

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine autour de la prise en charge des personnes âgées sous psychotropes : focus group dans le Maine et Loire

--

Community pharmacists' perception of their difficulties in relation to older adults treated by psychotropic medication: a focus-group study

Côme Lucile

Née le 27 décembre 2000 à Laval (53)

Sous la direction de M. Corvaisier Mathieu

Membres du jury

Sébastien Faure | Président

Mathieu Corvaisier | Directeur

Thomas Déséchalliers | Membre

Sophie Texier | Membre

Soutenue publiquement le :
10 avril 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Côme Lucile
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 **22 / 02 / 2024**

DECLARATION D'ENGAGEMENT DE L'AUTEUR

"La Faculté de Santé déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont
présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle
entend ne leur donner ni approbation, ni improbation."



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 Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-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	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie

RIQUIN Elise
RONY Louis
ROGER Emilie
SAVARY Camille
SCHMITT Françoise
SCHINKOWITZ Andréas
SPIESSER-ROBELET Laurence
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle
VIAULT Guillaume

PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOTECHNIE
PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE
CHIRURGIE INFANTILE
PHARMACOGNOSIE
PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE
MEDECINE GÉNÉRALE
CHIMIE ORGANIQUE

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER

ELHAJ MAHMOUD Dorra
LEMAN Géraldine

IMMUNOLOGIE
BIOCHIMIE

Pharmacie
Pharmacie

ECER

PIRAUX Arthur
HASAN Mahmoud
BARAKAT Fatima

OFFICINE
PHARMACIE GALÉNIQUE ET PHYSICO-CHIMIE
CHIMIE ANALYTIQUE

Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie

PRCE

AUTRET Erwan
BARBEROUSSE Michel
COYNE Ashley
O'SULLIVAN Kayleigh
RIVEAU Hélène

ANGLAIS
INFORMATIQUE
ANGLAIS
ANGLAIS
ANGLAIS

Santé
Santé
Santé
Santé

PAST

BEAUVAIS Vincent
BRAUD Cathie
DILÉ Nathalie
GUILLET Anne-Françoise
MOAL Frédéric
KAASSIS Mehdi
GUITTON Christophe
SAVARY Dominique
POMMIER Pascal
PICCOLI Giorgia

OFFICINE
OFFICINE
OFFICINE
PHARMACIE DEUST PRÉPARATEUR
PHARMACIE CLINIQUE
GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION
MEDECINE D'URGENCE
CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE
NEPHROLOGIE

Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Médecine
Médecine
Médecine

PLP

CHIKH Yamina

ECONOMIE-GESTION

Médecine

AHU

CORVAISIER Mathieu
CHABRUN Floris
ROBIN Julien

PHARMACIE CLINIQUE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE moléculaire
DISPOSITIF MEDICAUX

Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie

REMERCIEMENTS

A **Mathieu Corvaisier**, merci pour votre accompagnement dans la direction de cette thèse. Merci pour votre disponibilité et votre réactivité qui ont permis une rédaction rapide. Merci pour votre rigueur, vos remarques et conseils qui m'ont permis d'aller au bout de ce travail. Merci tout particulièrement pour le pharmacien hospitalier que vous êtes qui favorisera nos contacts ville-hôpital.

A **Sébastien Faure**, merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et merci pour vos enseignements à la faculté, tous donnés dans la bonne humeur. Merci de nous avoir incité à nous dépasser lors de vos cours, ils m'ont bien fait progresser. Merci pour votre engagement auprès des étudiants en pharmacie d'Angers.

A **Thomas Déséchalliers**, je te remercie de faire partie de mon jury et de m'avoir accepté en tant que première stagiaire dans ta pharmacie. Merci de m'avoir donné envie de faire ce métier et de m'avoir accueillie avec autant de bienveillance. Merci pour ces étés où j'ai eu la chance de travailler avec vous. Merci également à toute l'équipe de la pharmacie pour son accueil et ces journées passées dans la bonne humeur. Ca y est, la petite stagiaire arrive au bout de ses études...

A **Sophie Texier**, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. A Sophie et Thomas Avril, ce stage de 6^{ème} année confirme mon envie de faire ce métier et cela grâce à votre accompagnement et celui de toute l'équipe. Merci pour votre accueil chaleureux au sein de la pharmacie, votre bonne humeur et pour le temps passé à me former au mieux.

A **Papa et Maman**, merci pour votre soutien pendant ces 6 années. Merci de m'avoir répété maintes et maintes fois que vous étiez fiers de moi. Merci pour les minutes passées au téléphone tous les jours à raconter ma journée et à me déstresser. Merci pour votre éducation et vos valeurs transmises telles que le courage et la ténacité. Merci de m'avoir donné un si beau modèle de vie. Je vous aime.

A **Maëlle et Mathis**, merci d'avoir supporté à table les : « oh non mais c'est trop dingue comment le médicament fonctionne, le corps humain est fou » et les explications pendant de longues minutes sans que vous ne compreniez rien. Merci pour ces week-ends passés dans la joie, c'est toujours un plaisir de rentrer à la maison, vous êtes vraiment rigolo.

A **ma famille Côme et Goupille**, merci des moments passés avec vous, la vie est belle quand on est si bien entouré ! J'espère avoir su garder et transmettre nos valeurs dans mes premiers pas de vie de grande.

A **mes copines de pharma** : Marine, Maëva, Juliette, Garance, Camille, Julie, Inès, Ambre, Léa, Marie et à **mes copains de pharma** : Lucas, Arnaud, Benoit, Antoine, Charlie, Alexis, Erwan. Ca y est, nous sommes au bout de ces 6 longues années. Merci pour ces nombreuses sorties, ces vacances entre copains, les week-ends chez les uns et les autres, ces heures interminables passées à la BU avant nos partiels, ces pauses café presque aussi longues que notre temps de travail, ces fous rires, ces soirées à thème... Vous avez rendu ces années hyperfun.

A **mes amis de Montsûrs** : Chloé, Marie, Manon, Gabin, Louison, Clément, Valentin, Mathieu, Bastien, Léandre, et à **mes amis les manchots** : Marie, Julie, Aurélien, Kévin, Angeline. Merci pour ces moments passés ensemble qui me permettaient de sortir la tête de l'eau. C'est toujours un plaisir d'être avec vous.

A **vous Laurie et Quentin**, un merci tout particulier à vous qui avez été mes colocs et sans qui je n'aurais jamais fini de pleurer de stress avant les partiels. Merci d'avoir été là, de m'avoir préparé de bons petits plats, d'avoir fait le ménage (ceci ne concerne que Laurie) et de m'avoir encouragé. Merci pour ces heures de discussions sérieuses et moins sérieuses. Merci pour ces heures de rigolade. Je laisse derrière moi un appartement plein de souvenirs et de bons moments, celui que je considérais comme « ma maison ».

Aux **SUF de Laval** et au scoutisme en général, merci d'exister. Merci de m'avoir permise d'être l'étudiante en pharmacie la semaine et une scoute en uniforme, qui n'a peur de rien, qui ne craint pas de mettre les mains dans la terre et de passer sa journée sous la pluie. Merci de m'avoir offert ces moments de coupure, loin des obligations quelques instants. Merci tout particulièrement à Alix, Lucie, Maëlle, Faustine, Victoire et Marie.

Aux pharmaciens ayant permis de mener ce projet et ceux ayant accepté de participer à cette thèse, merci d'avoir pris le temps de discuter autour de cette thématique.

A tous ceux que je n'ai pas cités mais qui avez compté dans ces années, merci...

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

1. **La personne âgée**
2. **Place des psychotropes dans la prise en charge des personnes âgées**
3. **Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des personnes âgées**
4. **Objectifs de l'étude**

MATERIELS ET METHODES

1. **Schéma de l'étude**
2. **Participants de l'étude**
3. **Elaboration du guide d'entretien**
4. **Conduite des focus group**
5. **Analyse du contenu**
6. **Approbation éthique**

RESULTATS

1. **Description de la population**
2. **Description des catégories et thèmes abordés**
 - 2.1. Catégorie 1 : Iatrogénie médicamenteuse et effets indésirables
 - 2.2. Catégorie 2 : La dispensation
 - 2.3. Catégorie 3 : l'utilisation inappropriée
 - 2.4. Catégorie 4 : Informations et connaissances pharmaceutiques
 - 2.5. Catégorie 5 : Relations de soins et communication

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX

ANNEXES

Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de la Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESP	Equipe de Soins Primaires
FG	Focus group
HAS	Haute Autorité de Santé
MPI	Médicaments Potentiellement Inappropriés
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OMEDIT	Observatoires des MEdicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques

Introduction

1. La personne âgée

L'évolution de la démographie française tend vers un accroissement de la population âgée de 65 ans et plus. En effet, selon l'étude de 2022 de la DREES sur l'état de santé de la population française, 21% de la population avait plus de 65 ans en 2019 et cette proportion est estimée à 28% en 2052 (1). De plus, 91% des plus de 75 ans avaient au moins une pathologie ou un traitement chronique et 21% souffraient de plusieurs pathologies chroniques en 2019.

Selon l'HAS, la « co-occurrence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu sur la même période » est appelé la polypathologie. Cette polypathologie induit une polymédication, c'est-à-dire une prise régulière de plusieurs médicaments nécessaire au traitement de plusieurs maladies chroniques. Le terme de polymédication sera employé lorsqu'il y a une prise d'au moins 5 médicaments (2).

La polypathologie et la polymédication ont pour conséquences des dégradations progressives ou brutales des fonctions vitales des personnes âgées (3). En effet, selon Nunes *et al.*, la polypathologie augmente le risque de décès (4). Ils estiment qu'un seuil de 3 maladies ou plus est fortement associé au risque de décès. Cela est expliqué par une usure physiologique due aux pathologies et aux médicaments utilisés mais également au handicap et à la qualité de vie altérée que cause cette polypathologie. L'étude de Jyrkkä *et al.* indique que la polymédication, d'autant plus chez les personnes âgées, est un facteur de risque d'effets indésirables tels que les chutes et les hospitalisations (5). Cela s'explique par les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, les erreurs de dosage et la mauvaise observance pouvant entraîner des conséquences cliniques. Cette étude a également mis en évidence qu'une polymédication excessive (10 médicaments ou plus) est un indicateur de mortalité à 5 ans chez les personnes âgées de plus de 80 ans en prenant en compte les facteurs démographiques et l'état fonctionnel et cognitif (5).

La classe médicamenteuse des psychotropes est souvent rencontrée dans les prescriptions des personnes âgées. En effet, le DREES qui a travaillé sur l'état de santé de la population française en 2019 indiquait que 27% des plus de 75 ans et 17% des 65-74 ans avaient eu au moins une prescription de psychotropes en 2019 (1).

2. Place des psychotropes dans la prise en charge des personnes âgées

Le terme psychotrope regroupe les médicaments dont l'effet principal s'exerce sur les fonctions psychiques et le comportement comme : les antipsychotiques ou neuroleptiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques, les psychostimulants et les normothymiques (6,7).

Les effets indésirables retrouvés avec les psychotropes émanent de leurs effets pharmacologiques. Par exemple, la composante sérotoninergique des antidépresseurs peut entraîner une altération de l'état mental (confusion, délire, agitation), des tachycardies, des troubles gastro-intestinaux (nausées, diarrhées) ou encore des tremblements (8).

Des effets secondaires moteurs comme des troubles pseudo parkinsoniens, des sédations, des hypotensions orthostatiques, des troubles cardiaques ou encore des effets anticholinergiques seront retrouvés avec les antipsychotiques (9).

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés avec les benzodiazépines sont la sédation, la fatigue, la confusion, la faiblesse, et la syncope avec une utilisation à court terme. L'utilisation à long terme aura des effets psychomoteurs associés à des risques de chutes et des effets sur la performance mentale tels que la diminution de l'attention, des troubles de la mémoire, une dépendance ou des symptômes de sevrage (10-12).

Face à la notification de ces effets indésirables et notamment pour lutter contre les phénomènes de tolérance et de dépendance, des règles de prescriptions strictes sont apparues (durée maximale de prescription limitée à 12 semaines pour les anxiolytiques, nécessité d'ordonnances sécurisées pour

certaines molécules...)(13). Bénard-Laribi  re et Pariente ont montré une diminution des initiations de traitement par benzodiazépines et apparentés    indication hypnotique sur la population générale en France (13% de prescriptions en moins pour les hypnotiques entre 2012 et 2015). Ce n  tait cependant pas le cas pour celles    indication anxiolytique pour qui leur utilisation ne semblait pas ou très peu diminuer (seulement 4% de prescriptions en moins pour les anxiolytiques). La prévalence augmentait avec l  ge et 38,3% des femmes de 80 ans et plus consommaient des anxiolytiques et/ou des hypnotiques en 2015. Néanmoins, une étude du groupement d  t  r  t scientifique EPI-PHARE a montré une recrudescence des psychotropes durant l  pid  mie de la COVID-19 (14). La consommation d  ntid  presseurs, d  anxiolytiques et d  hypnotiques avait augmenté avec respectivement +2,6%, +6,7% et +7,3% en 2020 comparé    l  tendu sur cette même année. Cette augmentation a continué de s  amplifier en 2021 comparé    l  tendu de 2020 avec respectivement +8%, +9,7% et +12,5%.

De plus, l  utilisation inappropriée des psychotropes n  t pas rare. En 2015, *Etchepare et al.* ont montré seulement 8% de concordance entre les prescriptions de psychotropes chez la personne âgée et les recommandations de la HAS (15). Un étude de 2019 de l  OMEDIT    propos de l  utilisation des psychotropes chez la personne âgée a révélé que les prescriptions ne suivaient pas les recommandations dans 90,3% des cas pour les benzodiazépines, 26,0% des cas pour les neuroleptiques et 7,4% des cas pour les antidépresseurs (16). Cette étude s  est basée sur la liste des médicaments potentiellement inadaptés aux personnes âgées de Laroche et les critères STOPP/START de Lang (17,18). Les benzodiazépines et apparentés    longue demi-vie (>20h) et les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (antidépresseurs imipraminiques, phénothiazines, hypnotiques, antihistaminiques) font partie de ces listes.

Le métabolisme altéré de la personne âgée, la rendant plus fragile et susceptible de présenter des effets indésirables, nécessite une vigilance particulière de la part des professionnels de santé (3).

3. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des personnes âgées

Une étude qualitative a été effectuée dans le service de gériatrie du CHU d'Angers en juin 2021 pour explorer les difficultés de prise en charge des personnes âgées traitées par psychotropes auprès des équipes médicales et soignantes hospitalières (19). Cette étude a fait émerger les difficultés rencontrées par l'équipe soignante (médecins et infirmiers) ainsi que des solutions potentielles.

Des thèmes émergents ont pu être mis en avant tels que des difficultés autour des prescriptions conditionnels des psychotropes, autour du moment de leur administration, de la voie d'administration à utiliser ou encore dans leur réévaluation de leur prise en charge en péri-hospitalisation.

Parmi les difficultés retrouvées, le suivi des patients en ambulatoire à la suite d'une hospitalisation a été mentionnée par les participants. A ce titre, le pharmacien d'officine est un acteur majeur de la prise en charge des personnes âgées en ambulatoire puisque ceci fait partie de ses missions.

Les missions du pharmacien sont définies dans l'article L5125-1-1A du Code de la Santé publique (20). Le pharmacien a notamment l'obligation de participer à la coopération entre les professionnels de santé et à la permanence des soins. Il peut également proposer des conseils et des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des patients. Il joue donc un rôle clé lors de la dispensation : de par sa connaissance du médicament, il peut, en collaboration avec le médecin et le patient, proposer la déprescription de certains médicaments, améliorer la qualité de vie du patient, diminuer les risques d'interactions médicamenteuses, prodiguer des conseils supplémentaires quant à la prise du traitement et permettre une meilleure adhésion thérapeutique (21,22).

Selon Fournier, le contact avec le pharmacien est privilégié avec la simplicité d'accès de la pharmacie : non prise de rendez-vous, horaires larges, confiance envers les professionnels de santé (3). Le pharmacien a l'avantage de connaître l'environnement du patient, d'autant plus celui de la personne âgée qu'il voit fréquemment pour le renouvellement mensuel de ses traitements.

Ce contact est d'autant plus privilégié si le patient se sent en confiance. L'étude de Gendre a résumé les attentes des patients à l'égard des pharmacies d'officine (23). L'accueil, l'écoute active, une prise en charge immédiate dès l'entrée du patient dans la pharmacie et une équipe restant professionnelle, chaleureuse et courtoise en toutes circonstances semblent être les critères attendus des patients.

Des facteurs externes tels que l'image des études de pharmacies assurant une connaissance solide des médicaments, permettant de centrer la prise en charge sur le patient augmentent également la confiance du patient envers la profession (3,24).

Le pharmacien étant lui aussi impliqué dans la prise en charge des personnes âgées sous psychotropes, ce corps de métier doit également rencontrer des difficultés. Cependant, nous ne retrouvons, à notre connaissance, qu'une seule étude de 1982 dans la littérature, qui décrit certaines difficultés que pouvait rencontrer le pharmacien avec les personnes âgées à l'officine. Les thèmes les plus souvent discutés étaient le manque de connaissance du pharmacien dans la prise en charge de cette population, la compliance des patients à prendre leurs traitements, la surprescription de médicaments et enfin la communication avec cette patientèle (25). A notre connaissance, la littérature ne présente pas de données récentes quant à la prise en charge des personnes âgées à l'officine ni de la prise en charge de cette population traitée par psychotropes. Une exploration de ce thème nous a alors semblé nécessaire.

4. Objectifs de l'étude

Les objectifs de notre étude étaient i) explorer les différentes difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine face aux personnes âgées sous psychotropes, et ii) faire émerger des solutions aux difficultés évoquées.

Matériels et méthodes

1. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude exploratoire qualitative basée sur la réalisation d'une série de Focus Group (FG), réalisée sur la période du 15/05/2023 au 09/06/2023. Ce type d'entretien repose sur une dynamique de groupe et est mené par un animateur neutre permettant d'explorer et stimuler les points de vue des participants (26). Ces échanges ont été structurés par un guide d'entretien rédigé en amont à partir des données de la littérature et de l'expérience de l'équipe de recherche. L'équipe de recherche était composée d'un animateur et de deux observateurs. Plusieurs focus group ont été réalisés avec un minimum de 4 participants, jusqu'à arriver à une saturation des données.

2. Participants de l'étude

Au total, une invitation à participer à l'étude a été envoyée à 234 officines du département du Maine-et-Loire, en partenariat avec l'ordre régional des pharmaciens. Les pharmaciens intéressés par l'étude ont reçu une lettre d'information détaillant le contexte, précisant le schéma de l'étude et rappelant l'anonymisation des données. Les pharmaciens ont dû choisir plusieurs plages horaires où ils étaient disponibles via un planning en ligne. En fonction des disponibilités, ils ont ensuite pu être conviés aux différents FG programmés.

3. Elaboration du guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré en amont des FG à partir des données présentes dans la littérature (25). Des catégories de sujets ont pu être élaborées, ainsi que des questions pour orienter les discussions. Le guide d'entretien assurait également une fiabilité de l'étude avec une description précise des questions permettant sa reproductivité.

Le guide comptait 5 catégories de sujets à discuter : l'iatrogénie et les effets indésirables des psychotropes, leurs dispersions, leurs utilisations inappropriées, les informations et connaissances

sur les psychotropes et enfin les relations de soins et la communication. Il contenait également 11 thèmes. Le détail de ces catégories, sous-thèmes et exemples de questions est disponible dans les annexes (cf. Annexe 1).

L'animateur avait à disposition ce guide pour orienter ou réorienter les discussions si besoin.

4. Conduite des focus group

Les focus group se sont déroulés au sein d'une salle de réunion du CHU d'Angers. Les participants étaient placés autour d'une table avec l'animateur. Selon leur poste (titulaire ou adjoint), les participants étaient placés de manière à éviter toute potentielle discussion parallèle perturbant la dynamique de groupe.

Deux observateurs étaient placés dans la salle, à l'extérieur du groupe de discussion, en prenant des notes sur les échanges de manière indépendante. Ils devaient collecter un maximum d'informations au moment des échanges, notamment le langage non verbal des participants pour retranscrire au mieux les discussions. Les échanges étaient enregistrés à l'aide d'un enregistreur audio pour permettre une analyse exhaustive.

Au début de l'échange, l'animateur rappelait aux participants les objectifs du focus group ainsi que quelques règles de bienséance. Il rappelait également que la participation était sur la base du volontariat, que l'échange serait enregistré, transcrit et anonymisé.

Les pharmaciens ne se connaissant pas forcément, une activité brise-glace initiait chaque début de séance, permettant aux participants de s'exprimer librement sur le sujet. Puis, les participants notaient les 3 principales difficultés qu'ils rencontraient dans leur officine concernant la problématique et les échangeaient avec l'ensemble du groupe.

Si toutefois, toutes les catégories du guide d'entretien n'étaient pas explorées, l'animateur orientait la discussion pour être le plus exhaustif possible.

5. Analyse du contenu

Une analyse thématique a été effectuée selon la méthode de Paillé *et al.* pour chaque FG, avec pour objectif d'identifier dans l'ensemble du corpus, les thèmes en lien avec l'objectif de la recherche (27).

Chaque FG a été transcrit le plus fidèlement possible. A partir des transcriptions, les 2 observateurs ont séparément relevé les verbatims identifiables. Une mise en commun des 2 observateurs a été réalisée pour classer le plus justement les verbatims. Si un désaccord subsistait, une tierce personne était consultée pour obtenir un consensus. Cette méthode a été utilisée groupe par groupe. Ces verbatims ont été classés selon les 5 catégories préalablement définies dans le guide d'entretien, puis selon des thèmes et des sous-thèmes. Les verbatims non classables pouvaient faire l'objet de thèmes ou de catégories émergentes.

L'analyse s'est terminée à la saturation de données, c'est-à-dire lorsqu'aucun nouveau thème ou nouvelle difficulté n'a été exprimée lors des 2 derniers FG par rapport aux précédents (28).

Afin d'assurer la fiabilité des résultats et de minimiser les biais, différents critères de qualité ont été mis en place : la triangulation des observateurs dans l'analyse des données, les discussions régulières entre eux au cours de l'analyse et la révision régulière des définitions des thèmes. Outre la validation de la synthèse à la fin de chaque FG, l'objectivité et la fiabilité ont été assurées par la relecture des résultats par les deux observateurs, qui ont veillé à ce que l'analyse reflète fidèlement les propos des participants.

6. Approbation éthique

Cette étude a été conduite en accord avec la déclaration d'Helsinki (1983). Aucun des participants n'a refusé de participer à l'étude. Celle-ci était basée sur le volontariat, aucun dédommagement n'a été fourni pour leurs transports au CHU mais des boissons et de la nourriture était à disposition pour chaque FG. Les participants ont été informés de l'étude par une lettre d'informations. Ils ont donné leur consentement oral qui a été enregistré. L'enregistrement audio des séances a été détruit après restitution écrite. Les participants étaient libres de quitter l'étude à tout moment, sans justification. Le comité d'éthique du CHU d'Angers a donné son approbation sous le N° 2023-051. Le protocole a également été déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL ; 202300048).

Résultats

1. Description de la population

Sur les 31 pharmaciens initialement intéressés, 17 ont participés à l'étude sur la base du volontariat, ce qui a suffi à obtenir une saturation des données (Tableau 1).

Selon leurs disponibilités, ils ont été répartis en groupes de 4 personnes minimum. Au total, 4 focus group ont été réalisés entre le 15/05/2023 et le 09/06/2023 avec une répartition relativement homogène des participants incluant au minimum 1 pharmacien titulaire et 1 pharmacien adjoint dans chacun des FG et en équilibrant le nombre de pharmaciens titulaires et d'adjoints.

Ces participants avaient différents statuts et différentes expériences professionnelles : 8 d'entre eux étaient titulaires d'une pharmacie d'officine, 2 d'entre eux étaient les pharmaciens responsables de la PDA (préparation des doses à administrer) et 9 avaient une expérience professionnelle de plus de 10 ans.

	Total (n=17)	Groupe 1 (n= 4)	Groupe 2 (n= 5)	Groupe 3 (n= 4)	Groupe 4 (n= 4)
Femme, n (%)	12 (70,6)	4 (100,0)	4 (80,0)	2 (50,0)	2 (50,0)
Age, n (%)					
18-24 ans	0	0	0	0	0
25-34 ans	7 (41,2)	1 (25,0)	3 (60,0)	2 (50,0)	1 (25,0)
35-44 ans	5 (29,4)	1 (25,0)	1 (20,0)	1 (25,0)	2 (50,0)
45-54 ans	1 (5,9)	0	0	0	1 (25,0)
55-64 ans	3 (17,6)	2 (50,0)	1 (20,0)	0	0
64 ans et plus	1 (5,9)	0	0	1 (25,0)	0
Statut professionnel, n (%)					
Titulaire	8 (47,1)	2 (50,0)	2 (40,0)	1 (25,0)	3 (75,0)
Assistant	9 (52,9)	2 (50,0)	3 (60,0)	3 (75,0)	1 (25,0)
Ancienneté, n (%)					
Entre 1 et 5 ans	4 (23,5)	0	2 (40,0)	2 (50,0)	0
Entre 5 et 10 ans	4 (23,5)	2 (50,0)	1 (20,0)	0	1 (25,0)
Entre 10 et 20 ans	4 (23,5)	0	1 (20,0)	1 (25,0)	2 (50,0)
Plus de 20 ans	5 (29,4)	2 (50,0)	1 (20,0)	1 (25,0)	1 (25,0)
Localisation de la pharmacie, n (%)					
Rural	7 (41,2)	1 (25,0)	2 (40,0)	1 (25,0)	3 (75,0)
Urbain	10 (58,8)	3 (75,0)	3 (60,0)	3 (75,0)	1 (25,0)
Proportion estimée des personnes âgées dans la patientèle, n (%)					
Moins de 10%	0	0	0	0	0
Entre 10 et 30%	3 (17,6)	0	1 (20,0)	1 (25,0)	1 (25,0)
Entre 30 et 50%	6 (35,3)	0	1 (20,0)	3 (75,0)	2 (50,0)
Entre 50 et 70%	6 (35,3)	4 (100,0)	1 (20,0)	0	1 (25,0)
Entre 70 et 90%	0	0	0	0	0
Plus de 90%	2 (11,8)	0	2 (40,0)	0	0

Tableau 1 : Descriptif de la population étudiée

2. Description des catégories et thèmes abordés

Suite à l'analyse du contenu, les 5 catégories préalablement définies ont été retrouvées. Quinze thèmes et 30 sous thèmes ont été identifiés, dont 11 thèmes étant dans le guide d'entretien et 4 thèmes émergents. Les 4 thèmes émergents sont : l'influence de l'hospitalisation sur la dispensation post hospitalière, le problème de dispensation de médicaments aux patients institutionnalisés, le manque d'informations cliniques à propos du patient ainsi que la communication intra-équipe pharmaceutique. Ces catégories seront détaillées ci-dessous. Les solutions évoquées par les participants lors des FG seront synthétisées dans chaque catégorie.

2.1. Catégorie 1 : Iatrogénie médicamenteuse et effets indésirables

Les effets indésirables peuvent être difficiles à identifier car les patients n'abordent pas le sujet : « *ils ne se dévoilent pas beaucoup sur ce versant* » (P5G1) (Tableau 2).

Le patient et le pharmacien sont tous les deux concernés par le rapport bénéfice/risque des psychotropes. Celui-ci est favorable du point de vue du patient : « *c'est une solution qui leur convient bien, ils disent n'avoir jamais chuté* » (P3G1), mais défavorable du point de vue des participants : « *ça fait perdre la mémoire et augmente le risque de chute* » (P5G1).

Quelques solutions ont été émises comme le calcul de la charge anticholinergique pour proposer des modifications de prescriptions aux médecins ou avoir un discours systématique avec le patient dès la primo prescription sur la nécessité d'un traitement de courte durée et sur les risques d'un usage au long cours (Tableau 3).

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Exemples de verbatims
Iatrogénie médicamenteuse, effets indésirables	Identification et imputabilité	Effets indésirables observés	"on voit les effets indésirables surtout lors des BPM, on voit une escalade de ce qui est pris en charge, des effets secondaires de la charge anticholinergique pour réhydrater la bouche, les yeux... on voit les thérapeutiques mises en place pour gérer ces effets indésirables" P3G2 "quand ça fait longtemps qu'ils sont sous psychotropes, on retrouve des problèmes de mémoire" P4G4
		Imputabilité difficile	"ils ne se dévoilent pas beaucoup sur ce versant" P5G1 "ce ne sont pas des effets secondaires qui sont facilement associables au traitement, ils n'apparaissent pas dès le lendemain, ils ne réalisent pas la perte de mémoire...c'est plus compliqué qu'un effet secondaire immédiat" P3G4
	Rapport bénéfice/risque	Evaluation défavorable par le pharmacien	"je leur sors les statistiques de fracture du col du fémur" P3G1 "ça fait perdre la mémoire ou augmente le risque de chute" P5G1
		Evaluation favorable par le patient	"c'est une solution qui leur convient bien, ils disent n'avoir jamais chuté" P3G1 "ils ont du mal à voir que ça peut être dangereux" P4G3 "de dire attention vous allez avoir des dégénérescences cérébrales, ça ne fonctionne pas, surtout chez des patients qui en prennent depuis 30 ou 40 ans, ils vont répondre qu'ils n'ont aucun trouble" P2G3

Tableau 2 : Difficultés rencontrées autour de l'iatrogénie médicamenteuse et des effets indésirables

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Solutions proposées
Iatrogénie médicamenteuse, effets indésirables	Identification et imputabilité	Effets indésirables observés	- Analyser la charge anticholinergique des prescriptions pour proposer des modifications
		Imputabilité difficile	
	Rapport bénéfice/risque	Evaluation défavorable par le pharmacien	- Avoir un discours dès la primo prescription sur la nécessité d'un traitement court et d'aborder les risques d'un usage au long cours
		Evaluation favorable par le patient	

Tableau 3 : Récapitulatif des solutions proposées autour de l'iatrogénie médicamenteuse et des effets indésirables

2.2. Catégorie 2 : La dispensation

Les participants rapportaient une difficulté d'application du conseil associé sur la limitation de l'utilisation des psychotropes lors de la dispensation. Répéter les conseils de bon usage est chronophage : « *de leur répéter, c'est du temps et de l'énergie* » (P3G1) et ne plus les aborder devient une habitude : « *on tombe aussi dans les habitudes* » (P4G2) (Tableau 4).

Selon les participants, les pharmaciens et les médecins sont face à une pression de la part des patients pour conserver leurs traitements : « *la prescription médicale est trop rapide lors d'une demande d'un patient* » (P5G1).

Les solutions proposées seraient d'informer le patient dès la primo prescription du caractère éphémère de la prescription et des effets indésirables associés et d'avoir une mention sur l'ordonnance de benzodiazépines « avec objectif d'arrêt ou diminution progressive » (Tableau 5).

De plus, ils considèrent qu'il y a un manque de recours aux alternatives non-médicamenteuses en officine et dans les structures telles que les EHPAD : « *c'est aussi une solution de facilité pour les médecins, infirmières et personnel soignant de mettre du Seresta quand le patient est agité plutôt que de lui donner de la phyto* » (P5G2). Ces alternatives pourraient être prescrites par le médecin sur l'ordonnance avec la mention « en discuter avec le pharmacien ».

La situation de post hospitalisation du patient peut également être problématique car « *le plus complexe dans la post hospitalisation c'est qu'on remplace plusieurs molécules par d'autres et on ne fait pas attention à conserver leur traitement* » (P5G4). De plus, les déprescriptions de psychotropes engagées à l'hôpital sont souvent arrêtées à l'officine car le patient demande au médecin généraliste de represcrire les psychotropes : « *ce qui a été détricoté à l'hôpital est retricoté après* » (P3G1).

Cette initiative hospitalière pourrait être intégrée dans le cadre d'un protocole pour le poursuivre à l'officine.

Enfin, les patients institutionalisés représentent une situation particulière concernant la dispensation où la gestion des psychotropes est plus complexe et les prescriptions de psychotropes sont rarement réévaluées : « *pour les patients en EHPAD, c'est presque pire pour le suivi des ordonnances hypnotiques* » (P2G4).

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Exemples de verbatims
Dispensation	Conseils associés à l'acte	Application non systématique du conseil associé	<i>"le fait que ça soit tout le temps répétitif, on ne réinitialise pas la discussion tous les mois, on tombe aussi dans les habitudes" P4G2</i> <i>"moi la première, je ne pense pas en parler à chaque fois, on y pense lors d'une nouvelle prescription mais on passe vite à autre chose" P4G3</i>
		Mise en œuvre chronophage	<i>"de leur répéter, c'est du temps et de l'énergie" P3G1</i> <i>"il y a l'habitude du patient mais aussi l'habitude dans notre pratique, on ne le fait pas parce qu'on n'a pas le temps, on a d'autres choses à discuter sur l'ordonnance" P4G2</i>
	Prescription médicale	Influence patient du	<i>"la prescription médicale est trop rapide lors d'une demande d'un patient" P5G1</i> <i>"on est souvent confronté à un arrêt des benzodiazépines à la sortie d'hospitalisation, remplacées par de la mélatonine par exemple mais ça ne dure que quelques semaines et puis il y a une reprise par le généraliste" P5G3</i>
		Renouvellement systématique	<i>"en général, les médecins traitants parlent un peu de la dépendance à ces traitements mais c'est quand même toujours prescrits" P3G3</i> <i>"les ordonnances d'hypnotiques sont censées être pour un mois mais elles sont renouvelées en systématique pendant 10 ans" P2G4</i>
		Manque de recours aux alternatives non-médicamenteuses	<i>"c'est aussi une solution de facilité je pense pour les médecins, infirmières et personnel soignant de mettre du Seresta quand le patient est agité plutôt que de lui donner de la phyto" P5G2</i> <i>"il faudrait que l'alternative soit prescrite sur l'ordonnance" P3G4</i>
		Influences de l'hospitalisation sur les prescriptions postérieures	<i>"le plus complexe dans la post hospitalisation c'est qu'on remplace plusieurs molécules par d'autres et on ne fait pas assez attention à conserver leur traitement (exemple : 2 psychotropes de marques différentes, l'un est sécable, pas l'autre)" P5G4</i> <i>"généralement, le patient fait un séjour psychiatrique et sort avec une ordonnance, cela fait plusieurs années que l'ordonnance est un copié-collé, sans réévaluation" P3G3</i>
		Initiative hospitalière stoppée	<i>"ce qui a été détricoté à l'hôpital est retricoté après" P3G1</i> <i>"on est confronté à la déprescription hospitalière et derrière, on est finalement entre les deux, le patient qui veut reprendre et l'hôpital qui dit qu'il faut arrêter, c'est le patient qui décide" P2G3</i>
	Situations particulières	Patients institutionalisés	<i>"pour les patients en EHPAD, c'est presque pire pour le suivi des ordonnances hypnotiques, les médecins peuvent oublier le renouvellement, cela crée des complexités réglementaires de devoir gérer l'administratif et le sevrage clinique" P2G4</i> <i>"en institution, il y a un usage important de psychotropes, il faut que ça aille avec les autres patients, c'est une solution de facilité" P3G2</i>

Tableau 4 : Difficultés rencontrées autour de la dispensation

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Solutions proposées
Dispensation	Conseils associés à l'acte	Application non systématique du conseil associé	- Tracer sur le logiciel métier de la pharmacie l'intérêt de discuter du psychotrope et d'un éventuel objectif de déprescription progressive
		Mise en œuvre chronophage	
	Prescription médicale	Influence patient du	- Informer le patient dès la primo prescription sur le caractère éphémère de la prescription - Informer sur les effets indésirables associés à une prise au long cours dès la primo prescription - Développer un programme de prévention des chutes chez les personnes âgées volontaires, en officine, avec des ateliers de prévention et de repérage des médicaments à risque
			- Ajouter dès la primo prescription d'une BZD l'objectif d'arrêt ou de diminution progressive à court terme
		Manque de recours aux alternatives non-médicamenteuses	- Prescrire des alternatives, « en discussion avec le pharmacien » - Prescrire "mélatonine ou équivalent" pour permettre au pharmacien de proposer d'autres alternatives - Augmenter l'utilisation alternative de la phytothérapie, de micronutrition, applications de méditation, qui semblent être efficaces chez certains patients, notamment dans l'amélioration du sevrage progressif
	Post-hospitalisation	Influences de l'hospitalisation sur les prescriptions postérieures	- Tracer sur l'ordonnance de sortie d'hospitalisation quand les traitements sont volontairement stoppés
		Initiative hospitalière stoppée	- Intégrer le post-hospitalisation à l'initiative hospitalière dans le cadre d'un protocole
	Situations particulières	Patients institutionalisés	

Tableau 5 : Récapitulatif des solutions proposées autour de la dispensation

2.3. Catégorie 3 : l'utilisation inappropriée

Une grande partie des personnes âgés sous psychotropes ont une utilisation inappropriée de ces médicaments selon les participants. Certains s'automédiquent : « *elle avait augmentée d'elle-même à 5 ou 6 par jour* » (P3G1); d'autres présentent une accoutumance : « *des gens qui sont dans l'escalade thérapeutique, il leur faut toujours plus de tranquillisants, plus de somnifères* » (P5G2) (Tableau 6).

Des habitudes réfractaires au changement en découlent : « *ça fait 10 ans que je le prends, ce n'est pas maintenant que vous allez me l'enlever* » (P4G2).

L'idée de sevrage est également complexe à cause de la peur du manque : « *de ne pas l'avoir, déjà, ça va les stresser, ils savent qu'ils vont passer une mauvaise nuit* » (P2G1). De plus l'effet rebond est attendu et délicat à prendre en charge : « *l'effet rebond par exemple, il faut les prévenir* » (P3G1). Les solutions envisagées par les participants seraient d'utiliser des placebos en parallèle de la décroissance progressive pour rassurer les patients, ou d'avoir plus de dosages disponibles de benzodiazépines, permettant une déprescription plus progressive (Tableau 7).

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Exemples de verbatims
Utilisation inappropriée	Mésusage et dépendance	Automédication	"elle avait augmenté d'elle-même à 5 par jour ou 6, je lui ai dit non vraiment là c'est trop" P3G1 "on a quelques patients comme ça qui viennent plus tôt chercher leurs médicaments, ils surconsomment un petit peu, les gens sont plus dans l'addiction que dans le soin" P5G2
		Accoutumance	"ça nous arrive parfois de devoir gérer des iatrogénies, notamment des gens qui sont dans l'escalade thérapeutique, il leur faut toujours plus de tranquillisants, plus de somnifères" P5G2 "Quand ils sont anxieux, ils augmentent la dose, ils appellent le docteur" P3G1
		Habitudes réfractaires au changement	"ça fait 20 ans qu'ils ont leur traitement, leur faire comprendre que ça serait bien de diminuer, c'est très compliqué" P2G1 "les habitudes d'usage : souvent j'entends ça fait 10 ans que je le prends, ce n'est pas maintenant que vous allez me l'enlever" P4G2
	Sevrage	Peur associée	"De ne pas l'avoir, déjà, ça va les stresser, ils savent qu'ils vont passer une mauvaise nuit" P2G1 "les patients sont souvent conscients que les psychotropes ont de nombreux effets secondaires et ils aimeraient bien arrêter mais ce n'est pas forcément simple pour eux qui sont plus ou moins accompagnés" P5G3
		Effet rebond	"La période de sevrage est un peu compliquée, l'effet rebond par exemple, il faut les prévenir" P3G1 "effet rebond présent à l'arrêt de l'antidépresseur" P2G3

Tableau 6 : Difficultés rencontrées autour de l'utilisation inappropriée

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Solutions proposées
Utilisation inappropriée	Mésusage et dépendance	Automédication	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser des placebos en parallèle de la décroissance progressive pour diminuer la peur de ne rien prendre - Avoir plusieurs autres dosages en benzodiazépines qui permettent une déprescription plus progressive et donc un risque de sevrage plus faible - Impliquer le patient dans la paiement du psychotrope en cas de refus de sa part malgré une indication médicale à décrire
		Accoutumance	
		Habitudes réfractaires au changement	
	Sevrage	Peur associée	
		Effet rebond	

Tableau 7 : Récapitulatif des solutions proposées autour de l'utilisation inappropriée

2.4. Catégorie 4 : Informations et connaissances pharmaceutiques

Des difficultés à propos des connaissances professionnelles sur les psychotropes ont été exprimées (Tableau 8) : « *sur les neuroleptiques, je me vois mal conseiller de diminuer* » (P2G4). Un manque d'outils disponibles est également ressenti : « *Après niveau outil, on est un peu démunis* » (P3G3). Ceux permettant l'analyse pharmaceutique semblent ne pas être suffisants dans la pratique quotidienne : « *avec le nombre d'interactions qu'il y a ? Vous savez quand ça fait bip bip, ça fait 20 ans que ça bip alors...* » (P2G1).

Les participants ont alors suggéré une formation continue autour des psychotropes pour toute l'équipe officinale. De plus, un protocole avec une dispensation à l'unité pourrait être créé pour permettre une diminution progressive des doses selon un calendrier prédéfini pour pallier au manque de protocole de déprescription (Tableau 9).

Enfin, le manque d'informations cliniques est un vrai frein selon les participants : « *l'un des problèmes est d'être dans le flou par rapport au patient, ses antécédents, les indications des traitements* » (P3G3). Ils étaient unanimes en proposant de développer l'espace numérique pour la santé, permettant de partager les données entre les différents professionnels de santé.

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Exemple de verbatims
Informations et connaissances pharmaceutiques	Connaissances professionnelles	Difficultés selon le psychotrope	<i>"sur les neuroleptiques, je me vois mal conseiller de diminuer l'aripiprazole ou autre, je ne connais pas les conséquences sur le sevrage ou autre, je ne suis pas formé là-dedans, je suis moins à l'aise qu'avec une benzodiazépine ou un antidépresseur classique"</i> P2G4 <i>"quand ça concerne le sommeil, ça va"</i> P5G1
		Manques de connaissance sur des outils utiles	<i>"Après niveau outil, on est un peu démunis"</i> P3G3 <i>"la difficulté de savoir comment on s'y prend, on n'a pas d'outils à remettre aux patients pour lui dire précisément ce qu'il doit démarrer pour diminuer les doses"</i> P4G2
	Recommandations et protocoles	Outils inadaptées à la pratique	<i>"avec le nombre d'interactions qu'il y a ? Vous savez quand ça fait bip bip, ça fait 20 ans que ça bip alors..."</i> P2G1 <i>"on n'a pas d'outils légaux dans le cas de renouvellement exceptionnel d'antidépresseur"</i> P4G4
	Informations cliniques	Absence de dossier médical partagé	<i>"les neuroleptiques type Haldol, on suppose que c'est pour le sommeil mais on ne sait pas si le patient a d'autres problèmes qui nécessitent un neuroleptique, on n'a pas accès au dossier patient"</i> P3G1 <i>"l'un des problèmes est d'être dans le flou par rapport au patient, ses antécédents, les indications des traitements"</i> P3G3

Tableau 8 : Difficultés rencontrées autour des informations et connaissances pharmaceutiques

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Solutions proposées
Informations et connaissances pharmaceutiques	Connaissances professionnelles	Difficultés selon le psychotrope	- Développer une formation continue autour des psychotropes, autant pour le pharmacien que pour l'équipe officinale
		Manques de connaissance sur des outils utiles	- Créer des fiches par médicament pour l'équipe et faire des alertes sur le logiciel de dispensation
	Recommandations et protocoles	Outils inadaptées à la pratique	- Avoir un protocole avec une dispensation à l'unité permettant de diminuer progressivement les doses, selon un calendrier prédéfini - Avoir des outils motivationnels pour accompagner l'arrêt
	Informations cliniques	Absence de dossier médical partagé	- Développer mon espace santé

Tableau 9 : Récapitulatif des solutions proposées autour des informations et connaissances pharmaceutiques

2.5. Catégorie 5 : Relations de soins et communication

La communication s'avère être difficile quand cela concerne les psychotropes.

Certains patients refusent de dialoguer « *ils nous demandent d'arrêter de leur donner des conseils, disant : je ne vous ai rien demandé* » (P2G1) (Tableau 10). Cela pourrait être dû au discours du médecin souvent plus suivi par les patients : « *la reconnaissance de l'expertise du pharmacien n'est pas acquise chez les patients : le médecin me l'a mis sur l'ordonnance, il sait ce qu'il fait* » (P3G3).

Cela peut s'expliquer également par un manque d'uniformité de discours entre ces deux professionnels de santé : « *je ne suis pas toujours sûre que le médecin suive le même discours* » (P4G1). Enfin, un manque de leviers de communication a été ressenti de la part des participants « *c'est dur aussi d'oser demander, quand on est au comptoir* » (P4G3).

Ils proposaient alors de prendre rendez-vous avec le patient pour discuter de cette problématique plutôt que de le faire pendant la dispensation, ceci permettant de prendre le temps et de préparer leurs discours. Les collaborations interprofessionnelles pour uniformiser les discours semblent être un point clé (Tableau 11).

Si ce n'est pas le patient lui-même qui vient chercher ses médicaments, la communication est plus difficile si l'échange se fait via un tiers « *le message ne va pas passer jusqu'au patient concerné* » (P2G1).

Avec les soignants ; les participants ont soulevé le fait de se trouver face à un manque de disponibilité des interlocuteurs « *c'est impossible d'appeler le médecin traitant, on n'y a pas accès directement* » (P4G1) et un sentiment de travail non pris en compte concernant les bilans de médications « *les bilans partagés de médication, on ne reçoit jamais de réponse* » (P4G1).

Les participants parlaient également d'un sentiment d'illégitimité vis-à-vis des médecins « *je ne me vois pas appeler en disant qu'il faudrait chercher à déprescrire* » (P5G1).

Pour contrer cela, il faudrait favoriser d'avantage ces temps en présentiel pour discuter des dossiers particuliers. Des numéros de téléphone d'accès professionnels pourraient s'avérer nécessaires et avoir un logiciel commun permettant d'actualiser les fiches patients.

Enfin, la communication intra-équipe pharmaceutique paraît importante : « *le fait qu'on change de collaborateur à la prochaine dispensation, on initie quelque chose mais on n'arrive pas à le suivre dans le temps* » (P4G2). Tracer les éléments débutés dans le cadre d'une tentative de sevrage sur le logiciel de la pharmacie permet au prochain collègue de prendre le relai.

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Exemples de verbatims
Relation de soins et communication	Avec le patient	Refus du dialogue de la part du patient	<i>"ils nous demandent d'arrêter de leur donner des conseils, disant : je ne vous ai rien demandé" P2G1 "le mécontentement des patients quand on commence à aborder le sujet, ce sont vraiment des sujets qui fâchent" P5G2</i>
		Parole du médecin supérieure à celle du pharmacien	<i>"il y a peut-être une question de confiance, la reconnaissance de l'expertise du pharmacien n'est pas acquise chez les patients : le médecin me l'a mis sur l'ordonnance, il sait ce qu'il fait" P3G3 "ils peuvent se braquer en disant que le médecin ne leur en a pas parlé, c'est encore le médecin qui est le chef quoi" P4G3</i>
		Manque d'uniformité du discours médicale	<i>"je ne suis pas toujours sûre que le médecin suive le même discours" P4G1 "une des difficultés est la coordination du discours dans la démarche de sevrage, si la personne va voir un autre médecin qui n'est pas dans cette optique, on perd toute crédibilité" P5G4</i>
		Manque de leviers de communication	<i>"c'est dur aussi d'oser demander, quand on est au comptoir, il n'y a pas de confidentialité et si on propose d'aller dans une salle, dès fois, ça coupe tout de suite" P4G3 "je pense que si on n'en parle une fois de temps en temps, le patient ne l'entend pas" P4G2</i>
	Avec un tiers	Tiers intermédiaire éloigne le patient de l'échange	<i>"le message ne va pas passer jusqu'au patient concerné" P2G1 "quand le patient est institutionnalisé, ce n'est pas une relation classique, on ne le voit jamais, on n'a pas le temps d'échanger avec lui, on n'a pas de rapport direct avec le patient" P5G2</i>
	Avec les soignants	Manque de disponibilité des interlocuteurs	<i>"c'est impossible d'appeler le médecin traitant, on n'y a pas accès directement, c'est la secrétaire qui passe le message" P4G1 "le lien avec le médecin est de plus en plus compliqué, la technologie c'est bien mais ça devient impossible de les avoir au téléphone" P4G4</i>
		Sentiment d'illégitimité du pharmacien	<i>"Je ne me vois pas appeler en disant qu'il faudrait chercher à déprescrire" P5G1 "si le médecin represcrit des benzodiazépines, on ne va pas se confronter à lui" P5G3</i>
		Sentiment d'un travail de suivi non pris en compte	<i>"Les bilans partagés de médication, on ne reçoit jamais de réponse" P4G1 "on envoie les bilans de médication au médecin coordinateur, s'il n'a pas envie de les lire ou de les transmettre, on a beau avoir effectué un travail qui est important, le travail est forcément non suivi" P3G2</i>
	Intra-équipe pharmaceutique	Suivi difficile du patient	<i>"le fait qu'on change de collaborateur à la prochaine dispensation, on initie quelque chose mais on n'arrive pas à le suivre dans le temps" P4G2 "c'est difficile de suivre toujours le même patient en fonction des disponibilités de chacun, c'est assez frustrant" P5G4</i>

Tableau 10 : Difficultés rencontrées autour des relations de soins et de la communication

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Solutions proposées
Relation de soins et communication	Avec le patient	Refus du dialogue de la part du patient	- Prendre rendez-vous avec le patient pour discuter de ces éléments plutôt que sur le temps de la dispensation - Prendre le temps, préparer le discours et poser des questions sur les freins du patient
		Parole du médecin supérieure à celle du pharmacien	
		Manque d'uniformité du discours médical	- Augmenter les collaborations interprofessionnelles et aligner les discours
		Manque de leviers de communication	
	Avec un tiers	Tiers intermédiaire éloigne le patient de l'échange	
	Avec les soignants	Manque de disponibilité des interlocuteurs	- Favoriser les temps d'échange en présentiel pour discuter des dossiers particuliers - Développer des numéros de téléphone d'accès interprofessionnels afin d'échanger sur une ligne parallèle à celle des patients
		Sentiment d'illégitimité du pharmacien	- Avoir un logiciel en commun permettant d'actualiser les fiches patients et alerter sur des renouvellements à réévaluer
		Sentiment d'un travail de suivi non pris en compte	
	Intra-équipe pharmaceutique	Suivi difficile du patient	- Tracer sur le logiciel les éléments débutés dans le cadre d'une tentative de sevrage pour permettre au prochain collègue de prendre le relai

Tableau 11 : Récapitulatif des solutions proposées autour des relations de soins et de la communication

Discussion

Cinq catégories de difficultés rencontrées ont été confirmées par les pharmaciens d'officine participant à l'étude lors de ces FG : l'iatrogénie médicamenteuse et les effets indésirables, la dispensation des psychotropes à l'officine, leurs utilisations inappropriées, les informations et connaissances et la relation de soins et de communication. Trois thèmes ont émergés par rapport aux données disponibles dans la littérature : difficultés de dispensation suite à une post hospitalisation, le manque d'informations cliniques sur le patient et le manque de communication au sein de l'équipe officinale.

Lors des FG, la difficulté de mettre en évidence les effets indésirables en lien avec un psychotrope, ceux-ci étant peu spécifiques, a été souvent notifiée. Cette problématique est retrouvée dans la littérature dans l'étude de Uzun *et al.* Ils rappellent que l'un des effets indésirables des benzodiazépines est la perte de mémoire à long terme. Cependant il est difficile de savoir si cette perte de mémoire persiste même après le sevrage (29).

La communication avec le patient semble alors primordiale dès la primoprescription. Selon l'étude de Agyapong *et al.*, seulement 52,4% des patients ont rapporté que leurs médecins leur avaient exposé les effets secondaires rencontrés avec les médicaments psychotropes (30). Ce discours dès la primo prescription est facilement réalisable à l'officine et est bénéfique : les patients qui reçoivent des informations orales et écrites à propos de leur traitements sont significativement plus compliant à 3 semaines comparé à ceux qui ne reçoivent aucune information (31).

Un manque de recours aux alternatives a été exprimé lors des FG avec une prescription de psychotropes jugée trop rapide. Des alternatives non pharmacologiques pourraient être proposées comme de la phytothérapie, de l'aromathérapie ou de la mélatonine. Quelques données sur les effets de la phytothérapie sont disponibles dans la littérature mais très peu à notre connaissance sur leur efficacité dans le cas d'un sevrage de benzodiazépines (32). Il existe d'autres thérapies qui ont été utilisées notamment dans les EHPAD comme les stimulations sensorielles (acupuncture, massage, thérapie par

la lumière, par la musique) ou les thérapies cognitives et comportementales. Ces thérapies sont néanmoins discutées, étant difficiles à mettre en place de par la capacité du patient à participer, sa croyance personnelle et la méconnaissance de ces thérapies (33,34). Selon l'étude de Brasuré *et al.*, les thérapies comportementales ont montré une amélioration sur tous les aspects du sommeil. Les recommandations de 2016 de ACP guidelines (American College Physician), en lien avec the Agency Healthcare Research and Quality, indiquent que ces thérapies doivent être les premières lignes de traitement (35,36).

Un des thèmes émergents lors des FG a été l'influence de l'hospitalisation sur la dispensation post hospitalière. En effet, une démarche positive de déprescription initiée à l'hôpital est souvent arrêtée en ville par manque de protocoles à suivre. Au Canada, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) propose des protocoles de sevrage progressif aux patients pour diminuer progressivement les psychotropes et ainsi éviter l'effet rebond (37) (cf. Annexe 2) . Ce type de protocole pourrait être distribué aux patients à l'initiative du pharmacien et être indiqué sur un logiciel commun aux professionnels de santé pour en informer le médecin.

L'utilisation inappropriée des traitements psychotropes discutée pendant les FG est également décrite dans la littérature. Neutel *et al.* rapportent qu'en 2008, 12% des personnes âgées avaient une utilisation inappropriée des benzodiazépines (*i.e.* traitement depuis plus de 30 semaines, un dosage supérieur aux recommandations ou l'utilisation d'hypnotiques chez la personne âgée) (38). Jorgensen s'est intéressé à cette problématique et a montré que les personnes âgées étaient les plus difficiles à convaincre pour diminuer leurs consommations de benzodiazépines, celles-ci faisant partie de leurs habitudes (39). Cette difficulté de convaincre pourrait émaner de fausses croyances à propos de ces traitements comme une mauvaise perception d'une sécurité avec l'usage de ceux-ci (40). Martin *et al.* ont développé un programme d'éducation contenant des informations à propos des benzodiazépines, les croyances ainsi que les risques encourus pour les personnes sous benzodiazépines. Parmi les 65

utilisateurs chroniques de benzodiazépines de plus de 65 ans, la moitié de ceux qui ont reçu ce programme ont déclaré un changement de leur perception du risque (41).

Impliquer le patient dans le paiement du psychotrope en indiquant la mention « hors AMM » pourrait le motiver à diminuer sa consommation. Cette fonctionnalité est déjà explorée pour des prescriptions fréquemment prescrites hors AMM comme le Nefopam® par voie orale ou encore le Versatis® pour des douleurs non zostériennes. Ces spécialités sont aux frais du patient. Les benzodiazépines à demi-vie longue et prescrites pour une durée de 12 semaines n'étant pas recommandées chez la personne âgée, la mention hors AMM pourrait être indiquée.

Enfin la dispensation à l'unité pourrait être appliquée aux psychotropes. Cette dispensation à l'unité est d'ores et déjà présente à l'officine puisqu'elle est utilisée avec les stupéfiants et plus récemment, depuis 2022 avec les antibiotiques (42,43). Cela permettrait d'aider le patient dans son sevrage et d'empêcher la surconsommation en lui donnant seulement la quantité nécessaire prescrite.

Les participants ont exprimé un désir de formation continue autour des psychotropes pour toute l'équipe officinale. Cette formation aurait pour objectifs d'appréhender au mieux cette catégorie de médicaments, notamment les neuroleptiques qui sont liés à des pathologies psychiques complexes. En effet, la prescription de psychotropes augmente, notamment depuis la pandémie de la COVID-19 avec un total de 78 millions de prescriptions d'antidépresseurs estimé au Royaume Uni en 2020, 4 millions de plus qu'en 2019 (44). Les pharmacies d'officine jouent donc un rôle important pour assurer l'observance thérapeutique. En 2021 en Jordanie, les pharmaciens rapportaient un sentiment de manque de connaissances et de confiance à propos des psychotropes (45). Toujours en Jordanie selon l'étude de Alqudah *et al.*, seuls 10,7% des pharmaciens affirmaient avoir reçu une formation adéquate à propos des antidépresseurs et des anxiolytiques (46). Il existe plusieurs catégories de pharmaciens en Jordanie selon le diplôme obtenu : B Pharm (Bachelor en pharmacie), Pharm D (Docteur en pharmacie), master et doctorat. Ceux qui avaient le plus d'expérience professionnelle (Pharm D) avaient de plus grandes connaissances car ils avaient étudié ce sujet lors de leurs études comparés aux B Pharm.

Enfin, les années de pratiques, des programmes continus d'éducation ou encore des interactions entre les différents professionnels de santé permettent d'accumuler des connaissances (47).

La formation continue est obligatoire pour les pharmaciens selon l'article R4021-4 du CSP, se nommant l'obligation de DPC (48). Des formations sont disponibles sur différents sites comme « Ma formation officinale » ou « Learnlylib » (49-51).

La non-connaissance des dossiers patients ainsi que des bilans biologiques est un vrai frein pour le pharmacien pour pouvoir agir. Guyaux *et al.* ont exploré les attentes des médecins généralistes et des pharmaciens sur l'échange des données médicales en Belgique en 2023 (52). Les données de santé des patients sont partagées sur une plateforme (Sumehr) accessibles aux médecins et aux pharmaciens hospitaliers. Les pharmaciens d'officine n'ont qu'un accès restreint. Cependant, 86% des médecins et 95% des pharmaciens ont estimé utile de savoir si le patient avait une insuffisance rénale ; 62% des médecins et 93% des pharmaciens ont pensé que cela contrôlerait mieux les traitements. A propos de l'indication du traitement, 40% des médecins et 81% des pharmaciens ont pensé qu'elle permettrait de mieux contrôler les traitements. Soixante pourcent des médecins et 91% des pharmaciens ont pensé que cela pourrait améliorer leur collaboration.

Cette étude fait écho à un système similaire en France, Mon Espace Santé et le Dossier Médical Partagé. Le DMP est un espace de stockage sécurisé des données de santé des patients permettant de les partager avec les professionnels de santé de leurs choix (53). Le pharmacien peut, depuis l'arrêté du 26 octobre 2023, y accéder si le patient l'a autorisé à le consulter et ainsi avoir accès à ses bilans biologiques (54,55).

L'utilisation de cet outil devrait se développer d'autant plus que depuis le 28 mai 2021, le décret n°2021-685 publié au Journal Officiel le 30 mai 2021 a indiqué une nouvelle mission du pharmacien : pharmacien correspondant (56). Celui-ci, dans le cadre d'exercice coordonné, aura plusieurs missions dont avoir la capacité d'ajuster la posologie des traitements en accord avec le prescripteur. Certaines conditions sont néanmoins à respecter comme faire partie de la même structure d'exercice coordonné

que le médecin traitant du patient, informer le médecin traitant de cette désignation et l'informer de toutes interventions entreprises (57).

Comme proposé lors des FG, les relations et la communication avec le patient peuvent être améliorées par la prise de rendez-vous pour accorder un moment particulier avec celui-ci. Cette relation avec le patient est d'autant plus importante que le pharmacien améliore la prise en charge du patient. En effet les études de Rubio-Valera *et al.* et de Readdean *et al.* le soulignent (58,59). Les interventions pharmaceutiques telles que l'éducation thérapeutique, le suivi ou la gestion des effets indésirables améliorent l'adhérence du patient sur leur prise d'antidépresseurs. Depuis 2018, l'Assurance maladie propose des bilans partagés de médication à réaliser à la pharmacie, contre rémunération. Ces bilans concernent les plus de 65 ans, consentant à ce bilan et qui ont plus de 5 molécules depuis plus de 6 mois. Ils visent à lutter contre l'iatrogénie mais aussi répondre aux interrogations des patients, ceci favorisant l'observance (60). L'avantage de cette prise de rendez-vous est que le pharmacien a le temps de préparer cet entretien en actualisant ses connaissances sur les traitements du patient en amont afin de répondre au mieux aux demandes éventuelles.

Une des solutions proposées lors des FG pour améliorer la communication avec les autres professionnels de santé était de favoriser les temps d'échanges en physique pour discuter de la prise en charge de certains patients. Ces temps d'échanges se sont développés depuis la mise en place des structures pluriprofessionnelles (ESP, MSP, CPTS). Selon l'étude de Rist et Rogez, les CPTS ont déjà montré des bénéfices tels que l'allégement des tâches administratives, une facilité de communication avec les structures hospitalières, et entre les professionnels de santé (61). Cela permettant une prise en charge complète des patients. Ces moments favorisent une veille des patients pour densifier les relations avec celui-ci et l'accompagner au mieux (62).

Des limites peuvent être mises en évidence à propos de la réalisation de ces Focus group.

L'échantillon interrogé est relativement faible ; une trentaine de pharmaciens avaient répondu positivement initialement, 17 ont réellement participés à l'étude. La différence s'explique par un manque de temps de leur part et certains n'avaient pas réalisés que ces échanges se dérouleraient en présentiel.

De plus, l'étude n'a été effectuée que dans le département du Maine et Loire. Ce département a de plus, un lien ville-hôpital relativement développé grâce au dispositif PARTAGE GHT 49 (63). Ce dispositif, financé par l'ARS, permet une coordination du parcours de soin du patient avant, pendant et après une hospitalisation en minimisant l'iatrogénie médicamenteuse et en accompagnant au mieux le patient dans les établissements du GHT49. Grâce à ce programme, la généralisation de l'utilisation d'une plateforme numérique sécurisée de conciliation et de partage de données (Hospiville®) s'est développée sur le territoire, facilitant le lien ville-hôpital (64). D'autres difficultés pourraient alors être rencontrées dans d'autres départements où ce lien ville-hôpital serait moins développé.

Une limite est apparue par soucis de logistique de dernière minute. Certains participants n'ont pas pu se déplacer et ont assisté au focus group à distance. Nous pouvons alors suspecter une participation moins active de ces participants par rapport à ceux présents, bien que l'équipe de recherche n'ait pas ressenti une participation moindre des participants en visioconférence.

Enfin, cette étude aurait pu être proposée aux préparateurs en pharmacies qui sont fréquemment au comptoir et rencontrent peut être d'autres problématiques du fait d'une formation initiale différente.

Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine du Maine et Loire à propos de la prise en charge des personnes âgées sous psychotropes. Les principales difficultés rencontrées ont été classées en 5 catégories : l'iatrogénie et les effets indésirables, la dispensation des psychotropes à l'officine, leurs utilisations inappropriées, le manque d'informations et de connaissances et enfin la relation avec les autres professionnels de santé et les patients. Des thèmes ont été émergents lors de ces échanges : la dispensation après une hospitalisation, le manque d'informations cliniques à propos du patient et la communication non optimale au sein de l'équipe pharmaceutique. Des solutions ont été discutées pour répondre au mieux à ses difficultés. Il serait intéressant de réaliser cette étude auprès de patients, de leur entourage et auprès de médecins généralistes pour compléter nos recherches et trouver de nouvelles solutions.

Références

1. Castaing E (DREES/DIRECTION) [Internet]. [consulté le 9 janv 2024]. L'état de santé de la population en France. 2022;6. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>.
2. Haute Autorité de Santé [Internet]. [consulté le 27 janv 2024]. Note méthodologique, polypathologie de la personne âgée. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf.
3. Fournier C. [Internet]. [consulté le 3 mars 2024]. Le rôle du pharmacien. Gérontologie et société. 2002;25 / 103(4):177-86. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-4-page-177.htm>.
4. Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2016;67:130-8.
5. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy Status as an Indicator of Mortality in an Elderly Population: Drugs & Aging. déc 2009;26(12):1039-48.
6. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [consulté le 18 janv 2024]. Psychotropes. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=psychotrope>.
7. OFDT [Internet]. [consulté le 18 janv 2024]. Médicaments psychotropes - Synthèse des connaissances - Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/>.
8. Milan R. [Internet]. [consulté le 27 févr 2024]. L'association entre les effets indésirables et l'adhésion aux antidépresseurs chez les aînés. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/199227989.pdf>
9. Bernedo, Maria-Naty. [Internet]. [consulté le 27 avril 2024]. Un neuroleptique chez le patient âgé ? Disponible sur :<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/268393/1/BERNEDO%20MN%20P-129%20ENCEPHALE2022.pdf> .
10. Haute Autorité de Santé [Internet]. [consulté le 14 mars 2023]. Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601523/fr/ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-la-personne-agee.
11. Picton JD, Marino AB, Nealy KL. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. Am J Health Syst Pharm. 1 janv 2018;75(1):e6-12.
12. Seppala LJ, Wermelink AMAT, de Vries M, Ploegmakers KJ, van de Glind EMM, Daams JG, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. J Am Med Dir Assoc. avr 2018;19(4):371.e11-371.e17.
13. Bénard-Laribiére A, Pariente A. Usages et mésusages des benzodiazépines en population en France. La Presse Médicale. 1 oct 2018;47(10):878-81.
14. EPIPHARE. [Internet]. [consulté le 8 mars 2024]. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 - point de situation jusqu'au 25 avril 2021. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/05/27/epi-phare-rapport-6-medicaments-covid-20210527.pdf>
15. Etchepare F, Pambrun E, Bégaud B, Verdoux H, Tournier M. Compliance of psychotropic drug prescription with clinical practice guidelines in older inpatients. Fundam Clin Pharmacol. févr 2016;30(1):82-92.
16. OMEDIT [Internet]. [consulté le 26 janv 2024]. Etat des lieux sur l'utilisation des psychotropes chez la personnes âgée en santé mentale - Rapport de résultats. 2020. Disponible sur : <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/11/Psychotropes-Rapport-GLOBAL-20200924.pdf>

17. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
18. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):323-36.
19. Corvaisier M, Pierson A, Viollin AS, Asfar M, Duval G, Otekpo M, et al. How to optimise the use of psychotropic drugs in the elderly? Focus groups in a geriatric unit. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2023;21(2):192-202.
20. Légifrance [Internet]. [consulté le 26 janv 2024]. Chapitre V: Pharmacie d'officine. (Articles L5125-1 à L5125-22). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020890194/2009-07-23>
21. Michiels Y, Berger J. Le rôle du pharmacien d'officine dans la déprescription. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mars 2023;62(624):30-3.
22. Samson A. [Internet]. [consulté le 27 septembre 2023]. Le patient âgé, le médicament et le pharmacien. 2009; Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733261v1/document>.
23. Gendre T. [Internet]. [consulté le 29 fevr 2024] Attentes des patients vis-à-vis de la pharmacie d'officine: critères de choix d'une officine et de satisfaction des patients. 2015; Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732348v1/document>.
24. Esmalipour R, Salary P, Shojaei A. [Internet]. [consulté le 27 sept 2023]. Trust-building in the Pharmacist-patient Relationship: A Qualitative Study - PMC. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8653675/>
25. Pratt CC, Simonson W, Lloyd S. [Internet]. [consulté le 3 mars 2023]. Pharmacists' Perceptions of Major Difficulties in Geriatric Pharmacy Practice. *The Gerontologist*. 1 juin 1982;22(3):288-92. Disponible sur : <http://academic.oup.com/gerontologist/article/22/3/288/613877/Pharmacists-Perceptions-of-Major-Difficulties-in>.
26. Touboul P. [Internet]. [consulté le 29 août 2023]. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes . Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
27. Paillé P, Mucchielli A. [Internet]. [consulté le 29 août 2023]. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales Paris; 2003. (Armand Collin). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales-1>.
28. Fusch P, Ness L. [Internet]. [consulté le 4 oct 2023]. Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. *The Qualitative Report*. 7 sept 2015;20(9):1408-16. Disponible sur : <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss9/3>.
29. Uzun S, Kozumplik O, Jakovljevi M. Side effects of treatment with benzodiazepines. *Psychiatria Danubina*. 22(1).
30. Agyapong VIO, Nwankwo V, Bangaru R, Kirrane R. Sources of Patients' Knowledge of the Adverse Effects of Psychotropic Medication and the Perceived Influence of Adverse Effects on Compliance Among Service Users Attending Community Mental Health Services. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. déc 2009;29(6):565.
31. Myers E, Calvert E. Information, compliance and side-effects: a study of patients on antidepressant medication. *British Journal of Clinical Pharmacology*. janv 1984;17(1):21-5.
32. Muzammil M. A Systematic Review on Natural Sedative and Hypnotics. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*. fev 2020. 60 : 94-98.
33. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *BMJ Open*. mars 2017;7(3):e012759.

34. Wang G, Albayrak A, van der Cammen TJM. A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics. *International Psychogeriatrics*. août 2019;31(8):1137-49.
35. Brasure M, MacDonald R, Fuchs E, Olson CM, Carlyle M, Diem S, et al. [Internet]. [consulté le 4 sept 2023]. Management of Insomnia Disorder (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343503/>
36. Lam S, Macina LO. Therapy Update for Insomnia in the Elderly. *The Consultant Pharmacist : The Journal of the American Society of Consultant Pharmacists*. 1 oct 2017;32(10):610-22.
37. Centre de recherche IUGM. [Internet]. [consulté le 4 sept 2023]. You may be at risk. Disponible sur: https://criugm.qc.ca/wp-content/uploads/2021/08/Sleepingpills_antianxietymeds_Sedativehypnotics_En.pdf
38. Neutel CI, Skurtveit S, Berg C. What is the point of guidelines? Benzodiazepine and z-hypnotic use by an elderly population. *Sleep Medicine*. août 2012;13(7):893-7.
39. Jørgensen VRK. Benzodiazepine reduction in general practice. Are the elderly neglected? *J Affect Disord*. févr 2012;136(3):1216-21.
40. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep*. oct 2016;18(10):89.
41. Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, Tannenbaum C. A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Educ Couns*. juill 2013;92(1):81-7.
42. Légifrance [Internet]. [consulté le 31 janvier 2024]. Décret n° 2022-100 du 31 janvier 2022 relatif à la délivrance à l'unité de certains médicaments en pharmacie d'officine. 2022-100. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045100197>.
43. Ameli. [Internet]. [consulté le 29 févr 2024]. Dispensation à l'unité des médicaments. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/dispensation-unite-medicaments>
44. Rabeea SA, Merchant HA, Khan MU, Kow CS, Hasan SS. Surging trends in prescriptions and costs of antidepressants in England amid COVID-19. *Daru*. juin 2021;29(1):217-21.
45. Abdel-Qader DH, Al-Jomaa E, Silverthorne J, Hamadi S. Jordanian pharmacists' knowledge of issues related to using psychotropic medications a cross-sectional study. *Journal of International Pharmaceutical Research*. 25 avr 2021;13.
46. Alqudah A, Al-Taani G, Handal D, Al Sharab R, Al Shreideh R, Al-Smadi A, et al. Factors Associated with Psychotropic Medications Literacy among Community Pharmacists. *Medicina (Kaunas)*. 20 mars 2023;59(3):618.
47. Guillaumie L, Moisan J, Grégoire JP, Villeneuve D, Beaucage C, Bujold M, et al. Perspective of community pharmacists on their practice with patients who have an antidepressant drug treatment: findings from a focus group study. *Res Social Adm Pharm*. 2015;11(2):e43-56.
48. Légifrance [Internet]. [consulté le 7 mars 2024]. Article R4021-4 - Code de la santé publique - Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025102409/2012-01-02
49. CNOP [Internet]. [consulté le 27 sept 2023]. DPC: Comment respecter mon obligation triennale pour la période 2020-2022 ? Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/dpc-comment-respecter-mon-obligation-triennale-pour-la-periode-2020-2022>
50. Ma Formation Officinale [Internet]. [consulté le 27 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.maformationofficinale.com/>

51. LarnyLib. [Internet]. [consulté le 27 sept 2023]. Formation pour les professionnels de la santé. Disponible sur: <https://www.learnlylib.com/>
52. Guyaux F, Nonneman A. Attentes des médecins et des pharmaciens quant à la communication des données de santé: une étude transversale par questionnaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Louvain médical. 2023;142:417.
53. Service public. [Internet]. [consulté le 29 févr 2024]. Qu'est-ce que Mon espace santé (dossier médical partagé) ? Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F36151>
54. Légifrance [Internet]. [consulté le 29 févr 2024]. Arrêté du 26 octobre 2023 fixant les règles de gestion des droits d'accès au dossier médical partagé des professionnels mentionnés à l'article L. 1111-15 et au III de l'article L. 1111-17 du code de la santé publique - Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048276454>
55. CNOP [Internet]. [consulté le 29 févr 2024]. Accès des pharmaciens au dossier médical partagé : publication d'un nouvel arrêté. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/acces-des-pharmacien...au-dossier-medical-partage-publication-d-un-nouvel-arrete>
56. Légifrance [Internet]. [consulté le 29 février 2024]. Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant. 2021-685 mai 28, 2021. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043558014>
57. Légifrance [Internet]. [consulté le 14 oct 2023]. Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique - Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688
58. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, Fernández A, García-Campayo J, Pujol MM, et al. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. Ann Pharmacother. janv 2011;45(1):39-48.
59. Readdean KC, Heuer AJ, Scott Parrott J. Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: A systematic review and meta-analysis. Res Social Adm Pharm. avr 2018;14(4):321-31.
60. CNOP [Internet]. [consulté le 27 févr 2024]. Bilans partagés de médication, c'est parti ! Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/bilans-partages-de-medication-c-est-parti>
61. Rist S, Rogez R. Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. Les Tribunes de la santé. 2020;63(1):51-5.
62. Pedrot F, Fernandez G, Le Borgne-Uguen F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens. Journal de gestion et d'économie de la santé. 2019;1(1):110-26.
63. Université d'Angers. [Internet]. 2022 [consulté le 27 févr 2024]. Laurence Spiesser-Robelet, lauréate du Prix de l'Ordre 2022. Disponible sur: <https://www.univ-angers.fr/fr/acces-directs/facultes-et-instituts/faculte-de-sante/actualites/actus-2022/partage-ght-49.html>
64. A l'heure H - CHU d'Angers [Internet]. 2021 [consulté le 27 févr 2024]. PARTAGE GHT 49 : améliorer et harmoniser le suivi médicamenteux des patients. Disponible sur: <https://ahh.chu-angers.fr/territoire/partage-ght-49-ameliorer-et-harmoniser-le-suivi-medicamenteux-des-patients/>

Table des matières

SOMMAIRE	8
LISTE DES ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	11
1. La personne âgée	11
2. Place des psychotropes dans la prise en charge des personnes âgées	12
3. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des personnes âgées	14
4. Objectifs de l'étude	15
MATERIELS ET METHODES	16
1. Schéma de l'étude	16
2. Participants de l'étude.....	16
3. Elaboration du guide d'entretien	16
4. Conduite des focus group	17
5. Analyse du contenu	18
6. Approbation éthique	19
RESULTATS	19
1. Description de la population.....	19
2. Description des catégories et thèmes abordés.....	21
2.1. Catégorie 1 : Iatrogénie médicamenteuse et effets indésirables	21
2.2. Catégorie 2 : La dispensation.....	22
2.3. Catégorie 3 : l'utilisation inappropriée.....	25
2.4. Catégorie 4 : Informations et connaissances pharmaceutiques	27
2.5. Catégorie 5 : Relations de soins et communication.....	28
DISCUSSION	32
CONCLUSION	38
REFERENCES	39
TABLE DES MATIERES	43
TABLE DES TABLEAUX.....	44
ANNEXES.....	45

Table des tableaux

Tableau 1 : Descriptif de la population étudiée	20
Tableau 2 : Difficultés rencontrées autour de l'iatrogénie médicamenteuse et des effets indésirables	22
Tableau 3 : Récapitulatif des solutions proposées autour de l'iatrogénie médicamenteuse et des effets indésirables	22
Tableau 4 : Difficultés rencontrées autour de la dispensation	24
Tableau 5 : Récapitulatif des solutions proposées autour de la dispensation	25
Tableau 6 : Difficultés rencontrées autour de l'utilisation inappropriée	26
Tableau 7 : Récapitulatif des solutions proposées autour de l'utilisation inappropriée	26
Tableau 8 : Difficultés rencontrées autour des informations et connaissances pharmaceutiques	28
Tableau 9 : Récapitulatif des solutions proposées autour des informations et connaissances pharmaceutiques	28
Tableau 10 : Difficultés rencontrées autour des relations de soins et de la communication	30
Tableau 11 : Récapitulatif des solutions proposées autour des relations de soins et de la communication	31

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien des focus group, étude PHARMAPSY

Catégorie	thèmes	questions ?
Iatrogénie médicamenteuse, effets indésirables	Identification et imputabilité	<i>Comment cela se passe, en pratique, lorsque vous suspectez une iatrogénie due aux psychotropes ? Quels sont les effets indésirables que vous rencontrez souvent ? À quelle fréquence ?</i>
	Rapport bénéfice/risque	<i>Comment appréciez-vous le rapport bénéfice risque des patients sous psychotropes ?</i>
Dispensation	Conseils associés à l'acte	<i>Pouvez-vous décrire comment se passe en général la prise en charge des patients âgés sous psychotropes ? Rencontrez-vous des difficultés à gérer les psychotropes ?</i>
	Prescription médicale	<i>Rencontrez-vous des difficultés particulières en lien avec la prescription médicale lors de la dispensation ?</i>
Utilisation inappropriée	Mésusage et dépendance	<i>Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles de nombreux patients âgés ont une consommation inappropriée en psychotropes ? Que constatez-vous au quotidien concernant l'attachement des patients à leur traitement par psychotropes ?</i>
	Sevrage	<i>Comment êtes-vous impliqué dans la réévaluation des traitements, des indications ?</i>
Informations et connaissances	Connaissances professionnelles	<i>Comment estimez-vous vos connaissances concernant les patients sous psychotropes ? Est-ce plutôt fluide ou délicat pour vous de prendre en charge des patients sous psychotropes ?</i>
	Recommandations et protocoles	<i>Que pensez-vous des protocoles et des recommandations qui encadrent la prise en charge des patients âgés sous psychotropes ?</i>
Relation de soins et communication	Avec le patient	<i>Rencontrez-vous des obstacles à la relation de soin dus à la prise des traitements ?</i>
	Avec un tiers	<i>Rencontrez-vous des difficultés lors d'une dispensation à un tiers ?</i>
	Avec les soignants	<i>Rencontrez-vous des difficultés à communiquer avec les soignants en charge de la personne âgée sous psychotropes ?</i>

Tapering-off program

Be sure to talk to your doctor, nurse or pharmacist before you try reducing your dose or stopping your medication.

WEEKS	TAPERING SCHEDULE							✓
	MO	TU	WE	TH	FR	SA	SU	
1 and 2	●	●	●	●	●	●	●	
3 and 4	●	●	●	●	●	●	●	
5 and 6	●	●	●	●	●	●	●	
7 and 8	●	●	●	●	●	●	●	
9 and 10	●	●	●	●	●	●	●	
11 and 12	●	●	●	●	●	●	●	
13 and 14	●	●	●	●	●	●	●	
15 and 16	✗	●	✗	✗	●	✗	●	
17 and 18	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	

EXPLANATIONS



Full dose



Half dose



Quarter of a dose



No dose

Côme Lucile

Difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine autour de la prise en charge des personnes âgées sous psychotropes : focus group dans le Maine et Loire

Les médicaments psychotropes chez la personne âgée sont un challenge pour les professionnels de santé. Les pharmaciens sont confrontés à cette problématique mais la littérature présente peu de données récentes. Nos objectifs étaient d'investiguer les difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine et d'identifier des solutions.

Quatre Focus group ont été menés entre le 15/05/2023 et le 09/06/2023 et initialement proposés à 234 pharmaciens d'officine proches du Centre Hospitalier Universitaire. Au total, 17 pharmaciens ont participé aux Focus group pour atteindre la saturation des données.

A l'issue d'une analyse thématique du contenu, 15 thèmes ont été décrits dont les 4 thèmes émergents suivants : la difficulté de la dispensation post hospitalière des psychotropes, le problème de dispensation aux patients institutionnalisés, le manque d'informations cliniques à propos du patient ainsi que la communication non optimale intra-équipe officinale.

Différentes solutions ont pu être évoquées pour répondre aux difficultés discutées, comme par exemple le développement de protocole de déprescription en sortie d'hospitalisation ou encore la généralisation d'un outil numérique facilitant la communication entre professionnels libéraux ou hospitalier

Mots-clés : Psychotropes ; personnes âgées ; pharmacie d'officine ; focus group ; iatrogénie

Community pharmacists' perception of their difficulties in relation to older adults treated by psychotropic medication: a focus-group study

Managing psychotropics drugs in older adults is a challenge for healthcare professionals. Community pharmacists are faced with this problem but recent data are scarce in the literature. Our objectives were to explore the different difficulties experienced by community pharmacists and to identify solutions. Four focus group have been carried out from 15/05/23 to 09/06/2023 and proposed to 234 community pharmacists working close to the university hospital. A total of 17 pharmacists took part in the focus group to reach data saturation.

Following a thematic content analysis, 15 themes were described including the following 4 new ones: the post-hospital dispensing, the problem of dispensing to institutionalized patients, the lack of clinical information about patients and non-optimal communication within the pharmaceutical team.

Various solutions were put forward to address the difficulties discussed, such as the development of a deprescription protocol after hospitalization, or the widespread use of a digital tool to facilitate communication between liberal and hospital professionals.

Keywords : Psychotropic drugs; elderly; community pharmacy; focus group; iatrogenia