

**UNIVERSITE DE NANTES**

**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2019

N° 2019-36

---

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de Médecine Générale

par

Domitille CAMUS

Née le 05 juillet 1990 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le mardi 16 avril 2019

---

**LE ROLE DU PHARMACIEN DANS LA LIMITATION DES EFFETS  
IATROGENES LIÉS AUX PRESCRIPTIONS MEDICALES**

---

Président du jury : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directrice de thèse : Madame le Professeur Laure DE DECKER

Membres du jury : Monsieur le Professeur Laurent BRUTUS

## Serment d'Hippocrate

Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin, de remplir, selon ma capacité et mon jugement, ce serment et ce contrat; de considérer d'abord mon maître en cet art à l'égal de mes propres parents; de mettre à sa disposition des subsides et, s'il est dans le besoin, de lui transmettre une part de mes biens; de considérer sa descendance à l'égal de mes frères, et de leur enseigner cet art, s'ils désirent l'apprendre, sans salaire ni contrat; de transmettre, les préceptes, des leçons orales et le reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître, et aux disciples liés par un contrat et un serment, suivant la loi médicale, mais à nul autre.

J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle.

Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me la demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion.

De même, je ne remettrai pas non plus à une femme un pessaire abortif. C'est dans la pureté et la piété que je passerai ma vie et exercerai mon art. Je n'inciserai pas non plus les malades atteints de lithiase, mais je laisserai cela aux hommes spécialistes de cette intervention.

Dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrompeur en général, et en particulier des relations amoureuses avec les femmes ou les hommes, libres ou esclaves.

Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes.

Eh bien donc, si j'exécute ce serment et ne l'enfreins pas, qu'il me soit donné de jouir de ma vie et de mon art, honoré de tous les hommes pour l'éternité.

En revanche, si je le viole et que je me parjure, que ce soit le contraire.

## **Remerciements**

A Monsieur le Professeur Gilles BERRUT, pour avoir accepté ma candidature au DESC de Gériatrie durant l'été 2016, et pour les interventions que vous avez réalisées durant notre apprentissage. Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Laure DE DECKER, pour m'avoir accompagnée et conseillée tout au long de ce travail. Veuillez recevoir ma profonde gratitude pour votre disponibilité, votre réactivité, ainsi pour la confiance que vous m'avez accordée.

A Monsieur le Professeur Laurent BRUTUS, je vous suis grée d'avoir accepté d'être membre de ce jury, et du temps que vous avez consacré à lire et à juger ce travail.

Aux docteurs en pharmacie ayant accepté de participer à cette étude, merci du temps que vous avez consacré pour répondre à mon questionnaire, et pour votre souci d'entretenir de belles relations entre pharmaciens et médecins. Merci tout particulièrement à Madame le Docteur Catherine PABOEUF, qui m'a été d'une grande aide pour le recrutement des pharmaciens de l'échantillon.

A tous les médecins qui m'ont permis de découvrir la gériatrie et la médecine générale durant mon internat, et qui ont participé à ma formation : Bénédicte PHILIBERT, Edouard GEORGETON, Margot PAILLE, Typhaine RIAUDEL, Marie-Hélène FIX, Pascal CHEVALET, Bertrand DEMATTEO, Nicolas BARIL, et pleins d'autres encore.

A mes parents, qui ne connaissent rien du milieu médical et qui ont du supporter mes bavardages incessants sur la médecine, mes doutes, mes joies, les hauts et les bas, et mes exigences notamment durant la PCEM1. Vous m'avez toujours encouragés, notamment lorsque j'ai fait ce pari de me lancer dans des études de médecine après avoir obtenu mon bac littéraire. Comme quoi, rien n'est impossible ! Maman, merci pour ces belles valeurs d'écoute, de bienveillance, de gentillesse et d'attention aux autres que tu m'as transmises, et qui me seront indispensables dans mon métier. Papa, merci pour ces belles valeurs de courage de persévérance, d'organisation et de rigueur que tu m'as inculquées, et qui m'ont permis d'en arriver là.

A mes trois petites sœurs et mon grand frère, quelle chance de grandir dans une famille nombreuse ! Nous avons connu des épreuves, mais nous resterons toujours une famille soudée, et qui s'aime.

Au reste de ma famille ; et à ma belle-famille, que j'ai la chance d'avoir, et pour m'avoir accueilli parmi vous.

A ma meilleure et fusionnelle amie, Philippine, mon « duo magique » depuis quatorze ans, je n'ai pas de mot pour décrire notre amitié. Merci de m'avoir toujours soutenue et encouragée, à tout moment, et d'être toujours présente à mes côtés.

A mes témouines, Agathe, Béatrice, Charlotte (ABCD), Pauline, et Marie ; pour vos amitiés qui ont plus que fait leur preuve dans le temps. Un merci tout particulier à ma sous-kholleuse et sous-loveuse Agathe, qui a été mon roc durant ces études, et surtout en DCEM4 lors de nos soirées de travail au « duplex » de mon appartement.

A ces incroyables amitiés, au groupe d'amis soudé que nous avons formés durant nos études, qui m'ont permis de tenir la barre toutes ces années et sans qui je n'y serais pas arrivée. Vous, « l'Arche de Noé », car nous étions tous un peu comme des bestiaux dans la même galère durant nos études. Vous, qui devenez de superbes et compétents médecins, de toutes spécialités, je suis fière de vous.

A mes copilotes d'internat, les premiers pas dans la vie de grand : Celles du tout début, Mélodie, Marion, Gervaise, Laura, et spécialement ma Morgan, ma plus belle rencontre de ces trois dernières années. Je ne sais pas si je dois citer Le Maitre... A mes copains des urgences Blandine, Pauline, Gaétan, Clémence, Stan, Nico, Loic, Az, Léa, etc. grâce à qui j'ai passé le meilleur semestre de mon internat d'un point de vue relationnel ! A mes compères de DESC Etienne et Aurèle ; et puis à mon co interne le plus fidèle Flavien. Soyez tous de chouettes médecins !

Et le meilleur pour la fin...

A mon futur mari, Louis-Marie, je vais t'épouser dans environ deux mois, et travailler sur ma thèse tout en préparant notre mariage a été un challenge à la hauteur de notre amour. Merci d'être qui tu es. Merci de me suivre et de me soutenir dans mes aventures. Nous aurons une belle et heureuse vie. Ce n'est que le début...

## Table des matières

<b>Serment d'Hippocrate</b> .....	3
<b>Remerciements</b> .....	4
<b>Liste des abréviations</b> .....	8
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	9
1. Définition de la iatrogénie.....	9
2. Le service médical rendu.....	9
3. Epidémiologie.....	10
a) Population générale.....	10
b) Sujets âgés.....	10
4. Les médicaments les plus concernés par la iatrogénie et leurs effets.....	11
5. Les principaux acteurs de la iatrogénie.....	12
6. Prise de conscience et actualité.....	13
7. Objectif principal de l'étude.....	14
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b> .....	15
1. Choix de l'étude qualitative.....	15
2. Constitution du questionnaire.....	15
3. Population et modalités de recrutement.....	16
4. Méthode d'analyse.....	16
<b>III. RESULTATS ET ANALYSE</b> .....	18
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	18
2. Les informations que la pharmacien dispose sur son patient.....	18
3. Les informations présentes sur l'ordonnance en elle-même.....	19
4. Stratégie de délivrance et vérifications.....	19
5. Recommandations aux patients.....	19
6. Recommandations au médecin traitant ou au médecin spécialiste.....	20
7. Renouvellement d'ordonnance.....	20
8. Outils et ressources du pharmacien / Bilan de médication partagé.....	21
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	22
- <b>PARTIE 1 : AVANT PROPOS SUR L'ECHANTILLON</b> .....	22
- <b>PARTIE 2 : LA IATROGENIE LIEE A LA SANTE DU PATIENT : LE PARTAGE DES INFORMATIONS A L'EPOQUE D'INTERNET</b> .....	23
1. Préambule.....	23
2. Connaissance du patient par le pharmacien.....	23
3. Bilan de médication partagé, dossier médical partagé et secret médical...24	
a) Le rôle du pharmacien dans le bilan de médication partagé.....	24
b) Le rôle du pharmacien dans le dossier médical partagé.....	24
c) Le secret médical et le secret partagé.....	25
4. Données médicales et internet.....	25

<b>- PARTIE 3 : LA IATROGENIE LIEE AUX INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES : AMELIORER L'OBSERVANCE, L'ÉDUCATION THERAPEUTIQUE, ET LA COMMUNICATION.....</b>	<b>27</b>
1. Préambule.....	27
2. L'observance thérapeutique.....	27
a) Définition de l'observance, de l'adhésion thérapeutique et de la persistance.....	27
b) Epidémiologie de l'observance et de l'inobservance.....	27
c) Les grandes causes de l'inobservance.....	28
d) Conséquences de l'inobservance.....	28
e) Amélioration de l'observance.....	29
3. Le développement professionnel continu.....	30
a) Définition du DPC.....	30
b) Démarche et méthode du DPC.....	30
4. La communication pharmacien-patient.....	31
5. La communication médecin-patient.....	32
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>33</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>36</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>42</b>
[ANNEXE 1] Questionnaire vierge.....	42
[ANNEXE 2] Tableau Excel des réponses du questionnaire sous forme informatique WORD.....	44
[ANNEXE 3] Tableau Excel regroupant l'ensemble des résultats.....	46
[ANNEXE 4] Histogramme des résultats totaux.....	49
[ANNEXE 5] Listing des villes des pharmaciens de l'échantillon.....	53
<b>Résumé.....</b>	<b>54</b>

## Liste des abréviations

**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**SMR** : Service Médical Rendu  
**ASMR** : Amélioration du Service Médical Rendu  
**CT** : Commission de la Transparence  
**INC** : Institut National de la Consommation  
**AINS** : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens  
**AVK** : Anti Vitamine K  
**IEC** : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion  
**BMR** : Bactéries Multi Résistantes  
**ETP** : Education Thérapeutique Patient  
**CBUM** : Collectif du Bon Usage du Médicament  
**CRIP** : Centre de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
**DPC** : Développement Professionnel Continu  
**DMP** : Dossier Médical Partagé  
**BMP** : Bilan de Médication Partagé  
**ALD** : Allocation de Longue Durée  
**APR** : Association de Pharmacie Rurale  
**USPO** : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine  
**ONP** : Ordre National des Pharmaciens  
**ORP** : Ordre Régional des Pharmaciens  
**DPP** : Dossier Professionnel Patient  
**MACSF** : Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Française  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral  
**DPC** : Développement Professionnel Continu  
**CNP** : Collège National Professionnel

# **I. INTRODUCTION**

## **1. Définition de la iatrogénie :**

La définition du dictionnaire français Larousse [1] est courte et imprécise : « Se dit d'un trouble, d'une maladie provoquée par un acte médical, ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin ».

La définition donnée par Ameli [2] est déjà plus précise : « La iatrogénie médicamenteuse désigne les effets indésirables provoqués par les médicaments. Elle regroupe des symptômes très divers (...). Les risques iatrogéniques sont évitables dans la majorité des cas : une erreur dans la prise du médicament, ou une interaction entre les différents médicaments que prend le patient. Certains effets indésirables ne sont, en revanche, pas évitables, comme : les effets indésirables liés au médicament lui-même, les allergies si elles sont inconnues auparavant. »

L'HAS [3] précise que plusieurs modalités de prescription ont été décrites : l'excès de traitements soit l' « overuse » définis par les pays anglo-saxons, la prescription inappropriée soit la « misuse », et l'insuffisance de traitement soit l' « underuse ».

## **2. « Le service médical rendu » :**

Pour juger de l'intérêt d'un médicament on utilise le SMR, le service médical rendu [4]. Il tient compte d'une part de la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué, et d'autre part des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée [4-5]. Le SMR évalue donc l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique et l'existence d'alternatives thérapeutiques [4-5]. Il évalue aussi son intérêt pour la santé publique [4]: la gravité de la maladie, son incidence, son impact sur les systèmes de soin, sur la santé de la population et sur les programmes de santé publique [6].

En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis par l'HAS : SMR majeur ou important, SMR modéré ou faible, SMR insuffisant [4]. Le SMR est le meilleur moyen de juger du caractère indispensable ou non d'un médicament [5]. L' « overuse », comme vu précédemment, est directement lié à des médicaments au SMR insuffisant, c'est à dire que ces médicaments n'ont pas d'indication car insuffisamment efficaces dans un contexte donné [7].

Le SMR entraîne les professionnels à se former sur les données de la sciences vis à vis de chaque médicament [8]. L'article « Les avantages et les risques d'exiger que les chercheurs partagent leurs données », de McAlister et Harvey, publié en 2016, démontre que l'accessibilité aux données scientifiques sous jacentes à chaque médicament fait progresser les connaissances médicales [8]. L'article incite les laboratoires à la transparence de leurs résultats [8].

De cela découle l'ASMR, l'amélioration du service médical rendu [9]. Elle est appréciée par la commission de la transparence d'une évaluation comparative.

Elle prend en compte l'efficacité et la tolérance du médicament, par rapport aux médicaments jugés comparables. Elle est quant à elle cotée en cinq niveaux : I, progrès thérapeutique majeur. II, Amélioration importante, en terme d'efficacité et/ou de réduction des effets indésirables. III, Amélioration modeste, en terme d'efficacité et/ou de réduction des effets indésirables. IV, Amélioration mineure en terme d'efficacité et/ou d'utilité : au plan clinique (acceptabilité, commodité d'emploi, observance), complément de gamme justifié, avantage potentiel lié aux propriétés pharmacocinétiques ou au moindre risque d'interactions médicamenteuses. V, Absence d'amélioration [4-9].

Une étude a été menée au CHU de Toulouse en 2005 afin d'évaluer le SMR et l'ASMR des médicaments référencés [10]. L'étude analysait notamment l'ancienneté d'évaluation du SMR pour chaque médicament (29 mois environ en moyenne) ; et notait qu'une évaluation régulière du SMR était un marqueur d'ASMR, et avait des avantages notables en terme de santé publique [10]. Dans cette étude 93% des spécialités pharmaceutiques référencées dans ce centre hospitalier avaient un SMR important [10].

Enfin, la CT, Commission de la Transparence, donne à la ministre chargée de la santé et des affaires sociales des avis sur le rapport coût/utilité des médicaments [9]. Mais aussi sur l'opportunité de leur remboursement, et sur toute question touchant à la consommation, au remboursement et à la prise en charge des produits pharmaceutiques remboursables [9].

### 3. Epidémiologie :

#### a) Population générale :

L'HAS, en 2017, donne des chiffres assez vagues [3]. La iatrogénie serait responsable de 5 à 10% des hospitalisations tous âges confondus, et 10 à 20% des plus de 65 ans [3]. On note également que 60 à 80% des réadmissions après un séjour à l'hôpital seraient provoquées par les effets indésirables liés à la prise de médicaments [3-11-12].

Selon l'assurance maladie, les effets iatrogènes seraient à l'origine de 130 000 hospitalisations par an en France, soit environ 1 500 000 journées d'hospitalisation [13-14]. Ils provoqueraient également d'environ 7500 décès par an chez les plus de 65 ans [15].

#### b) Sujets âgés :

Actuellement on compte quinze millions de personnes âgées de 60 ans et plus en France, et on estime à vingt-quatre millions leur nombre en 2060 dont cinq millions de plus de 85 ans [31].

De manière générale les études ont démontré que les personnes âgées de plus de 65 ans sont les plus exposées à la iatrogénie [11-12-13-16-17-etc.].

Par exemple l'étude prospective PIRMOHAMED ET AL BMJ menée sur 2ans en Angleterre et publiée en 2004, retrouve un âge moyen de survenue d'un accident iatrogénique de 76 ans (tout âge confondus à partir de 16 ans) [16].

D'une part, cela s'explique car le nombre de pathologies augmente chez le sujet âgé, et par conséquent le nombre de médicaments, majorant les risques d'effets iatrogènes intrinsèque à chaque médicament, mais aussi dû à leurs interactions entre eux. D'autre part, le risque iatrogène augmente également chez le sujet âgé du fait du vieillissement des fonctions rénales, hépatiques, soit du vieillissement en général qui modifie l'assimilation des médicaments [13].

Une étude [18] intitulée DOUCET ET AL. CLIN DRUG INVEST et publiée en 2002, a été menée uniquement chez des patients de plus de 70 ans hospitalisés en court séjour gériatrique. Elle a démontré que les accidents iatrogéniques représentaient presque 18% des motifs d'admission, dont 70% liés à des troubles cardiovasculaires (hypotension orthostatique, troubles du rythme et de conduction), métaboliques (déshydratation et troubles ioniques), insuffisance rénale, et neuro psychiatrique (confusion, agitation, troubles de la vigilance). Parmi ces effets indésirables, 60% étaient liés à des interactions médicamenteuses, et presque 15% à des surdosages. Et le plus grave, 42% de ces effets étaient évitables.

Une autre étude [17] nommée OPENHEALTH ou « Réviser les ordonnances à rallonge chez les seniors pour limiter les risques », s'est intéressée aux personnes âgées de plus de 65 ans, et dits « polymédiqués », c'est à dire prenant au moins sept médicaments régulièrement, soit sur minimum trois mois. Cette étude a été menée de septembre à novembre 2016 par l'institut national de la consommation, et les résultats ont été publiés en septembre 2017. L'objectif était double, celui d'identifier le pourcentage de personnes de plus de 65 ans polymédiqués ; et celui de caractériser la nature de cette polymédication et les risques encourus.

L'étude retrouvait que 57% des femmes de plus de 65 ans étaient des personnes polymédiquées (d'âge médian 81 ans) ; et 43% des hommes de plus de 65 ans (d'âge médian 77ans). Elle explique que 89% des patients inclus disposent d'au moins trois associations médicamenteuses à risque. Enfin, elle démontre que le patient polymédiqué de plus de 65 ans consomme en moyenne 14 médicaments différents en un trimestre, sans tenir compte de l'automédication.

#### 4. Les médicaments les plus concernés par la iatrogénie et leurs effets :

Cette même étude [17] OPENHEALTH note que l'on retrouve, dans les ordonnances des patients de plus de 65 ans dits polymédiqués, en majorité les médicaments les plus à même d'entraîner des effets iatrogènes : les psychotropes, les anti hypertenseurs, les antidiabétiques oraux, les antiagrégants et anticoagulants.

L'ANSM [13] quant à elle décrit 8 classes thérapeutiques particulièrement pourvoyeuses d'effets iatrogènes. Ces classes représentent les pathologies que l'on retrouve majoritairement chez les sujets âgés, car comme vu précédemment, cette partie de la population est davantage touchée par la iatrogénie.

Il s'agit des médicaments du système cardio-vasculaires, des anticoagulants, des psychotropes, des AINS, des antidiabétiques, des antibiotiques, des morphiniques, et des statines.

L'étude [16] prospective PIRMOHAMED ET AL BMJ citée précédemment classe dans cet ordre les médicaments les plus impliqués : AINS (29,6%), diurétiques (27,3%), AVK (10,5%), puis IEC, sartans, antidépresseurs, Bbloquants et morphiniques. Les effets iatrogènes les plus graves voire mortels (2,3% de tous les effets iatrogènes retrouvés) sont dus aux hémorragies digestives dans 54% des cas.

Ainsi, toutes les données scientifiques et différentes études retrouvent les mêmes médicaments en cause des effets iatrogènes les plus fréquents.

Il existe un « thésaurus » [19] intitulé « médicaments et sujet âgé » publié par l'ANSM et mis à jour en 2016, notifiant des principaux effets secondaires et interactions de ces médicaments.

De manière générale, les anti hypertenseurs doivent faire l'objet d'une surveillance de la fonction rénale, d'éventuels troubles hydro électriques et déshydratation, et ils sont souvent pourvoyeurs d'hypotension orthostatique [19]. Les anticoagulants font l'objet de l'éternel dilemme entre risque hémorragique et risque thrombotique et doivent être adaptés au cas par cas [19]. Les psychotropes doivent faire l'objet d'une surveillance rénale et hépatique, et d'une vigilance quant à l'augmentation du risque de chute, de troubles de la vigilance, et des effets anticholinergiques [19]. Les AINS sont déconseillés chez le sujet âgé du fait du haut risque d'insuffisance rénale aigue fonctionnelle, mais également d'une mauvaise tolérance digestive ; et contre indiqués chez le patient porteur d'une cardiopathie [19]. Les antidiabétiques sont à manipuler avec précaution du fait du risque d'hypoglycémie et de décompensation de diabète [19]. Les antibiotiques doivent faire l'objet d'un contrôle de la fonction rénale, et de la quasi certitude d'une infection bactérienne avérée en l'absence de toute colonisation afin d'éviter la création de BMR [19]. Les morphiniques doivent être manipulés avec précaution, du fait du risque d'accoutumance, de leurs effets confusiogènes, et de tous les effets de surdosage, ou d'imprégnation connus [19]. Enfin, l'introduction de statines n'est plus recommandée en prévention primaire chez le patient de plus de 75ans, et s'il doit être introduit il doit faire l'objet d'un dosage préalable des CPK ; ainsi qu'un contrôle minutieux des interactions médicamenteuses possibles notamment avec les anti hypertenseurs et les antibiotiques [19].

Il existe cependant nombreux médicaments dont les effets iatrogènes sont beaucoup moins connus.

##### 5. Les principaux acteurs de la iatrogénie :

L'étude [17] OPENHEALTH, citée plus haut, met en évidence un autre point intéressant, à savoir que 50% des personnes polymédiquées de plus de 65 ans ont des prescriptions d'au moins 3 médecins différents, et 16% seulement d'un seul prescripteur.

Il est donc facile de faire un lien entre l'augmentation du nombre de prescripteurs et l'augmentation du risque iatrogène.

Le premier acteur de la iatrogénie est donc le prescripteur : le médecin. D'ailleurs, l'origine du terme « iatrogénie » provient du grec « iatros » c'est à dire « médecin », et « génos » qui signifie « origine » [20].

Le deuxième acteur est le pharmacien. Le 1<sup>er</sup> avril 2018, une convention [21] redéfinit les missions du pharmacien, et donne une nouvelle mission au pharmacien, celle de réaliser le bilan de médication. Il se définit, d'après la HAS [22] comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». Il s'appuie sur un entretien structuré avec le patient ayant pour objectif de réduire le risque de iatrogénie, d'améliorer l'adhésion du patient et de réduire le gaspillage de médicaments. Ses objectifs sont donc en lien direct avec la pertinence, l'efficacité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient [21].

En outre, un décret du code de la santé publique [23] publié en octobre 2018, faisant suite à la description des missions des pharmaciens d'officine, précise l'obligation d'éducation thérapeutique du patient que doit effectuer le pharmacien (comme tout professionnel de santé - ETP) en insistant sur les conseils et les prestations qu'il peut réaliser pour cela [24] : « Sensibiliser et informer le public, promouvoir la prévention et le dépistage (...), promouvoir le bon usage du médicament, apprendre et renforcer les techniques particulières de prise du médicament (...) ».

Enfin, le troisième acteur de la iatrogénie reste le patient lui-même [25] ; lorsqu'il fait l'objet d'une mauvaise observance notamment, ou lorsqu'il s'automédique sans demander conseil à son médecin ou son pharmacien [26].

Bien sûr, il existe bien d'autres acteurs de la iatrogénie.

## 6. Prise de conscience et actualité :

Depuis 2015 environ, on prend conscience que la iatrogénie est un enjeu majeur de santé publique.

En 2016 a été créé le « Collectif du Bon Usage du médicament » [27], composé de médecins, pharmaciens, infirmiers, industriels, et éditeurs de logiciels d'aide à la prescription. L'objectif était d'évaluer la campagne de communication et de sensibilisation menée en 2015 auprès de la population générale, en particulier les seniors, sur les risques des effets iatrogènes. Les résultats sont publiés sur le site du CRIP, Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique. Ils notent globalement une prise de conscience, une motivation de la part des patients à s'informer davantage des risques iatrogènes encourus et une volonté d'y être vigilant [27].

La campagne s'est élargie en 2016 avec pour but de favoriser la communication entre médecin généraliste et pharmaciens ; afin de sécuriser la prescription. Le rôle du pharmacien est remis en avant avec pour objectif de renforcer la qualité du conseil pharmaceutique.

Cette année, le Collectif de Bon Usage du médicament a présenté à la ministre de la santé madame Agnès Buzyn [28] dix préconisations permettant de renforcer la lutte contre le mauvais usage du médicament. Ces propositions sont essentiellement fondées sur la formation et l'inter professionnalité :

- Fixer des objectifs de réduction des décès et des hospitalisations dus au mauvais usage du médicament.
- Créer un observatoire du bon usage, à mettre sous la houlette de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
- Renforcer la formation de tous les professionnels de santé au bon usage du médicament, en incluant un enseignement spécifique au sein de la formation initiale.
- Encourager la coopération médecins-pharmaciens au travers du développement professionnel continu (DPC).
- Sensibiliser les vecteurs du service sanitaire, jeunes et salariés, en incluant l'iatrogénie dans les thèmes du service sanitaire.
- Relancer les campagnes d'information grand public, qui ont l'avantage de susciter le débat auprès des patients.
- Généraliser dans les logiciels d'aide à la prescription de chaque professionnel prescripteur, la détection des interactions médicamenteuses.
- Accélérer la mise à disposition des outils de partage des données patients entre professionnels de santé, via le Dossier médical partagé (DMP).
- Rendre opérationnelles les messageries sécurisées entre professionnels de santé.
- Mettre en place un numéro vert à destination des praticiens pour leur permettre de contacter un « référent médicament » dans les situations complexes (sujets âgés, patients poly médicamenteux).

## 7. Objectif principal de l'étude :

L'objectif principal est d'analyser le rôle du pharmacien dans la limitation des effets iatrogènes liés aux prescriptions médicales.

Les objectifs secondaires de cette étude sont multiples.

Il est important que le médecin sache ce que va devenir sa prescription médicale, et donc comment le pharmacien appréhende une délivrance médicamenteuse, et ce dans le but de faciliter la communication médecin / pharmacien. Nous voulons savoir comment le pharmacien agit en cas de découverte d'une addition de médicaments potentiellement iatrogène, d'une prescription erronée, d'un risque iatrogène encouru, etc. Mais également comment il agit face aux ordonnances chargées des patients polymédiqués. Nous voulons savoir s'il dispose des éléments nécessaires pour effectuer ses nouvelles missions (formation, logiciels). Enfin, nous voulons donc connaître comment le pharmacien appréhende son nouveau rôle en tant qu'acteur de la prévention des effets iatrogènes, autour du bilan de médication notamment, et des nouveaux décrets en vigueur.

En analysant le travail effectué par le pharmacien, nous cherchons avant tout comment améliorer la collaboration médecin / pharmacien, pour la rendre encore plus efficace, dans le but de diminuer les effets iatrogènes qui encourent aux patients, et en particulier aux patients polymédiqués de plus de 65 ans [29].

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **1. Choix de l'étude qualitative :**

La méthode d'analyse qualitative est issue des sciences humaines et permet de mieux appréhender la complexité des comportements des acteurs du système de santé, qu'une étude quantitative [30].

Il existe la plupart du temps un hiatus entre les comportements des personnes, et les données de la sciences : la sciences propose des recommandations de bonne pratique et des conseils tirés d'études et de connaissances sérieuses. Mais ceux ci ne sont pas toujours appliqués par la population, bien qu'assimilés. Les études quantitatives sont en mesure de quantifier ce constat ; mais non de l'expliquer, en revanche les études qualitatives le font [30].

Dans cette étude nous voulons observer les pratiques des docteurs en pharmacie en officine, face à leurs nouvelles missions. Des missions de prévention et de surveillance des risques iatrogènes, qui sont inclus dans le bilan de médication partagé [21]. Ces missions répondent directement aux nouvelles données démographiques, à savoir l'augmentation importante et inéluctable du nombre de personnes âgées [31] ; soit de personnes polypathologiques et donc polymédiquées [13]. En soi, il s'agit d'une anticipation du risque accru.

Nous voulons donc analyser les comportements des pharmaciens, directement dans leur lieu d'exercice. Nous ne voulons pas quantifier, et encore moins juger, nous voulons appréhender une approche holistique afin d'élaborer des hypothèses et ouvrir des discussions [32,33].

### **2. Constitution du questionnaire :**

En premier, nous commençons par un court questionnaire quantitatif afin de caractériser l'échantillon obtenu [34, Annexe 1]. Nous interrogeons les docteurs en pharmacie exerçant en officine.

Ensuite, il s'agit du questionnaire en lui-même [Annexe 1], composés de questions semi qualitatives (entretien semi dirigé), avec cinq choix possible pour chaque réponse, matérialisé par les lettres : A/ A chaque fois, B/ La plupart du temps, C/ Rarement, D/ Jamais, E/ Je ne sais pas. Il était précisé que chaque réponse pouvait être agrémentée d'une remarque ou d'une phrase pour préciser sa réponse.

Nous avons réfléchis préalablement aux données jugées utiles, pour le pharmacien, pour réaliser son rôle d'acteur dans la lutte contre la iatrogénie, afin de mieux cibler nos questions. Nous en avons identifiés sept. Il y a donc sept questions principales, divisées en plusieurs sous questions : connaissance du patient, lecture de l'ordonnance, procédé de la délivrance, communication avec le patient, communication avec le médecin prescripteur, renouvellement d'ordonnance, et ressources scientifiques à disposition [Annexe 1].

Le questionnaire a été distribué sous 2 formes : une forme classique WORD avec réponse informatique ou manuscrite, et une forme numérisée via le logiciel GOOGLE FORMS, strictement identique ; afin de permettre à chacun d'y répondre avec l'outil qui lui semblait le mieux adapté.

### 3. Population et modalités de recrutement :

L'échantillon était non ciblé (s'arrêtant à saturation des données), et se voulait de taille moyenne. Dans les écrits, les plus grandes études qualitatives proposent rarement des échantillons de plus de 50 personnes, au delà desquels les données se répètent et le mode de recueil risque de perdre en qualité [30].

#### Modalités de recrutement :

Initialement nous avons envoyé une centaine de mail aux pharmacies ayant laissé leur mail accessible sur les pages jaunes, d'abord de Nantes puis élargit au département de Loire Atlantique, puis de la Vendée, et du Maine-et-Loire. Devant l'absence de réponse, nous avons téléphoné par ordre d'apparition des pharmacies sur les pages jaunes, et nous nous sommes déplacés dans une dizaine de pharmacies pour tenter d'obtenir des réponses. L'accueil était favorable, l'immense majorité était d'accord pour répondre au questionnaire, mais aucun n'était disponible pour y répondre immédiatement et proposait de renvoyer le questionnaire plus tard par mail plutôt que de prendre rendez-vous pour un entretien.

Nous avons ensuite contacté l'Ordre National des Pharmaciens qui, bien que jugeant de l'intérêt positif du questionnaire, a refusé de le diffuser « pour ne pas diffuser leur listing de mails des pharmaciens ».

Nous avons également contacté l'Ordre Régional des Pharmaciens qui a initialement accepté avec enthousiasme de véhiculer le questionnaire, puis une absence de réponse aux relances.

Finalement, devant la complexité à obtenir des réponses, nous avons contacté des connaissances docteurs en Pharmacie, et le recrutement a ainsi pu se faire par la méthode « boule de neige » (via les groupements de pharmacies). L'échantillon s'est finalement répandu à toute la France sans limite géographique.

Au total, le recrutement s'est étendu du 12 décembre 2018 au 13 février 2019, date à laquelle nous avons bloqué les réponses du questionnaire numérisé en ligne.

Notre échantillon final est constitué de 36 docteurs en pharmacie.

### 4. Méthode d'analyse :

L'objectif principal de l'analyse des données est de mieux comprendre les pratiques, et de les analyser dans leur contexte.

Treize pharmaciens ont répondu de façon manuscrite/informatique au questionnaire, et vingt-trois ont répondu au questionnaire numérisé.

Concernant le questionnaire sous forme informatique :

Les résultats ont été reportés dans un tableau Excel [Annexe 2]. Pour chaque question nous avons compté les réponses, puis fait la moyenne des lettres obtenues. Nous avons également calculé le pourcentage de chaque lettre pour chaque question. Toutes les données ont été vérifiées à trois reprises. Chaque résultat a été analysé en association avec les commentaires éventuels donnés par les pharmaciens.

Concernant le questionnaire sous forme numérisée :

Les résultats ont été calculés automatiquement par le logiciel. Nous avons donc directement le nombre de réponses, la lettre moyenne de réponse pour chaque question, et les pourcentages associés. Nous avons également retransmis les résultats dans un tableau Excel.

Les résultats des deux formes de questionnaires étaient superposables.

Pour certaines questions, les réponses du questionnaire ayant le moins de sujet (format WORD, 13 sujets) étaient plus difficiles à mettre en évidence (égalité entre deux lettres par exemple), le nombre de sujet de l'échantillon n'était pas suffisant. C'est pourquoi nous avons regroupé l'ensemble des réponses des deux questionnaires pour les analyser dans leur globalité. Nous avons additionné les résultats obtenus pour les deux formes de questionnaires pour chaque question, et nous avons rempli un tableau des réponses totales [Annexe 3].

Par la suite, nous ne parlerons que des résultats totaux.

### **III. RESULTATS ET ANALYSE**

#### **1. Caractéristiques de l'échantillon :**

Cet échantillon non représentatif de la population des docteurs en pharmacie en France, est constitué de 36 sujets, dont 28 femmes et 8 hommes.

Ces sujets ont été recrutés entre le 12 décembre 2018 et le 13 février 2019.

Treize sujets ont répondu au questionnaire sous la forme WORD (de façon informatique ou manuscrite), et vingt-trois sujets ont répondu via le questionnaire strictement identique mais sous forme numérisée.

L'âge moyen des sujets de l'échantillon est de 45 ans. Un seul d'entre eux a entre 20 et 30 ans, quatorze ont entre 30 et 40 ans, cinq ont entre 40 et 50 ans, onze ont entre 50 et 60 ans, et cinq ont plus de 60ans.

La durée moyenne d'exercice de ces praticiens est de 19 ans. Cinq d'entre eux ont moins de 10 ans de pratique, quatorze ont entre 10 et 20 ans de pratique, sept ont entre 20 et 30 ans de pratique, et dix ont plus de 30 ans de pratique.

Les sujets ont été recrutés dans toute la France. Dix-huit d'entre eux exercent en milieu rural, c'est à dire dans un village de moins de 10 000 habitants. Dix exercent en milieu semi-urbain comprenant entre 10 000 et 80000 habitants. Et huit exercent en milieu urbain, dans des villes de plus de 80 000 habitants [Annexe 5].

#### **2. Les informations que le pharmacien dispose sur son patient :**

L'immense majorité des pharmaciens dispose à chaque fois des coordonnées du patient (83%), des coordonnées du médecin traitant (69%) ; et la plupart du temps des coordonnées du médecin spécialiste (42%), notamment « si médicaments d'exception ».

Les pharmaciens connaissent quasiment systématiquement l'âge de leur patient (86%).

Dix-sept pharmaciens (49%) avouent rarement connaître les facteurs de risque ou les comportements à risque du patient, comme l'alcoolisme ou la consommation de tabac par exemple.

De même, dix-huit (50%) estiment rarement connaître les antécédents médicaux du patient, et encore moins (56%) les antécédents familiaux majeurs.

Ils ne connaissent également que rarement le poids du patient. Un précise qu'il connaît le poids systématiquement « si corticoïdes sur l'ordonnance ». Deux d'entre eux ont une balance dans leur officine et pèsent parfois leurs patients si besoin.

En revanche, ils connaissent (61%) la plupart du temps les allergies du patient.

Enfin, dix-neuf pharmaciens (53%) expliquent n'avoir jamais connaissance du dernier bilan biologique de leur patient (fonction rénale, fonction hépatique, etc.), et estiment nécessaire d'en avoir les informations.

Nombreux pharmaciens ont ajouté une note à cette question, démontrant leur intérêt pour obtenir le dernier bilan biologique, « notamment la fonction rénale qui devrait être indispensable », et le poids récent du patient. Un pharmacien fait allusion à la mise en place du dossier médical partagé (DMP), dont il est favorable.

### 3. Les informations présentes sur l'ordonnance en elle-même :

Dans 47% des cas les pharmaciens expriment que les ordonnances ne manquent jamais de signaler le nom, le prénom et la date de naissance du patient ; mais ces informations manquent quelques fois. La date est présente systématiquement pour trente-deux des pharmaciens, soit la quasi totalité.

Vingt-deux pharmaciens (61%) estiment que les ordonnances sont toujours faciles à lire, et quatorze (39%) pensent que ce n'est la plupart du temps. Certains ont notifié que cela dépendait du format de l'ordonnance : informatique ou manuscrite, et que cela était de plus en plus facile du fait du passage à l'informatique.

Trente-et-un pharmaciens (86%) trouvent que les posologies sont claires et précises la plupart du temps, et vingt-six (72%) que la durée ou le renouvellement de la prescription est notifié la plupart du temps.

### 4. Stratégie de délivrance et vérifications :

La grande majorité (89%) des pharmaciens vérifie l'absence d'interactions entre les médicaments, systématiquement, avant d'effectuer la délivrance d'une ordonnance. Ils s'aident pour la quasi totalité d'entre eux (97%) d'un logiciel d'aide à la prescription.

En revanche, la moitié d'entre eux effectue la plupart du temps le même exercice pour les interactions possibles avec les médicaments en vente libre (phytothérapie, compléments alimentaires, etc.).

Vingt-et-un (58%) des pharmaciens interrogés vérifient la plupart du temps l'absence d'interaction ou de contre indication entre les médicaments présents sur l'ordonnance et les antécédents et facteurs de risque du patient. Certains précisent que cela est « plus facile lorsqu'il s'agit de patients habitués et non de patients de passage ».

### 5. Recommandations aux patients :

La presque totalité des pharmaciens (97%) réalisent une recommandation à leurs patients s'ils rencontrent une redondance, un mauvais dosage ou une contre indication particulière sur l'ordonnance.

Le moyen utilisé est l'oral, ils en discutent avec le patient. Et ce n'est que rarement (36%) qu'ils associent un document écrit (prospectus) ou une note personnelle à ce sujet. Deux d'entre eux expliquent qu'ils le font « s'ils sentent une mauvaise compréhension par oral du patient ». Un pharmacien précise qu'il clarifie systématiquement les posologies « à l'arrière de l'ordonnance » par exemple.

## 6. Recommandations au médecin traitant ou au médecin spécialiste :

Lorsque les pharmaciens rencontrent une redondance, un mauvais dosage, ou une contre indication particulière sur l'ordonnance, 80% d'entre eux contactent systématiquement le médecin prescripteur. Ils le font quasiment toujours par téléphone (89%) car selon un pharmacien « c'est plus rapide pour avoir une réponse », et rarement par écrit (14%). Les pharmaciens ont expliqué que lorsqu'ils contactent le médecin prescripteur par écrit, ils le font par mail, mais qu'ils ne le font que rarement car ils ne disposent quasiment jamais des mails des médecins.

Contacteur un médecin leur arrive en moyenne trois ou quatre fois par semaine, ou environ neuf fois par mois. A noter que cette information était très variable selon les pharmaciens.

Plusieurs ont ajouté des notes pour différencier : Les contacts rapides et relativement fréquents (appels téléphoniques) pour une « petite précision » sur une posologie par exemple. Et les réels appels pour discuter d'un traitement peu indiqué ou pour engager une discussion à propos d'une redondance ou d'un excès de traitement, qui sont plus rares et qui « amènent à un opinion pharmaceutique ».

Onze (30%) pharmaciens jugent très facile la communication avec le médecin traitant à chaque fois, et vingt-cinq (69%) la plupart du temps.

Seulement deux d'entre eux estiment qu'il est toujours très facile de communiquer avec le médecin spécialiste ; vingt d'entre eux (55%) pensent que cela l'est la plupart du temps, et quatorze (39%) jugent qu'il est encore rare d'obtenir une bonne communication avec le médecin spécialiste.

Certains pharmaciens ont ajouté des notes pour ne pas incriminer les médecins en précisant que la communication était globalement agréable, mais qu'il existait toujours « quelques irascibles ». D'autres expliquent que la communication est parfois entravée du fait de « manque de temps de chaque côté », et plusieurs mettent en évidence « la difficulté de joindre un médecin spécialiste par téléphone ».

## 7. Renouvellement d'ordonnance :

Lors du renouvellement d'ordonnance, 64% des pharmaciens comparent systématiquement la nouvelle ordonnance à l'ancienne (ajout, retrait), et 30% le font la plupart du temps. Un pharmacien précise qu'ils disposent « d'un historique des prescriptions ».

La moitié d'entre eux vérifient systématiquement toutes les contres indications, interactions, etc.

Cinq pharmaciens (14%) se renseignent sur l'observance thérapeutique de leurs patients à chaque fois, et vingt-et-un (33%) le font la plupart du temps. Un pharmacien précise que « les patients posant des soucis d'observance thérapeutique posent également problème au médecin traitant ». Deux autres pharmaciens précisent qu'ils s'interrogent davantage de l'observance lorsqu'ils constatent « un médicament non renouvelé ou quand il en manque un trop rapidement ». Dix pharmaciens (28%) avouent ne vérifier l'observance que très rarement.

Il est relativement rare que les pharmaciens enregistrent les plaintes éventuelles (intolérance, effets secondaires) ou commentaires donnés par les patients (55%). Certains (33%) le font quand même la plupart du temps.

Un pharmacien ayant répondu qu'il enregistrait rarement les plaintes des patients, précise qu'en revanche il « déclare systématiquement l'information à la pharmacovigilance ou à l'addictovigilance si risque sanitaire ».

Et il est également rare (55%) voir jamais (14%) que le pharmacien contacte le médecin prescripteur lorsque le patient lui expose une plainte, ils ne le font que dans 11 à 19% des cas. Un pharmacien précise qu'il ne le fait que s'il y a « intérêt thérapeutique », et un autre précise qu'il « demande au patient d'en faire part à son médecin ».

#### 8. Outils et ressources du pharmacien / Bilan de médication partagé :

Nous avons demandé aux pharmaciens s'ils disposaient d'assez d'outils et de ressources pour évaluer rapidement le bilan de santé de leur patient. Cette question s'inscrivait directement dans le contexte de bilan de médication partagé [35], qui doit commencer par une consultation avec son pharmacien.

Pour rappel, le bilan de médication, obligatoire depuis le 9 mars 2018, doit être librement consenti par le patient. Il concerne toute personne de 65 ans et plus souffrant d'au moins une ALD, ou toute personne âgée de 75 ans et plus bénéficiant de traitements pour lesquels au moins cinq molécules sont prescrites pour une durée de six mois. L'objectif essentiel est de lutter contre la iatrogénie, mais aussi de répondre aux interrogations des patients et de les aider dans l'administration de leur traitement pour favoriser l'observance [35]

Cette question a semblé difficile pour les pharmaciens, car plusieurs ont demandé des précisions sur la question, et deux n'ont pas su répondre. Un pharmacien très concerné m'a envoyé une brochure sur le bilan de médication partagé [Annexe 6]. Un autre estime que le bilan de médication partagé est un excellent outils mais qui « demande du temps et de l'organisation ».

Un pharmacien (3%) a estimé qu'il disposait toujours d'assez d'outils et de ressources pour évaluer le bilan de santé de son patient ; sept (19%) ont estimé que c'était également le cas la plupart du temps. En revanche, vingt-et-un pharmaciens (58%) pensaient disposer que trop rarement des outils et des ressources nécessaires, et cinq d'entre eux (14%) expliquaient ne clairement jamais en avoir suffisamment.

Par ailleurs, la grande majorité des pharmaciens (77%) trouvaient qu'ils disposaient, la plupart du temps, d'assez d'outils et de ressources pour évaluer rapidement la qualité d'une ordonnance. Et ce, via la formation continue, que l'un d'eux juge « indispensable », ou encore grâce aux logiciels d'aide à la prescription toujours plus performants.

## **IV. DISCUSSION**

### **PARTIE 1 : AVANT PROPOS SUR L'ÉCHANTILLON :**

Notre échantillon comporte huit hommes (22%) et vingt-huit femmes (78%), d'âge moyen 45 ans. Les chiffres publiés par l'ordre des pharmaciens au premier janvier 2018 font offices de 67% de femmes docteurs en pharmacie, et 33% d'hommes toutes formes d'exercices confondues, mais 78% des pharmaciens en officine sont des femmes. L'âge moyen des pharmaciens est de 47 ans [36].

Nous émettons l'hypothèse que, concernant l'âge et la répartition femmes/hommes, notre échantillon est potentiellement représentatif de la population générale de l'ensemble des docteurs en pharmacie exerçant en officine en France.

Il y a 74043 pharmaciens inscrits à l'ordre des médecins en 2017 en France, soit 21% de plus qu'il y a dix ans ; dont 73% travaillant en officine (comme titulaire ou adjoint) [36].

Nous émettons l'hypothèse que la demande de pharmaciens augmente chaque année.

Il faut noter un point particulier concernant l'échantillon obtenu, en effet celui ci est composé majoritairement de pharmaciens exerçant en milieu rural (50%), contre 22% en milieu urbain et 28% en milieu semi-urbain.

Soutenu par la montée de la consommation médicale des ruraux et le sous-équipement initial des campagnes, le réseau des officines de pharmacie s'est largement déployé dans les territoires ruraux au cours des trente dernières années [37]. Il faut également noter que l'implantation des pharmacies sur le territoire est réglementée depuis 1941 [37]. En 2012, on pouvait estimer que les officies étaient relativement bien réparties sur le territoire, et qu'elles étaient en mesure d'assurer leur service aux populations rurales [37]. Les derniers chiffres tendent à montrer que la disparition des médecins généralistes en milieu rural présente une menace pour les pharmacies implantées en zone rurale [37]. A noter l'existence de l'APR, l'Association de Pharmacie Rurale, créée en 1953 et oeuvrant pour le maintien des pharmacies en milieu rural et pour leur spécificité d'exercice [37].

Cependant, une étude récente [38] réalisée en 2018, a démontré que 57% des officines étaient réparties en zone urbaine, contre 37% en zone rurale, et encore 6% en centre commercial.

Or, paradoxalement aux données récentes, nous avons obtenu davantage de réponses de pharmaciens exerçant en zone rurale. Plusieurs hypothèses peuvent être émises. Premièrement, si ces pharmaciens exerçant en zone rurale ont davantage de temps pour nous répondre. Deuxièmement, s'ils se sentent davantage concernés par la iatrogénie du fait de la majorité de personnes âgées et donc polymédiquées en campagne. Et troisièmement, si les patients sont plus fidèles à leur pharmacie en campagne du fait du moindre nombre de celles-ci, et que par conséquent le pharmacien connaît mieux son patient et est plus à même d'agir pour lui en matière de lutte contre la iatrogénie.

## **PARTIE 2 : LA IATROGENIE LIEE A LA SANTE DU PATIENT : LE PARTAGE DES INFORMATIONS A L'EPOQUE D'INTERNET**

### 1. Préambule :

La iatrogénie a plusieurs origines [2-3-7-13]. Dans certains cas elle est liée à une interaction néfaste entre un médicament et l'état de santé du patient (au vu de ses antécédents et/ou facteurs de risque). Par exemple, une posologie non adaptée à la fonction rénale du patient entraînera un surdosage et ses conséquences.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que plus on connaît son patient et plus on peut éviter ce type de iatrogénie.

### 2. Connaissance du patient par le pharmacien :

On démontre dans notre étude que la majorité des pharmaciens connaît les informations de base du patient : le nom, le prénom, l'âge, les coordonnées du patient et de son médecin traitant, et la plupart du temps ses allergies. Cependant, la moitié des pharmaciens interrogés avouent ne quasiment jamais connaître les antécédents et les facteurs de risques de leurs patients. Plus de la moitié n'ont aucune idée du dernier bilan biologique du patient, et le déplore.

Cela s'explique d'une part par le cloisonnement des informations médicales qui était le mot d'ordre pendant des années ; et d'autre part par l'infidélité fréquente des patients à leur pharmacien. En effet, certains pharmaciens de l'échantillon expliquent qu'il est « difficile de connaître les antécédents des patients de passage ».

On suppose d'ailleurs qu'il y a davantage de « patients de passage » en zone urbaine. En ville, le nombre de pharmacie d'officine est plus important et offre au patient la possibilité de changer de pharmacie comme il le souhaite, ce qui n'est pas le cas en campagne lorsqu'il n'y a qu'une seule pharmacie pour sept km (selon la loi) [37] .

Pour améliorer la connaissance de son patient par le pharmacien, nous évoquons deux hypothèses :

On peut suggérer de proposer la déclaration d'un pharmacien traitant, au même titre que l'on déclare un médecin traitant, afin d'améliorer la fidélité de la patientèle et par ce biais améliorer la connaissance des patients.

Mais, actuellement, pour combler cette « infidélité » et la difficulté de connaissance du patient par le pharmacien qui en résulte, le partage des informations médicales est de vigueur. Et pour cela, le bilan de médication partagé a été mis en place.

### 3. Bilan de médication partagé, dossier médical partagé et secret médical :

#### a) Le rôle du pharmacien dans le bilan de médication partagé :

Comme nous l'avons déjà évoqué plus tôt, le bilan partagé de médication est de vigueur depuis mars 2018 [21-35].

L'USPO (Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine) a publié un guide [39], adressé aux pharmaciens, pour aider à appréhender au mieux la conduite des entretiens pharmaceutiques dans le cadre du bilan partagé de médication. Le guide est tout à fait pratique, il renseigne sur les points à aborder lors de l'entretien initial avec le patient [39] :

Tout d'abord les informations concernant le patient : informations pratiques, habitudes de vie, état physiologique. Ensuite concernant les médicaments : recueil des médicaments, connaissance des médicaments, analyse des prises des médicaments. Puis l'analyse des traitements, et de l'observance. Le pharmacien doit également aborder un point « conseil », et évaluer l'adhésion au traitement [39].

#### b) Le rôle du pharmacien dans le dossier médical partagé :

Le bilan de médication partagé peut renvoyer au dossier médical partagé (DMP), généralisé depuis octobre 2018 [40].

Le dossier médical partagé est un dossier médical informatisé qui a pour but d'améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins entre tous les professionnels de santé. Il s'agit d'un « dossier » unique, ouvert à l'initiative du patient, géré par le patient lui-même et les professionnels de santé si le patient l'y autorise. Ce peut être un médecin, un pharmacien, une infirmière, etc. En revanche, les médecins du travail et les médecins des compagnies d'assurance n'y ont pas accès.

Le DMP contient des documents relatifs aux pathologies du patient, ses antécédents, ses traitements, ses intolérances médicamenteuses, ses allergies, ses comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, ses résultats d'examens, etc. [40].

Le dossier médical partagé doit être distingué du dossier professionnel patient (DPP) [41]. Le DPP est l'équivalent du DMP en terme de contenu, à la différence qu'il n'est pas accessible au patient (sauf sur demande), et qu'il n'est tenu que par un seul professionnel de santé identifié (souvent le médecin généraliste). Le DPP est d'ailleurs en train d'évoluer et de devenir partagé, comme c'est le cas dans les maisons de santé, mais c'est aussi possible pour n'importe quel médecin du territoire [41].

Certains professionnels de santé s'opposent au DMP, avec l'idée sur le DMP vient faire doublon au DPP qui est en train de devenir partagé progressivement ; et que les professionnels n'ont pas le temps de tenir à jour deux dossiers patient différents [41]. Certains professionnels de santé estiment également que le DMP n'est pas pratique dans sa forme, composé de dossiers PDF qu'on ne peut pas modifier une fois déposés, et où l'on ne peut pas effectuer de recherche par mot-clé [41].

Les pharmaciens sont appelés à jouer un rôle essentiel dans le déploiement du DMP en tant qu'acteurs de proximité et tiers de confiance.

C'est pourquoi l'avenant n°11 à la convention pharmaceutique, signé en juillet 2017, prévoit une rémunération dédiée d'un euro par DMP crée [40].

Le DMP n'est pas exhaustif et ne remplace pas le dossier pharmaceutique, qui est lui-même un outils de coordination entre pharmaciens. Il est en revanche bien prévu de faciliter le lien entre ces outils, qui sont complémentaires [40].

#### c) Le secret médical et le secret partagé :

Comme nous le savons déjà, selon l'article R.4127-4 du code de la santé publique, et la loi du 4 mars 2002 : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » Le secret médical est un devoir du médecin. Il est présent dans le code de déontologie (inclus dans le code de la santé publique), mais aussi dans le code de la sécurité sociale, et dans le code pénal [42].

En 1998 le conseil national de l'ordre des médecins a établi un rapport concernant le secret partagé [43]. Celui ci n'a aucune base légale ou réglementaire et s'oppose au caractère général et absolu du secret médical. Le partage de l'information entre professionnels de santé s'est imposé progressivement dans la pratique quotidienne, afin d'assurer la continuité des soins et d'améliorer leur qualité dans l'intérêt des patients. C'est l'exercice pluridisciplinaire qui a accentué cette tendance [43].

Cependant tout échange d'informations médicales entre soignants, nécessite le consentement « éclairé, explicite et exprès » du patient. Les échanges d'informations entre médecins, doivent se limiter aux données « nécessaires, pertinentes et non excessives » [43].

Le secret partagé était donc autorisé entre professionnels de santé, uniquement.

Cependant, la loi du 27 janvier 2016 de modernisation du système de santé, a remis en cause ce principe en permettant à d'autres professions de participer à cet échange d'informations couvertes par le secret médical [44]. Cela s'est donc étendu aux « professionnels des champs social et médico-social ». Ces dispositions sont sous réserve du consentement préalable du patient à cet échange [44].

#### 4. Données médicales et internet :

On constate donc un élargissement progressif de l'accessibilité des données de santé du patient, et l'on ne peut que se demander jusqu'où la loi du secret médical va être élargie.

Concernant le bilan de médication partagé, le dossier médical partagé, le secret partagé, nous pouvons adopter deux positions :

Celle du positivisme, avec l'idée que ces partages entre professionnels apportera une meilleure communication, un meilleur relai de l'information, une meilleure coordination du parcours de soins ; et ce, au service d'une amélioration des soins procurés au patient.

Ou bien une position plus craintive quand au respect du secret médical, et aux dérives potentielles auquel le partage excessif des informations médicales peut contribuer.

Par exemple, les assurances ne peuvent avoir accès au DMP selon la loi ; mais la MACSF est en capacité d'ouvrir les DMP...

On peut faire un parallèle avec les informations confidentielles privées que la population a déposé sur les réseaux sociaux ces dernières années et dont les grandes entreprises se sont emparées [45]. Nous nous demandons si le DMP ne s'expose pas au risque de tendre vers une sorte de « réseau social », et de répondre au processus de captation des informations déposées par les usagers. En déposant une donnée sur internet, nous pouvons nous demander si nous ne prenons pas le risque de contribuer à l'agrégation des bases de données gigantesques et monétisables [45].

Une étude [46] descriptive menée en 2018, s'est intéressée aux avantages et inconvénients des discussions cliniques basées sur une application internet (Whatsapp@), entre professionnels de santé de dermatologie. Les avantages majoritaires mis en évidence par les sujets inclus étaient la facilité de communication (92% des avis) entre professionnels, et la rapidité de réponse (96%). Les inconvénients étaient la qualité limités des images transmises (pour 60% d'entre eux), et la remise en question de la confidentialité, respectée par seulement 40% d'entre eux, ainsi que la difficulté du contrôle des données [46].

On se demande, à l'époque d'internet, et de l'augmentation du partage d'information, ce qu'il en est de la maîtrise de la confidentialité, notamment autour des informations de santé du patient, et si cela entrave le secret médical.

## **PARTIE 3 : LA IATROGENIE LIEE AUX INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES : AMELIORER L'OBSERVANCE, L'EDUCATION THERAPEUTIQUE, ET LA COMMUNICATION**

### 1. Préambule :

Dans d'autres cas la iatrogénie est exclusivement liée à des interactions médicamenteuses [2, 3, 7, 13].

Notre étude démontre que 90% des pharmaciens interrogés vérifient systématiquement les interactions possibles entre les médicaments présents sur une même ordonnance, et les posologies. On note une pleine conscience de leur rôle d'acteur de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

### 2. L'observance thérapeutique :

#### a) Définition de l'observance, de l'adhésion thérapeutique et de la persistance :

La persistance se définit comme la durée de prise du traitement, et l'observance comme la qualité de la prise médicamenteuse dans toutes ses dimensions (posologie, fréquence, régularité, durée) [54]. L'objectif de ces deux principes est d'améliorer le rapport bénéfice-risque de la prise de médicaments [54]. Les notions de persistance et d'observance médicamenteuses sont essentielles à l'efficacité du traitement médicamenteux et à la prévention de la iatrogénie [53].

Pour l'OMS, le mot « observance » est controversée car il suppose de la part du patient une attitude d'obéissance par rapport au soignant qui a autorité sur lui, et préfère à celui-ci le terme « d'adhésion thérapeutique » [55].

#### b) Epidémiologie de l'observance et de l'inobservance :

Environ un tiers (33%) des pharmaciens interrogés vérifient l'observance thérapeutique du patient, la plupart du temps ; et 28% avouent ne vérifier que très rarement l'observance thérapeutique du patient. Bien évidemment les pharmaciens expliquent s'en intéresser davantage s'ils constatent un manque prématuré d'un médicament ou l'inverse.

L'observance des traitements est un comportement complexe, difficile à mesurer, et pour lequel il n'existe pas de gold standard ; et qui, contrairement à la iatrogénèse, reste très mal évalué [7, 47].

Une étude ancienne menée aux Etats-Unis [48] a observé l'impact de la non observance et celui de la iatrogénie dans les hospitalisations chez les sujets âgés. Cette étude a retrouvé qu'environ 11% des hospitalisations des sujets âgés étaient liées à un défaut d'observance, et environ 17% à un effet iatrogène.

Une autre étude [49] a également étudiée le rôle des interactions médicamenteuses et celui de la non observance dans les admissions aux urgences chez les sujets âgés. Elle démontre qu'environ 7% des admissions aux urgences des sujets âgés sont liées à un effet iatrogène, et 8% à une non-observance.

Enfin, on peut citer l'article « Observance aux traitements : concepts et déterminants » paru en 2012 [55], qui donnait quelques chiffres publiés par l'OMS : la proportion de malades chroniques respectant leur traitement, dans les pays développés, n'est que de 50%. D'un point de vue économique, améliorer l'observance entraînerait une baisse significative des dépenses, grâce à la diminution du nombre des interventions coûteuses, comme les hospitalisations prolongées et fréquentes, et les soins d'urgence ou les soins intensifs [55].

Ainsi, l'inobservance et la iatrogénie, étroitement liées dans certains cas, mettent en danger la santé des patients. Elles entraînent des hospitalisations et des séjours aux urgences, qui provoquent par la même occasion des coûts financiers importants.

#### c) Les grandes causes de l'inobservance :

L'article du professeur S. Legrain [7] publié sur le site de la HAS, s'est intéressé aux facteurs de mauvaise observance, notamment chez la personne âgée :

L'âge en soi ne serait pas un facteur de mauvaise observance, mais la polypathologie et donc la polymédication l'est [7-47]. Cette polymédication est souvent retrouvée comme un facteur de risque indépendant, ainsi que certaines comorbidités comme la dépression, les troubles cognitifs, mais aussi les pathologies asymptomatiques comme l'HTA [7]. A l'inverse, la sévérité de la maladie améliorerait l'observance des traitements [7].

Le défaut d'observance est souvent intentionnel chez le sujet âgé, mais moins que chez l'adulte jeune, en raison du rôle plus important des oublis [7]. C'est pourquoi la prescription et la délivrance d'un médicament doivent s'accompagner chez la personne âgée d'une information de qualité et de la mise en place des aides techniques et humaines nécessaires [54].

De même une prescription par un spécialiste conduirait à une meilleure observance que celle d'un généraliste [47].

#### d) Conséquences de l'inobservance :

L'inobservance entraîne tout d'abord une perte de chance pour le patient [56].

Les conséquences d'une mauvaise observance sur les résultats cliniques sont très clairement établies.

Par exemple, l'étude de Horwitz et al a montré que, chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde et recevant un bêtabloquant, ceux qui étaient considérés comme inobservants avaient 2,6 fois plus de risque de mortalité que les observants [57].

Un autre exemple concernant les maladies cardiovasculaires, une méta-analyse regroupant 21 études observationnelles, a montré qu'une bonne observance réduisait de moitié la mortalité.

Les études concernant l'inobservance et la perte de chance pour le patient qu'elle entraîne, sont très nombreuses.

Deuxièmement, l'inobservance aggrave l'incidence d'une pathologie [56]. Cet aspect est particulièrement important dans le cas des maladies infectieuses. Nous avons pu observer nombreux débats récemment sur le refus de vaccination, et dont les conséquences sont évidentes sur l'évolution d'une épidémie. Nous citons donc les refus de vaccins, mais également les refus d'antibiotiques, ou même les refus d'antirétroviraux, et leurs conséquences en matière de transmission et de contagio [56].

Troisièmement, nous observons des conséquences économiques. A la fois sur les coûts directs dû au gaspillage ; mais aussi sur les coûts indirects des conséquences d'une inobservance. Par exemple un AVC conséquence d'une mauvaise normalisation des chiffres tensionnels dû à une inobservance de traitement [56].

e) Amélioration de l'observance :

Les liens entre la connaissance des traitements et l'observance sont complexes.

Une meilleure connaissance des schémas thérapeutiques améliorerait l'observance, alors qu'une meilleure connaissance des effets indésirables pourrait la diminuer [7-50-51]. La complexité du traitement est un facteur de risque indépendant de mauvaise observance [47].

De manière générale, l'observance est fondée sur la compréhension du traitement par le patient [53]. C'est pourquoi il est nécessaire de renouveler les éléments qui composent l'information du patient [53]. C'est le rôle du médecin prescripteur, mais également du pharmacien.

Il existe d'autres facteurs, en dehors de la compréhension du traitement, qui permettent d'améliorer l'observance.

Selon l'article « Observance aux traitements : concepts et déterminants » cité ci dessus [55], les déterminants de l'adhésion thérapeutiques résultent de plusieurs facteurs : cognitifs (savoir, savoir-faire, compétences), métacognitifs (prise de conscience de ses connaissances, compétences et actions réalisées), psychosociaux (croyances, vécus, représentations, ressentis). Mais aussi sanitaires (état de santé, diagnostic, pronostic), culturels (éducation familiale, culture de référence, religion), et sociaux (revenu, statut, lieu de vie) [55].

Plusieurs stratégies ont été étudiées pour améliorer l'observance, notamment la nécessité de prendre en compte les croyances du patient, ses préférences, et ses habitudes de vie [7, 52]. Il faudrait également revoir les ordonnances et supprimer les médicaments inutiles, simplifier les schémas thérapeutiques, et proposer des packaging adapté [7, 52]. Le rôle de conseil du prescripteur doit être renforcé.

Ainsi, la iatrogénie pourrait être évitée, dans certains cas, en améliorant l'observance du patient. Cette observance, comme nous venons de la voir, s'obtient avant toute chose par un meilleur relai de l'information, afin d'améliorer la connaissance du patient. L'information est donc un devoir pour le médecin prescripteur, et pour le pharmacien. Le rôle du pharmacien dans la lutte contre la iatrogénie, par le relai et la répétition de l'information, est essentiel.

Or, le pharmacien est en mesure de répondre à ce devoir d'information via deux éléments : tout d'abord une formation professionnelle solide et actualisée ; mais aussi une communication de qualité, avec les professionnels et avec les patients.

### 3. Le développement professionnel continu (DPC) :

#### a) Définition du DPC :

Une information de qualité facilite l'observance médicamenteuse et l'adhésion aux soins des patients. Nous évoquons donc l'intérêt d'une bonne formation professionnelle, régulièrement remise à jour, et ses conséquences positives en matière de lutte contre la iatrogénie.

Dans notre étude presque 20% des pharmaciens estimaient disposer d'assez de ressources et d'outils pour évaluer la qualité d'une ordonnance la plupart du temps ; mais quasiment 60% d'entre eux déploraient de ne pas en disposer suffisamment.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques [59]. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et il constitue une obligation quel que soit le mode d'exercice. La HAS a pour mission de valider et de mettre à disposition des méthodes pour aider les professionnels à mettre en œuvre leur DPC.

#### b) Démarche et méthode de DPC :

Le professionnel de santé doit se conformer au parcours pluriannuel de DPC défini par le collège national professionnel (CNP) de sa spécialité, et se justifier au cours d'une période de trois ans [59] : Soit de son engagement dans une démarche d'accréditation ; soit de son engagement dans une démarche de DPC comprenant au moins deux des trois types d'actions suivant :

- action d'évaluation et d'amélioration des pratiques
- action de gestion des risques
- action de formation

La HAS publie régulièrement une liste actualisée des méthodes pour réaliser les actions de DPC (dix-neuf méthodes en 2018) [59].

Il appartient donc au pharmacien d'entretenir et d'améliorer sa propre formation. Durant notre étude, j'ai rencontré le plus souvent des pharmaciens très engagés et motivés dans leur formation. Quasiment tous font partis de groupes de pairs, échangeant sur leurs pratiques, et se relayant les informations. J'ai constaté un sérieux travail en réseaux entre professionnels docteurs en pharmacie.

#### 4. La communication pharmacien – patient :

Dans notre étude on note une communication pharmacien-patient relativement bonne, selon les pharmaciens, et adaptée à la compréhension du patient : information orale si bonne compréhension, ou écrite si compréhension plus difficile (« du fait d'une barrière de la langue, ou d'une mauvaise compréhension intellectuelle orale »).

La communication pharmacien-patient est un élément essentiel de la pratique du pharmacien pour encourager une utilisation appropriée des médicaments et parvenir au succès thérapeutique du patient [60].

D'ailleurs en Suisse, la RBP (rémunération basée sur les prestations), créée en 2001 et remis à jour en 2016, prévoit une rémunération pour les prestations fournies au patient : précaution d'usage, vérification des interactions, substitution, etc. C'est une reconnaissance du rôle réel du pharmacien [61].

De façon générale la communication pharmacien-patient n'a été que très peu étudiée, et la plupart des études ont été réalisées aux Etats-Unis [60].

Une étude qualitative a été menée en 2016 [60] afin de mieux comprendre l'interaction pharmacien-patient, notamment dans le contexte de maladie chronique. L'échange avec un patient en pharmacie présente certains défis : le pharmacien doit garantir la confidentialité et la discrétion, et ce, malgré les interruptions fréquentes provoquées par le téléphone, les collègues ou d'autres patients.

Le pharmacien doit être capable de s'ajuster à la situation du patient et d'user de différentes stratégies de communication pour, d'une part, collecter suffisamment d'informations sur le patient, et d'autre part, s'assurer que le patient le comprenne [60]. Communiquer de manière efficace permettra non seulement de construire une relation de confiance entre le pharmacien et le patient, mais aussi de favoriser l'adhésion thérapeutique du patient [60].

L'étude démontre un écart entre les représentations des rôles de chacun : alors que les patients affirment avoir un rôle passif et retraits, les pharmaciens voudraient que les patients soient davantage actifs [60].

De plus, le contexte organisationnel s'est révélé être un frein majeur à l'interaction pharmacien-patient. On souligne le manque de confidentialité au comptoir, et le manque de temps dont disposent les pharmaciens.

On cite également une étude canadienne qui a démontré que l'intervention spécifique du pharmacien dans une équipe multidisciplinaire de prise en charge permettait d'améliorer de manière significative la tension artérielle chez les patients diabétiques hypertendus [62]. Une autre étude [63] démontre que l'intervention du pharmacien permet d'améliorer le taux de cholestérol chez les patients à haut risque cardio vasculaire. La méta analyse de Marie A. Chrisholm-Burns et coll [64] cite les résultats de ces études, et d'autres encore.

Enfin, nous pouvons citer la thèse de monsieur Kusum Paul [65] qui s'est intéressé en détail à l'optimisation de « la dynamique relationnelle patient-pharmacien pour assurer une alliance thérapeutique », en psychanalysant des situations.

## 5. La communication pharmacien – médecin :

Un article publié dans la revue médicale suisse en 2011 [61], explique que les rapports entretenus par les médecins et les pharmaciens d'officine ont été traversés par des lignes de tension non négligeables, souvent dues à des difficultés à reconnaître pleinement les compétences et l'expertise de l'autre. Ces tensions ont été renforcées par le climat du système de santé ces dernières années (prix des médicaments, marges des pharmaciens, hausse des coûts de la santé) [61].

Cependant, depuis la publication de cet article il y a huit ans, nous notons une réelle motivation et volonté d'améliorer la communication médecin-pharmacien, au service du patient, via notamment le partage des informations. La plupart des pharmaciens ayant répondu à notre étude montraient une réelle motivation à améliorer la communication entre médecins et pharmaciens, et se montraient très disponibles.

Cet article de la revue médicale Suisse [61] relate (entre autre) dans un tableau les situations où le pharmacien peut être susceptibles d'un contact téléphonique au médecin.

Il s'agit dans certains cas d'une erreur ou d'une incompréhension de l'ordonnance. L'amélioration de la communication passe avant tout par une bonne rédaction de l'ordonnance du médecin prescripteur, et ce, pour éviter que le pharmacien n'ait à appeler le médecin parce que l'ordonnance n'est pas claire [61]. Dans notre étude, les pharmaciens notent tout de même que la qualité des ordonnances s'est franchement améliorée avec le passage à l'informatique et aux logiciels de soins.

Dans d'autres cas, l'appel est nécessaire concernant une problématique liée au patient. Quelque fois le médecin n'a pas le temps d'aborder tous les aspects et de répondre à toutes les questions de son patient, et quelque fois le patient oublie certains messages ou instructions données [61]. Lorsque le pharmacien le peut, il doit être à même de répondre à ces manquements.

C'est pourquoi le médecin et le pharmacien sont complémentaires, et que le médecin doit avoir une bonne connaissance de la profession de pharmacien [61].

## **V. CONCLUSION :**

Cette étude semi qualitative menée auprès de trente-six docteurs en pharmacie répartis sur toute la France, étudie leur rôle dans la limitation des effets iatrogènes liés aux prescriptions médicales, en particulier chez le sujet âgé de plus de 65 ans polypathologique et polymédiqué.

Le nombre de personnes âgées augmente chaque année, et avec lui le nombre de personnes polypathologiques et polymédiquées. Cette polymédication occasionne des conséquences graves (hospitalisations, morbidités, mortalité) et relativement fréquentes sur la santé des patients, du fait d'effets iatrogènes. Ces effets iatrogènes sont les effets néfastes dus aux médicaments.

Nous disposons d'un bon outil pour évaluer la qualité de prescription de chaque médicament, il s'agit du service médical rendu. Mais, malgré cela, les acteurs de la iatrogénie sont multiples.

On peut citer en priorité le médecin qui est à l'origine de la prescription. Il peut parfois réaliser une prescription inappropriée : en excès, en insuffisance, ou en erreur.

Le patient, peut également être acteur de sa propre iatrogénie, lorsque par exemple il se montre inobservant ou désintéressé.

Cependant, dans notre étude, nous avons spécifiquement étudié le rôle d'un troisième acteur de la iatrogénie qu'est le pharmacien, et surtout son rôle dans la limitation de celle ci. Le pharmacien n'est pas à l'origine de la iatrogénie comme le médecin ou le patient peut l'être ; mais il peut y participer en ne réalisant pas son rôle de contrôle et d'informations. Le pharmacien représente en quelque sorte, pour le médecin et le patient, un « garde fou » à la sécurité des prises médicamenteuses.

Le rôle du pharmacien a été récemment remis en valeur et actualisé, avec notamment la mise en place du bilan de médication partagé qu'il doit désormais réaliser. Il s'agit d'un entretien initial pour prendre connaissance du patient, de ses pathologies et traitements, afin de mieux l'accompagner dans sa prise en charge, et surtout d'éviter les risques iatrogènes.

La ministre actuelle de la santé madame Agnès Buzyn a clarifié les nouvelles missions du pharmacien en listant dix préconisations adressées à ces derniers.

On peut aussi citer la campagne de prévention menée par le collectif de bon usage du médicament auprès du grand public, pour sensibiliser notamment le sujet âgé aux risques des médicaments.

Notre étude a permis de mettre en évidence les deux types de iatrogénie possible :

Premièrement, la iatrogénie peut être liée à la santé du patient. Cette iatrogénie est souvent induite par un manque de connaissance du patient.

Nous avons démontré que la connaissance du patient par le pharmacien était à améliorer, selon ces derniers. Ce défaut de connaissance du patient résulte de plusieurs origines : La non fidélité des patients envers leur pharmacien. Mais ensuite et surtout, par le défaut de transmission des données.

Initialement le secret médical protégeait à tout prix l'information concernant le patient, et cette information était la plupart du temps réduite à la connaissance seule du médecin. On ne pouvait pas, par conséquence, demander au pharmacien de connaître davantage son patient si on ne lui partageait pas les informations le concernant. Cette amélioration est déjà introduite par le partage des informations, avec le bilan de médication partagé mais aussi le dossier médical partagé.

Ces partages qui se créent entre professionnels de santé se font surtout via internet. Nous nous sommes posés la question de la confidentialité, et des risques liés aux dépôts de données confidentielles sur des plates formes dont nous ne sommes pas certains de qui en tient les ficelles. Est-ce qu'on ne prend pas le risque de donner accès aux données pour les assureurs, les banquiers, ou de rendre les données monétisables, etc. Nous nous sommes brièvement intéressés à l'utilité d'internet dans la communication, favorable dans sa rapidité et sa facilité, et ses limites.

Deuxièmement, la iatrogénie peut être liée aux médicaments eux-mêmes et leurs interactions.

Nous avons appris que la iatrogénie est la majorité du temps volontaire, qu'elle est souvent liée à un défaut de connaissance du patient, un défaut d'information, et par conséquence une inobservance. Une inobservance est un mauvais usage du médicament.

Au premier plan il faut donc améliorer l'information du patient et l'éducation thérapeutique. Le pharmacien a un rôle majeur dans ce domaine, car il doit compléter les manquements de l'information au patient transmise par le médecin. Le rôle du pharmacien est complémentaire à celui du médecin.

Il doit pour cela savoir évaluer l'observance et la compréhension ; ce qu'il fait peu d'après notre étude et selon les réponses des pharmaciens.

Le pharmacien doit, comme tout professionnel de santé, régulièrement se former et mettre à jour ses connaissances, afin de répondre au mieux aux questions et attentes des patients. Notre étude démontre que la formation continue est bien réalisée par les pharmaciens, qui ont pleine conscience de la nécessité de celle-ci. Nous avons constaté un réel réseau de coordination des soins et de formation entre professionnels pharmaciens.

Ensuite, pour améliorer au mieux l'information donnée, il faut engager et entretenir la meilleure communication possible entre le pharmacien et le médecin. Nous, médecins, nous devons nous engager à transmettre au mieux l'information à nos patients. Cela passe par la rédaction d'ordonnances à la hauteur de la clarté de l'information donnée, en cherchant à diminuer le nombre de médicaments prescrits, et en simplifiant les modèles de prise en charge pour une meilleure adhésion. Nous devons davantage prendre conscience de la complémentarité de nos professions de médecins et de pharmaciens, afin de faciliter le dialogue. Il faut que chacun sache se rendre disponible dans le temps pour communiquer entre nous. Ce qui peut sur le moment représenter du temps de « perdu » mais qui, au final, est un gain de temps pour l'avenir : une information bien expliquée aura moins besoin d'être répétée, réexpliquée, évitera les erreurs de prises, et aura des conséquences positives sur l'observance et la santé du patient.

Enfin, il faut sans cesse améliorer la communication pharmacien patient. Même si les pharmaciens disposent d'une bonne relation avec leur patient, selon les études, les patients souhaitent quant à eux être davantage acteur de leurs soins.

Le rôle des pharmaciens dans la lutte contre la iatrogénie liée aux prescriptions médicale est donc parfaitement établi. Il est essentiel et indispensable. Il se fait par une bonne formation initiale et continue, par une augmentation du partage des informations entre professionnels de santé, afin de servir une connaissance approfondie du patient. Ainsi que par le soucis d'améliorer sans cesse la communication autour des protagonistes du système de santé : notamment le pharmacien, le médecin et le patient au centre.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Dictionnaires de français Larousse [En ligne]. Paris : Larousse ; 2017. Iatrogénie. [cité 2018]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/iatrogène/41322>
- [2] Ameli. Iatrogénie médicamenteuse [En ligne]. 2018 [cité 2018]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/la-iatrogenie-medicamenteuse/iatrogenie-medicamenteuse>
- [3] Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. HAS [En ligne]. 2005;16 [cité 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa\\_synth\\_biblio\\_2006\\_08\\_28\\_16\\_44\\_51\\_580.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf)
- [4] Haute Autorité de Santé. Le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR) [En ligne]. 2013 [cité 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1506267/fr/le-service-medical-rendu-smr-et-l-amelioration-du-service-medical-rendu-asmr](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1506267/fr/le-service-medical-rendu-smr-et-l-amelioration-du-service-medical-rendu-asmr)
- [5] Le portail du service public de la Sécurité sociale. A quoi correspond le Service médical rendu (SMR) des médicaments [En ligne]. [cité 2019]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/-A-quoi-correspond-le-Service-medical-rendu-SMR-des-medicaments->
- [6] Mainguy A. Critères d'évaluation. HAS [En ligne]. 2009;15 [cité 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/criteres\\_evaluation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/criteres_evaluation.pdf)
- [7] Legrain S. Mieux prescrire chez le sujet âgé. Capacité gérontologie année 1 Sorbonne; 2006; CHU Bichat. Paris: Akos,2007.  
Extrait de : S. Legrain, S. Lacaille. Prescription médicamenteuse du sujet âgé. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2005:1-7 [Article 3-1040].
- [8] McAlister VC, Harvey EJ. Les avantages et les risques d'exiger que les chercheurs partagent leurs données. Can J Surg. déc 2016;59(6):365-6.
- [9] Amélioration du Service Médical Rendu. La revue Prescrire. 2002;22 :234.
- [10] Juillard-Condât B, Durand M-C, Taboulet F. SMR et ASMR : quelle utilité dans le contexte hospitalier ? Journal d'économie médicale. 2008;26(5):269-82.
- [11] Stievenard D, Heredia P. La iatrogénie chez le sujet âgé. Rencontre régionale sur la certification des établissements de santé Hauts de France; 24 nov 2017; Polyclinique de Riaumont. Liévin, 2017.
- [12] Bourgault L. Seniors : quand la polymédication fragilise. 60 millions de consommateurs. Octobre 2017, 530.

- [13] Castot A, Guichers-Rogier L, Rouleau-Quenette. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Afssaps, Bon usage. 2005,1-20.
- [14] Ameli. Prévenir des risques médicamenteux : l'Assurance Maladie s'engage pour prévenir la iatrogénie [En ligne]. 2006 [cité 2019]. Disponible sur : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cp10072006.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp10072006.pdf)
- [15] Ameli. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse [En ligne]. 2019 [cité 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-prevention/prevention-iatrogenie-medicamenteuse>
- [16] Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 3 juill 2004;329(7456):15-9.
- [17] Réviser les ordonnances à rallonge chez les seniors pour limiter les risques. 60 millions de consommateurs. Septembre 2017.
- [18] Doucet J, Jégo A, Noël D, Geffroy CE, Capet C, Coquard A, et al. Preventable and Non-Preventable Risk Factors for Adverse Drug Events Related to Hospital Admissions in the Elderly. *Clin Drug Investig*. 1 juin 2002;22(6):385-92.
- [19] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Thésaurus des interactions médicamenteuses [En ligne]. 2018 [cité 2019]. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/de444ea9eb4bc084905c917c902a805f.pdf](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/de444ea9eb4bc084905c917c902a805f.pdf)
- [20] Wiktionnaire [En ligne]. Paris, 2018. Iatrogénie [cité 2018]. Disponible sur: <https://fr.wiktionary.org/wiki/iatrog%C3%A8ne>
- [21] Ameli. Le bilan de médication, centré sur le patient, coordonne les professionnels dans la durée. 2018 [cité 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/le-bilan-de-medicacion-centre-sur-le-patient-coordonne-les-professionnels-dans-la-duree>
- [22] Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [En ligne]. 2018 [cité 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante)
- [23] Article R5126-14 du Code de la Santé Publique.
- [24]. Cespharm. Rôle du pharmacien [En ligne]. 2018[cité 2019]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
- [25] Labetoulle M. La iatrogénie : quelle ampleur, pourquoi et comment la réduire ? *Journal Français d'Ophtalmologie*. 2009;32 :79-82.

- [26] Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Ocelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Sante Publique*. 27 mars 2018;30(1):73-81.
- [27] Leem. Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les seniors : le « Collectif Bon Usage » en action [En ligne]. 2018 [cité 2019]. Disponible sur: <https://www.leem.org/presse/lutte-contre-la-iatrogenie-medicamenteuse-chez-les-seniors-le-collectif-bon-usage-en-action>
- [28] Leem. Les dix préconisations du Collectif bon usage du médicament [En ligne]. 2018[cité 2019]. Disponible sur: <https://www.leem.org/presse/les-dix-preconisations-du-collectif-bon-usage-du-medicament>
- [29] Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société*. 2002;25 / n° 103(4):93-106.
- [30] Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Rev Med Ass Maladie*. 2001;32(2):117-121.
- [31] Jocelyne M. Personnes âgées : les chiffres clés. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. 2014 [cité 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/les-chiffres-cles>
- [32] Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*. 2014;Tome LIII(4):67-82.
- [33] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008 ;84 :142-145
- [34] Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. *CNGE*. 2013 :2-13
- [35] Ordre National des Pharmaciens. Bilans partagés de médication, c'est parti ! [En ligne]. 2018 [cité 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Bilans-partages-de-medication-c-est-parti>
- [36] Ordre National des Pharmaciens. La démographie des pharmaciens - Le pharmacien [En ligne]. 2018 [cité 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>
- [37] Bontron J-C, Voisin L-M. Les pharmacies rurales sont-elles menacées ? *Pour*. 2012;N° 214(2):41-6.
- [38] Bordas P, Vellozzi J. Moyennes professionnelles 2018. *KPMG*. 2018 ; 26 :12-16.

- [39] Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine. Guide d'accompagnement des patients : Le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué [En ligne]. 2018. [cité 2019] Disponible sur : <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/11/Guide-daccompagnement-des-patients-annexe-avenant-12-signé-UNCAM.pdf>
- [40] Ameli. Le Dossier Médical Partagé dans les starting-blocks [En ligne]. 2018 [cité 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/le-dossier-medical-partage-dans-les-starting-blocks>
- [41] Icanopée. Pour ou contre le Dossier médical partagé ? [En ligne]. 2019 [cité 2019]. Disponible sur: <http://icanopee.net/pour-ou-contre-le-dossier-medical-partage/>
- [42] Article R.4127-4 du Code de la Santé Publique.
- [43] Marcelli A. Le secret partagé. Conseil national de l'ordre des médecins [En ligne]. 1998 [cité 2019]. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-secret-partage-714>
- [44] Professionnel ME. L'ouverture du secret partagé à d'autres professionnels. [cité 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Humanisme-deontologie/secret-partage>
- [45] Proulx S, Choon MJK. L'usage des réseaux socio numériques : une intériorisation douce et progressive du contrôle social. *Hermès, La Revue*. 2011;n° 59(1):105-11.
- [46] Alami JE, Akhdari N, Hocar O, Amal S. WhatsApp® et dermatologie. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 déc 2018;145(12, Supplement):S244.
- [47] Hughes CM. Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging*. 2004;21(12):793-811.
- [48] Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med*. avr 1990; 150(4):841-5.
- [49] Malhotra S, Karan R, Pandhi P, Jain S. Drug related medical emergencies in the elderly: role of adverse drug reactions and non-compliance. *Postgrad Med J*. nov 2001; 77(913):703-7.
- [50] Louis-Simonet M, Kossovsky MP, Sarasin FP, Chopard P, Gabriel V, Perneger TV, et al. Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medications. *Am J Med* 2004; 117(8):563-8.
- [51] Morrow DG, Weiner M, Deer MM, Young JM, Dunn S, McGuire P, et al. Patient-centered instructions for medications prescribed for the treatment of heart failure. *Am J Geriatr Pharmacother* 2004; 2(1):44-52.

- [52] Murray MD, Morrow DG, Weiner M, Clark DO, Tu W, Deer MM, et al. A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2004;2(1):36-43.
- [53] Berrut G. Persistance et observance. *John Libbey Eurotext*. 2011 ;4(1)5.
- [54] De Decker L, Gouraud A, Berrut G. Compliance et persistance thérapeutiques chez la personne âgée. 2011 ; 9(1)29-38.
- [55] Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, et al. Medication compliance : concepts and determinants. *Archives of cardiovascular diseases supplements*. 2012 ;4 :292-298.
- [56] Académie Nationale de Pharmacie. Observance des traitements médicamenteux en France [En ligne]. 2015. [cité 2019]. Disponible sur : [https://www.acadpharm.org/dos\\_public/Rapport\\_l\\_observance\\_medicamenteuse\\_VF\\_CORR\\_DGS\\_2016.02.09.pdf](https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_l_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf)
- [57] Horwitz RI, Viscoli CM, Berkman, Donaldson RM, Horwitz SM, Murray CJ et al. Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *Lancet* 1990; 336: 542-5.
- [58] Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009; 119: 3028-35.
- [59] Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC) [En ligne]. [cité 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc)
- [60] Vandesrasier A, Thoër C, Lussier M-T. Vers une communication efficace en pharmacie : une approche par contextualisation de l'interaction pharmacien-patient. *Communiquer Revue de communication sociale et publique*. 1 déc 2016;(17):25-40.
- [61] Spechbach H, Besson M, Forni JL. Médecins de premier recours et pharmaciens d'officine : un tandem amené à se renforcer et à se (re)centrer sur le patient ? *Rev Med Suisse*. 2011(7) :1864-1870.
- [62] McLean DL, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus, (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med* 2008; 168: 2355-61.
- [63] Tsuyuki RT, Johnson J, Teo KK, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management (SCRIP). *Arch Intern Med* 2002;162:1149-55.

- [64] Chisholm-Burns MA, Lee JK, Spivey CA, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care, systematic review and meta-analyses. *Med Care* 2010; 48:923-33.
- [65] Kusum P. Comment optimiser la dynamique relationnelle patient-pharmacien pour assurer une alliance thérapeutique. Thèse pour le diplôme de docteur en pharmacie. HAL. 2010.

## **ANNEXE 1 : Questionnaire vierge :**

### **QUESTIONNAIRE** **Adressé aux docteurs en pharmacie, en officine.**

**Objet :** Etude semi qualitative, d'évaluation des pratiques, évaluant la connaissance du pharmacien de son patient, et par cela sa capacité à pouvoir participer à la lutte contre la iatrogénie.

**Consignes :** Pour chaque question répondez à chacun des items par :  
**A CHAQUE FOIS (A) – LA PLUPART DU TEMPS (B) – RAREMENT (C) – JAMAIS (D) – JE NE SAIS PAS (E)**

**Vous pouvez ajouter à chaque réponse un commentaire si besoin.**

**Toutes les informations recueillies et les conclusions qui seront rendues le seront sur le principe de l'anonymat et de la confidentialité.**

Préambule pour le recueil des données :

Etes-vous un homme / une femme :

Quelle tranche d'âge avez-vous (20-30, 30-40, 40-50, 50-60, > 60ans) :

Depuis combien de temps exercez vous votre métier :

Dans quelle ville travaillez vous :

Question 1 :

Quelles informations avez-vous sur votre patient ?

- Coordonnées patient :
- Coordonnées médecin traitant :
- Coordonnées médecin spécialiste :
- Age :
- Comportements à risques/ Facteurs de risque (tabac, alcool...) :
- Antécédents précis personnels :
- Antécédents familiaux :
- Allergies :
- Dernier bilan biologique (fonction rénale, hépatique, glycémie) :
- Poids récent :

Question 2 :

Quelles informations avez-vous sur l'ordonnance ?

- Nom Prénom Date de naissance :
- Date :
- Facilité de lecture de l'ordonnance (écriture manuelle, informatique) :
- Posologies claires et précises :
- Durée de prescription / renouvellement :

Question 3 :

Lors d'une délivrance, que vérifiez-vous ?

- Absence d'interactions entre les différents médicaments sur l'ordonnance :
- Utilisez-vous un logiciel pour vous aider :
- Absence d'interactions avec les éventuels médicaments en vente libre (plantes, compléments alimentaires, etc.) :
- Absence d'interactions avec les antécédents et facteurs de risque du patient :

Question 4 :

Faites-vous une recommandation au patient :

- Si vous rencontrez une redondance, un mauvais dosage, une contre indication particulière :
- Si oui, par oral :
- Si oui, par écrit (note personnelle, prospectus) :

Question 5 :

Faites vous une recommandation au médecin traitant ET/OU au spécialiste :

- Si vous rencontrez une redondance, un mauvais dosage, une contre indication particulière :
- Si oui, par écrit (mail) :
- Si oui, par oral (téléphone) :
- *Pour cette question répondez par un chiffre* : Combien de fois cela arrive-t-il par jour/ semaine / mois en moyenne ?
- La communication pharmacien/médecin traitant est-elle facile :
- La communication pharmacien/médecin spécialiste est-elle facile :

Question 6 :

Lors d'un renouvellement d'ordonnance :

- Comparez vous à l'ancienne (ajout, retrait de médicament) :
- Vérifiez vous de nouveau toutes les informations et contre indications :
- Évaluez-vous l'observance thérapeutique :
- Enregistrez vous sur un logiciel les plaintes et commentaires éventuels du patient ?
- En faites- vous part au médecin traitant ou spécialiste ?

Question 7 :

Avez-vous assez d'outils ou de ressources pour :

- Évaluer rapidement le bilan de santé de votre patient :
- Évaluer rapidement la qualité d'une ordonnance ? (formation continue, logiciel d'alerte, etc.) :

**[ANNEXE 2] : Tableau des réponses du questionnaire sous forme informatique WORD**

Pharmaciens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	RESULTATS MOYENS	RESULTATS POURCENTAGES	COMPTES
ECHANTILLON																
Sexe	H	F	F	F	H	F	H	F	F	F	F	F	H	/	31% hommes / 69% femmes	4 hommes / 9 femmes
Age (par tranche)	30-40	50-60	> 60	30-40	30-40	20-30	50-60	50-60	30-40	40-50	> 60	40-50	50-60	43 ans (40-50 ans)	8% 20-30 ans ; 31% 30-40 ans ; 15% 40-50 ans ; 31% 50-60 ans ; 15% > 60 ans ;	1 (20-30) ; 4 (30-40) ; 2 (40-50) ; 4 (50-60) ; 2 (> 60)
Durée d'exercice (ans)	11	26	37	6	11	3	35	31	16	24	39	22	15	21 ans	/	/
Lieu d'exercice (Urbain, Semi Rural, Rural)	U 44	R 49	R 49	R 49	U 49	U 69	U 44	SR 44	SR 44	SR 44	U 44	U 44	R 72	/	46% Urbains / 31% Ruraux / 23% Semi Ruraux	6 Urbains / 4 Ruraux / 3 Semi Ruraux
QUESTION 1																
Quelles informations avez-vous sur votre patient :																
Coordonnées patient	A	A	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	A	A	77% A / 23% B	10 A / 3 B
Coordonnées médecin traitant	A	A	A	A	A	B	B	A	B	A	A	A	A	A	77% A / 23% B	10 A / 3 B
Coordonnées médecin spécialiste	B	A	C	A	B	B	B	B	C	A	A	A	A	A	46% A / 39% B / 15% C	6 A / 5 B / 2 C
Age du patient	A	A	A	A	A	A	B	A	A	A	A	A	A	A	92% A / 8% B	12 A / 1 B
Comportements à risque / Facteurs de risque	D	B	C	C	C	D	D	C	B	B	C	D	B	C	30% B / 39% C / 30% C	4 B / 5 C / 4 D
Antécédents précis personnels	D	B	B/C	C	C	C	B	C	C	B	C	C	B	C	30% B / 62% C / 8% D	4 B / 8 C / 1 D
Antécédents familiaux	D	B	D	C	C	C	D	D	D	C	C	C	B	C	15% B / 46% C / 39% D	2 B / 6 C / 5 D
Allergies	C	A	B	B	C	B	C	B	B	B	A	C	B	B	15% / 54% / 30%	2 A / 7 B / 4 C
Dernier bilan biologique (fonction rénale, hépatique...)	D	C	D	D	C	D	D	D	D	C	C	D	C	D	39% C / 62% D	5 C / 8 D
Poids récent	C	C	C	C	C	C	D	D	C	C	C	D	B	C	8% B / 69% C / 23% D	1 B / 9 C / 3 D
QUESTION 2																
Quelles informations avez-vous sur l'ordonnance :																
Nom, prénom, date de naissance	AAB	AAA	AAA	AAA	AAB	B	A	AAB	B	B	C	AAC	B	A	62% A / 30% B / 8% C	8 A / 4 B / 1 C
Date	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	100% A	13 A
Facilité de lecture de l'ordonnance (manuscrit, informatique)	B	A	B	B	B	B	A	A*	B	B	B	B	B	B	23% A / 77% B	3 A / 10 B
Posologies claires et précises	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	100% B	13 B
Durée de prescription / renouvellement	B	B	B	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	8% A / 92% B	1 A / 12 B
QUESTION 3																
Lors de la délivrance, que vérifiez-vous																
Absence d'interaction entre les différents médicaments sur l'ordonnance	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	100% A	13 A
Utilisez-vous un logiciel d'aide à la prescription	A	A	A	A	A	B	A	A	A	A	A	A	A	A	92% A / 8% B	12 A / 1 B

Absence d'interaction avec les éventuels médicaments en vente libre (plante, compléments alimentaires, etc.)	A	A	B	A	B	A	A	C*	B	A	A	B	B	A	54% A / 39% B / 8% C	7 A / 5 B / 1 C	
Absence d'interactions avec les antécédents et facteurs de risque du patient	B	A	A*	B	C	B	B	C	A	A	A	C	A	A	46% A / 30% B / 23% C	6 A / 4 B / 3 C	
<b>QUESTION 4</b>																	
Faites-vous une recommandation au patient																	
Si vous rencontrez une redondance, un mauvais dosage, une contre indication particulière	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	100% A	13 A
Si oui, par oral	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	B	A	A	A	92% A / 8% B	12 A / 1 B	
Si oui, pas écrit (note, prospectus)	C	B	C	C	C	D	B	B	B	A	C	D	A		15% A / 30% B / 39% C / 15% D	2 A / 4 B / 5 C / 2 D	
<b>QUESTION 5</b>																	
Faites-vous une recommandation au médecin généraliste ET/OU spécialiste																	
Si vous rencontrez une redondance, un mauvais dosage, une contre indication particulière	A	A	A	A	A	B	A	A	B	A	B	A	A	A	77% A / 23% B	10 A / 3 B	
Si oui, par écrit (mail)	C	B	C	C	D	D	A	C	C	C	C	D	A	C	15% A / 8% B / 54% C / 23% D	2 A / 1 B / 7 C / 3 D	
Si oui, par oral (téléphone)	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	B	A	A	A	92% A / 8% B	12 A / 1 B	
Combien de fois cela arrive-t-il par jour / semaine / mois en moyenne	5/m 1,25 /s	4/s 16/m	4/s 16/m	2/m 0,5/s	1/s 4/m	3/s 12/m	2/s 5/m	4 ou 5/s 18/m	2/s 5/m	3/m 0,75 /s	2/s 4/m	10/m 2,5/s	3/s 12/m	8-9 fois / mois 2-3 fois / semaine	/	/	
La communication pharmacien / médecin traitant est-elle facile	B	A	B	B	A	B	B	A	A	B	B	B	B	B	30% A / 69% B	4 A / 9 B	
La communication pharmacien / médecin spécialiste est-elle facile	C	C	B	B	B	B	C	B	B	C	B	C	C	B	54% B / 46% C	7 B / 6 C	
<b>QUESTION 6</b>																	
Lors d'un renouvellement d'ordonnance																	
Comparez-vous à l'ancienne (ajout, retrait de médicament)	A	A	A	A	B	A	A	A	A	A	B	A	A	A	85% A / 15% B	11 A / 2 B	
Vérifiez-vous de nouveau toutes les informations et contre indication	A	A	A	B	C	B	B	C	A	A	B	A	A	A	54% A / 30% B / 15% C	7 A / 4 B / 2 C	
Évaluez-vous l'observance thérapeutique	B*	B	A	B	B	C	B	B*	B	B	B	C	A	B	15% A / 69% B / 15% A	2 A / 9 B / 2 C	
Enregistrez-vous sur un logiciel les plaintes et commentaires éventuels du patient	D*	B	B	C	C	C	A	C	B	A	B	A	A	A B C	30% A / 30% B / 30% C / 8% D	4 A / 4 B / 4 C / 1 D	
En faites-vous part au médecin traitant et/ou spécialiste	A	C	A	C	C	C	C	C	C	B	B	D	C	C	15% A / 15% B / 62% C / 8% D	2 A / 2 B / 8 C / 1 D	
<b>QUESTION 7</b>																	
Avez-vous assez d'outils et de ressources pour																	
Évaluez rapidement le bilan de santé de votre patient	D	C	E	E	B	D	C	C*	C	C	C	B	C	C	15% B / 54% C / 15% D / 15% E	2 B / 7 C / 2 D / 2 E	
Évaluer rapidement la qualité d'une ordonnance ? (formation continue, logiciel d'alerte, etc.)	E	B	E	E	B	B	B	B*	A	A	B	B	A	B	23% A / 54% B / 23% E	3 A / 7 B / 3 E	

### [ANNEXE 3] Tableau Excel regroupant l'ensemble des résultats :

	RESULTATS QUESTIONNAIRE FORMAT WORD 13 sujets			RESULTATS QUESTIONNAIRE FORMAT NUMERISE 23 sujets (Nb : certains ont sauté 1 question, le nombre de sujet varie donc entre 22 et 23 selon les questions)			RESULTATS TOTAUX recalculés par rapport au nombre de sujets par format de réponse		
	MOYENNE	POURCENTAGE	COMPTE	MOYENNE	POURCENTAGE	COMPTE	MOYENNE TOTALES	POURCENTAGES TOTAUX	COMPTES TOTAUX
<b>ECHANTILLON</b>									
<b>Sexe</b>	/	31% hommes 69% femmes	4 hommes 9 femmes	/	17% hommes 83% femmes	4 hommes 19 femmes	/	22% hommes 78% femmes	8 hommes 28 femmes
<b>Age (par tranche)</b>	43 ans (tranche 40-50 ans)	8% 20-30 ans ; 31% 30-40 ans ; 15% 40-50 ans ; 31% 50-60 ans ; 15% > 60 ans ;	1 (20-30) ; 4 (30-40) ; 2 (40-50) ; 4 (50-60) ; 2 (> 60)	46 ans	0% 20-30 ans ; 44% 30-40 ans ; 13% 40-50 ans ; 30% 50-60 ans ; 13% > 60 ans	10 (30-40) ; 3 (40-50) ; 7 (50-60) ; 3 (> 60)	45 ans	3% ont 20-30 ans 39% ont 30-40 ans 14% ont 40-50 ans 30% ont 50-60 ans 14% ont > 60 ans	1 : 20-30 ans 14 : 30-40 ans 5 : 40-50 ans 11 : 50-60 ans 5 : > 60 ans
<b>Durée d'exercice</b>	21 ans	15% 5-10 ans ; 15% 10-15 ans ; 15% 15-20 ans ; 23% 20-30 ans ; 31% > 30 ans	2 (5-10) ; 2 (10-15) ; 2 (15-20) ; 3 (20-30) ; 4 (> 30)	18 ans	13% 5-10 ans ; 30% 10 à 15 ans ; 13% 15 à 20 ans ; 17% 20 à 30 ans ; 26% > 30 ans	3 (5-10) ; 7 (10-15) ; 3 (15-20) ; 4 (20-30) ; 6 (> 30)	19 ans	14% ont 5 à 10 ans de pratique 25% ont 10 à 15 ans de pratique 14% ont 15 à 20 ans de pratique 19% ont 20 à 30 ans de pratique 28% ont plus de 30 ans de pratique	5 : 5 à 10 ans de pratique 9 : 10 à 15 ans de pratique 5 : 15 à 20 ans de pratique 7 : 20 à 30 ans de pratique 10 : > 30 ans de pratique
<b>Lieu d'exercice</b>	/	46% Urbains / 31% Ruraux / 23% Semi Urbains	6 Urbains / 4 Ruraux / 3 Semi Urbains	/	9% Urbains / 61% Ruraux / 30% Semi Urbains	2 Urbains / 14 Ruraux / 7 Semi Urbains	/	22% Urbains 50% Ruraux 28% Semi Urbains	8 sont Urbains 18 sont Ruraux 10 sont Semi Urbains
<b>QUESTION 1</b>									
<b>Quelles informations avez-vous sur votre patient</b>									
<b>Coordonnées patient</b>	A	77% A / 23% B	10 A / 3 B	A	87% A / 9% B / 4% C	20 A / 2 B / 1 C	A	83% A / 14% B / 3% C	30 A / 5 B / 1 C
<b>Coordonnées médecin traitant</b>	A	77% A / 23% B	10 A / 3 B	A	65% A / 30% B / 4% C	15 A / 7 B / 1 C	A	69% A / 28% B / 3% C	25 A / 10 B / 1 C
<b>Coordonnées médecin spécialiste</b>	A	46% A / 39% B / 15% C	6 A / 5 B / 2 C	B	41% A / 46% B / 9% C / 4% D	9 A / 10 B / 2 C / 1 D	B	42% A / 42% B / 11% C / 8% D	15 A / 15 B / 4 C / 1 D
<b>Age du patient</b>	A	92% A / 8% B	12 A / 1 B	A	83% A / 13% B / 4% C	19 A / 3 B / 1 C	A	86% A / 11% B / 3% C	12 B / 17 C / 6 D
<b>Comportements à risque / Facteurs de risque</b>	C	30% B / 39% C / 30% C	4 B / 5 C / 4 D	C	36% B / 55% C / 9% D	8 B / 12 C / 2 D	C	33% B / 49% C / 18% D	12 B / 17 C / 6 D
<b>Antécédents personnels</b>	C	30% B / 62% C / 8% D	4 B / 8 C / 1 D	C	9% A / 35% B / 44% C / 13% D	2 A / 8 B / 10 C / 3 D	C	6% A / 33% B / 50% C / 11% D	2 A / 12 B / 18 C / 4 D
<b>Antécédents familiaux</b>	C	15% B / 46% C / 39% D	2 B / 6 C / 5 D	C	4% A / 22% B / 61% C / 13% D	1 A / 5 B / 14 C / 3 D	C	3% A / 19% B / 56% C / 22% D	1 A / 7 B / 20 C / 8 D
<b>Allergies</b>	B	15% / 54% / 30%	2 A / 7 B / 4 C	B	9% A / 65% B / 26% C	2 A / 15 B / 6 C	B	11% A / 61% B / 28% C	4 A / 23 B / 10 C
<b>Dernier bilan biologique (fonction rénale, hépatique...)</b>	D	39% C / 62% D	5 C / 8 D	CD	4% B / 48% C / 48% D	1 B / 11 C / 11 D	D	3% B / 44% C / 53% D	1 B / 16 C / 19 D
<b>Poids récent</b>	C	8% B / 69% C / 23% D	1 B / 9 C / 3 D	C	30% B / 52% C / 17% D	7 B / 12 C / 4 D	C	22% B / 58% C / 19% D	8 B / 21 C / 7 D

QUESTION 2									
Quelles informations avez-vous sur l'ordonnance									
Nom, prénom, date de naissance	A	62% A / 30% B / 8% C	8 A / 4 B / 1 C	B	39% A / 52% B / 9% C	9 A / 12 B / 2 C	A	47% A / 44% B / 8% C	17 A / 16 B / 3 C
Date	A	100% A	13 A	A	83% A / 17% B	19 A / 4 B	A	89% A / 11% B	32 A / 4 B
Facilité de lecture de l'ordonnance (manuscrit, informatique)	B	23% A / 77% B	3 A / 10 B	A	83% A / 17% B	19 A / 4 B	A	61% A / 39% B	22 A / 14 B
Posologies claires et précises	B	100% B	13 B	B	13% A / 78% B / 9% C	3 A / 18 B / 2 C	B	8% A / 86% B / 5% C	3 A / 31 B / 2 C
Durée de prescription / renouvellement	B	8% A / 92% B	1 A / 12 B	B	39% A / 61% B	9 A / 14 B	B	28% A / 72% B	10 A / 26 B
QUESTION 3									
Lors de la délivrance, que vérifiez-vous									
Absence d'interaction entre les différents médicaments sur l'ordonnance	A	100% A	13 A	A	83% A / 17% B	19 A / 4 B	A	89% A / 11% B	32 A / 4 B
Utilisez-vous un logiciel d'aide à la prescription	A	92% A / 8% B	12 A / 1 B	A	100% A	23 A	A	97% A / 3% B	35 A / 1 B
Absence d'interaction avec les éventuels médicaments en vente libre (plante, compléments alimentaires, etc.)	A	54% A / 39% B / 8% C	7 A / 5 B / 1 C	B	22% A / 56% B / 22% C	5 A / 13 B / 5 C	B	33% A / 50% B / 17% C	12 A / 18 B / 6 C
Absence d'interactions avec les antécédents et facteurs de risque du patient	A	46% A / 30% B / 23% C	6 A / 4 B / 3 C	B	17% A / 74% B / 9% C	4 A / 17 B / 2 C	B	28% A / 58% B / 14% C	10 A / 21 B / 5 C
QUESTION 4									
Faites-vous une recommandation au patient									
Si vous rencontrez une redondance, un mauvais dosage, une contre indication particulière	A	100% A	13 A	A	96% A / 4%	22 A / 1 B	A	97% A / 3% B	35 A / 1 B
Si oui, par oral	A	92% A / 8% B	12 A / 1 B	A	96% A / 4% B	21 A / 1 B	A	95% A / 5% B	34 A / 3 B
Si oui, pas écrit (note personnelle, prospectus)	C	15% A / 30% B / 39% C / 15% D	2 A / 4 B / 5 C / 2 D	C	26% A / 30% B / 35% C / 9% D	6 A / 7 B / 8 C / 2 D	C	22% A / 30% B / 36% C / 11% D	8 A / 11 B / 13 C / 4 D
QUESTION 5									
Faites-vous une recommandation au médecin généraliste ET/OU spécialiste									
Si vous rencontrez une redondance, un mauvais dosage, une contre indication particulière	A	77% A / 23% B	10 A / 3 B	A	83% A / 17% B	19 A / 4 B	A	80% A / 20% B	29 A / 7 B
Si oui, par écrit (mail)	C	15% A / 8% B / 54% C / 23% D	2 A / 1 B / 7 C / 3 D	C	13% A / 9% B / 56% C / 22% D	3 A / 2 B / 13 C / 5 D	C	14% A / 8% B / 55% C / 22% D	5 A / 3 B / 20 C / 8 D
Si oui, par oral (téléphone)	A	92% A / 8% B	12 A / 1 B	A	87% A / 13% B	20 A / 3 B	A	89% A / 11% B	32 A / 4 B

Combien de fois cela arrive-t-il par jour / semaine / mois en moyenne	2-3 fois / semaine 8-9 fois / mois	/	/	4 / semaine 9-10 fois / mois	78% < 5 fois / semaine 22% dizaine / semaine 35% < 5fois / mois 44% dizaine / mois 22% vingtaine / mois	18 < 5fois / semaine 5 dizaine / semaine 8 < 5 fois / mois 10 dizaine / mois 5 vingtaine / mois	3-4 fois / semaine 9 fois / mois	/	/
La communication pharmacien / médecin traitant est-elle facile	B	30% A / 69% B	4 A / 9 B	B	30% A / 70% B	7 A / 16 B	B	30% A / 69% B	11 A / 25 B
La communication pharmacien / médecin spécialiste est-elle facile	B	54% B / 46% C	7 B / 6 C	B	9% A / 56% B / 35% C	2 A / 13 B / 8 C	B	5% A / 55% B / 39% C	2 A / 20 B / 14 C
<b>QUESTION 6</b>									
<b>Lors d'un renouvellement d'ordonnance</b>									
Comparez-vous à l'ancienne (ajout, retrait de médicament)	A	85% A / 15% B	11 A / 2 B	A	54% A / 41% B / 4% C	12 A / 9 B / 1 C	A	64% A / 30% B / 6% C	23 A / 11 B / 1 C
Vérifiez-vous de nouveau toutes les informations et contre indication	A	54% A / 30% B / 15% C	7 A / 4 B / 2 C	A	48% A / 43% B / 9% C	11 A / 10 B / 2 C	A	50% A / 39% B / 11% C	18 A / 14 B / 4 C
Évaluez-vous l'observance thérapeutique	B	15% A / 69% B / 15% A	2 A / 9 B / 2 C	B	13% A / 52% B / 35% C	3 A / 12 B / 8 C	B	14% A / 33% B / 28%	5 A / 21 B / 10 C
Enregistrez-vous sur un logiciel les plaintes et commentaires éventuels du patient	A B C	30% A / 30% B / 30% C / 8% D	4 A / 4 B / 4 C / 1 D	B C	35% B / 35% C / 30% D	8 B / 8 C / 7 D	C	11% A / 33% B / 33% C / 22% D	4 A / 12 B / 12 C / 8 D
En faites-vous part au médecin traitant et/ou spécialiste	C	15% A / 15% B / 62% C / 8% D	2 A / 2 B / 8 C / 1 D	C	9% A / 22% B / 52% C / 17% D	2 A / 5 B / 12 C / 4 D	C	11% A / 19% B / 55% C / 14% D	4 A / 7 B / 20 C / 5 D
<b>QUESTION 7</b>									
<b>Avez-vous assez d'outils et de ressources pour</b>									
Évaluez rapidement le bilan de santé de votre patient	C	15% B / 54% C / 15% D / 15% E	2 B / 7 C / 2 D / 2 E	C	4% A / 22% B / 61% C / 13% D	1 A / 5 B / 14 C / 3 D	C	3% A / 19% B / 58% C / 14% D / 6% E	1 A / 7 B / 21 C / 5 D / 2 E
Évaluer rapidement la qualité d'une ordonnance ? (formation continue, logiciel d'alerte, etc.)	B	23% A / 54% B / 23% E	3 A / 7 B / 3 E	B	35% A / 65% B	8 A / 15 B	B	30% A / 70% B	11 A / 22 B

## [ANNEXE 4] Histogrammes des résultats totaux :

Rappel des réponses :

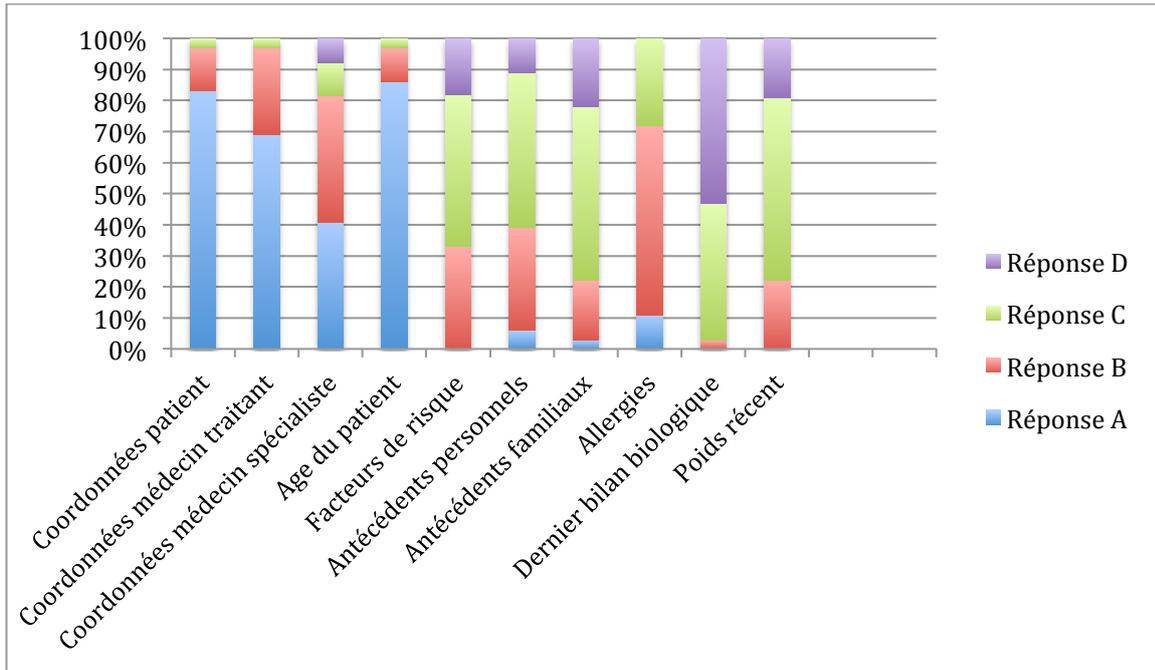
A : A chaque fois

B : La plupart du temps

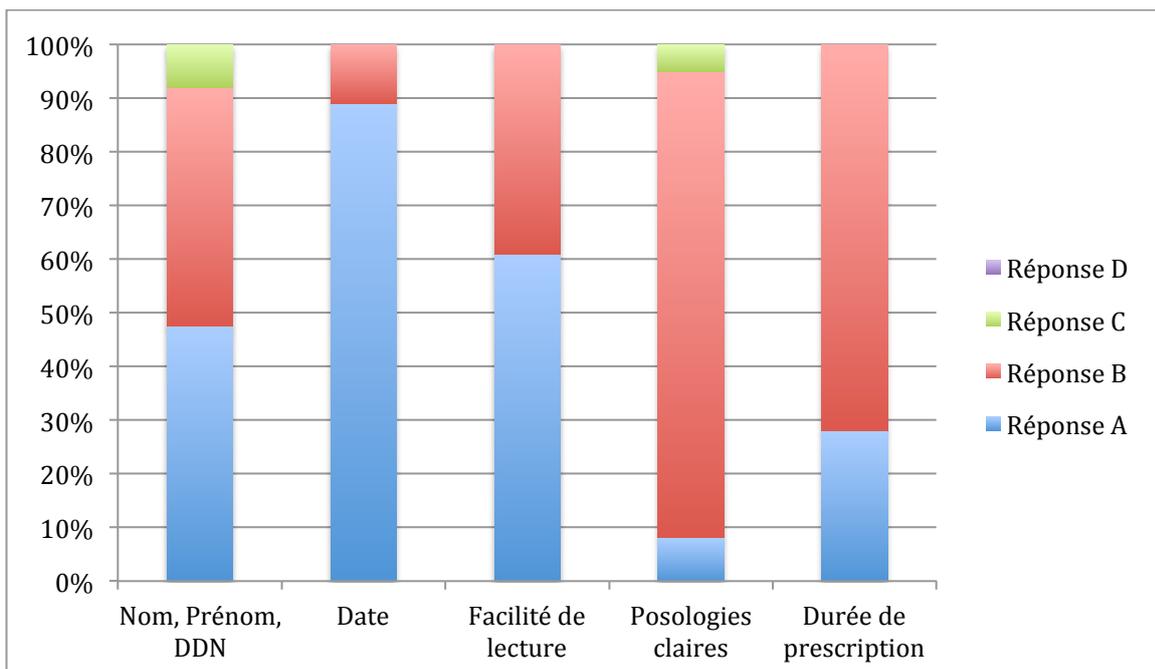
C : Rarement

D : Jamais

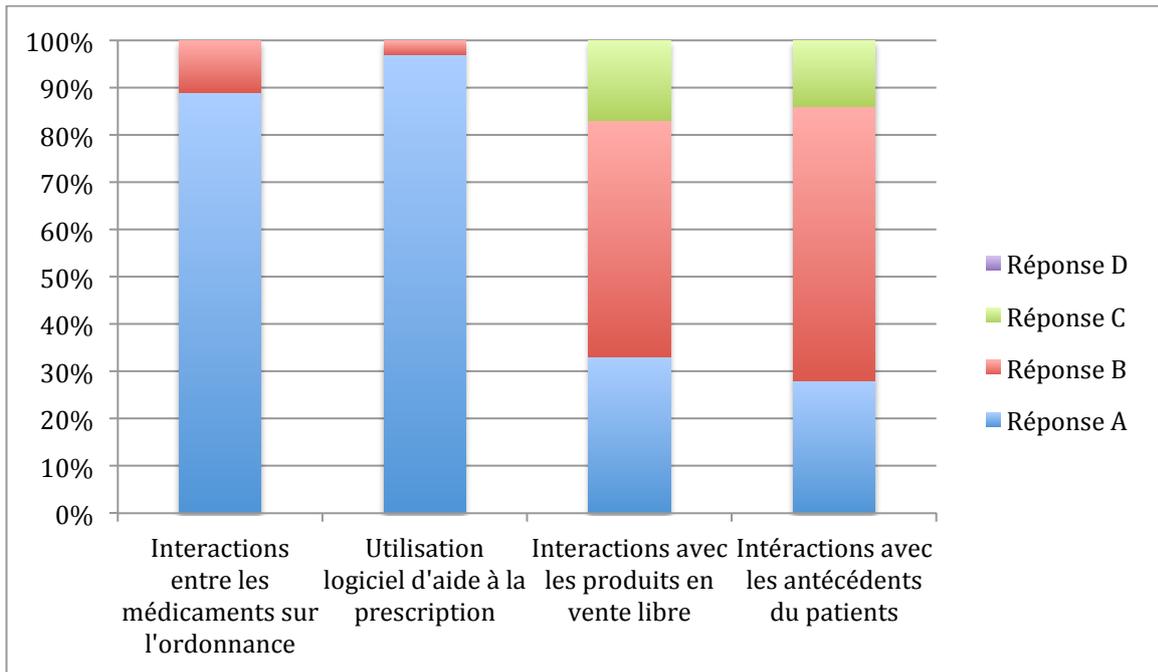
Question 1 : Quelles informations avez-vous sur le patient ?



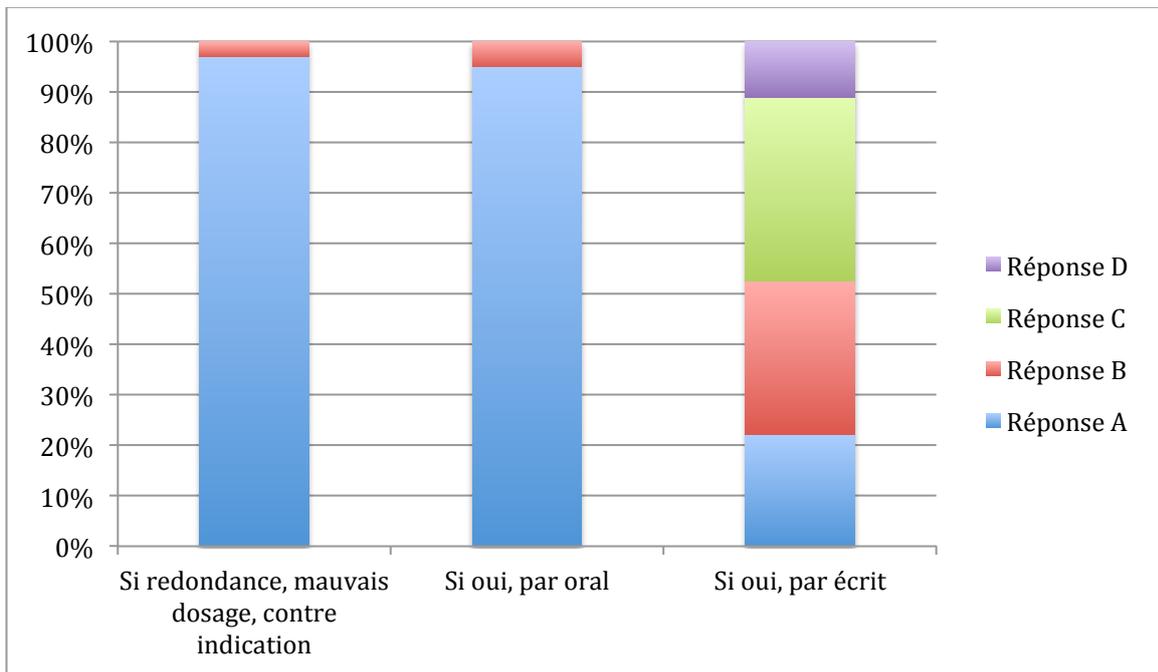
Question 2 : Quelles informations avez-vous sur l'ordonnance ?



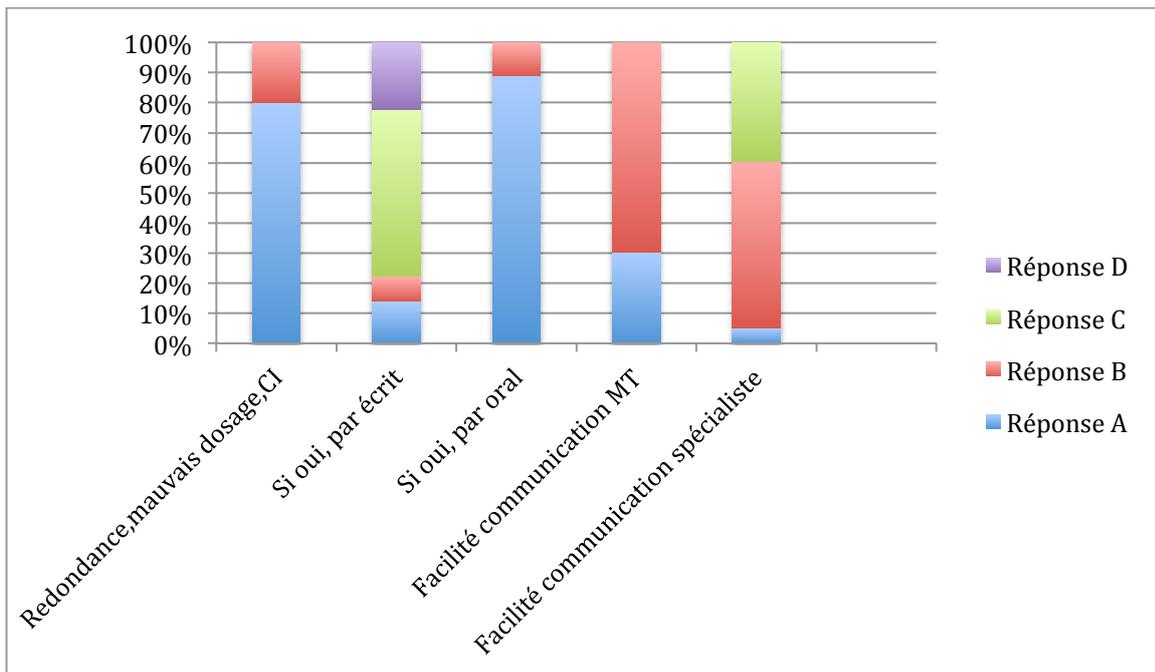
**Question 3 : Lors de la délivrance, que vérifiez-vous ?**



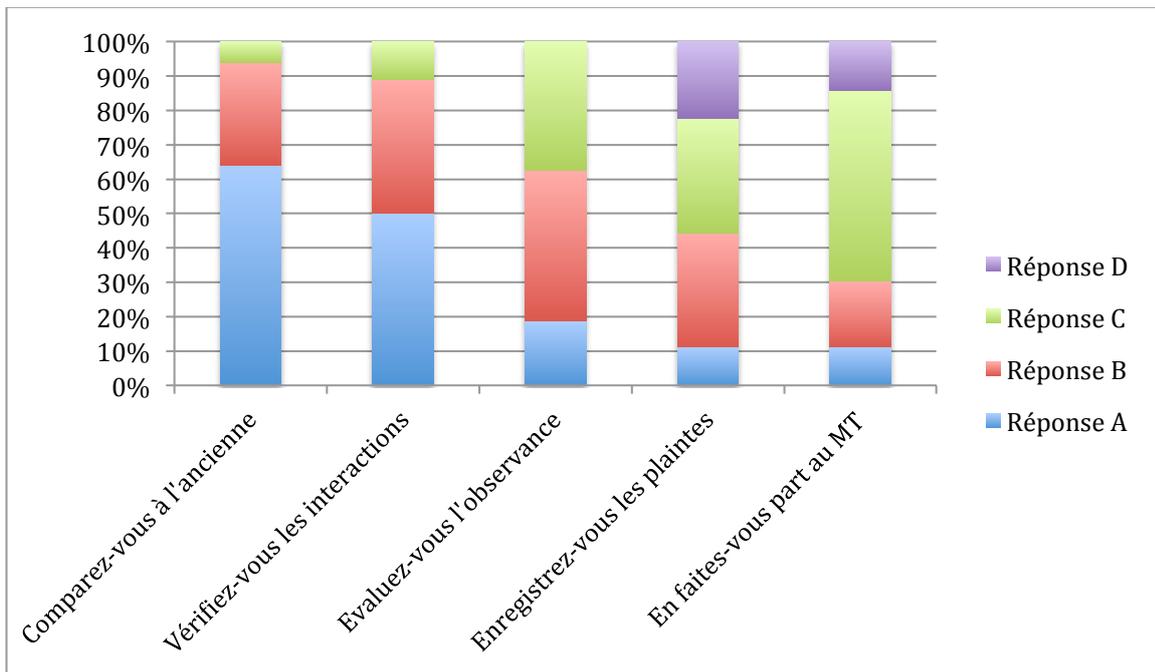
**Question 4 : Faites-vous une recommandation au patient si vous rencontrez :**



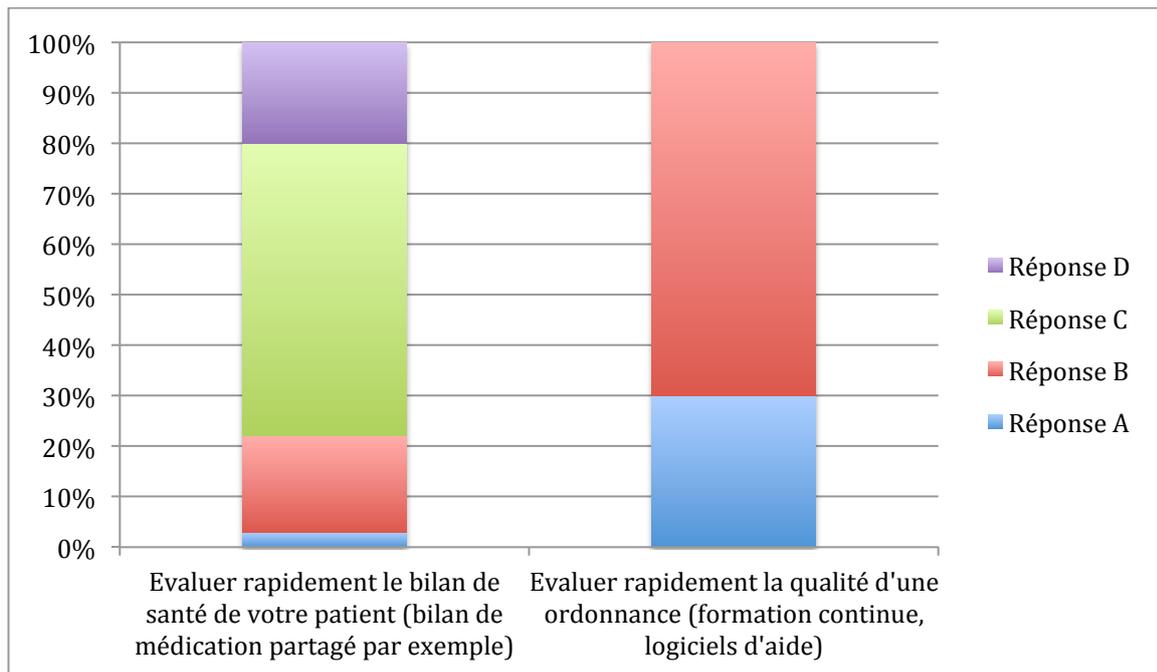
**Question 5 : Faites-vous une recommandation au médecin si vous rencontrez :**



**Question 6 : Lors d'un renouvellement d'ordonnance :**



Question 7 : Avez-vous assez d'outils et de ressources pour :



## **[ANNEXE 5] Listing des villes des pharmaciens de l'échantillon :**

### Questionnaire sous le format informatique WORD :

- Le Fuilet
- Angers
- Le Fuilet
- Le Fuilet
- Nantes
- Lyon
- Nantes
- Saint Sébastien sur Loire
- Nantes
- Nantes
- La Ferte Bernard
- Indre
- La Baule

### Questionnaires sous le format numérisé GOOGLE FORMS :

- Toulouse
- Calvisson
- Issenheim
- Malzeville
- Paris
- Bressuire
- Bray Dunes
- Carentan
- Breuil le Sec
- Louru
- Sainte Maure de Touraine
- Dettwiller
- Autun
- Daumazan sur Arize
- Feuchy
- Avrille
- Saint Maur des Fossés
- Le Croisic
- Abbeville
- Berck sur Mer
- La Ferte Saint Aubin
- Breuil le Vert
- Chalette sur Loing

---

**« Le rôle du pharmacien dans la limitation des effets iatrogènes liés aux prescriptions médicales. »**

---

**Introduction :** La iatrogénie est un enjeu de santé publique. Il existe un lien direct entre la polyopathie, donc la polymédication, et l'apparition d'effets iatrogènes, c'est à dire d'effets néfastes dus aux médicaments. Les patients polymédiqués sont pour la plupart des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, dont le nombre augmente chaque année en France, et ce sont donc eux qui sont le plus exposés à la iatrogénie. Une prise de conscience nationale a eu lieu ces dernières années, et a confié aux pharmaciens de nouvelles missions de lutte contre la iatrogénie, comme le bilan de médication partagé. L'objectif de notre étude est de comprendre comment et par quels moyens les pharmaciens effectuent leur rôle dans la limitation des effets iatrogènes liés aux prescriptions médicales.

**Méthodes :** Etude semi qualitative menée auprès de trente-six docteurs en pharmacie exerçants en officine répartis sur toute la France, par l'intermédiaire d'un questionnaire à choix multiples et de notes personnelles, suivie d'une analyse par découpage thématique, en lien avec l'actualité.

**Résultats :** La majorité des pharmaciens se sentent très concernés par la iatrogénie, la plupart sont au courant de leurs nouvelles missions, mais pour l'instant seulement quelque uns les connaissent et les appliquent dans le détail. Les facteurs limitant l'application de leurs nouvelles missions sont le manque de temps, et le manque de connaissance du patient (antécédents, facteurs de risques, allergies, etc.). Ce défaut de connaissance du patient peut découler de l'infidélité de la patientèle, et/ou du défaut de partage des informations médicales entre professionnels de santé. Les facteurs encourageant le développement de ces missions sont la motivation des pharmaciens, et leur soucis de formation continue bien menée. Mais aussi l'amélioration de la communication inter professionnelle, notamment par des ordonnances plus claires qu'auparavant ; et de la communication pharmacien-patient qui évolue. Les données en cours d'évolution sont la qualité de l'information donnée au patient pour la prévention de l'observance, et l'accélération du partage des données médicales du patient entre professionnels de santé. Certains sont encore réticents ou méfiants quant au partage des informations, qui peut exposer à ne pas respecter le secret médical.

**Conclusion :** Dans notre étude, nous avons démontré que le partage des données médicales et l'amélioration de la communication semblent être les critères majeurs nécessaires aux pharmaciens pour réaliser leur nouveau rôle d'acteur de la limitation de la iatrogénie liée aux prescriptions médicales. Récemment un nouvel amendement de la loi santé a élargi certaines possibilités de prescription aux pharmaciens. Il serait intéressant d'étudier l'avis des patients, et notamment des patients polymédiqués de plus de soixante-cinq ans, sur leur vision du rôle de leur pharmacien; et la façon dont ils appréhendent l'obtention et la consommation des médicaments présents sur leur ordonnance.

---

MOTS-CLES

Iatrogénie, médicaments, polymédication, pharmaciens, bilan de médication, partage des données, secret médical, communication, informations, observance

Vu, Monsieur le Président du Jury,  
Professeur Gilles BERRUT

Vu, Madame la Directrice de Thèse,  
Professeur Laure DE DECKER

Vu, Monsieur le représentant de la Direction de Médecine Générale à Nantes,  
Professeur Laurent BRUTUS

**« Le rôle du pharmacien dans la limitation des effets iatrogènes liés aux prescriptions médicales. »**

---

**Introduction :** La iatrogénie est un enjeu de santé publique. Il existe un lien direct entre la polypathologie, donc la polymédication, et l'apparition d'effets iatrogènes, c'est à dire d'effets néfastes dus aux médicaments. Les patients polymédiqués sont pour la plupart des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, dont le nombre augmente chaque année en France, et ce sont donc eux qui sont le plus exposés à la iatrogénie. Une prise de conscience nationale a eu lieu ces dernières années, et a confié aux pharmaciens de nouvelles missions de lutte contre la iatrogénie, comme le bilan de médication partagé. L'objectif de notre étude est de comprendre comment et par quels moyens les pharmaciens effectuent leur rôle dans la limitation des effets iatrogènes liés aux prescriptions médicales.

**Méthodes :** Etude semi qualitative menée auprès de trente-six docteurs en pharmacie exerçants en officine répartis sur toute la France, par l'intermédiaire d'un questionnaire à choix multiples et de notes personnelles, suivie d'une analyse par découpage thématique, en lien avec l'actualité.

**Résultats :** La majorité des pharmaciens se sentent très concernés par la iatrogénie, la plupart sont au courant de leurs nouvelles missions, mais pour l'instant seulement quelque uns les connaissent et les appliquent dans le détail. Les facteurs limitant l'application de leurs nouvelles missions sont le manque de temps, et le manque de connaissance du patient (antécédents, facteurs de risques, allergies, etc.). Ce défaut de connaissance du patient peut découler de l'infidélité de la patientèle, et/ou du défaut de partage des informations médicales entre professionnels de santé. Les facteurs encourageant le développement de ces missions sont la motivation des pharmaciens, et leur soucis de formation continue bien menée. Mais aussi l'amélioration de la communication inter professionnelle, notamment par des ordonnances plus claires qu'auparavant ; et de la communication pharmacien-patient qui évolue. Les données en cours d'évolution sont la qualité de l'information donnée au patient pour la prévention de l'observance, et l'accélération du partage des données médicales du patient entre professionnels de santé. Certains sont encore réticents ou méfiants quant au partage des informations, qui peut exposer à ne pas respecter le secret médical.

**Conclusion :** Dans notre étude, nous avons démontré que le partage des données médicales et l'amélioration de la communication semblent être les critères majeurs nécessaires aux pharmaciens pour réaliser leur nouveau rôle d'acteur de la limitation de la iatrogénie liée aux prescriptions médicales. Récemment un nouvel amendement de la loi santé a élargi certaines possibilités de prescription aux pharmaciens. Il serait intéressant d'étudier l'avis des patients, et notamment des patients polymédiqués de plus de soixante-cinq ans, sur leur vision du rôle de leur pharmacien; et la façon dont ils appréhendent l'obtention et la consommation des médicaments présents sur leur ordonnance.

---

**MOTS-CLES**

Iatrogénie, médicaments, polymédication, pharmaciens, bilan de médication, partage des données, secret médical, communication, informations, observance