPP n'ont pas été sollicités pour cette étude d'évaluation des pratiques professionnelles, cette recherche n'impliquant pas la personne humaine.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

Sur 10 médecins ayant répondu au questionnaire d'informations, six ont pu finalement participer au premier focus group, et quatre ont participé au deuxième focus group.

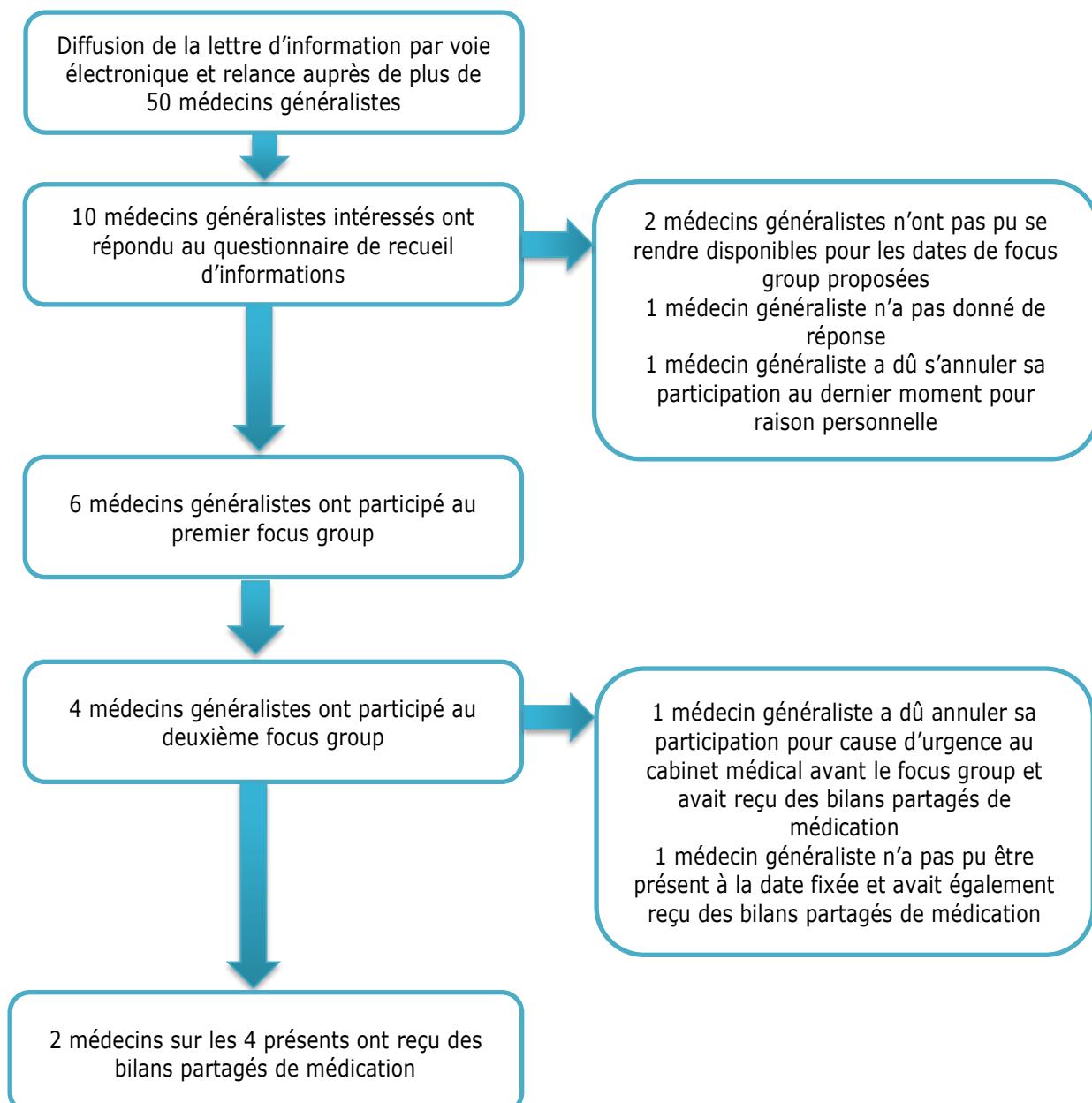


Figure 4 : Diagramme de flux

Les caractéristiques socio-professionnelles des participants sont regroupées dans le tableau suivant :

Tableau I : Caractéristiques socio-professionnelles des participants

| N° Anonymat | Dpt | Sexe | Âge | Exercice | Pourcentage estimé de patients >65 ans avec >5 molécules | Difficulté(s) ressentie(s) dans la prise en charge des patients âgés poly-médiqués | Pharmacie à proximité du cabinet | Contacts réguliers avec le pharmacien | Nombre de pharmacie(s) par omnipraticiens répertoriée(s) dans le TVS d'exercice selon le site REZONE |
|-------------|-----|------|-----------|----------|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| MG1 | 49 | H | 60-69 ans | MSP | 40% | Oui, « Arrêt de médicaments » | Oui | Oui | 8/17 |
| MG2 | 53 | H | <30 ans | MSP | 5% | Oui, « Complexité des vérifications, risque de sur/sous dosage, manque de confiance, risque de sur-délivrance » | Oui | Oui | 17/39 |
| MG3 | 72 | H | >70 ans | MSP | 50% | Oui, « Difficulté à baisser le nombre de médicaments » | Oui | Oui | 2/5 |
| MG4 | 72 | F | 40-49 ans | MSP | 60% | Oui, « Interactions thérapeutiques, bonne observance du traitement, risque d'erreur de prise » | Oui | Non | 1/5 |
| MG5 | 49 | F | 30-39 ans | MSP | 20% | Oui, « Iatrogénie, dépendance, erreur, inobservance » | Oui | Oui | 3/6 |
| MG6 | 53 | H | 40-49 ans | Groupe | 50% | Oui, « Evaluation balance bénéfice-risque, polypathologie » | Oui | Oui | 1/2 |

2. Résultats des focus group

2.1. Un outil de soins pour l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez les patients âgés polymédiqués

2.1.1. Via une approche globale centrée patient

Les médecins généralistes interrogés évoquaient leur surprise en découvrant la richesse du contenu du bilan partagé de médication, ce dernier prenant en compte le patient dans sa globalité en recueillant notamment :

- les antécédents, le mode vie :

MG4 : « Il y a plein de trucs sur les antécédents, j'ai appris des choses qui ne sont pas du tout dans le thérapeutique mais sur un détail que j'avais oublié de la vie d'une patiente (...), si ils étaient tous seuls (...) ça m'a surpris sur ça je m'attendais à que les médicaments et c'est aller un petit peu au-delà »

- l'état nutritionnel du patient :

MG4 : « Les deux ont leur bilan de dénutrition en fait »

- les habitudes de vie plus particulièrement sur le plan alimentaire pouvant interagir avec la prise des traitements :

MG2 : « Le fait qu'il était pas au courant qu'il consomme moins de pamplemousse du fait de ces traitements »

Le recueil de toutes les ordonnances prescrites au patient notamment par les spécialistes était aussi noté comme un élément important :

MG4 : « Le patient commence à avoir 2,3,4 ordonnances de nous, du cardio, de l'urologue, de etc... et que ça s'empatouille joyeusement (...) c'est là que le pharmacien peut signaler car nous on le sait pas forcément ça en fait »

Un des médecins généralistes mentionnait également l'intérêt de la recherche d'automédication :

MG5: « Je trouvais que c'était intéressant aussi ce regard croisé médecin/pharmacien, de prendre en compte tout ce qui est acheté sans nécessité d'ordonnance notamment le Paracétamol, moi je piste un petit peu et c'est hallucinant parfois (rires) dès qu'on pose la question de ce qu'ils peuvent consommer, et ils en achètent par eux même et ça on ne le sait pas donc de le mettre dans ce bilan c'est important de prélever toutes les consommations euh notamment même celles qu'on ne connaît pas, cachées »

2.1.2. Via une analyse pharmaceutique clinique de l'ordonnance

L'ensemble des médecins exprimait l'intérêt de la double lecture de l'ordonnance par le pharmacien pour s'enrichir de l'expertise pharmacologique et optimiser les prescriptions :

MG1 : « Sur le papier c'est vrai on se dit il y a trop de médicaments mais dans la réalité ? L'intérêt d'en discuter avec un pharmacien je pense que ça peut permettre de voir quels sont les médicaments vraiment indispensables »

MG2 : « Quels sont les médicaments nécessaires déjà, au vu des risques pour le patient dans le cadre de ses maladies et puis quels sont ceux qui pourront quand même apporter un bénéfice même s'ils sont peut-être un peu moins nécessaires que les autres »

La sécurité des prescriptions apparaissait comme renforcée afin de diminuer la iatrogénie médicamenteuse :

MG1 : « Je me disais que je pouvais toujours faire des erreurs et que ça m'intéressait beaucoup qu'il y ait des échanges avec le pharmacien »

MG4 : « Que le pharmacien ait aussi une double vue sur le Lasilix en plein été en pleine canicule d'alerter (...) et dire attention lui il a toujours son Lasilix pourquoi pas l'arrêter ? »

Un autre médecin généraliste définissait à sa manière les objectifs du bilan partagé de médication :

MG2 : « Je crois que les buts du BPM c'est surtout réduire la iatrogénie médicamenteuse (...) avant tout la meilleure observance de l'ordonnance et le meilleur rapport bénéfice risque au vu des prescriptions qui sont faites »

Cette analyse pharmaceutique semblait permettre d'accompagner le médecin généraliste dans la révision de l'ordonnance.

MG2 : « A partir du moment où l'ordonnance, y'a tant d'ALD et fait plus d'une page recto (rires) euh c'est qu'il est temps de faire attention. Parce que ça veut dire qu'il y a plus de 7 médicaments donc euh y'a forcément des adaptations et une révision à faire »

Notamment en l'aidant à coordonner les prescriptions faites par différents spécialistes :

MG2 : « Chacun des spécialistes pense à sa spécialité, chacun donne 25 traitements et à la fin en tant que MG notre rôle c'est de se dire ben finalement qu'est-ce que je garde »

MG1 : « On s'arrache un peu les cheveux de savoir euh... qu'est-ce qu'on peut arrêter, parce que chaque spécialiste en rajoute »

2.1.3. Via un dialogue avec le patient

Un professionnel faisait remarquer que le dispositif était très bien accueilli par les patients motivés à réduire le nombre de médicaments pris.

MG2 : « C'est super bien pris par les patients franchement, un très très bon retour pour tous ceux à qui je l'ai prescrit même si j'ai pas eu forcément de retour du bilan partagé, les patients sont hyper intéressés. Savoir qu'on s'intéresse à eux déjà, qu'on s'intéresse à leurs médicaments, mais surtout que peut-être à la fin ils en prendront moins ! Ça c'est la petite carotte ! (sourire) Quasiment tous me l'ont dit « Ah ouais si on peut en supprimer un ou deux ce serait bien ! » » (...) « Ils y voient un réel intérêt et ils étaient vraiment contents de participer »

Un des médecins évoquait le fait que le bilan partagé de médication permettait un réel échange avec le patient, ce dernier pouvant se confier sur l'observance de son traitement, d'éventuels effets indésirables, symptômes ou des difficultés dans la prise médicamenteuse.

MG4 : « Un lieu pour en parler où les gens puissent aussi dire celui-là je ne le prends pas parce que ça fait machin, ou celui-là voilà »

En effet ce même médecin rapportait son étonnement à la suite d'un symptôme jusque-là méconnu livré au pharmacien par le patient lors du bilan.

MG4 : « Un monsieur qui a exprimé au pharmacien qu'il avait des troubles sexuels qu'il n'avait jamais osé me dire (rires) (...) il a 85 ans aussi mais euh c'est quelque chose qui l'embête et qu'il avait jamais osé dire au médecin donc euh voilà c'était un petit peu étonnant »

Selon les médecins interrogés la réalisation d'un bilan partagé de médication peut aussi être l'occasion de rediscuter de l'indication des traitements avec le patient et donc être un appui pour déprescrire.

MG2 : « Ça nous a permis de rediscuter des benzodiazépines avec cette patiente là (...) et résultat suite au bilan elle est venue en disant « bah en fait je l'ai arrêté, le pharmacien il m'a dit que c'était quand même pas terrible donc je l'ai arrêté toute seule » et moi ça faisait 1 an

que je bataillais pour lui faire arrêter le médoc (sourire) » « J'ai l'impression que ça a plus d'impact quand c'est le pharmacien qui dit qu'il faudrait supprimer que quand c'est nous »

2.2. Un outil professionnel pour la pratique

2.2.1. Outil de communication

a) Avec le pharmacien

Pour les médecins généralistes le bilan de médication partagé se révélait être un bon outil d'échange avec le pharmacien, créant du lien et du dialogue entre les deux professions :

MG4 : « La pharmacie étant de l'autre côté de la place par rapport au cabinet on ne se voyait pas malgré tout (...) là du coup on a été obligé d'aller vraiment discuter ensemble, j'ai aussi pris le parti d'aller les voir avant pour voir si ça ne les dérangeait pas, si ils étaient ok avec ça » « Pour moi des petits projets comme ça ou les MSP ça créé du dialogue » « Je pense qu'on a créé un lien (...) ces deux bilans ont permis ça »

MG3 : « ça renforce le lien, puisqu'on communique plus »

La relation apparaissait comme améliorée pour un des médecins généralistes :

MG2 : "Quand je viens les voir en disant ben voilà pour tel autre patient j'ai un problème thérapeutique et ben j'ai un meilleur contact en fait, fin j'avais pas un mauvais contact, mais j'ai un meilleur contact"

Un autre médecin citait le pharmacien comme un partenaire de soin.

MG3 : "Des deux partenaires, médecins et pharmaciens"

Une collaboration médecin/pharmacien dans l'intérêt du patient ressortait :

MG2 : « Le conseil pharmaceutique qui associé à la décision médicale permet d'avoir la meilleure adéquation entre le patient, ses maladies et les traitements qu'on peut lui proposer »

Le lien renforcé entre médecins et pharmaciens avait un effet « qualité » du fait de son impact auprès des patients :

MG2 : « Au moins elle a entendu deux sons de cloches, pour la même direction c'était pas la même personne et résultat ça l'a convaincue de l'arrêter, c'est ce qui compte après tout (rires) »

MG1 : « On peut discuter du rapport bénéfice risque à deux voix en quelque sorte, on aura encore plus de poids »

Une reconnaissance du travail pluriprofessionnel émergeait :

MG2 : « ça redonne du sens (...) dans la complémentarité de nos métiers quoi. Autour de ce document qui est l'ordonnance »

MG3 : « De voir qu'il y a une synergie entre le pharmacien et le médecin et ça c'est pas mal »

Plusieurs médecins avaient déjà fait l'expérience de collaboration positive avec les pharmaciens particulièrement pendant l'épidémie de COVID :

MG5 : « C'est vrai qu'avec le COVID on a bien collaboré notamment pour les vaccins »

MG3 : « On est bien content quand les pharmaciens collaborent avec nous »

b) Pluriprofessionnel

Le bilan partagé de médication était perçu comme un outil pouvant être utile lors des réunions pluriprofessionnelles :

MG5 : « Quand on fait des réunions avec les infirmières (...) on parle de maintien à domicile, des aides, mais souvent l'ordonnance bah ça vient aussi dans la discussion donc le fait de joindre le pharmacien avec une synthèse (...) ça complète finalement la réunion »

Un des participants évoquait un projet de protocole pluriprofessionnel de bilans partagés de médication incluant les infirmiers dans sa MSP :

MG2 : « Je suis en train de voir avec mes pharmaciens pour essayer de mettre en place un protocole » « On envisage d'inclure les infirmières de la maison de santé dans la réflexion surtout pour celles qui visitent les patients à domicile »

Les infirmiers étaient même cités comme pouvant être initiateurs de ces bilans :

MG2 : « C'est l'infirmière qui a demandé au pharmacien et au médecin de s'organiser pour faire un bilan partagé de médication »

2.2.2. Outil de formation

a) Pour renforcer les connaissances pharmacologiques médecins généralistes

Les médecins rapportaient avoir des lacunes en pharmacologie :

MG4 : « On connaît quand même assez peu la pharmacologie en fait, et le pharmacien est quand même plus calé »

MG2 : « ça m'a aussi montré certaines limites dans mes connaissances (...) il faut un peu de temps pour le décortiquer, pour l'analyser, pour comprendre et puis après pour le remettre en place, expliquer au patient »

Pour l'ensemble des participants la réalisation de bilans partagés de médication pourrait permettre d'approfondir leurs connaissances pharmacologiques :

MG5 : « ça nous permettrait un nouvel apprentissage, une connaissance aussi de la pharmacologie qu'on oublie parce qu'on n'a pas que ça à penser »

MG4 : « On n'a pas toujours le temps de lire toutes les histoires d'interactions, d'études, ... les pharmaciens sont un peu plus au courant que nous donc ça peut être intéressant d'échanger là-dessus »

Un des médecins considérait que l'utilisation de cet outil sur le long terme pourrait permettre d'améliorer la prise en charge médicamenteuse chez les patients âgés polypathologiques à l'image d'une formation continue :

MG5 : « Une utilisation sur le plus long terme pour améliorer les prescriptions dans la globalité chez la personne âgée polypathologique »

Ce même médecin faisait remarquer que discuter du bilan partagé de médication lors de ce travail de thèse lui avait permis de modifier sa pratique et de prêter d'avantage attention à la réévaluation de l'ordonnance :

MG5 : « Suite au premier entretien moi ça m'a quand même apporté euh je me rends compte que je fais beaucoup plus attention (...) à redécortiquer l'ordonnance et euh à ce que je prescris donc ça c'est quand même intéressant euh la prise de conscience en fait »

b) Pour développer l'aspect clinique du métier de pharmacien

Cette nouvelle mission attribuée aux pharmaciens était décrite comme valorisante, stimulante :

MG2: « 4 pharmaciens au total m'ont dit que intellectuellement pour eux c'était assez stimulant » « le pharmacien (...) était vraiment content de ce travail (...) ça leur donne un peu plus de sens vis-à-vis de leur boulot de pharmacien de vraiment s'intéresser aux thérapeutiques (...) c'est une meilleure reconnaissance de leur expertise et c'est agréable en

fait » « finalement le médecin est spécialiste du patient mais le pharmacien reste spécialiste du traitement et de l'ordonnance, on prescrit et comme c'est le pharmacien qui délivre c'est lui qui reste le spécialiste, ce qui fait que c'est peut-être pour ça que c'est mieux accepté par le patient »

Un des médecins généralistes jugeait que le bilan partagé de médication permettait finalement d'élargir les compétences du pharmacien :

MG4 : « ça ouvre le champ de compétence des pharmaciens »

2.3. Un outil de santé publique

2.3.1. Économique : réduction des coûts

Un participant évoquait l'intérêt du bilan partagé de médication dans la réduction de la sur-médication :

MG3 : « Est-ce que c'est bien justifié d'avoir tous ces médicaments, on a un problème de sur-médication et ça pourrait nous servir je crois à nous diminuer la sur-médication »

Et un autre exprimait directement l'intérêt financier avec la réduction du coût de l'ordonnance ou encore la diminution des hospitalisations.

MG2 : « Qui dit revoir les prescriptions en vue de déprescription dit diminution du coût de l'ordonnance » « Je sais pas si à long terme le fait de faire des bilans partagés de médication limitera les hospitalisations ou les passages aux urgences, voire même les décès précoces (...) probablement que si, si on en fait suffisamment »

2.3.2. Écologique : lutte contre le gaspillage médicamenteux

Les médecins faisaient remarquer l'importance de l'aspect écologique, le bilan partagé de médication pouvant aider à lutter contre le gaspillage médicamenteux d'autant plus s'il est réalisé à domicile :

MG4 : « L'écologie, de faire attention (...) que les médicaments comme on disait tout à l'heure s'accumulent pas dans les placards des gens, voir si c'est réellement pris »

MG4 : « En allant chez lui il y avait des médicaments partout y compris dans ses chaussures (...) parfois même j'ai envie de dire le BPM pourrait se faire au domicile des gens pour voir un peu comment ça se passe avec les médicaments, les boîtes qui sont périmées ou voilà... Faudrait presque aller plus loin, que font les gens de leurs médicaments qu'on prescrit ? »

2.3.3. Démographique : Création d'un trio médecin/pharmacien/patient

Un médecin suggérait qu'en zone sous médicalisée cet outil pouvait favoriser une relation plus forte entre médecin, pharmacien et patient constituant alors un trio.

MG2 : « Probablement que le patient est quand même mieux connu par le médecin et par le pharmacien après le bilan (...) il y a peut-être un lien médecin-pharmacien qui est renforcé par l'aspect communication, mais je pense qu'il y a un trio médecin-pharmacien-patient qui est peut-être un peu plus défini, plus médecin fin ou prescripteur-délivreur-patient (...) ça fait vraiment plus un triangle mais à inscrire dans un cercle plus que une pyramide ou une chaîne de délivrance »

Par ailleurs un besoin plus fort dans l'accompagnement des personnes âgées polymédiquées n'était pas rapporté par les médecins installés en zone sous médicalisée malgré une surcharge nette ressentie.

MG5 : « Je suis pas sûre que la localité rurale, urbain, zone sous dotée, zone bien dotée ça change beaucoup en fait, c'est plus dans la motivation (...) le désir de faire autre chose, de varier la pratique, fin moi je verrais plutôt ça comme ça »

MG3 : « Les conditions locales sont bonnes ceci dit la surcharge est nette quand même »

2.3.4. Outil de promotion de l'efficience médicamenteuse chez la personne âgée

Un des médecins évoquait l'idée d'utiliser l'outil en santé publique afin de sensibiliser les patients âgés sur le dispositif et les inciter à rediscuter de leur traitement.

MG1 : « Promouvoir au sein d'une population (...) une mise en garde sur les thérapeutiques et finalement d'orienter (...) « parlez-en à votre pharmacien et votre médecin » et de mettre en place dans la population l'idée finalement de rediscuter de leur traitement, (...) du lobbying de santé publique comme ça a été fait pour les antibiotiques »

2.4. L'outil en lui-même

2.4.1. Le fond

Le dispositif était décrit comme un outil reçu favorablement par tous les médecins ayant participé à l'étude :

MG2 : « Personnellement ça ne me dérange absolument pas qu'on critique mon travail et qu'on me dise ben tu pourrais faire mieux en faisant ça (...) que ce soit un outil de plus qui dise ben là ton ordonnance elle pourrait être améliorée moi ça me dérange pas »

L'ensemble des participants le jugeait utile pour le médecin et les patients :

MG3 : « ça peut vraiment être très utile à mon avis »

MG2 : « puis nous ça nous sert hein clairement nos patients aussi » « utile ça y'a pas photo »

Et pertinent :

MG2 : « à mon sens je trouve ça extrêmement pertinent »

Lors du second focus group tous ont déclaré qu'ils allaient continuer à en prescrire.

Concernant le contenu de la synthèse du bilan partagé de médication, les médecins étaient demandeurs de propositions de la part du pharmacien :

MG2 : « J'avais apprécié sur d'autres parties du bilan partagé où il disait bah là il y a tel problème, tel problème mais tu peux faire telle chose, ce qui est quand même très pratique quand le pharmacien dit ben là y'a un souci mais bon je te propose de faire ça »

MG4 : « Je trouve effectivement intéressantes les suggestions du pharmacien. (...) peut-être que les pharmaciens n'osent pas aussi suggérer au médecin des propositions thérapeutiques j'en sais rien mais je trouverais ça intéressant de leur point de vue qu'ils disent ben tiens pourquoi mettre ça plutôt que ça ou telle molécule qui a moins d'interaction. Parfois ils le font hein sur les anti-dépresseurs notamment en disant attention le Seroplex va donner un peu plus de QT ou voilà, je trouverais intéressant qu'ils fassent une proposition après qu'on le suive ou pas voilà »

2.4.2. La forme

Les médecins ayant reçu des bilans partagés de médication exprimaient avoir apprécié recevoir une synthèse écrite facilitant la traçabilité dans le dossier patient :

MG4 : « Une synthèse courte comme ça moi je l'ai rentrée dans le dossier du patient donc elle peut être consultable »

MG2 : « D'avoir une partie vraiment détaillée sur points par points, et un résumé à la fin des actions qui peuvent être menées facilement et rapidement pour faire changer les choses »

La forme écrite leur permettait de pouvoir s'approprier le bilan :

MG2 : « *La formule écrite ça laisse une trace, le coup de fil pfff y'a une chance sur deux pour que la moitié soit oubliée et que ça se passe au milieu d'une consult fin moi je l'ai vraiment vu comme quelque chose qui nécessite d'être pris à tête reposée quoi. Faut consacrer du temps c'est pas facile donc autant avoir du temps devant soi quand on le lit donc la forme écrite qu'elle soit par mail ou par papier hein me paraît préférable à la forme orale* »

A contrario seul un médecin disait préférer un appel, ce dernier n'ayant pas encore reçu de bilan partagé de médication :

MG3 : « *Quand je termine ma journée et que je suis en train de lire mes soixante lettres de laboratoire je ne suis pas à tête reposée, je préfère parler au téléphone que quand on finit (rire), on peut noter direct dans l'outil d'ailleurs, mais avec la mention de l'échange de l'heure, de la date. Si ça fait trop de paperasses on n'y arrivera pas. Fin à mon avis, pour moi* »

Un des médecins aurait aussi apprécié recevoir en pièce jointe les réponses détaillées du patient au questionnaire.

MG4 : « *J'aurai bien aimé aussi qu'ils me donnent les réponses du patient au questionnaire parce que je trouvais que les questions étaient intéressantes sur l'observance notamment, sur plein de petites choses* »

Il apparaissait un besoin de se concerter entre médecins et pharmaciens pour s'accorder sur la forme et le moyen utilisé :

MG2 : « *Par contre j'ai l'impression qu'il y a plusieurs formulaires ou alors c'est moi... "Moi j'en ai eu 3 j'ai eu 3 formats différents. J'en ai un qui m'a fait un vrai compte rendu, j'en ai un*

qui m'a fait un truc typé ameli.fr, et la dernière c'est un truc ameli.fr mais version soft donc en gros j'avais que 3 pages »

2.4.3. Modalités pratiques suggérées pour améliorer et étendre le dispositif

Le dispositif restait méconnu des médecins généralistes :

MG4 : « Je ne sais pas ce qu'est un bilan partagé de médication »

MG5 : « Je ne connais pas le bilan partagé de médication donc on en fait pas non plus »

Sur les 6 médecins interrogés seul un médecin pensait peut-être avoir reçu un BPM avant l'expérimentation :

MG6 : « J'ai déjà eu l'occasion d'échanger avec le pharmacien là-dessus, alors je ne sais pas si c'était un bilan de médication car ça date d'il y a au moins 2-3 ans »

Suite au premier focus groupe 4 médecins sur les 6 interrogés ont reçu des synthèses de BPM qu'ils avaient prescrits, deux médecins destinataires de BPM n'ont pas pu participer au deuxième focus group.

Concernant les deux médecins n'ayant pas reçu de BPM et ayant participé au second focus group, un des médecins n'avait pas pu prescrire de BPM et évoquait des freins après discussion avec les pharmaciens. Ces derniers semblaient ne pas pratiquer le BPM faute de motivation et de formation :

MG5 : « Pour moi ça a été accueilli un petit peu moins bien (...) on a 3 pharmacies, j'en ai senti une plus motivée, euh donc c'est un petit peu plus difficile, il faut trouver des patients qui aillent dans cette pharmacie, qui rentrent dans les critères d'inclusion. Euh ils m'ont bien dit qu'en effet les jeunes pharmaciens étaient beaucoup mieux formés et ça faisait vraiment partie euh ils l'avaient intégré à leur travail au quotidien, euh que pour eux ça leur demande plus

d'efforts, euh donc c'est vrai que j'ai pas pu en prescrire encore sachant en plus que ma patientèle est pas forcément très âgée »

L'autre médecin déclarait ne pas en avoir reçu :

MG3 : « Euh non pas encore »

Un des médecins n'ayant pas reçu de BPM exprimait l'intérêt d'informer les pharmaciens et les médecins sur le dispositif afin de le faire connaître :

MG5: « Peut-être ce qui serait bien ce serait d'informer, ben comme là il y a eu la thèse, de faire des campagnes d'informations un petit peu plus large auprès des pharmaciens pour leur expliquer concrètement ce que c'est même peut-être plus aux médecins (...) parce ce que c'est parfois l'inconnu hein c'est pas que ça fait peur mais on se dit qu'est-ce que c'est exactement, comme c'est pas très concret bon bah les médecins le prescrivent pas, les pharmaciens savent pas ce que c'est donc bah ils prennent pas forcément le temps de se poser des questions, de faire des recherches. Déjà si aussi bien les médecins que les pharmaciens étaient mieux informés je pense que ça libèrerait aussi, il y aurait des portes plus ouvertes et il y aurait des pharmaciens qui pourraient se lancer dans ce temps passé en effet »

Les médecins suggéraient de mettre en avant l'intérêt du patient face à la nécessité de mettre en place une organisation supplémentaire côté pharmacien et médecin :

MG5 : « Se dire ok je fais un effort je vois ce que ça donne euh si y'a des résultats, si c'est bénéfique en effet, satisfaisant pour eux, pour changer de la pratique, pour euh... c'est un apport en plus pour le patient. Faut voir les avantages, faut prendre le temps de voir les avantages »

MG2 : « Après c'est le temps de lecture et d'analyse quoi (...) ça peut prendre du temps avant la consult suivant et pendant la consult suivante. Donc je dirais plus que ça nécessite une

organisation euh... supplémentaire. Est-ce que c'est un vrai frein en tant que tel étant donné que c'est dans l'intérêt du patient j'aurai tendance à penser que non »

Les participants évoquaient la nécessité de valoriser financièrement le temps investi par le pharmacien :

MG2 : « A priori il y a quand même un gros problème de financement parce que le financement n'est pas à la hauteur du temps investi pour pouvoir les réaliser » « Revaloriser un acte qui est clairement sous coté pour les pharmaciens »

MG4 : « J'avais senti le besoin de les motiver aussi (rires) parce c'était quand même un gros boulot et qu'ils trouvent quand même que c'est pas bien payé fin c'est ce qu'ils m'ont dit (rires) ils m'ont dit c'est pas cher payé quand même pour le temps passé »

Cela créait même un frein pour la prescription du dispositif du côté des médecins :

MG4 : « J'avais pas saisi que ça demandait quand même pas mal de travail au pharmacien et du coup j'ai eu un peu peur de les... de trop les solliciter » « Un frein personnel... on a peur un peu de les... mais là je confie à quelqu'un bah quelque chose qui est un peu long quand même et qui est pas forcément d'après ce qu'ils disent bien pris en charge quoi, fin bien rémunéré aussi donc le frein moi je le mettrais à ce niveau là quand même »

MG2 : « C'est vrai que nous par rapport aux pharmaciens de leur mettre une charge de travail en plus en sachant que c'est mal rémunéré... »

Il ressortait un besoin de communiquer un retour de la part du médecin généraliste pour motiver les pharmaciens :

MG2 : « Les pharmaciens m'ont dit « bah ouais c'est vachement bien comme truc sauf que c'est sous côté, ça prend trois plombes et on sait jamais comment est-ce que les médecins prennent le bilan partagé » »

La concertation entre les deux soignants était rapportée comme un élément important afin de ne pas se heurter dans la prescription ou la réalisation du bilan partagé de médication :

MG2 : « Pour le pharmacien, le plus frustrant c'est de faire le bilan et ne pas savoir comment le médecin va s'en saisir ou alors que le médecin vive ça comme un empiètement sur les plates-bandes »

MG5 : « Est-ce que tout au départ il y a un accord, (...) une communication en disant voilà qu'est-ce que vous pensez si on fait un bilan partagé ? Est-ce que c'est un travail d'équipe dès le début en fait ? » « Avec certains confrères qui pourraient être un petit peu réticents, ça permettrait de donner choix au médecin, soit vous voulez qu'on bosse ensemble soit vous souhaitez garder l'entier pouvoir de décision seul » « en décision commune par exemple si c'est possible, voir si certains médecins sont motivés de le faire et d'autres ne pas le faire et que chacun soit respecté »

Un des médecins soulignait en effet qu'il puisse y avoir des médecins réfractaires :

MG2 : « je suis quasiment sûr qu'il y a d'autres médecins à qui ça ne conviendrait pas de recevoir ce genre de documents » (...) « ça touche un peu à l'égo »

La place du médecin généraliste posait question avant l'expérimentation du BPM, le dispositif était comparé à la pratique avancée substituant le médecin généraliste dans un but d'améliorer l'accès aux soins.

MG1 : " C'est les 4 étapes pour le pharmacien mais le médecin il est où là-dedans ? (...) C'est de la pratique avancée ! (rires)" (...) « c'est un petit peu univoque je trouve »

Lors du premier focus group il avait été évoqué l'idée d'une consultation conjointe ou de réunions autour de cas afin de coordonner davantage le dispositif, cela n'a pas été retenu en post expérimentation car jugé chronophage :

MG1 : « ça me paraîtrait intéressant qu'il y ait un travail conjoint et ça ça n'apparaît pas » (...)

« on peut très bien imaginer des réunions comme on essaie d'en monter au niveau de la SISA »

(...) « avec ou pas le patient présent »

MG5 : « Caler un temps pour plusieurs entretiens conseils peut-être »

MG2 : « Bon ça nécessite forcément du temps, de l'organisation, de la mise en place et nos emplois du temps sont ce qu'ils sont »

Pour un des médecins le bilan partagé devait être prescrit à l'initiative du médecin et permettait de mieux cibler les patients :

MG6 : « La nécessité que nous soyons initiateurs de ces bilans...parce que lorsque j'ai eu à faire des bilans avec mon pharma le problème iatrogénique était soulevé après avoir été résolu »

L'idée de mentionner la réalisation d'un bilan de médication à la fin de l'ordonnance était évoquée par un des médecins généralistes :

MG2 : « Une phrase qui s'affiche en bas, « Si vous souhaitez réaliser un bilan partagé de médication merci de m'adresser le compte rendu à mon adresse apicrypt. » par exemple, (...) et finalement si le pharmacien il a envie, en lisant ça lui donne peut-être l'idée d'en faire un et de se dire bon bah tiens je vais l'envoyer » « ça montre aussi que moi en tant que médecin j'accepte l'idée qu'on puisse remettre en cause mes prescriptions et que voilà je suis prêt à ce que vous me disiez ce que vous en pensez et à m'adapter en fonction de vos conclusions »

Afin de ne pas surcharger les pharmaciens, les médecins citaient des situations précises où il leur paraissait plus pertinent d'effectuer un bilan partagé de médication :

- En cas de difficulté à stopper un traitement, pour déprescrire :

MG4 : « Peut-être que ça a un intérêt quand on voit qu'il y a des médicaments qu'on aimeraient arrêter et qu'on arrive pas à appuyer ça effectivement du coup ça ça peut peut-

être être un critère pour se dire ben tiens là j'ai besoin d'être aidé parce que la parole ça passe pas et du coup d'être 2 autour d'un même médicament, et le fait que ce soit très protocolisé avec des questionnaires je pense que ça joue aussi dans l'impact »

- Pour les sorties d'hospitalisation :

MG5 : « Et les sorties d'hospitalisation aussi, il y a beaucoup de changements et euh ils sont perdus »

MG4 : « Les sorties d'hospit aussi où alors les ordonnances sont complètement transformées et pfff on sait plus ce qu'ils prennent »

- Chez l'insuffisant rénal :

MG4 : « Les insuffisants rénaux parce que je pense qu'on est toujours à côté de la plaque pour les insuffisants rénaux »

- En cas d'inobservance :

MG4 : « Pour l'observance »

- En cas de polymédication :

MG2 : « Je considère qu'à partir du moment où l'ordonnance, y'a tant d'ALD et fait plus d'une page recto (rires) euh c'est qu'il est temps de faire attention. Parce que ça veut dire qu'il y a plus de 7 médicaments donc euh y'a forcément des adaptations et une révision à faire »

- En cas d'ordonnances multiples :

MG4 : « indication quand il y a plusieurs spécialistes et que le ordonnances se mélangent un peu »

Pour développer le bilan partagé de médication les médecins souhaitaient aller plus loin avec une intervention au domicile du patient incluant les infirmières, cela paraissant davantage envisageable en milieu rural/semi rural :

MG2: « Patients qui sont suivis par le trinôme médecin, pharmacien et infirmières de la maison de Santé (...) on envoie les infirmières à la maison pour voir à la maison les stocks qui sont constitués, parce que y'a toujours un peu de stock, la prise alimentaire à la maison, l'organisation de la pharmacie et ça permet d'avoir un visu au domicile du patient ce qui est peut-être plus facilement faisable en rural ou en semi rural, mais nous en ville le pharmacien il a pas l'air de vouloir aller chez le patient donc finalement on se dit ben si c'est l'infirmière qui y va peut-être que ça passera mieux »

MG2 : « Qu'elles fassent avec le patient l'inventaire de la pharmacopée et avec le sac poubelle à côté »

Les médecins émettaient des réserves à l'égard des conflits d'intérêts que pouvaient avoir les pharmaciens avec les laboratoires pharmaceutiques.

MG3 : « Qu'en est-il des conflits d'intérêt notamment chez le pharmacien ? Parce ce qu'ils vont avoir des molécules qui sont l'objet d'une promotion par leur laboratoire qui leur vendent »

MG6 : « Il paraît également nécessaire de lister les conflits d'intérêt du pharmacien »

DISCUSSION

1. La méthodologie

1.1. Points forts

Un des points forts de ce travail de thèse est son originalité, de nombreux travaux ont été réalisés du côté pharmacien mais à ce jour seules deux études recensées par le chercheur se sont intéressées au ressenti des médecins généralistes sur le bilan partagé de médication en France. (17)(19)

Le caractère innovant de cette étude réside dans le type recherche-action qui a permis d'aller plus loin dans la question de recherche via l'expérimentation concrète du bilan partagé de médication par certains médecins participants en le prescrivant.

Le choix de l'analyse qualitative par focus group a favorisé l'expression des participants et la discussion autour d'opinions et d'expériences. (20)

L'animateur était différent pour les deux focus groups permettant une approche différente de la question.

Ce travail de thèse a été renforcé par une codirection médecin-pharmacien.

Une triangulation des données réalisée avec le double codage du directeur de thèse a permis d'augmenter la validité interne de l'étude.

Par ailleurs l'étude a permis de former six médecins généralistes sur le bilan partagé de médication et a contribué à créer du lien entre les médecins et pharmaciens ayant participé.

De ce travail est également né un sujet de thèse pour un étudiant en pharmacie qui souhaite explorer le ressenti des pharmaciens sollicités par les médecins via leur prescription de bilan partagé de médication.

1.2. Points faibles

La participation de quatre médecins au deuxième focus group est un point faible de l'étude, six participants étant le nombre minimal conseillé pour instaurer une dynamique de groupe.

(21)

La difficulté de recrutement résidait probablement dans la contrainte d'être présents à deux focus groups séparés de 3 mois d'intervalle. De plus le choix méthodologique a entraîné des difficultés à réunir tous les participants sur une même date.

Dans les intervenants les médecins généralistes en cabinet seul n'étaient pas représentés, cinq médecins exerçaient en MSP et un seul en cabinet de groupe.

Il existait un biais de sélection : les médecins recrutés étaient tous motivés à participer et intéressés par le sujet témoignant d'une volonté d'amélioration de leur pratique professionnelle, et un biais de contamination : un des médecins participant universitaire avait relu la fiche de thèse du chercheur.

2. Les résultats

2.1. Comparaison à la littérature :

Un dispositif méconnu et peu pratiqué

Le bilan partagé de médication a été bien accepté par les médecins généralistes lors de l'étude, jugé pertinent et utile il reste cependant peu connu et peu pratiqué. Au début de notre étude aucun médecin n'avait déclaré utiliser le BPM dans sa pratique.

Dans l'étude de Benjamin MAINO s'intéressant au ressenti des médecins généralistes sur le bilan partagé de médication en Indre et Loire en 2020, seul 2 médecins interrogés sur les 6 avaient connaissance du BPM et avaient reçu une synthèse. (17)

Un premier constat national faisait état de 15 000 BPM réalisés en octobre 2018 selon l'assurance maladie, 20 000 au total après 1 an de lancement en 2018 contre 400 000 attendus. (22)(23)

Depuis la rémunération du BPM a été modifiée en 2020 (24) et la pandémie de COVID a beaucoup sollicité les médecins et pharmaciens. Selon une enquête départementale récente de la CPAM, en Maine et Loire, sur la période de janvier à septembre 2022, seuls 372 BPM (bilans initiaux) ont été réalisés par 46 pharmacies. Le département comptant 234 officines, cela représente environ près de 20% des pharmacies ayant pratiqué le BPM sur cette période. (25)

Un outil d'aide pour la pratique

Le bilan partagé de médication était décrit par les médecins généralistes comme un outil complet s'intéressant à la globalité du patient et pouvant les aider en pratique dans la réévaluation des prescriptions, la déprescription et la sécurisation de l'ordonnance de la personne âgée. Le dialogue mené par le pharmacien avec le patient permettait de questionner son observance, les symptômes rencontrés, et tenter de les améliorer.

Suite aux focus groups, le BPM se révélait être un bon moyen pour répondre aux difficultés des médecins généralistes causées par la polymédication des sujets âgés.

Dans notre questionnaire de recueil d'informations reçu avant les entretiens, tous les médecins exprimaient ressentir des difficultés dans la prise en charge des patients âgés polymédiqués: difficultés à décrire, complexité de la vérification de l'ordonnance, gestion de la balance bénéfice/risques, iatrogénie médicamenteuse, interactions thérapeutiques, craintes d'erreur médicamenteuse et d'inobservance, sur/sous dosage (Tableau 1) ; aucune en lien avec leur exercice en zone sous médicalisée. Ces ressentis rejoignent ceux retrouvés dans une étude descriptive Belge menée en 2010 auprès de médecins généralistes pour recueillir leur point de

vue sur la polymédication (26). La polymédication est vue comme un défi dans la pratique du médecin généraliste, conscient de son rôle à jouer dans la coordination et l'optimisation thérapeutique, le médecin généraliste reconnaît des obstacles comme la vulnérabilité des patients âgés, le problème de l'observance et un manque de formation en pharmacologie. Une autre étude datant de 2013 fait état des difficultés des médecins généralistes face à l'optimisation de l'ordonnance des patients polymédiqués polypathologiques (27), il est mentionné une contrainte de temps, un besoin de trouver un équilibre entre les recommandations scientifiques et le patient dans sa globalité, dans son environnement. Là encore le manque de formation des médecins est déploré et les auteurs regrettent même l'absence de discussion entre pharmaciens et médecins pour l'optimisation des ordonnances. Ces dernières constatations sont en accord avec celles recueillies dans la première partie de notre étude, les médecins interrogés reconnaissaient des lacunes en pharmacologie et exprimaient un manque de dialogue avec les pharmaciens.

L'analyse pharmaceutique via l'expérimentation du bilan partagé de médication se révélait formatrice pour le médecin généraliste, demandeur de suggestions thérapeutiques pour s'améliorer, et créatrice de dialogue avec le pharmacien.

Les résultats de notre étude quant à l'influence du bilan partagé de médication sur la déprescription sont encouragés par une étude canadienne randomisée s'interrogeant sur l'impact d'une intervention éducative faite par le pharmacien pour des patients âgés de plus de 65 ans sur l'arrêt de médicaments inappropriés ciblés (28). On notait l'arrêt du médicament inapproprié après 6 mois chez 43% des patients du groupe ayant reçu une intervention pharmaceutique versus 12% dans le groupe contrôle ayant reçu les soins habituels. L'intervention pharmaceutique comprenait la distribution d'une brochure éducative à destination du patient et un avis pharmaceutique fondé sur des preuves pour la déprescription envoyé au médecin prescripteur.

Au Canada d'ailleurs, il existe un réseau appelé « Réseau Canadien pour l'usage approprié des médicaments et de la déprescription » impliqué dans la lutte contre la polymédication. Sur leur site internet (29) des fiches d'informations à destination des patients et des professionnels sont disponibles, on y trouve également des algorithmes de déprescription pour certains médicaments tels que les IPP, les benzodiazépines.

La révision de l'ordonnance chez la personne âgée s'inscrit dans une réflexion complexe devant prendre en compte la globalité du patient. Plusieurs autres outils sont à disposition du médecin généraliste pour améliorer ses prescriptions (30). On peut citer :

- Le site GPR (31), pour le bon usage clinique du médicament, qui se compose de plusieurs modules dont le module « Diane » permettant l'analyse des interactions médicamenteuses et mentionnant les conséquences cliniques potentielles, le module « Rein » aidant à l'adaptation posologique chez le patient insuffisant rénal.
- Les Critères STOPP/START (Screening Tool of Older's Person's Prescriptions and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) publiés en version Française en 2009 et réactualisés en 2015 (32) pouvant être utilisés via un outil en ligne (33) permettant de détecter des médicaments inappropriés, des interactions médicamenteuses, des omissions de prescription, tout en intégrant les traitements et les pathologies du patient.
- Le Guide PAPA : Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées (34) rédigé par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie et le Conseil National Professionnel de Gériatrie, paru en 2015, proposant des fiches guide pour la prescription chez les patients âgés de 75 ans et plus
- La liste de LAROCHE (35) listant les médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées de plus de 75 ans, établie par un consensus d'experts français.

- Les mémos du programme PMSA (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) de l'HAS mis en ligne en 2012 (36) visant à aider le médecin dans l'optimisation de ses prescriptions et la réévaluation de l'ordonnance

Cependant une étude visant à évaluer un outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée poly-pathologique en médecine générale montrait que ces outils étaient peu utilisés (37). Seuls 2 médecins sur les 56 interrogés citaient le Guide PAPA, les autres outils listés précédemment n'étaient pas utilisés en pratique. Les médecins généralistes avaient recours aux monographies intégrées à leur logiciel santé ou s'appuyaient sur des revues médicales comme Prescrire. Le manque temps pour la révision des ordonnances par les médecins était mis en avant.

La collaboration avec le pharmacien via le bilan partagé de médication qui utilise ces outils précités pour confronter le traitement du patient, son mode vie et ses comorbidités paraît idéal et peut répondre aux difficultés exprimées par les médecins dans la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé polymédiqué.

Amélioration de la relation médecin-pharmacien

Le bilan partagé de médication contribue à créer du dialogue entre les deux professions. Durant l'étude les médecins généralistes voyaient évoluer la relation avec leurs collègues pharmaciens : avant l'expérimentation ils faisaient état d'un manque de dialogue, après avoir expérimenté le bilan partagé de médication ils évoquaient la création d'un lien grâce à une communication renforcée.

Dans la thèse de Sarah HERZBERGER et Marjorie THIOT visant à interroger les ressentis sur une collaboration médecins généralistes-pharmaciens d'officines dans la lutte contre la iatrogénie chez les personnes âgées (38), la communication entre les deux professions est décrite comme unidirectionnelle, informative plutôt qu'à visée collaborative, souvent limitée à

des appels téléphoniques. Le cloisonnement de chaque métier est mis en avant. L'étude a montré que l'analyse interprofessionnelle de l'ordonnance pouvait contribuer au développement d'une coordination interprofessionnelle faisant émerger notamment des idées de réunions pluriprofessionnelles.

Dans notre étude le pharmacien était décrit par le médecin généraliste comme un « partenaire » de soins, il est désormais considéré comme un allié dans la prise en charge thérapeutique du patient.

Les rôles du pharmacien ont été redéfinis par la loi HPST (Hôpital Santé Territoire) de 2009 (39), le pharmacien devient acteur des soins à part entière et participe notamment « à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients », « aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ». Ces nouvelles missions attribuées au pharmacien d'officine permettent de faire évoluer la profession, le pharmacien adopte un exercice centré sur le patient et non plus sur le produit. (40) Il peut désormais contribuer à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse en optimisant la prise en charge thérapeutique et participer aux actes de prévention aux côtés des médecins généralistes. Ces aspects de la profession sont décrits comme valorisants.

Dans la thèse pour le doctorat en Pharmacie d'Alice PERINEAU réalisée en 2020 interrogeant des étudiants en pharmacie et des pharmaciens d'officine sur ces nouvelles missions, 97% des étudiants interrogés pensent qu'elles peuvent valoriser le métier. Le BPM y est décrit comme chronophage mais pertinent dans la pratique. (41)

L'efficacité de cet outil dépend fortement de la communication entre médecins et pharmaciens. Dans la thèse de Yasmine KHAYAT en retour d'expérimentation du BPM (42), 46% du devenir des propositions d'interventions pharmaceutiques faites par les étudiants en pharmacie était non renseigné, en partie dû à l'absence de retour du médecin généraliste. Le bilan partagé de

médication ne peut avoir d'intérêt et d'efficacité que par le biais d'un échange interprofessionnel entre médecin et pharmacien.

La pandémie de COVID 19 a été citée comme exemple de collaboration positive avec le pharmacien par un des médecins participants. Il serait intéressant d'interroger le ressenti respectif des médecins et des pharmaciens vis-à-vis de leur relation suite à cette collaboration.

Une collaboration médecin-pharmacien effective

Dans notre étude, un effet qualité auprès du patient ressort de la collaboration entre les deux professions notamment sur un exemple d'arrêt de médicament.

L'impact économique est également évoqué, un médecin citait l'intérêt du BPM pour la diminution de la sur-médication et du coût de l'ordonnance.

Sur ce dernier point les interventions pharmaceutiques cliniques ont fait leurs preuves et aboutissent à une réduction de la iatrogénie médicamenteuse et une réduction des coûts de traitement. (43)

Une revue de la littérature montre que la collaboration entre médecins et pharmaciens est bénéfique, particulièrement au travers de la revue des traitements qui permet la mise en évidence de problèmes de prescription et aboutit à l'amélioration de ces derniers. (44)

La conciliation médicamenteuse réalisée à l'hôpital par les pharmaciens en partenariat avec les médecins hospitaliers est un autre exemple de collaboration entre les deux professions. Elle a montré une efficacité de l'expertise pharmaceutique dans l'éviction d'erreurs médicamenteuses et la réduction du coût des ordonnances de sortie. (45) Les modifications de prescriptions sont réalisées en concertation avec les médecins hospitaliers, et un courrier est adressé au médecin traitant afin d'assurer une continuité des soins hôpital-ville, cela crée un échange entre les deux professions et cette collaboration médecin-pharmacien contribue là aussi à la réduction de la iatrogénie médicamenteuse. (46)

L'impact positif de la collaboration médecin-pharmacien sur la prise en charge du patient âgé est confirmé à l'étranger dans une étude contrôlée randomisée menée en Malaisie en 2018 (47), la collaboration médecin-pharmacien améliore l'efficience des traitements et l'observance.

Un médecin mettait l'accent sur l'aspect écologique appuyant l'importance de la lutte contre le gaspillage médicamenteux, le BPM pouvant y contribuer faisant état de l'observance du traitement et visant à l'améliorer.

Les études divergent quant à l'impact sur les admissions aux urgences. Une méta-analyse récente d'essais contrôlés randomisés montrait que le bilan de médication réduisait significativement le risque de passage aux urgences (48), une autre méta-analyse britannique plus ancienne ne retrouvait pas d'effet significatif sur la réduction des hospitalisations aux urgences et la mortalité. (49). Par ailleurs une autre étude britannique contrôlée randomisée évaluant l'impact du BPM en EHPAD montrait une réduction significative du nombre de chute et l'absence de différence significative en termes d'hospitalisation et décès dans les deux groupes. (50)

Dans la thèse de Chloé FIRTION s'intéressant rétrospectivement aux hospitalisations dans un service gériatrie suite à un évènement iatrogène médicamenteux avéré, on notait que 20% des évènements iatrogènes médicamenteux jugés évitables avaient provoqué l'hospitalisation. Près d'un patient sur 2 présentait à son admission un évènement iatrogène médicamenteux évitable ou non (effet indésirable). (51) La prévention du risque iatrogène paraît essentiel et le bilan partagé de médication peut aider en ce sens.

Du côté des patients

Lors des focus groups un professionnel transmettait avoir reçu un retour positif de la part des patients, motivés à réaliser un bilan partagé de médication particulièrement pour réduire leur nombre de médicaments.

Une enquête réalisée par France Assos Santé en 2018 montrait que 57% des patients interrogés estimaient que le pharmacien était un bon interlocuteur pour faire le point sur l'adaptation de leur traitement. (52)

Une étude Néerlandaise contrôlée randomisée montrait une amélioration de la qualité de vie des patients âgés polymédiqués mesurée par l'échelle EQ-VAS après la réalisation d'un bilan de médication. (53)

Au niveau national

Les résultats de notre étude après expérimentation du dispositif sont parallèles à ceux retrouvés dans l'étude menée par Cécile-Marie MUR s'intéressant au ressenti du médecin généraliste sur le rôle du pharmacien dans le BPM au niveau national en 2021. (19) Les médecins interrogés rapportaient un réel intérêt de l'analyse pharmaco-clinique pour la sécurisation des ordonnances, la diminution de la iatrogénie, la formation du médecin.

Le BPM permettrait de renforcer la parole du médecin généraliste auprès du patient et d'éduquer ce dernier. La place du médecin généraliste dans le BPM était aussi critiquée, il apparaissait un besoin de communication entre les deux professions, de concertation, la relation médecin/pharmacien évoluant dans un but de collaboration.

Dans notre étude cependant, la peur du jugement ressenti par les médecins généralistes ayant participé à ce travail n'apparaissait pas.

Les pistes d'amélioration citées étaient similaires : valoriser la rémunération des pharmaciens par rapport au temps consacré, informer les médecins généralistes sur le dispositif, envisager des réunions pluriprofessionnelles incluant les infirmiers.

Il serait intéressant de réaliser une étude sur le plan national après expérimentation du BPM.

Influence de la démographie médicale

Les médecins interrogés exerçant en zone sous médicalisée n'ont pas rapporté de difficultés dans la prise en charge médicamenteuse des patients âgés polymédiqués directement en lien avec la démographie médicale. 5 médecins sur les 6 participants exerçaient en MSP et donc dans un cadre pluriprofessionnel. La pluriprofessionnalité est de fait favorisée dans les zones sous médicalisées, les maisons et pôles de santé y étant créés dans un but d'amélioration de l'accessibilité aux soins. (54) Les pharmaciens peuvent faire partie d'une MSP ou d'un pôle de Santé et cela favorise la coordination des soins et la relation entre les deux professions. La thèse de Doris BOYAU (55) révèle que les médecins travaillant avec un pharmacien dans une même structure de santé sont plus satisfaits de leur relation en comparaison aux médecins exerçant en structure sans pharmaciens. Une autre thèse d'Estelle CLET révèle que les médecins et pharmaciens appartenant à une MSP communiquent davantage. (56)

Un médecin évoquait le fait qu'exercer en zone sous dense pouvait renforcer le trio médecin-pharmacien-patient, l'Ordre National des Médecins va dans ce sens dans son ouvrage dédié à la prescription et la place du médicament dans la relation médecin-patient-pharmacien, en milieu rural la relation semble favorisée par la proximité des différents intervenants habitués à travailler ensemble. (57) L'importance de la proximité géographique était également évoquée comme facteur favorisant pour une collaboration interprofessionnelle dans la thèse de HERZBERGER Sarah et THIOT Marjorie citée précédemment. (38)

Tout cela reste dépendant d'une volonté personnelle de faire évoluer ses pratiques.

Les médecins ont d'ailleurs évoqué l'utilité du BPM dans les réunions pluriprofessionnelles et projetaient d'inclure les infirmiers au dispositif.

2.2. Perspectives :

Ce travail a mis en évidence des possibilités d'amélioration pour le développement du bilan partagé de médication.

Communiquer sur le dispositif qui reste méconnu

Un des médecins mentionnait la nécessité d'informer les médecins généralistes et les pharmaciens sur le bilan partagé de médication pour faire connaître le dispositif et inciter à la pratique.

Un médecin de l'étude évoquait l'idée de « lobbying » de santé publique, cette proposition est également mise en avant dans une étude expérimentale visant à repérer les freins à la réalisation du BPM (58).

Une campagne nationale de sensibilisation sur le bilan partagé de médication et la réévaluation d'un traitement via les pouvoirs publics et Santé Publique France similaire à celle mise en place pour l'antibiothérapie ou la vaccination COVID pourrait être utile pour la diffusion du dispositif auprès des patients et des professionnels.

A l'échelle régionale, en 2019, l'assurance maladie des Pays de Loire avait initié une campagne de prévention contre la iatrogénie médicamenteuse évoquant brièvement le bilan partagé de médication. (59) Il serait intéressant de la poursuivre en ciblant davantage sur le bilan partagé de médication.

Une fiche Mémo d'informations a été construite à partir de ce travail de thèse par le chercheur (Annexe 7) et pourra être diffusée aux médecins généralistes à visée informative.

La prescription

La prescription du bilan partagé de médication par le médecin généraliste semblait mieux cibler les patients et permettre au médecin de s'impliquer dans le dispositif ce dernier n'y trouvant parfois pas sa place.

Prescrire un BPM permettait d'engager un dialogue avec le pharmacien et cela pouvait motiver le pharmacien à la réalisation de BPM.

Il sera intéressant de recueillir les résultats du travail de thèse d'Alexis HARDOUIN étudiant en pharmacie à la faculté de Pharmacie d'Angers, souhaitant interroger le ressenti des pharmaciens sollicités par les médecins de cette étude.

Un « protocole d'accord »

Une concertation en amont de la réalisation d'un BPM ou d'une prescription de BPM semblait nécessaire pour améliorer son acceptation. Un « protocole d'accord » entre le médecin et le pharmacien est suggéré. (60)

Cela permettrait de s'accorder sur le moyen de communication souhaité et d'éviter des situations d'incompréhension ou de refus. Les médecins de l'étude étaient pour la majorité favorables à une synthèse écrite à inclure dans le dossier patient. Ils souhaitaient aussi pouvoir avoir accès aux réponses détaillées du patient au questionnaire et à l'analyse pharmacologique approfondie.

Une valorisation financière

Un frein évoqué par le médecin généraliste et aussi du côté du pharmacien est la faible rémunération du bilan partagé de médication face à l'investissement engagé. Les médecins évoquaient la réalisation de protocoles au sein de leur MSP afin de valoriser la rémunération de cette collaboration interprofessionnelle.

Une formation initiale et continue pluriprofessionnelle

Ce sujet de thèse est né d'une participation à un enseignement pluriprofessionnel à la faculté de Santé d'Angers intitulé « Travailler ensemble : médecins-pharmacien » regroupant des étudiants et des enseignants de Médecine Générale et de Pharmacie. (61) Il semble avoir un intérêt à proposer des formations conjointes dans le cadre de la formation initiale universitaire. Promouvoir ce type d'enseignement favorise la communication interprofessionnelle et développe des intentions de collaboration pour l'avenir.

Une étude publiée en 2015 montre que la formation pluriprofessionnelle incluant des étudiants en médecine, pharmacie et paramédicaux permet de prendre connaissance des compétences de chacun, de mieux communiquer et incite davantage à collaborer dans son exercice professionnel avec l'émergence de souhaits de projets pluriprofessionnels. (62)

Du côté médecin il a été mis en évidence des besoins de formation en pharmacologie pouvant être renforcés par un travail collaboratif avec le pharmacien.

Du côté pharmacien, le manque de formation a été cité comme frein à la réalisation du BPM. La thèse de Megan BELENGUIER révèle que 42% des pharmaciens interrogés notaient que le manque de formation et de connaissances à l'égard du bilan partagé de médication pouvait être un frein à sa réalisation, d'ailleurs aucun pharmacien non formé ne réalisait de BPM.

(63)

Il y a donc un intérêt à former les pharmaciens sur le bilan partagé de médication et à développer des formations interprofessionnelles dans le cadre de la formation continue.

En Suisse il existe des cercles de qualité médecins-pharmacien à but pédagogique, confrontant les pratiques des médecins généralistes et la littérature dans un but d'améliorer et sécuriser les prescriptions médicamenteuses. (64) Ils permettent une amélioration des prescriptions médicamenteuses durables dans le temps. (65)

Pour aller plus loin

Il serait pertinent de mener des études permettant de recueillir l'impact du BPM sur la réduction du nombre de médicaments, l'observance, les hospitalisations ou les entrées aux urgences à plus long terme.

CONCLUSION

Le Bilan Partagé de Médication apparaît pour les médecins généralistes exerçant en zone sous médicalisée comme un outil pertinent pouvant les aider dans la pratique à optimiser la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés polymédiqués et à réévaluer les ordonnances.

Il est décrit comme un outil complet prenant en compte le patient dans sa globalité. A travers un dialogue avec le patient il permet d'aborder l'observance, les difficultés rencontrées face au traitement, l'automédication et de rediscuter de l'indication de certains traitements.

L'analyse pharmacologique délivrée par le pharmacien contribue à épauler les médecins dans la réduction de la iatrogénie chez la personne âgée en sécurisant l'ordonnance via des propositions pharmacologiques adaptées. Elle se révèle formatrice sur le plan pharmacologique pour le médecin généraliste motivé à s'améliorer et à faire évoluer ses pratiques. Du côté pharmacien, pratiquer le BPM semble valorisant et lui donne une réelle place dans l'accompagnement médicamenteux des sujets âgés.

La relation médecin-pharmacien post-BPM se révèle renforcée. Le BPM permet d'ouvrir un dialogue entre les deux professions autour du patient et met en avant la complémentarité de nos compétences. Une concertation en amont semble toutefois nécessaire afin de s'accorder sur la réalisation ou la prescription du BPM et sur le moyen de communication.

Cette collaboration interprofessionnelle a un impact positif auprès du patient et plus largement sur le plan de la santé publique. Le bilan partagé de médication apparaît comme un bon outil d'aide à la déprescription et de lutte contre le gaspillage médicamenteux.

Les médecins généralistes ont éprouvé un réel intérêt à développer ce dispositif méconnu et peu pratiqué. Plusieurs idées ont émergé : communiquer sur le dispositif pour informer les médecins, former les pharmaciens, valoriser la rémunération de cet acte, l'utiliser de façon pluriprofessionnelle en MSP.

La prescription du bilan partagé de médication par le médecin généraliste pouvait aider à sa réalisation et son acceptation et motiver les pharmaciens.

Exercer en zone sous médicalisée ne semble pas induire un besoin plus important dans l'accompagnement des patients âgés polymédiqués. La démographie médicale apparaît ici comme un facteur favorisant la pluriprofessionnalité et renforçant les relations soignants-soignés avec création d'un trio médecin-pharmacien-patient. Notre étude a d'ailleurs permis de faire émerger des projets pluriprofessionnels en MSP intégrant les infirmiers.

Des formations initiales et continues pluriprofessionnelles sont à développer afin de favoriser des collaborations futures.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles ; HAS ; 2015
- (2) Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 ; Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 ; Juillet 2018
- (3) Les médicaments sans les méfaits. Défi mondial de l'OMS pour la sécurité des patients ; OMS ; 2017
- (4) La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. M. Monégat et al. ; Questions d'économie de la Santé n°204 ; Décembre 2014
- (5) Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées avec l'Assurance Maladie dans les Pays-de-la-Loire ; Ameli.fr ; Mars 2019
- (6) Loi de santé publique 2004 ; Site Legifrance.gouv.fr
- (7) Prescrire chez le sujet âgé ; HAS ; 2006
- (8) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale ; DRESS ; 2020
- (9) Pratique des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire ; INSEE Analyses ; 2020
- (10) Avenant n°12 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie ; Journal officiel de la République Française ; 16 mars 2018
- (11) Avenant n°19 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie ; Journal officiel de la République Française ; 4 février 2020

(12) Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux supports d'accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d'officine - le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux ; Haute autorité de Santé

(13) Bilan partagé de médication ; OMEDIT Pays de la Loire ; Août 2021

<https://www.omedit-paysdelaloire.fr/lien-ville-hopital/pharmacie-clinique/accompagnements-pharmaceutiques-ville/bilan-partage-de-medication/>

(14) Fiche mémo. Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication ; Société Française de pharmacie clinique ; 2017

(15) Guide d'entretien ; Société Française de pharmacie clinique ; Version 2018.

(16) Avenant n°21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie ; Journal officiel de la République Française ; 30 septembre 2020

(17) « Le Bilan de médication partagé : ressenti des médecins généralistes » ; Thèse pour le Doctorat en Médecine ; Benjamin MAINO ; Faculté de Médecine de Tours ; Soutenue en avril 2020

(18) « Les nouvelles missions du pharmacien d'officine : enquête sur les pratiques. » ; Thèse pour le Doctorat en Pharmacie ; Alice PERINEAU ; Faculté de Pharmacie de Marseille ; Soutenue en novembre 2020

(19) « Ressenti du médecin généraliste sur le rôle du pharmacien dans le Bilan Partagé de Médication » ; Thèse pour le Doctorat en Médecine ; Cécile-Marie MUR ; Faculté de Médecine de Poitiers. Soutenue en juin 2021

(20) Recherche qualitative : la méthode des focus groupes ; Collège de Médecine Générale de Nice ; Dr PIA TOUBOUL

https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf

(21) « Le Focus Group » ; Centre de recherche Spiral – Université de Liège

https://www.spiral.uliege.be/cms/c_5216991/fr/spiral-le-focus-group

(22) « Bilans partagés de médication 15000 au 20 octobre selon l'assurance maladie » ; Le Moniteur des pharmacies ; Actu 22/10/2018

Disponible sur : <https://www.lemnitorpharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/bilans-partages-de-medication-15-000-au-20-octobre-selon-l-assurance-maladie.html>

(23) « Bilan partagé de médication ; les adjoints prennent la main » ; Le quotidien du pharmacien ; Article du 28/10/2019

Disponible sur : <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/nouvelles-missions/bilan-partage-de-medication-les-adjoints-prennent-la-main>

(24) Le point info de l'UPSO : simplification des procédures de facturation pour les accompagnements pharmaceutiques ; UPSO ; juin 2020

(25) Source CPAM, Dr Jean-François Besançon, Pharmacien conseil ; Service médical Pays de la Loire

(26) Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy ; Sibyl Anthierens and al. ; BMC Family Practice volume 11 ; Article number 65 ; 2010

(27) Polyprescription médicamenteuse et polypathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes ; Pascal Clerc, Julien Le Breton ; Sciences sociales et santé 2013/3 Vol. 31

(28) Effect of a Pharmacist-Led Educational Intervention on Inappropriate Medication Prescriptions in Older Adults The D-PRESCRIBE Randomized Clinical Trial ; Philippe Martin, Robyn Tamblyn, Andréa Benedetti et al ; JAMA ; 2018

(29) Réseau Canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription. Disponible sur : <https://www.reseaudeprescription.ca>

(30) « Polymédication et personne âgée : ni trop ni trop peu ! » ; Claudia Mazzocato and al. ; Revue médicale Suisse n°386 ; Mai 2013

(31) <http://sitegpr.com/>

(32) Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française ; P.O. Lang and al. ; NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie Volume 15 ; décembre 2015 ; Pages 323-336

(33) <http://stoppstart.free.fr/>

(34) Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées : Le guide P.A.P.A. ; SFGG-CNP de Gériatrie ; Frison-Roche ; 2015.

(35) Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française ; Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP ; Vol. 30 ; Revue de Médecine Interne ; 2009 ; p. 592-601

(36) Mémos PMSA ; HAS ; 2012 ; https://www.has-sante.fr/jcms/c_1250655/fr/messages-cles-arbres-decisionnels-et-memos

(37) « Evaluation d'un outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée polypathologique en médecine générale » ; Thèse pour le doctorat en Médecine ; Camille CHASSANG ; Faculté de Médecine de Bordeaux ; Soutenue en mars 2018

(38) « Identification des freins et leviers d'une coopération du médecin généraliste et du pharmacien d'officine dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées sur le pays voironnais » ; Thèse pour le doctorat en Médecine ; HERZBERGER Sarah, THIOT Marjorie ; Faculté de Médecine de Grenoble ; Soutenue publiquement en juin 2018

(39) LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; Article 38 disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879490

(40) La pharmacie clinique : état des lieux et perspectives d'une discipline en développement ; Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens ; n°13 ; décembre 2018

(41) « Les nouvelles missions du pharmacien d'office, enquête sur leurs pratiques » ; Thèse pour le Doctorat en Pharmacie ; Alice PERINEAU ; Faculté de Pharmacie de Marseille ; Soutenue en novembre 2020

(42) « Le Bilan Partagé de Médication pharmaceutique : contexte, mise en place et retour d'expérimentation sur 250 sujets âgés » ; Thèse pour le Doctorat en Pharmacie ; Yasmine KHAYAT ; Faculté de Pharmacie d'Amiens ; Soutenue en avril 2019

(43) Iatrogénèse médicamenteuse : quels enjeux pour la pharmacie clinique ? ; Pierrick Bedouch, Jean-Didier Bardet, Sébastien Chanoine, Benoît Allenet ; Pharmacie clinique et thérapeutique, 5ème édition ; Chap 2 p.7

(44) Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature ; Pauline Michot, Olivier Catala, Irène Supper, Roselyne Boulieu, Yves Zerbib, Cyrille Colin, Laurent Letrilliart ; Santé Publique 2013/3 (Vol. 25) ; pages 331 à 341

(45) Conciliation médicamenteuse : un outil de lutte contre le risque iatrogène en gériatrie ; Anaïs Berthe et al. ; Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2017 ; 15 (1) : 19-24

(46) Coût-efficacité de la conciliation médicamenteuse des prescriptions de sortie dans un service de maladies infectieuses ; Sarah Fontenay et al. ; Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien ; Volume 54, Issue 1 ; March 2019 ; Pages 83-84

(47) Collaborative intervention between pharmacists and physicians on elderly patients : a randomized controlled trial ; Yee Wei Shim, Siew Siang Chua, Hui Chin Wong, and Syireen Alwi ; Ther Clin Risk Manag ; 2018

(48) Impact of Medication Reviews Delivered by Community Pharmacist to Elderly Patients on Polypharmacy : A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials ; Tasai Sudprattana and al. ; Journal of Patient Safety June 2021 - Volume 17 - Issue 4 - p 290-298

- (49) Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people ? A systematic review and meta-analysis ; Richard Holland and al. ; British Journal of Clinical Pharmacology ; 2007
- (50) Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes—randomised controlled trial ; Arnold Geoffrey Zermansky and al. ; Age and Ageing 2006 ; 35 : 586–591 ; 2006
- (51) « Hospitalisation en gériatrie suite à un évènement iatrogène médicamenteux avéré : étude quantitative rétrospective au sein du service de Médecine Gérontologique de la clinique Sainte Barbe de mai à septembre 2017 » ; Thèse pour le doctorat en Médecine ; Chloé FIRTION ; Faculté de Médecine de Strasbourg ; Soutenue en 2021
- (52) Résultats d'enquête : « Bilan de médication : perceptions et attentes des usagers » ; France Assos Santé ; 2018
- (53) Effects of a clinical medication review focused on personal goals, quality of life, and health problems in older persons with polypharmacy : A randomised controlled trial (DREAMeR-study) ; Sanne Verdoorn and al. ; Plos Med ; 2019
- (54) Maisons de santé pluriprofessionnelles, recommandations programmatiques architecturales ; Région Pays de la Loire ; 2019
- (55) « La place du pharmacien au sein des maisons et pôles de santé pluri professionnels, les attentes des médecins généralistes » ; Thèse pour le Doctorat en Pharmacie ; Doris BOYAU ; Faculté de pharmacie de Grenoble ; Soutenue en novembre 2015
- (56) « Impact du regroupement pluriprofessionnel en maison de Santé sur la collaboration entre les médecins et les pharmaciens d'officine » ; Thèse pour le Doctorat en Pharmacie ; Estelle CLET ; Faculté de Pharmacie de Grenoble ; Soutenue en mars 2020

(57) La prescription et la place du médicament dans la relation médecin-patient-pharmacien : aspects réglementaires, éthiques et déontologiques ; Ordre National des Médecins ; Conseil National de l'Ordre ; Septembre 2012

(58) Freins et leviers à la réalisation des bilans partagés de médication en officine : retour sur une expérimentation dans la région Grand Est ; C. Mongaret, A. Daguet-Gallois, V. Chopard, L. Aubert, A. Lestrille, S. Malblanc, J. Gravoulet, F. Slimano ; Annales pharmaceutiques Française 79 ; 2021

(59) Campagne de prévention contre l'iatrogénie médicamenteuse – Dossier de presse ; Assurance maladie Pays de la Loire ; Mars 2019

(60) Le bilan de médication en soins primaires chez les plus de 65 ans ; Soraya Qassemi et al. ; Actualités Pharmaceutiques ; Volume 57, Issue 572 ; January 2018 ; Pages 37-39

(61) Poster Travailler Ensemble dans l'Intérêt du Patient : Mise en place d'une formation commune entre étudiants en médecine et en pharmacie ; Sébastien Faure, François Garnier, Jean-Louis Laffilhe, Brigitte Pech, Sylvie Marsan-Poiroux ; Université d'Angers

(62) Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé ; Laure FIQUET, Sandrine HUGÉ, Françoise ANNEZO, Anthony CHAPRON, Emmanuel ALLORY, Pierrick RENAUT ; Pédagogie Médicale 2015 ; 16(2) : 105-117 ; Recherches et perspectives

(63) « Bilan partage de médication : Enquête auprès des pharmaciens d'officine de la région Auvergne-Rhône-Alpes (connaissances, pratique officinale, attentes et avis) » ; Thèse pour le Doctorat en Pharmacie ; Megan BELENGUIER ; Faculté de Pharmacie de Clermont-Ferand ; Soutenue en octobre 2021

(64) Cercles de qualité médecins-pharmacien, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription ; Olivier Bugnon et al. ; Revue médicale Suisse 341 ; mai 2012

(65) Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens ; J-F Locca et al. ; Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 2382-7

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| <u>Figure 1</u> : Fréquence de la polypathologie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe | 3 |
| <u>Figure 2</u> : Part des patients de 75 ans et plus en situation de polymédication en fonction du seuil de médicaments et de l'indicateur | 4 |
| <u>Figure 3</u> : Les 4 étapes du bilan initial..... | 6 |
| <u>Figure 4</u> : Diagramme de flux..... | 12 |

LISTE DES TABLEAUX

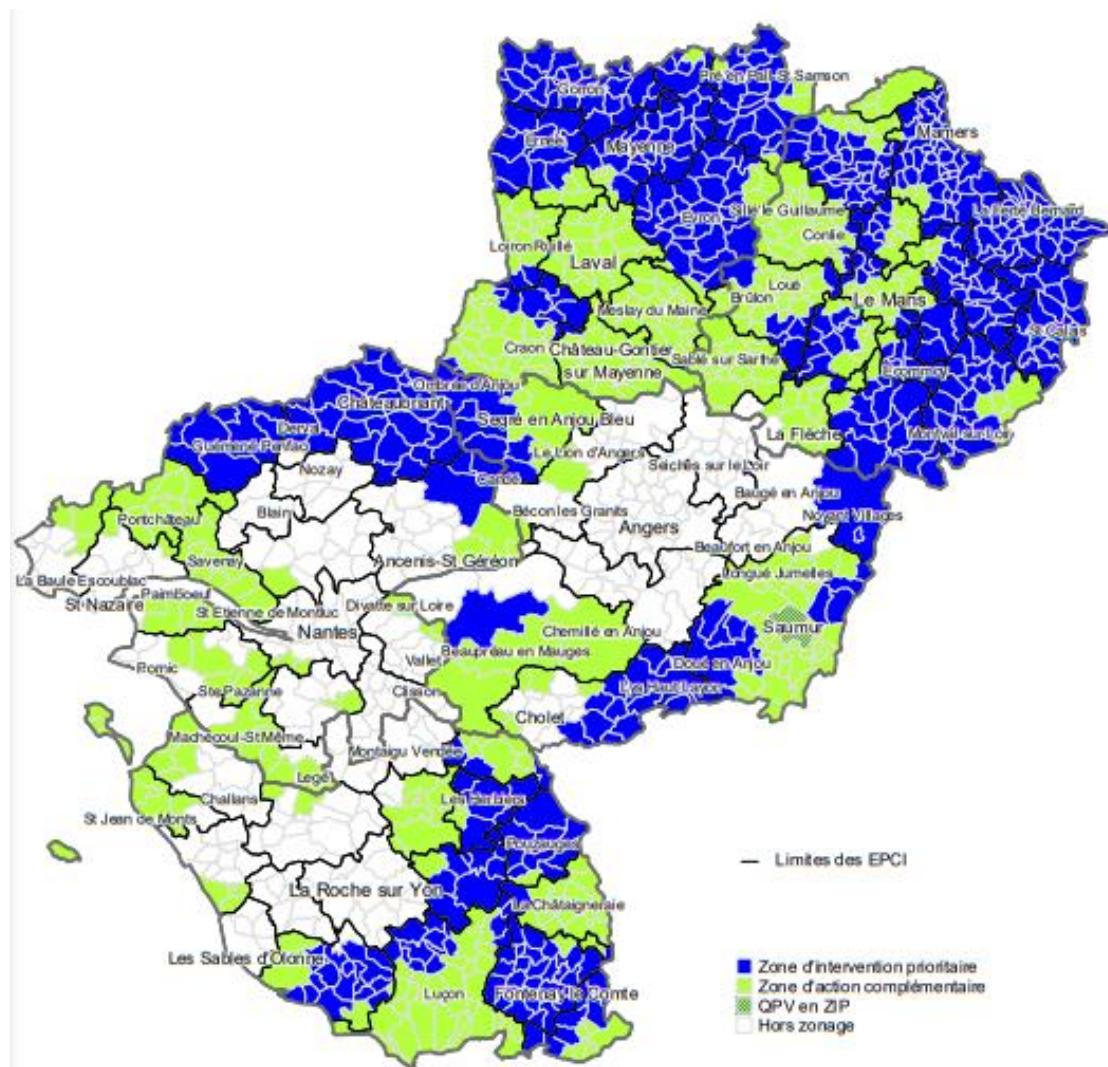
Tableau I : Caractéristiques socio-professionnelles des participants 13

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| LISTE DES ABRÉVIATIONS..... | 1 |
| RÉSUMÉ..... | 2 |
| INTRODUCTION | 3 |
| MÉTHODES | 9 |
| RÉSULTATS | 12 |
| 1. Caractéristiques des participants | 12 |
| 2. Résultats des focus groups | 14 |
| 2.1. Un outil de soins pour l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez les patients âgés polymédiqués | 14 |
| 2.1.1. Via une approche globale centrée patient | 14 |
| 2.1.2. Via une analyse pharmaceutique clinique de l'ordonnance | 15 |
| 2.1.3. Via un dialogue avec le patient | 16 |
| 2.2. Un outil professionnel pour la pratique..... | 18 |
| 2.2.1. Outil de communication | 18 |
| 2.2.2. Outil de formation | 20 |
| 2.3. Un outil de Santé Publique | 22 |
| 2.3.1. Économique: réduction des coûts..... | 22 |
| 2.3.2. Écologique : lutte contre le gaspillage médicamenteux..... | 23 |
| 2.3.3. Démographie : création d'un trio médecin/pharmacien/patient | 23 |
| 2.3.4. Outil de promotion de l'efficience médicamenteuse chez la personne âgée | 24 |
| 2.4. L'outil en lui même | 24 |
| 2.4.1. Le fond | 24 |
| 2.4.2. La forme | 25 |
| 2.2.3. Modalités pratiques suggérées par les médecins généralistes..... | 27 |
| DISCUSSION | 34 |
| CONCLUSION | 49 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 49 |
| LISTE DES FIGURES | 59 |
| LISTE DES TABLEAUX..... | 60 |
| TABLE DES MATIÈRES | 61 |
| ANNEXES..... | I |

ANNEXES

Annexe I : Cartographie zonage médecin pour les Pays de la Loire (2020)



© ARS Pays de la Loire - JGN, source DASP-DREES, année 2020, exploitation Veille, Observation et Analyses

Annexe II : Lettre d'information adressée aux médecins généralistes

Chères consœurs, chers confrères,

Bonjour,

Je suis actuellement médecin généraliste remplaçant, dans le cadre de mon travail de thèse je mène une étude qualitative sur le bilan partagé de médication.

L'objectif de ce travail est d'explorer l'avis des médecins traitants sur ce dispositif en zone sous médicalisée dans la subdivision facultaire d'Angers.

Pour cela je vous propose de participer à deux entretiens collectifs (focus groups) séparés d'un intervalle de trois mois pour échanger autour de ce sujet avant et après expérimentation. Les entretiens dureront environ une heure chacun. Le lieu, la date et l'horaire restent à définir, une visioconférence est envisageable.

Si vous souhaitez participer vous êtes invités à remplir au préalable un questionnaire de recueil d'informations générales en ligne via ce lien Google Form :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6lo_cMsqMFjgqALbjgsyxfJzaUqKS3xBp72SIR0nnkHuH7Q/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Un second mail vous sera envoyé avec la date du premier focus group. Il y sera joint un formulaire de consentement autorisant l'enregistrement des deux entretiens anonymisés et l'utilisation de leur retranscription.

Vous aurez possibilité de quitter les entretiens à tout moment, aucun justificatif ne sera demandé.

Les entretiens seront enregistrés au moyen d'un dictaphone puis retranscrits. Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Nous vous adresserons une retranscription par mail si vous le souhaitez, et ainsi vous aurez la possibilité de modifier vos propos.

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés si vous le souhaitez.

Vous pouvez me contacter par mail à l'adresse suivante : marion.wardega@gmail.com

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Marion WARDEGA

Annexe III : Questionnaire de recueil d'informations

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6lo_cMsqMFjgqALbjgsyxfJzaUqKS3xBp72SIR0nnkHuH7Q/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Tout d'abord merci d'avoir cliqué sur ce lien pour répondre à ce questionnaire.

Veuillez renseigner les informations suivantes vous concernant.

Ces données seront anonymisées et serviront uniquement à définir les caractéristiques des personnes recrutées.

Durée : moins de cinq minutes.

Merci de renseigner votre adresse mail. Elle ne sera ni diffusée ni intégrée dans l'étude. Elle servira à vous transmettre toutes informations en lien avec ce travail de thèse (date des focus groupes, horaires etc.)

Mail :

1. Vous êtes ?

- une femme un homme

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

- Moins de 30 ans
 30-39 ans
 40-49 ans
 50-59 ans
 60-69 ans
 Plus de 70 ans

3. Quel est votre mode d'exercice ?

- Libéral seul
 Libéral en groupe
 Salariat
 Mixte

4. Appartenez-vous à un réseau de santé ?

- un Centre de Santé
- une Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- une Communauté professionnelle territoriale de santé
- autre :
- Non

5. A combien estimez-vous en pourcentage la part de votre patientèle de plus de 65 ans ayant au moins cinq molécules prescrites pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois ? (ALD, hors ALD inclus)

6. Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge médicamenteuse de ces patients âgés polymédiqués ?

- Oui
- Non

7. Si oui, de quel ordre ?

8. Y a-t-il une pharmacie à proximité de votre cabinet sur votre lieu d'installation ?

- Oui
- Non

9. Si oui avez-vous des contacts réguliers avec le pharmacien ?

- Oui
- Non

Annexe IV : Guide d'entretien

BILAN PARTAGÉ DE MEDICATION : AVIS DES MÉDECINS TRAITANTS EN ZONE SOUS MÉDICALISÉE DANS LA SUBDIVISION FACULTAIRE D'ANGERS.

Présentation du chercheur et de l'objectif du travail de thèse effectué.

Vérification du consentement des participants.

Partie I :

1. Avez-vous connaissance du bilan partagé de médication ?

Si oui par quel moyen ? En avez-vous reçu ?

Si non, explications brèves du bilan partagé de médication.

2. Que pensez-vous de cette nouvelle mission attribuée aux pharmaciens d'officine ?

Seriez-vous intéressé par ce dispositif pour votre pratique ?

Pourquoi ?

3. Selon vous quels sont les freins au développement du bilan partagé de médication ?

Est-ce que la communication avec le pharmacien peut en être un ?

4. Selon vous quels sont les avantages du bilan partagé de médication ?

Pour le médecin ? Pourrait-il être une aide à la réévaluation des traitements ? Un appui pour déprescrire ?

Pour le patient ?

Pour le pharmacien ?

Pour la société ?

5. Quelles sont vos attentes ?

Selon vous quelle population faut-il cibler ?

A quel moment proposer un bilan de médication peut être pertinent pour le patient ?

Quel serait pour vous le meilleur moyen de communication avec le pharmacien ?

Le chercheur propose aux médecins traitants interrogés d'expérimenter le dispositif en prescrivant un bilan partagé de médication pour un patient éligible. (Patient de plus de 65 ans ayant au moins cinq molécules prescrites pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois).

La deuxième partie du focus group est effectuée après expérimentation après un délai de trois mois.

Partie II :

6. Suite à votre prescription avez-vous reçu une synthèse de bilan partagé de médication ?

L'expérience du bilan partagé de médication a-t-elle modifié votre point de vue ? Freins, avantages, difficultés rencontrées ?

7. Pensez-vous que le bilan partagé de médication puisse être un bon outil dans votre pratique et pourquoi ?

Pensez-vous qu'il soit davantage utile en zone sous médicalisée ? Pourquoi ?

8. Allez-vous désormais prescrire des bilans partagés de médication ?

Pensez-vous que la prescription de ces bilans par le médecin généraliste soit indispensable ?

Lors de quelle étape du bilan partagé de médication souhaiteriez-vous être sollicité ?

Vous aviez évoqué le souhait d'un temps d'échange avec le pharmacien, pourriez-vous développer ? A quelle étape ? Sous quelle forme ? (Temps d'échange direct ?)

9. Auriez-vous des suggestions concernant le fond et la forme de la synthèse du bilan partagé de médication reçue ?

Les formulations vous paraissaient-elles compréhensibles ? réalisables ?

Avez-vous des préférences concernant la forme : fiche résumée ? Tableau ? Concernant le moyen de communication ?

Y a-t-il un autre point que vous souhaitez aborder avant de clôturer le focus groupe ?

Fin du focus group. Remerciements.

Annexe V : Retranscriptions des focus groups

Lien Dropbox :

<https://www.dropbox.com/s/6kbg10nzmbws10x/Verbatims%20focus%20groupes.pdf?dl=0>

Annexe VI : Questionnaire fiche recueil bilan partagé de médication SFPC

BILAN DE MEDICATION



Nom :

Né(e) le :

Prénom :

Age :

Poids (kg) :

Sexe : F M

Mode de vie : Seul(e)

Lieu de vie : Domicile (habitation individuelle)

Avec conjoint

Domicile (habitation collective)

Avec famille

Foyer logement

Autre:

EHPAD

Autre:

Date de l'entretien :

Contexte: Sortie d'hospitalisation

Visite : Bilan initial

A la demande du médecin traitant

Réévaluation n°

Doute sur l'observance

Polymédication

Autre:

Aides existantes :

Aide-ménagère Oui Non Ne sait pas

IDE Oui Non Ne sait pas

Kinésithérapeute Oui Non Ne sait pas

Portage des repas Oui Non Ne sait pas

Télésignal Oui Non Ne sait pas

Autre Oui Non Ne sait pas

Précisez :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

Nom et coordonnées du (des) médecin(s) spécialiste(s) :

.....

Nom et coordonnées de l'infirmier(e) à domicile :

.....

Nom et coordonnées de l'aide principal :

.....

Antécédents et Comorbidités

Pathologies cardiovasculaires :

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| HTA | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Fibrillation auriculaire ou flutter | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| IDM ou insuffisance coronarienne | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Artériopathie des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| AVC avec ou sans séquelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Accident Ischémique Transitoire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Diabète | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Pathologies psychiatriques :

| | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Dépression | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Trouble bipolaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Trouble psychotique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Pathologies neurologiques :

| | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Démence | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Autres pathologies :

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Cancer en cours d'évolution | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Pathologie pulmonaire chronique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Dysthyroïdie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Ostéoporose fracturaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Maladie de système (Horton, PR, Goujerot) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Autres pathologies ? (précisez)

Autres :

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Chute au cours des 3 derniers mois | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Plainte du sommeil | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Somnolence en journée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Perte de poids de + de 4.5 kg dans l'année | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Traitements médicamenteux

| DCI / Dosage | OUI | | NON | | Posologie Moment de prise | OUI | | NON | | Indication | OUI | | NON | | Date de début du traitement (jjmmaaaa) | Biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables en lien avec le médicament | |
|--------------|-----|-----|-----|-----|------------------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|--|---|--|
| | OUI | NON | OUI | NON | | OUI | NON | OUI | NON | | OUI | NON | OUI | NON | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre de médicaments :

Allergies médicamenteuses : oui non ne sait pas
Si oui, précisez :

Vaccinations :

Etes-vous à jour des vaccinations suivantes ?

| | | | |
|-------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Grippe | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| Pneumocoque | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |

Gestion globale du traitement :

Utilisez-vous un pilulier ?

oui non

Si oui, est-ce vous qui le préparez ?

oui non

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

oui non non applicable

Gérez-vous la prise de vos traitements seuls ?

oui non non applicable

Prescription des médicaments :

Les horaires de prise de vos médicaments sont-ils adaptés à votre mode de vie ?

oui non ne sait pas

Si non, précisez :

Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ?

oui non ne sait pas

Gestion du stock de médicaments :

Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ?

oui non ne sait pas

Avez-vous au contraire un stock de médicaments excédentaire ?

oui non ne sait pas

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

oui non non applicable

Préparation et prise des médicaments :

Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?)

oui non ne sait pas

Si oui, quel(s) médicament(s) vous posent problème et pourquoi ?

Si oui, ces difficultés sont-elles expliquées par

Un déficit moteur à la main prédominante

oui non

Un déficit visuel retentissant sur la vie quotidienne

oui non

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

oui non non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?

oui non non applicable

Si oui, lesquels et pourquoi ?

Pendant les 2 dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?

oui non

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

oui non

Avez-vous pris vos médicaments hier ?

oui non

Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre vos médicaments ?

oui non

Si vous vous sentez plus mal en prenant vos médicaments, arrêtez-vous de les prendre ?

oui non

Avez-vous des difficultés pour vous rappeler qu'il faut prendre vos médicaments chaque jour?

oui non

Utilité des médicaments :

Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ?

oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

Effets secondaires :

Pensez-vous avoir déjà eu des effets secondaires suite à la prise de médicaments ?

oui non ne sait pas

Si oui, quel(s) effet(s) secondaire(s) avec quel(s) médicament(s) ?

Suivi du traitement :

Si certains de vos médicaments nécessitent un suivi par prise de sang, rencontrez-vous des difficultés à la faire ?

oui non non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....

Automédication :

Avez-vous parfois recours à la prise de médicaments sans prescription ? oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....

Avez-vous déjà diminué ou augmenté les doses de certains médicaments de votre propre initiative ?

oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....

Autre :

Avez-vous des besoins particuliers ou des interrogations concernant vos médicaments non abordés lors de cet entretien?

.....

Perception du traitement :

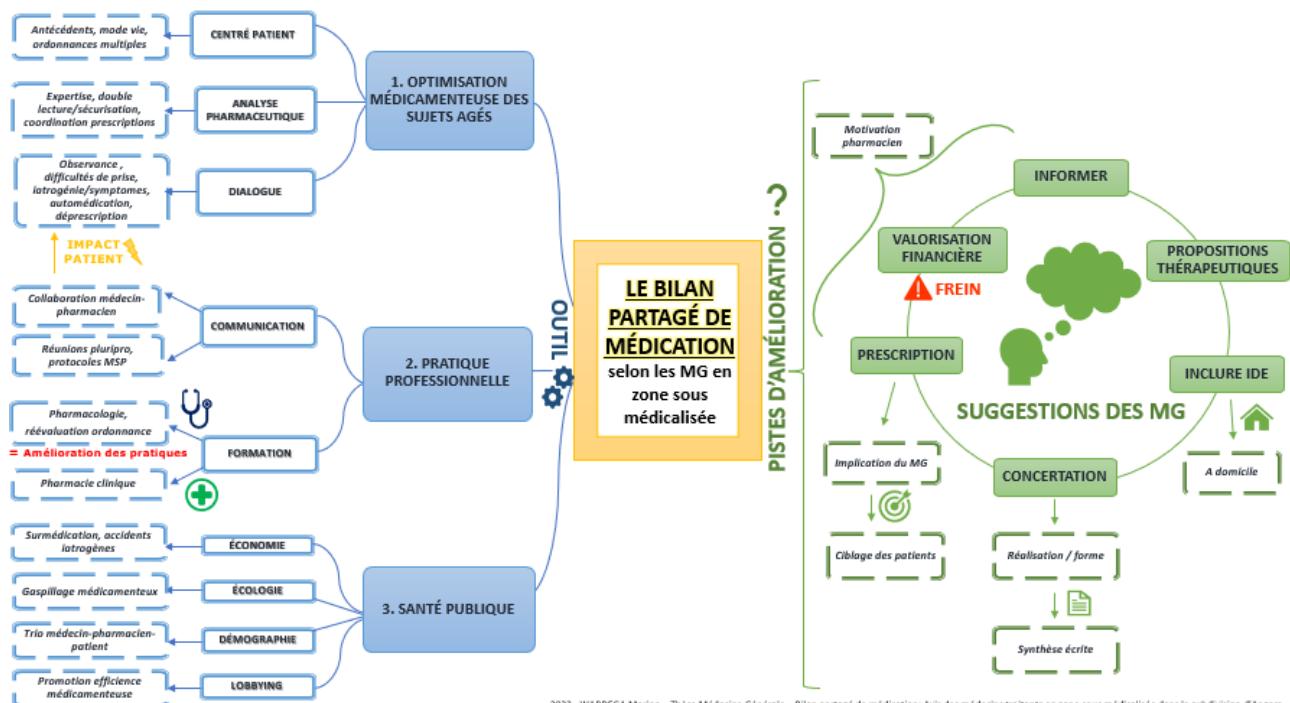
Pensez-vous que les médicaments peuvent améliorer votre santé ?

oui non non applicable

Interventions pharmaceutiques transmises au médecin généraliste

| | <u>Interventions pharmaceutiques destinées au médecin</u> | <u>Interventions pharmaceutiques destinées au patient</u> | <u>IP acceptée par le médecin</u> | |
|---|---|---|-----------------------------------|-----|
| | | | oui | non |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

Annexe VII : Carte heuristique des résultats



Annexe VIII : Fiche Mémo Bilan partagé de médication



RÉSUMÉ

WARDEGA Marion

Bilan partagé de médication : Avis des médecins traitants en zone sous médicalisée dans la subdivision d'Angers

INTRODUCTION : L'optimisation médicamenteuse chez la personne âgée est un enjeu de santé publique. Le médecin traitant a un rôle clé dans la réévaluation globale de l'ordonnance. Un outil via une collaboration avec le pharmacien existe depuis 2018 : le bilan partagé de médication, mais il reste peu utilisé.

OBJECTIFS : Recueillir l'avis des médecins généralistes installés en zone sous médicalisée dans la subdivision d'Angers sur le bilan partagé de médication, cerner leurs attentes pour aider au développement de cet outil.

MÉTHODES : Étude qualitative par focus group auprès de médecins traitants installés en zone sous médicalisée dans la circonscription faculaire d'Angers. Réalisation de deux focus groups à trois mois d'intervalle en mars et juin 2022 après proposition d'expérimentation du dispositif en le prescrivant. Codage en unité de sens, analyse thématique inductive du verbatim et triangulation des données.

RÉSULTATS : Six médecins généralistes ont participé au premier entretien collectif et quatre au deuxième. Le bilan partagé de médication apparaissait comme un outil utile et formateur pouvant aider le médecin généraliste installé en zone sous médicalisée à optimiser les ordonnances des patients âgés polymédiqués, sécuriser les prescriptions et aussi déprescrire. La communication entre médecins et pharmaciens était renforcée. Les médecins étaient demandeurs de suggestions thérapeutiques de la part du pharmacien. Selon eux, la méconnaissance du BPM et la faible valorisation financière pour les pharmaciens semblaient être des points à améliorer pour étendre le dispositif. La prescription du bilan par le médecin généraliste pouvait aider à sa réalisation.

DISCUSSION : Beaucoup de pistes d'amélioration encourageantes pour étendre le dispositif sont ressorties de ce travail. Une étude questionnant les pharmaciens sollicités par les médecins généralistes interrogés sera intéressante afin d'explorer le versant pharmaciens.

Mots-clés : Bilan partagé de médication ; collaboration médecin généraliste-pharmacien ; polymédication du sujet âgé ; optimisation médicamenteuse ; zone sous médicalisée

Shared medication review : Opinion of the General Practitioners in under-medicalised area in the Angers subdivision

ABSTRACT

INTRODUCTION : Optimising medication in the elderly is a public health issue. The general practitioner has a key role in the global re-evaluation of the prescription. A tool through collaboration with the pharmacist exists since 2018 : the shared medication review, but it remains little used.

GOALS : Collect the opinions of General Practitioners in under-medicalised areas in the Angers subdivision on the shared medication review, identify their expectations to help develop this tool.

METHODS : Qualitative study by focus group with GPs installed in under-medicalised areas in the Angers subdivision. Two focus groups were carried out three months apart in March and June 2022, after a proposition to experiment the tool by prescribing it. Coding in units of meaning, inductive thematic analysis of the verbatims and triangulation of the data.

RESULTS : Six GPs participated in the first group interview and four in the second. The shared medication review appeared to be a useful and formative tool that could help GPs in under-medicated areas to optimise prescriptions for elderly patients with polypharmacy, secure prescriptions and also deprescribe. Communication between doctors and pharmacists was strengthened. Doctors were looking for therapeutic suggestions from the pharmacist. According to them, the lack of knowledge of the shared medication review and the low financial value for pharmacists seemed to be points to be improved in order to extend the tool. The prescription of the medication review by the general practitioner could help in its realisation.

DISCUSSION : Many encouraging avenues for improvement to extend the tool emerged from this work. A study questioning the pharmacists approached by the GPs interviewed would be interesting in order to explore the pharmacists' side.

Keywords: Shared medication review; GP-pharmacist collaboration; polymedication of the elderly; drug optimisation; under-medicalised areas