

## FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le bilan partagé de médication est-il favorable à l'appropriation de  
son traitement par le patient ?**

Présentée et soutenue publiquement le 05 Mai 2022 à 16h  
Au Pôle Formation

**Par Eugénie FOURDINIER-PAING**

---

### JURY

**Président :**

**Monsieur le Professeur *Emmanuel CHAZARD***

**Assesseur :**

**Monsieur le Professeur *Bertrand DECAUDIN***

**Monsieur le Professeur *Denis DELEPLANQUE***

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur *Guillaume SERRON***

---

## **Avertissement**

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les

Thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



## Liste des abréviations

<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>AVK</b>	Anti Vitamine K
<b>ACO</b>	Anticoagulant Oraux
<b>BPM</b>	Bilan Partagé de Médication
<b>CSP</b>	Catégorie Socioprofessionnelle
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HBP</b>	Hypertrophie Bénigne de Prostate
<b>HTA</b>	Hypertension Artérielle
<b>INR</b>	International Normalised Ratio
<b>IPP</b>	Inhibiteur de la Pompe à Protons
<b>MMAS-8</b>	Morisky Medication Adherence Scale 8 items
<b>Molécule</b>	Principe actif d'un médicament Un médicament peut contenir une ou plusieurs molécules
<b>MPR</b>	Médication Possession Ratio
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>SMR</b>	Service Médical Rendu

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>7</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>9</b>
Facteurs influençant l'observance : (6–10,12–15) .....	11
<b>I. Matériel et méthode</b> .....	<b>16</b>
1. Objectifs de l'étude .....	16
2. Type d'étude .....	16
3. Population étudiée .....	16
4. Le questionnaire .....	17
5. Recueil des données .....	17
6. Analyse statistique .....	18
7. Éthique.....	19
<b>II. Résultats</b> .....	<b>20</b>
1. Questionnaires étudiés .....	20
2. Caractéristiques des patients inclus (N=57) .....	20
3. L'ordonnance des patients (N=53) .....	22
4. L'entrée dans le bilan partagé de médication .....	23
5. Les avantages du BPM.....	25
6. Les inconvénients du BPM (N=57).....	29
7. L'échange patient-pharmacien (N=57) .....	30
8. L'échange patient-médecin .....	32
9. La communication interprofessionnelle (N=57) .....	33
10. Analyse bi variée (N=57).....	34
11. Résultats principaux.....	40
<b>III. Discussion</b> .....	<b>41</b>
1. Limites de l'étude .....	41
a) Le recrutement des patients .....	41
b) Le recueil des données .....	42
c) Les résultats.....	42
d) Les biais.....	42

2. Forces de l'étude .....	43
3. Comparaison avec la littérature:.....	43
4. Perspectives d'avenir .....	47
<b>Conclusion .....</b>	<b>48</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>49</b>
<b>Annexe 1 : Questionnaire .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 2 : Déclaration de conformité .....</b>	<b>56</b>

## Résumé

**Contexte :** Le vieillissement de la population induit une majoration des pathologies chroniques et une polymédication. Une des principales conséquences est un défaut d'observance. Pour répondre à ce problème de santé publique majeur, le système de soins français tente de s'adapter. La coordination interprofessionnelle et l'éducation thérapeutique sont des axes majeurs de réponse. De nouvelles missions sont confiées aux pharmaciens, tel que le bilan partagé de médication. Ce bilan partagé de médication est-il favorable à l'appropriation de son traitement par le patient ?

**Méthode :** Réalisation sur 7 mois d'une étude épidémiologique descriptive transversale, au moyen d'un questionnaire à la recherche d'un bénéfice aux échanges patient-pharmacien ; à la recherche d'un profil de patient pour lequel le BPM serait d'avantage favorable ; à l'évaluation du regard que portent les patients sur la communication médecin-pharmacien les concernant.

**Résultats :** Un total de 57 questionnaires a été analysé. La très grande majorité des patients ont perçu le BPM comme **bénéfique** (80%), alors que peu d'améliorations objectives ont été mises en évidence. Le bénéfice principal est constitué du sentiment d'une amélioration de la connaissance de son traitement et de sa maladie par le patient. Le BPM semble être davantage bénéfique aux patients ayant un syndrome anxio-dépressif. Les patients sont favorables à la communication interprofessionnelle pour la prise en charge de leurs pathologies chroniques mais ne souhaitent pas y prendre part.

**Conclusion :** Le bénéfice du BPM apparaît plutôt mince, il semble légitime de mettre en doute son efficacité.

**Context** : Aging population leads to an increase in chronic pathologies which generates polypharmacy. The main consequence of this is a lack of compliance by the patient with regard to his treatment. To answer this major public health problem, the French health system has to adapt. Interprofessional coordination and therapeutic education can be the principal answers. New missions are assigned to pharmacists, such as the shared medication review (BPM). Is this shared medication review favorable to the appropriation of his treatment by the patient?

**Method** : Realization over 7 months of an epidemiological descriptive transversal study, by a survey in search of a benefit to patient-pharmacist exchanges; looking for a patient profile for which the BPM would be more favorable; to the evaluation of the vision that patients have on the doctor-pharmacist communication about them.

**Results** : A total of 57 surveys were analyzed. The vast majority of patients perceived the BPM as beneficial (80%), while few objective improvements were demonstrated. The main benefit consists of the feeling of an improvement in the patient's knowledge of his treatment and his disease. BPM seems to be more beneficial to patients with an anxiety-depressive syndrome. Patients are in favor of interprofessional communication for the management of their chronic pathologies but do not want to take part in it.

**Conclusion** : The benefit of BPM appears rather small, and it seems legitimate to question its efficiency.

## Introduction

En janvier 2021, 20,7% de la population française avaient plus de 65 ans contre 16% en 2001. (1,2)

Le nombre de maladies chroniques augmentant proportionnellement avec l'âge, (3) le vieillissement de la population entraîne mécaniquement une augmentation du nombre de patients ayant une ou plusieurs maladies chroniques.

En France en 2019, 20 millions de personnes étaient atteintes de pathologies chroniques, soit près de 35% de la population.(4)

Ces pathologies nécessitent l'introduction d'un ou plusieurs médicaments. La polymédication est donc par conséquent fréquente, souvent justifiée et peu contrôlable. Mais elle n'est pas sans conséquences puisqu'elle **diminue l'observance** et **augmente le risque de iatrogénie**. (5)

L'observance thérapeutique englobe deux notions qu'il ne faut pas confondre. (6)

La première, fait appel à une notion de contrainte à laquelle le patient est censé se conformer, elle s'appelle la **compliance**. Cette facette de l'observance est facilement objectivable et mesurable, bien qu'aujourd'hui les méthodes soient variées : l'auto déclaration, le pill compt, le pilulier électronique, le dosage sanguin de la concentration en médicament, le calcul du MPR ou le score GIRERD.

La Seconde est l'**adhésion thérapeutique**, elle fait appel à une notion d'acceptation de la part du patient vis-à-vis de son traitement. (7)

Elle prend en compte le point de vue de celui-ci et est plus difficilement mesurable, il n'existe pas de score validé.

Finalement, l'observance peut être définie comme la concordance entre l'action du patient (fait de prendre ou de ne pas prendre, fait de faire ou de ne pas faire) et les

prescriptions médicamenteuses, hygiéniques et diététiques qui lui ont été prescrites par le médecin et relayées par le pharmacien. (8)

Influencé par le contexte et par les évènements de vie rencontrés, le comportement du patient oscille dans la durée entre une polarité d'observance et une polarité d'inobservance.

L'OMS estime que l'observance médicamenteuse des patients est de 50%. (9)

Mais celle-ci est variable d'une pathologie à une autre. Elle est estimée à 51% dans le traitement de l'hypertension artérielle, alors que pour le traitement d'entretien de l'asthme elle est estimée à 28%.(9)

Les réflexions au sujet de l'observance sont anciennes puisque Hippocrate disait déjà : « Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments. » (10)

Le problème d'observance est au cœur de la relation médecin-malade (11) .

Si pour le prescripteur cela semble naturel que sa prescription soit suivie, pour le patient, cela est moins évident.

De nombreux facteurs l'influencent dans le fait d'être observant.

## Facteurs influençant l'observance : (6–10,12–15)

	Facteur d'observance ou de non-observance
La relation médecin malade	<p>L'empathie du médecin (meilleure empathie améliore HbA1c).            La relation de confiance de proximité.            L'intérêt du médecin pour ce sujet.            La formation du médecin notamment aux techniques de communication.            La multiplicité des praticiens consultés.            Le manque de communication entre les différents professionnels.</p>
Le patient	<p>L'âge (extrême).            L'histoire personnelle            La personnalité            La méconnaissance de la maladie des traitements            Les croyances            Une décision libre et réfléchie            La santé psychique (dépression, anxiété)            Les troubles visuels, auditifs et de dextérité.</p>
La pathologie	<p>L'absence de symptôme.            La durée.</p>
Le traitement	<p>La taille des comprimés.            La fréquence des prises.            Les modalités d'administration.            Les mesures associées (surveillance glycémique)            Le nombre de médicaments sur l'ordonnance (dès 5 molécules l'observance diminue)</p>
Les facteurs sociaux	<p>La représentation sociale de la maladie            Le reste à charge pour le patient / problème financier.            Les contraintes professionnelles (horaires).            Le soutien de l'entourage.            L'isolement social.</p>
Le système de soin	<p>L'accès aux soins.            La facilité de prise de rendez-vous.            L'accueil reçu.            La régularité des échanges.</p>

Selon l'OMS : « résoudre le problème de non observance thérapeutique serait plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès biomédical ! ». (9)

Une bonne observance permet de **réduire la mortalité** (10,16) toute cause confondue, de moitié chez les patients atteints de pathologies cardio-vasculaires, responsables d'un décès sur trois. (17)

A l'inverse, une mauvaise observance **réduit l'efficacité du traitement, anticipe** la survenue des **complications** liées à la maladie et majore la **gravité** de celles-ci. Elle augmente **le risque de chute et le nombre d'hospitalisations**. Un sujet âgé sur dix est hospitalisé en conséquence d'une non-observance thérapeutique. (18) (19)

La non-observance a également des conséquences **économiques** représentées par le coût : des hospitalisations, de l'absentéisme au travail ; à ces deux points s'ajoute le coût des médicaments achetés et non consommés.

### **La iatrogénie**

La iatrogénie médicamenteuse est définie comme l'ensemble des conséquences néfastes pour la santé potentielles et avérées, résultant de l'intervention médicale (erreur de diagnostic, prévention et prescription inadaptées, complication d'un acte thérapeutique) du recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé. (20)

Les erreurs de médications sont de nos jours les erreurs les plus fréquentes en médecine. (21) Elles sont plus susceptibles de se produire chez la personne âgée ou en présence de comorbidités et de polymédication.(22)

L'altération des fonctions rénale et hépatique, l'augmentation de la masse grasse, une plus grande perméabilité de la barrière hémato-encéphalique sont autant de facteurs de risque iatrogènes chez le sujet âgé. (23)

Quatre principaux risques liés à la prescription médicamenteuse sont aujourd'hui décrits: (24,25)

- Le risque iatrogénique **assumé** : malgré le risque d'effets indésirables médicamenteux, la balance bénéfice/risque de la prescription est jugée favorable.
- Le risque iatrogénie indu ou **misuse** : la prescription est à balance bénéfice/risque défavorable.
- Le sous-traitement ou **underuse** : perte de chance pour le patient le privant des médicaments susceptibles d'améliorer son espérance et sa qualité de vie.
- L'excès de traitement ou **overuse** : prescription de médicament à SMR insuffisant ou en l'absence d'indication.

La iatrogénie est responsable de 15 à 20% des hospitalisations. (8) (25,26)

Face à ces constats, la culture médicale a changé, s'orientant aujourd'hui vers une logique d'arrêt des médicaments inutiles et de prescriptions minimales des médicaments utiles. (22)

Afin de répondre à la transition épidémiologique (des pathologies aiguës vers des pathologies chroniques), le système de soins français s'est adapté. Il est passé d'une organisation verticale centrée sur la maladie à une organisation horizontale centrée sur le patient.

La création d'équipes pluridisciplinaires a notamment permis l'élaboration de programme d'éducation thérapeutique (27–29), afin de rendre le patient davantage acteur de sa santé.(30)

Aujourd'hui, ces missions d'éducation concernent surtout les médecins et les para médicaux. Les pharmaciens sont plus à la marge, ils sont tantôt experts auprès des médecins, tantôt prestataires auprès des patients.

Leur contribution à l'exercice coordonné des soins primaires est moindre en France que dans les autres pays.

Dans certains pays comme en Australie, au Canada, en Angleterre, aux Etats Unis ou encore en Suisse, le pharmacien est considéré comme un expert de la pharmacothérapie. Il intervient au sein de structures ressemblant aux maisons de santé, faisant partie intégrante des équipes soignantes, où il est rémunéré pour différentes missions.

Il conseille les médecins pour une optimisation du choix des traitements, de la dispensation et de l'administration. Il les informe sur les molécules possibles, sur leurs propriétés, leurs interactions et leurs effets indésirables. (27,28)

Il réalise le suivi de la pharmacothérapie. Pour s'aider, il peut prescrire des analyses sanguines nécessaires à la surveillance comme la créatininémie, l'INR ou la lithémie (31) et effectuer les ajustements nécessaires pour atteindre l'objectif thérapeutique et réduire les effets indésirables.

Il assure le renouvellement des traitements de fond. Au Canada, le pharmacien peut renouveler une ordonnance pour une durée maximale d'un an.

Il intervient directement auprès du patient pour vérifier la bonne adéquation de ses traitements. Il met également en place des actions de prévention et d'éducation pour permettre au patient une meilleure connaissance de ses médicaments.

Ainsi ces différents pays semblent être précurseurs quant à la place laissée aux pharmaciens.

En France, les rôles dévolus aux pharmaciens commencent à s'élargir. (32)

A l'hôpital, la conciliation médicamenteuse a vu le jour (21,33,34). En ambulatoire, le pharmacien peut gérer le suivi des patients traités par anticoagulants oraux (35), des patients asthmatiques soignés par corticoïdes inhalés, des patients prenant une chimiothérapie orale.(36)

**Le bilan partagé de médication** est apparu en 2018 à l'initiative de la sécurité sociale. Il est proposé aux patients de 65 ans et plus ayant une ALD ainsi qu'aux patients de 75 ans et plus prenant au moins 5 traitements au long cours (6 mois ou plus). Il a pour but: « une analyse critique et structurée des médicaments dans l'objectif d'établir **un consensus** du patient envers son traitement» ; de diminuer la iatrogénie ; de contrôler la poly-médication ; de réduire le gaspillage médicamenteux ; et d'améliorer la qualité de vie des patients. (37–39)

Il est composé de quatre étapes :

1. Le recueil des informations.
2. L'analyse du traitement par le pharmacien
3. L'entretien conseil auprès du patient
4. Le suivi de l'observance

L'éducation thérapeutique au travers des entretiens structurés et de l'analyse experte du pharmacien semble être un bon levier pour améliorer l'adhésion du patient, en l'aidant dans la connaissance de sa maladie et de son traitement (40).

**Le BPM est-il favorable à l'appropriation de son traitement par le patient ?**

# **I. Matériel et méthode**

## **1. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'expérience sensible des patients dans l'appropriation de leurs traitements dans le cadre du bilan partagé de médication.

Pour répondre à cette question le critère de jugement principal défini est : vos échanges avec le pharmacien dans le cadre du BPM ont-ils été bénéfiques ?

Nous avons retenu pour objectifs secondaires :

- La recherche d'un profil de patient pour lequel le BPM serait davantage favorable.
- L'évaluation du regard que portent les patients sur la communication médecin-pharmacien les concernant.

## **2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique, réalisée par questionnaire fait lors d'entretien téléphonique d'avril à octobre 2021.

L'ensemble des critères permettant une meilleure appropriation du traitement par le patient sont déjà connus. Un travail qualitatif n'aurait pas apporté de nouvelles notions. Nous avons fait le choix d'une étude quantitative.

## **3. Population étudiée**

L'étude a été menée sur une population de personnes âgées de 65 à 90 ans et plus ayant bénéficié du bilan partagé de médication.

La demande de collaboration, des pharmacies s'est faite par appel téléphonique. Sur 80 pharmacies contactées 6 réalisaient des BPM et 4 dont 2 principalement ont accepté de participer au travail de thèse (pharmacie de Mr Henon, Mr Forestier, Mr Delobelle et Mme Belencontre).

Le recrutement des patients s'est fait sur la base du volontariat.

Sur 69 personnes contactées, 57 ont accepté de répondre aux questionnaires, 4 étaient injoignables, 6 n'ont pas pu répondre pour trouble mnésique et 2 ne souhaitaient pas répondre.

#### **4. Le questionnaire**

Un questionnaire a d'abord été réalisé pour pouvoir recueillir les données souhaitées pour l'étude.

22 questions au total (ouvertes et fermées) devaient être renseignées avec un temps de remplissage de 10 minutes environ par questionnaire. Ces items ont été définis sur une base de la littérature et affinés par discussions avec différents professionnels de santé.

Avant le recueil des données le questionnaire a été relu par mon directeur de thèse, monsieur Forestier, monsieur Henon et par un médecin généraliste neutre (Le Docteur Clotilde Valtat).

Le questionnaire a également été réalisé sur un patient test.

#### **5. Recueil des données**

Les questionnaires remplis ont été complétés par moi-même sur Google Forms, lors d'un entretien téléphonique avec le patient.

Le recueil s'est effectué sur 7 mois du lundi 12 avril 2021 au lundi 08 novembre 2021.

## 6. Analyse statistique

Les données de chaque questionnaire rempli ont été reportées dans un tableur Excel sous forme de variables quantitatives et qualitatives.

Une analyse statistique descriptive de ces données a été réalisée en tenant compte des données manquantes.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R version 3.5.0 (1). Les variables quantitatives comme le nombre de médicaments ou l'âge ont été interprétées sous forme de moyennes et écart type.

Les variables catégorielles étaient nominales, binaires ou à plus de 2 modalités. Les réponses à certains items ont été regroupées : « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » en « d'accord » ; et « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord » en « pas d'accord ». Leur interprétation s'est faite sous forme de nombres et pourcentages. Pour chacune des modalités, l'intervalle de confiance à 95% a été calculé pour à la fois s'assurer de la représentativité de l'échantillon et inférer les résultats, sous réserve de la représentativité de l'échantillon.

Différentes comparaisons ont été menées entre le groupe des participants ayant trouvé les échanges bénéfiques et ceux ne l'ayant pas trouvé, afin de mieux expliquer cette différence de perception et les qualités/défauts de cette intervention. L'interprétation de ces comparaisons s'est basée sur la comparaison des proportions entre les différents groupes (à partir des intervalles de confiance). La taille des groupes ainsi que la méthodologie employée ne permettaient pas de réaliser des tests statistiques dans de bonnes conditions et encore moins d'interpréter les résultats de ceux-ci par rapport à un seuil de significativité préfixée.

(1) R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

URL

<https://www.R-project.org/>.

## **7. Éthique**

Après entretien auprès du délégué de protection des données de l'université de Lille, cette étude a été déclarée conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles.

## II. Résultats

### 1. Questionnaires étudiés

57 questionnaires ont été analysés : tous issus de Google Forms.

Parmi les patients ayant répondu au questionnaire, 27 sont des patients de la pharmacie de Mr Henon (Rinxent), 27 sont des patients de la pharmacie de Mr Forestier (Lille), 2 sont des patients de la pharmacie de Mme Belencontre (Tourcoing) et une personne est patiente de la pharmacie de Mr Delobelle (Orchies).

### 2. Caractéristiques des patients inclus (N=57)

Caractéristiques	Valeur	IC 95%
<b>Genre : (N%)</b>	Féminin	30 (53%) [38.97 ; 66.02] %
	Masculin	27 (47%) [33.98 ; 61.03] %
<b>Âge par classes : N (%)</b>	65-70 ans	8 (14%) [6.26 ; 25.79] %
	70-75 ans	14 (25%) [14.13 ; 37.76] %
	75-80 ans	13 (23%) [12.74 ; 35.84] %
	80-90 ans	21 (37%) [24.45 ; 50.66] %
	>90 ans	1 (2%) [0.04 ; 9.39] %
<b>Ville : (N%)</b>	Lille	27 (47%) [33.98 ; 61.03] %
	Orchies	1 (2%) [0.04 ; 9.39] %
	Rinxent	27 (47%) [33.98 ; 61.03] %
	Tourcoing	2 (4%) [0.43 ; 12.11] %
<b>CSP : N (%)</b>	Agriculteurs et exploitants	23 (30%) [0.04 ; 9.39] %
	Artisans commerçants et chefs d'entreprise	7 (12%) [5.08 ; 23.68] %
	Autres personnes sans activités professionnelles	4 (7%) [1.95 ; 17] %
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	12 (21%) [11.38 ; 33.89] %
	Employés	21 (37%) [24.45 ; 50.66] %
	Ouvriers	11 (19%) [10.05 ; 31.91] %
	Professions intermédiaires	1 (2%) [0.04 ; 9.39] %
<b>Pathologies en cours et antécédents : N (%)</b>	Allergie	3 (5%) [1.1 ; 14.62] %
	Anévrisme artère rénale	1 (2%) [0.04 ; 9.39] %
	Arthrose	6 (11%) [3.96 ; 21.52] %
	Asthme	6 (11%) [3.96 ; 21.52] %
	AVC	1 (2%) [0.04 ; 9.39] %
	BPCO	4 (7%) [1.95 ; 17] %
	Cancer	7 (12%) [5.08 ; 23.68] %
	Constipation	2 (4%) [0.43 ; 12.11] %

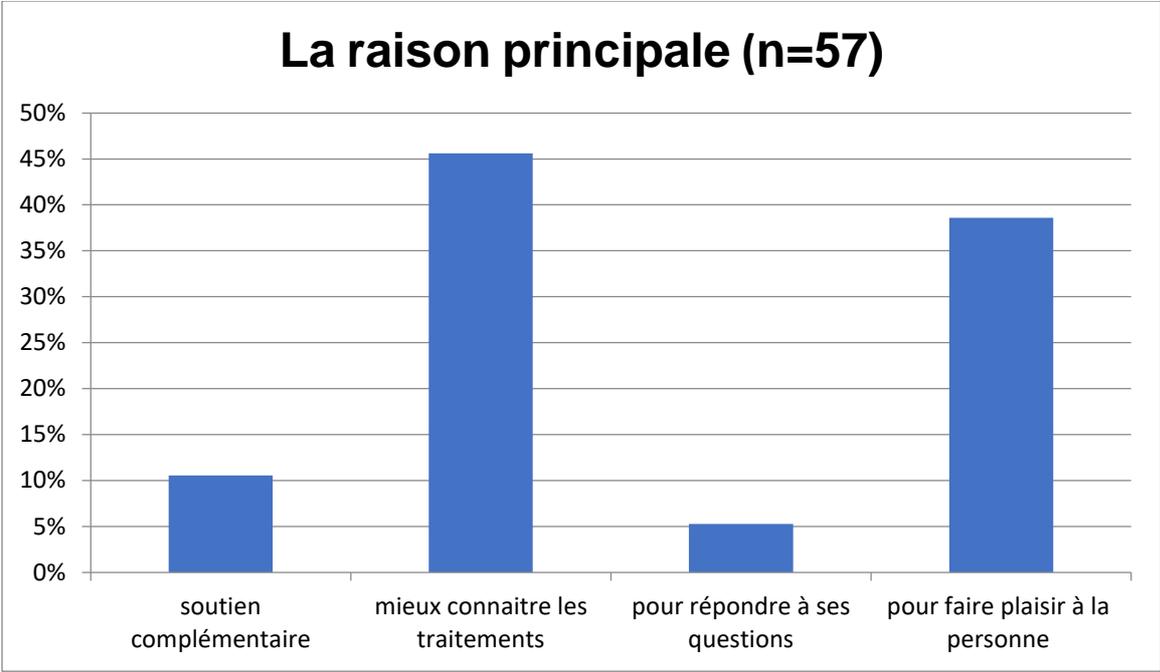
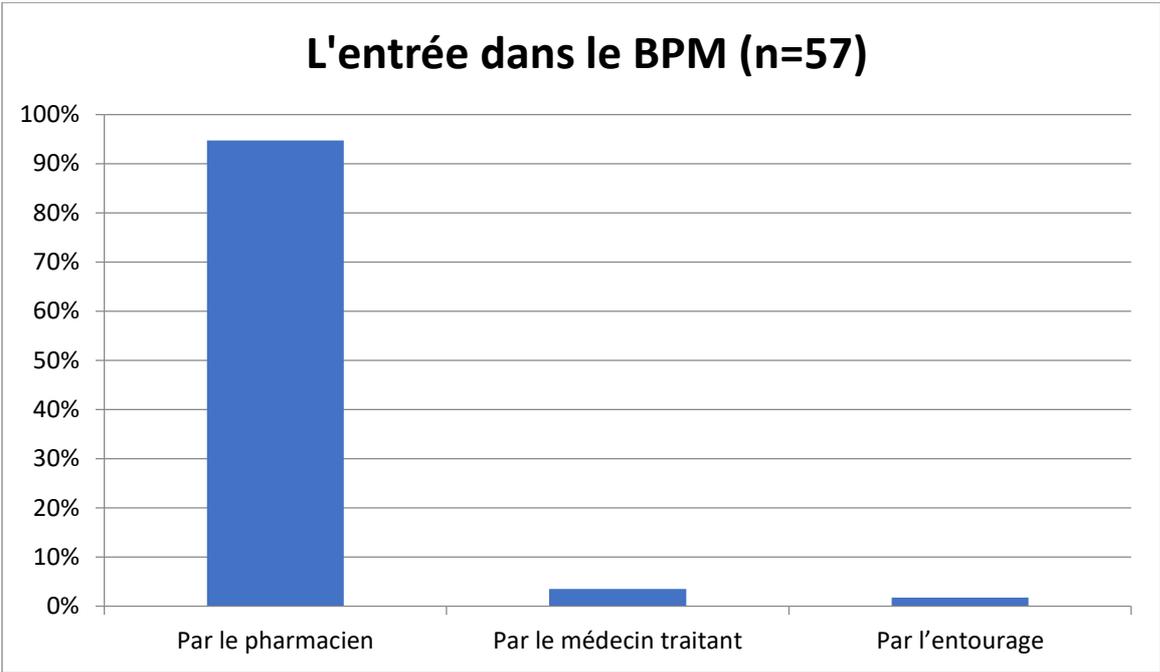
Démence	0 (0%)	-
Diabète de type1	0 (0%)	-
Diabète de type 2	14 (25%)	[14.13 ; 37.76] %
Dyslipidémie	28 (49%)	[35.63 ; 62.71] %
Embolie pulmonaire	1 (2%)	[0.04 ; 9.39] %
Epilepsie	1 (2%)	[0.04 ; 9.39] %
Glaucome	1 (2%)	[0.04 ; 9.39] %
Goutte	2 (4%)	[0.43 ; 12.11] %
HPB	5 (9%)	[2.91 ; 19.3] %
HTA	39 (68%)	[54.76 ; 80.09] %
Hypothyroïdie	12 (21%)	[11.38 ; 33.89] %
Infarctus du myocarde	14 (25%)	[14.13 ; 37.76] %
Insuffisance cardiaque	1 (2%)	[2.91 ; 19.3] %
Insuffisance pancréatique	6 (11%)	[0.04 ; 9.39] %
Insuffisance rénale	1 (2%)	[0.43 ; 12.11] %
M neuro-dégénérative	0 (0%)	-
Neuropathie	1 (2%)	[0.04 ; 9.39] %
RGO	3 (8%)	[1.1 ; 14.62] %
Tremblements	2 (4%)	[0.43 ; 12.11] %
Troubles anxio-dépressif	14 (25%)	[14.13 ; 37.76] %
Trouble du rythme	3 (5%)	[3.96 ; 21.52] %
Valvulopathie	2 (4%)	[1.1 ; 14.62] %
SAOS	2 (4%)	[0.43 ; 12.11] %
<b>Nombre de médicaments :</b>		
<b>Moyenne (écart-type)</b>	5,34 (2,4)	[4.68 ; 5.99]
<b>Minimum / Maximum</b>	1-11	
<b>1er Q / Médiane / 3e Q</b>	4-5-7	
<b>Score GIRERD premier</b>	Score=0	27 (47%)
<b>entretien : (N=57) (%)</b>	Score 1 ou 2	28 (49%)
	Score >ou= 3	<b>2 (4%)</b>

### 3. L'ordonnance des patients (N=53)

Nom des classes thérapeutiques	Nombre de patients ayant au moins une fois cette classe sur leurs ordonnances
Anti agrégeant plaquettaire (au moins 1)	24 (45%)
Acide folique	1 (2%)
Anti diabétique oraux (au moins 1)	11 (21%)
AINS	1 (2%)
Alpha bloqueur	5 (9%)
Anti épileptique	4 (8%)
Antidépresseur	6 (11%)
Anxiolytique	<b>7 (13%)</b>
Anti psychotique	1 (2%)
Anti hypertenseur	33 (62%)
Anti arythmique	2 (4%)
Anti coagulant	8 (15%)
Antalgiques	14 (26%)
Anti cholinergique (au moins 1)	4 (8%)
Anti leucotriène	2 (4%)
Autre anti asthmatique	1 (2%)
Anti histaminique	4 (8%)
Anti métabolite	1 (2%)
Anti spasmodique	1 (2%)
Anti goutteux, hypo uricémiant	2 (4%)
Béta bloquant	22 (42%)
BDLA (au moins 1)	7 (13%)
BDCA	4 (8%)
CSI	7 (13%)
Corticoïdes	4 (8%)
Classe médicamenteuse pour adénome prostatique	1 (2%)
Collyre anti glaucomateux	1 (2%)
Dérivé nitré	1 (2%)
Digitalique	2 (4%)
Extrait pancréatique	1 (2%)
Fer	2 (4%)
Hormones thyroïdiennes	10 (19%)
Hypokaliémiant	4 (8%)
Hypolipémiant (au moins 1)	<b>21 (40%)</b>
Insuline (au moins 1)	4 (8%)
IPP	<b>21 (40%)</b>
Immunosuppresseur	2 (4%)
Laxatif	1 (2%)
Neuroleptique	1 (2%)
Produit pour la parodontopathie	1 (2%)
Somnifères	<b>8 (15%)</b>
Thymorégulateur	1 (2%)
Traitement hormonal substitutif	2 (4%)
Vitamine D	4 (8%)

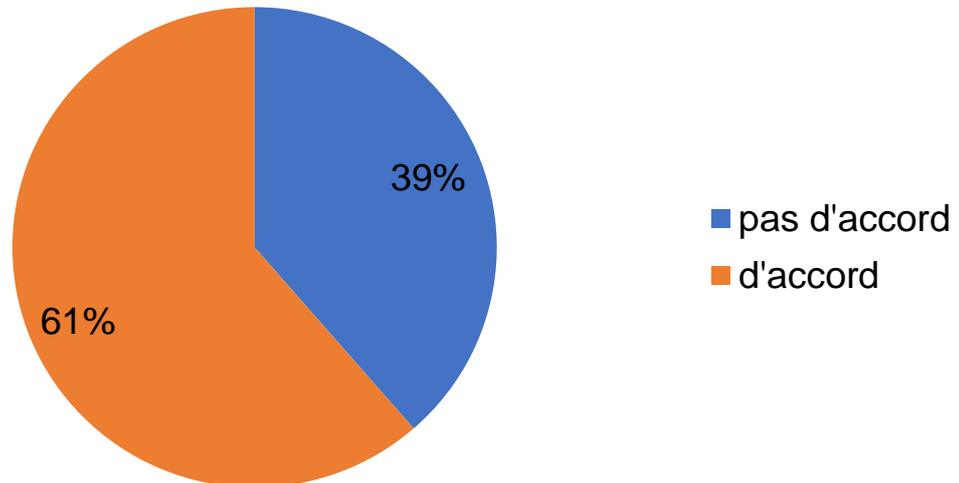
#### 4. L'entrée dans le bilan partagé de médication

		Valeur	IC 95%
<b>Le mode d'entrée (N=57)</b>	L'entourage.	1 (2%)	[0.04 ; 9.39] %
	Le médecin traitant.	2 (4%)	[0.43 ; 12.11] %
	Le pharmacien.	<b>54 (95%)</b>	[85.38 ; 98.9] %
<b>La raison principale (N=57)</b>	Pour avoir un soutien complémentaire.	<b>6 (11%)</b>	[3.96 ; 21.52] %
	Pour faire plaisir à la personne qui l'a proposé.	<b>22 (39%)</b>	[26 ; 52.43] %
	Pour mieux connaître et adhérer à ses traitements.	<b>26 (46%)</b>	[32.36 ; 59.34] %
	Pour répondre à des questions non résolues.	<b>3 (5%)</b>	[1.1 ; 14.62] %
<b>Les motivations (N=8)</b>	Pour être rassuré.	3 (38%)	
	Estime prendre trop de médicaments.	2 (25%)	
	En réponse à la demande de la sécu.	1 (14%)	
	En raison des effets secondaires des médicaments.	2 (25%)	

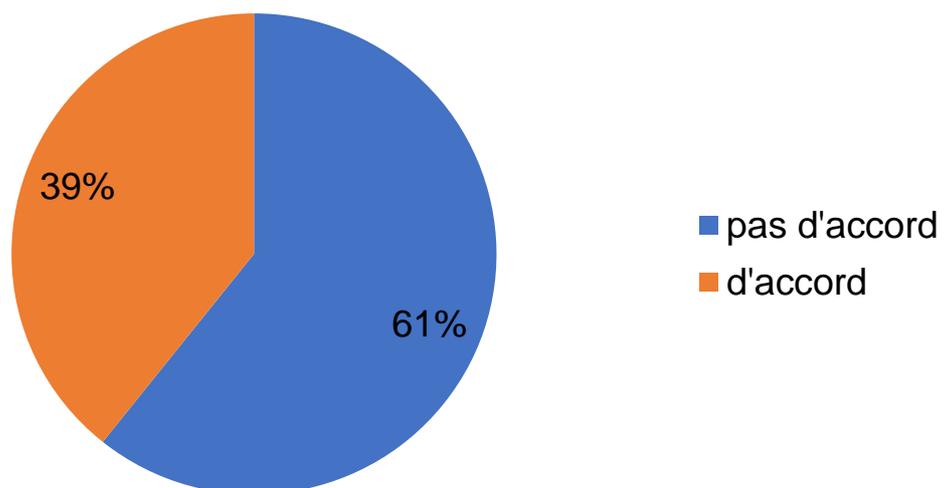


## 5. Les avantages du BPM

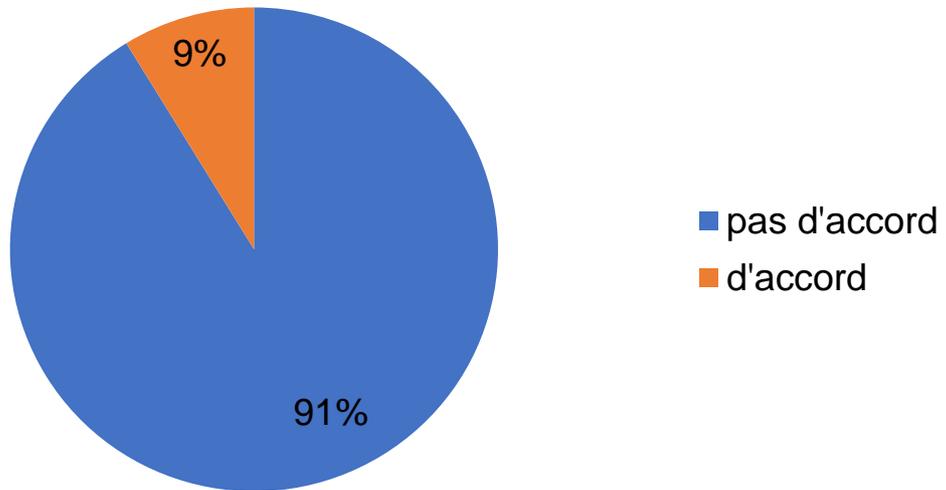
### Améliore les connaissances du patient concernant son traitement (n=57)



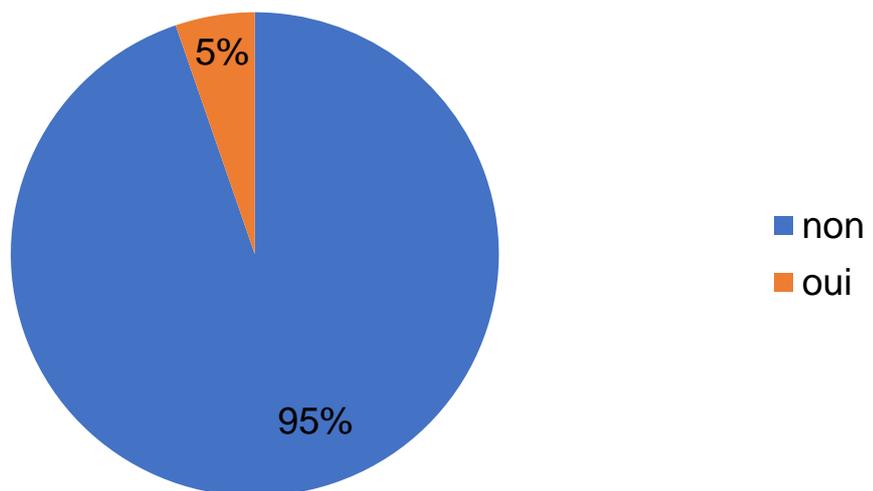
### Améliore les connaissances du patient concernant sa maladie (n=57)



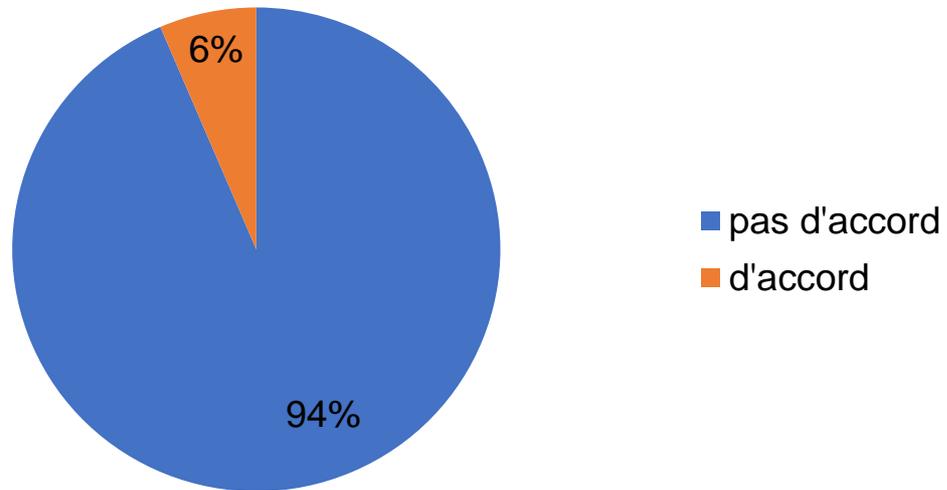
### Améliore le confort de la prise médicamenteuse (n=57)



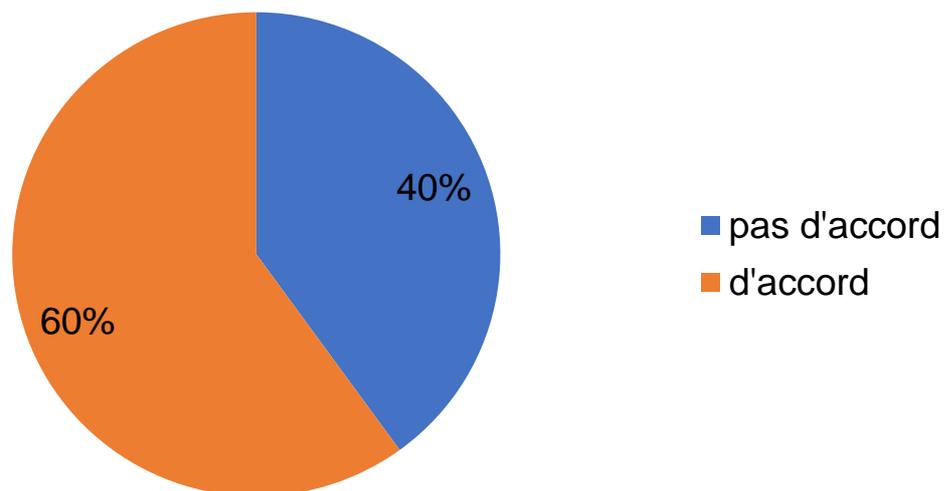
### Diminue le nombre de médicaments (n=57)



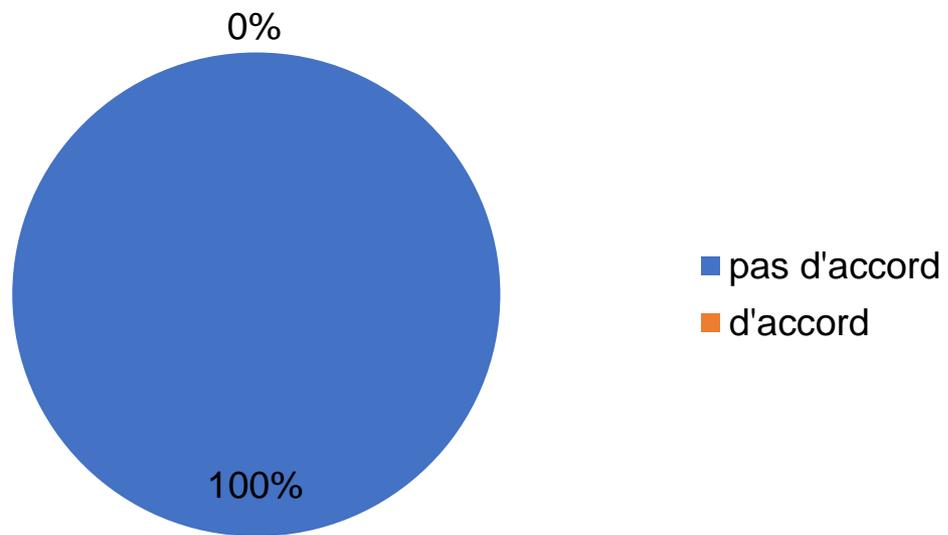
### Améliore l'assiduité de la prise médicamenteuse (n=57)



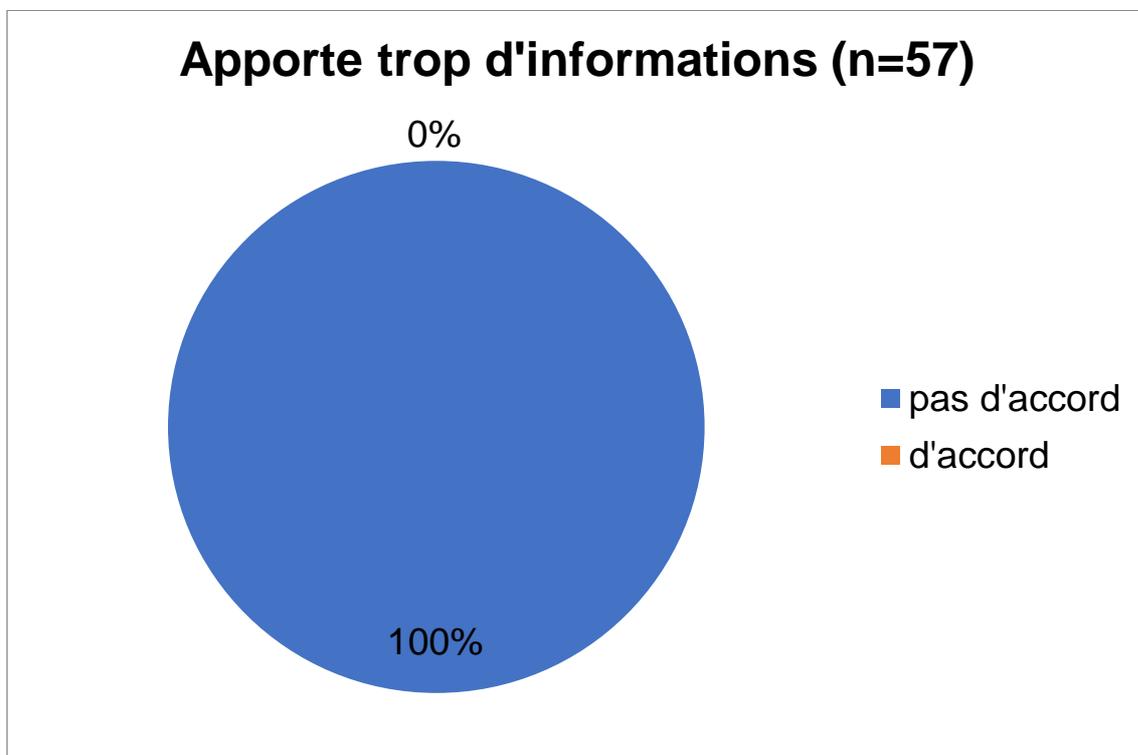
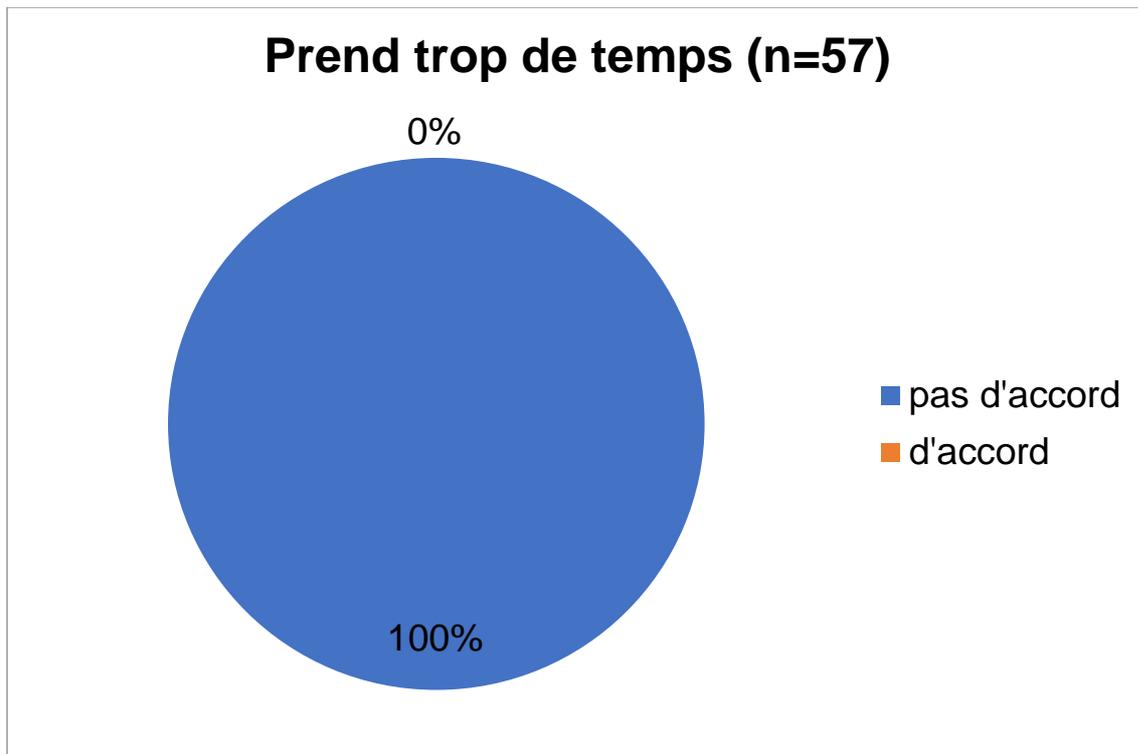
### Permet de revoir les techniques d'inhalation (n=10)



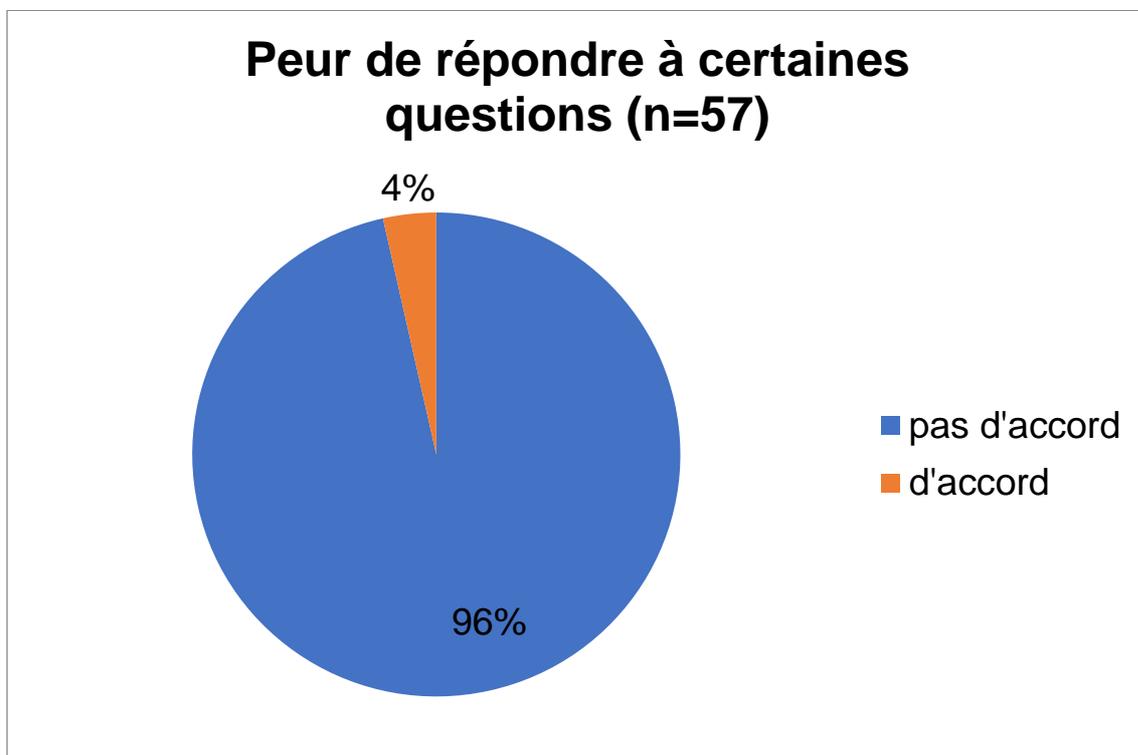
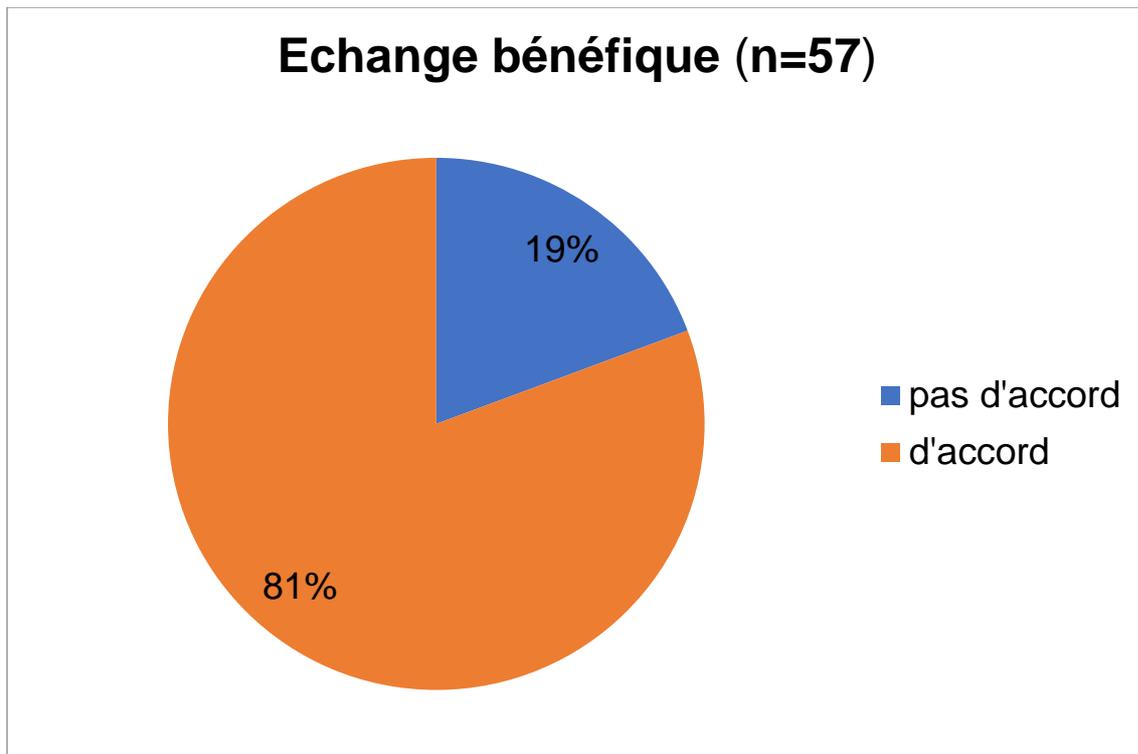
### Permet de revoir les techniques d'injection (n=5)



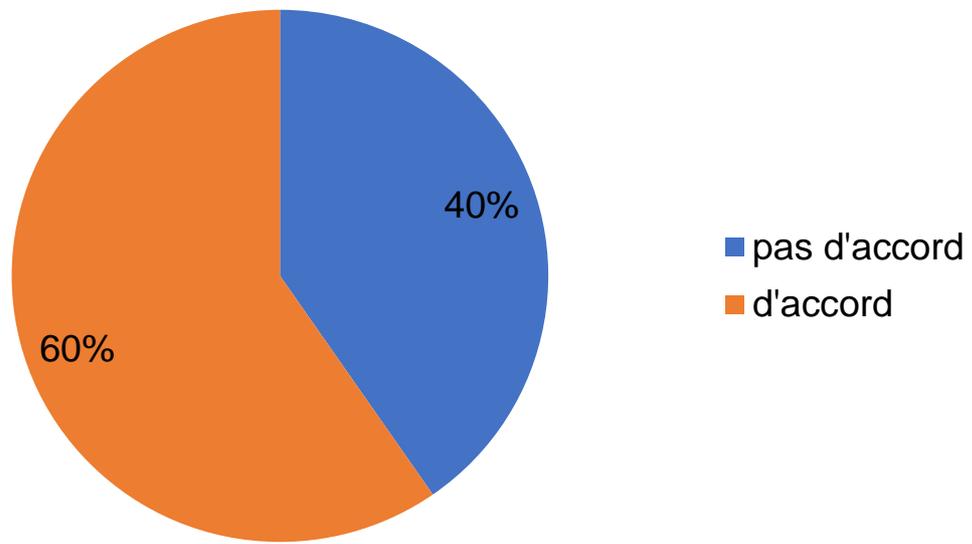
## 6. Les inconvénients du BPM (N=57)



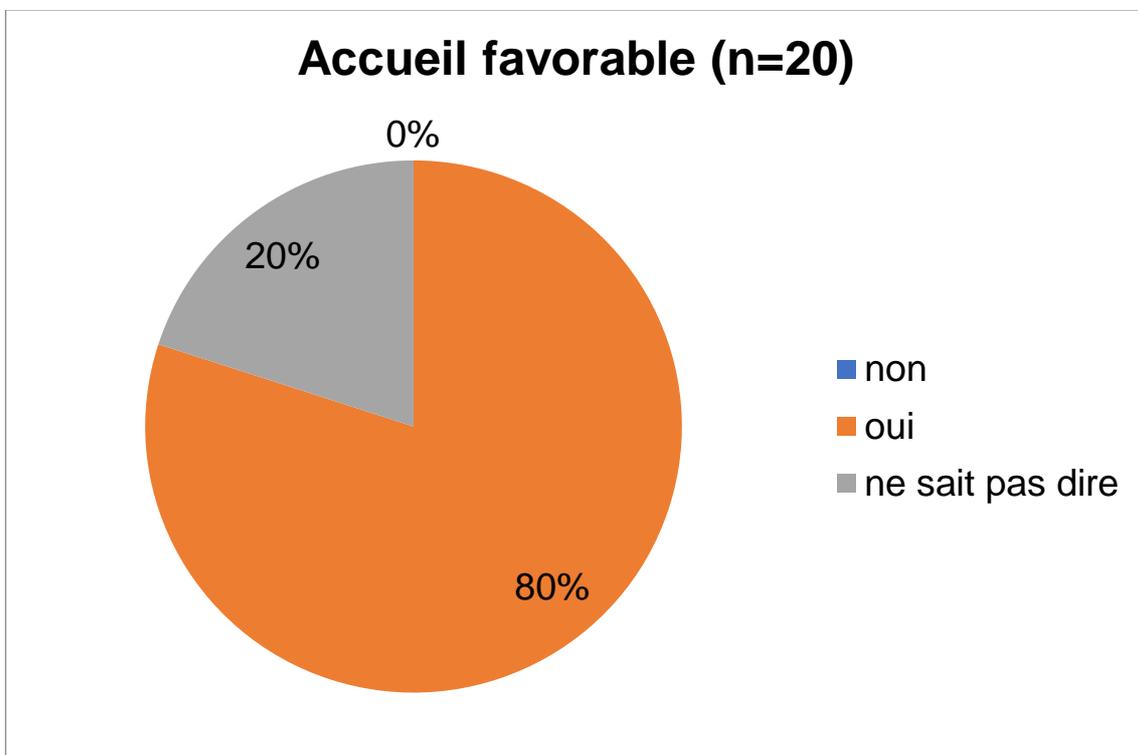
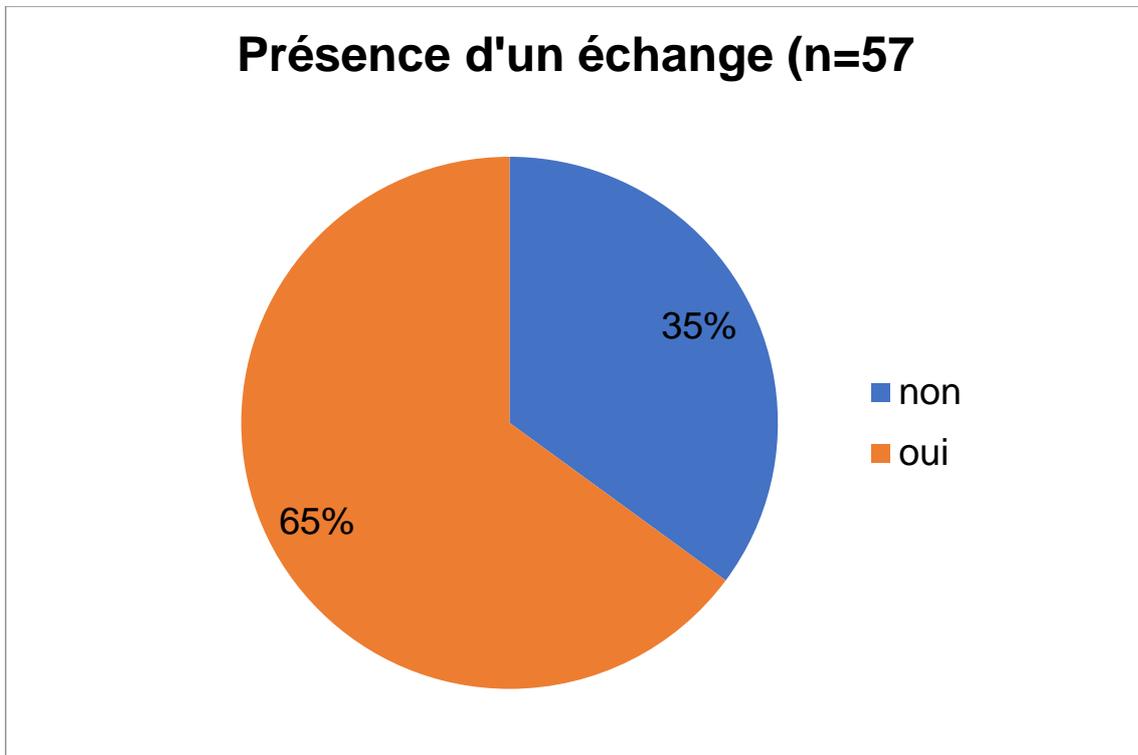
## 7. L'échange patient-pharmacien (N=57)



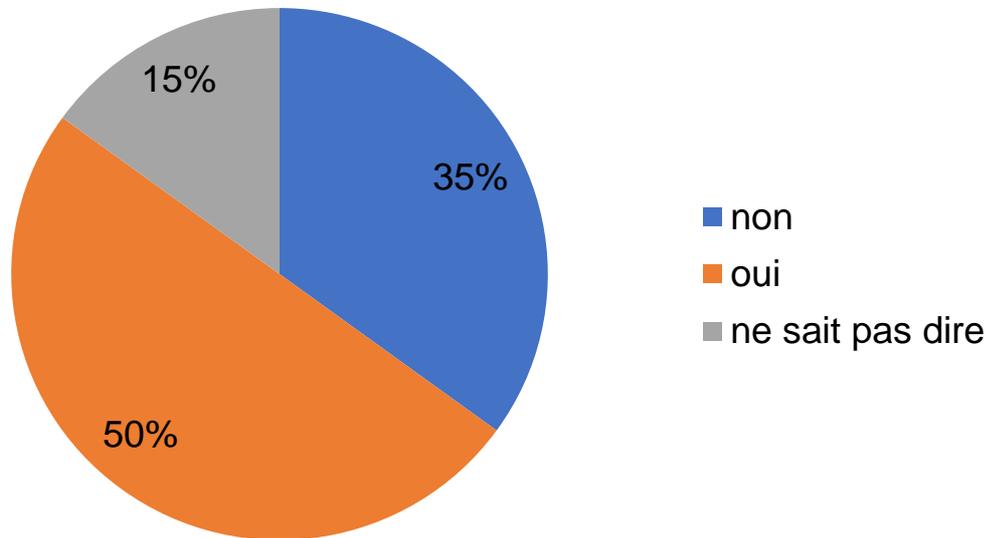
### Soutien complémentaire (n=57)



## 8. L'échange patient-médecin

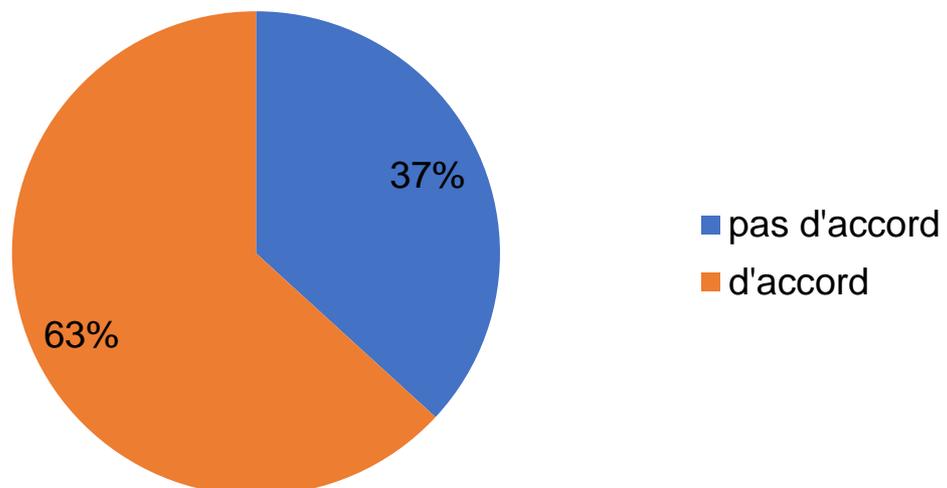


### Médecin investi (n=57)



### 9. La communication interprofessionnelle (N=57)

#### Favorable à la prise en charge des maladies chroniques (n=57)



## 10. Analyse bi variée (N=57)

		BPM bénéfique		
		D'accord (N=46)	Pas d'accord (N=11)	p.overall
<b>Age</b>				0.833
	<b>Entre 65 et 70 ans</b>	7 (15%)	1 (9%)	
	<b>Entre 70 et 75 ans</b>	10 (22%)	4 (36%)	
	<b>Entre 75 et 80 ans</b>	11 (24%)	2 (18%)	
	<b>Entre 80 et 90 ans</b>	17 (37%)	4 (36%)	
	<b>Plus de 90 ans</b>	1 (2%)	0 (0%)	
<b>Genre</b>				1.000
	<b>Féminin</b>	24 (52%)	6 (54%)	
	<b>Masculin</b>	22 (48%)	5 (46%)	
<b>Ville</b>				<b>0.033</b>
	<b>Lille</b>	19 (41%)	8 (72%)	
	<b>Orchies</b>	0 (0%)	1 (9%)	
	<b>Rinxent</b>	25 (54%)	2 (18%)	
	<b>Tourcoing</b>	2 (4%)	0 (0%)	

---

<b>Agriculteurs et exploitants</b>	1 (2%)	0 (0%)
<b>Artisans commerçants et chefs d'entreprise</b>	5 (11%)	2 (18%)
<b>Autres personnes sans activités professionnelles</b>	4 (9%)	0 (0%)
<b>Cadres et professions intellectuelles supérieures</b>	7 (15%)	5 (46%)
<b>Employés</b>	19 (41%)	2 (18%)
<b>Ouvriers</b>	9 (20%)	2 (18%)
<b>Professions intermédiaires</b>	1 (2%)	0 (0%)

---

---

**Antécédents :**

<b>Diabète de type 2</b>				<b>0.714</b>
	<b>non</b>	34 (74%)	9 (82%)	
	<b>oui</b>	12 (26%)	2 (18%)	
<b>Dyslipidémie</b>				<b>0.544</b>
	<b>non</b>	22 (48%)	7 (64%)	
	<b>oui</b>	24 (52%)	4 (36%)	
<b>HTA</b>				<b>0.473</b>
	<b>non</b>	16 (35%)	2 (18%)	
	<b>oui</b>	30 (65%)	9 (82%)	
<b>Hypothyroïdie</b>				<b>1.000</b>
	<b>non</b>	36 (78%)	9 (82%)	
	<b>oui</b>	10 (22%)	2 (18%)	
<b>IDM</b>				<b>0.018</b>
	<b>non</b>	38 (83%)	5 (46%)	
	<b>oui</b>	8 (17%)	6 (54%)	
<b>Trouble anxio- dépressif</b>				<b>0.049</b>
	<b>non</b>	32 (70%)	11 (100%)	
	<b>oui</b>	14 (30%)	0 (0%)	

---

---

**La raison d'entrée dans le BPM** **0,004**

<b>Pour avoir un soutien complémentaire dans le suivi de votre maladie</b>	6 (13%)	0 (0%)
<b>Pour faire plaisir à la personne qui vous l'a proposé</b>	13 (28%)	9 (82%)
<b>Pour mieux connaître et adhérer à vos traitements</b>	25 (54%)	1 (9%)
<b>Pour répondre à vos questions jusqu'alors non résolues</b>	2 (4%)	1 (9%)

---

---

**Avantages du****BPM :**

<b>Aide au confort de la prise médicamenteuse</b>				1.000
	<b>Pas d'accord</b>	42 (91%)	10 (91%)	
	<b>D'accord</b>	4 (9%)	1 (9%)	
<b>Aide à mieux connaître les médicaments</b>				<b>0.002</b>
	<b>Pas d'accord</b>	13 (28%)	9 (82%)	
	<b>D'accord</b>	33 (72%)	2 (18%)	
<b>Aide à mieux connaître la maladie</b>				<b>0.036</b>
	<b>Pas d'accord</b>	24 (53%)	10 (91%)	
	<b>D'accord</b>	21 (47%)	1 (9%)	
<b>Réduit le nombre de médicaments</b>				1.000
	<b>non</b>	43 (94%)	11 (100%)	
	<b>oui</b>	3 (6%)	0 (0%)	
<b>Aide à être plus assidu</b>				0.182
	<b>Pas d'accord</b>	37 (80%)	11 (100%)	
	<b>D'accord</b>	9 (20%)	0 (0%)	
<b>Le patient a au quotidien un médicament dont il ne connaît pas l'indication</b>				1.000
	<b>non</b>	15 (33%)	4 (36%)	
	<b>oui</b>	31 (67%)	7 (64%)	

---

<b>Soutien supplémentaire dans la prise en charge des maladies chroniques</b>				<b>&lt;0.001</b>
	<b>Pas d'accord</b>	13 (28%)	10 (91%)	
	<b>D'accord</b>	33 (72%)	1 (9%)	
<b>Echange avec le médecin traitant</b>				0.296
	<b>non</b>	28 (61%)	9 (82%)	
	<b>oui</b>	18 (39%)	2 (18%)	
<b>Médecin traitant pleinement investi (N=17)</b>				1.000
	<b>Pas d'accord</b>	6 (40%)	1 (50%)	
	<b>D'accord</b>	9 (60%)	1 (50%)	
<b>Communication médecin-pharmacien favorable à la prise en charge des maladies chroniques</b>				0.078
	<b>Pas d'accord</b>	14 (30%)	7 (64%)	
	<b>D'accord</b>	32 (70%)	4 (36%)	

## **11. Résultats principaux**

En réponse au critère de jugement principal :

- 80% des patients ont trouvé les échanges avec leur pharmacien au sein du BPM bénéfiques.
- 60% se sont sentis mieux soutenus dans le suivi de leur maladie chronique.

Concernant le profil des patients pour lequel le BPM serait davantage favorable :

- Le BPM est bénéfique pour les patients qui ont accepté de réaliser le BPM pour mieux connaître et adhérer à leurs traitements  $p= 0,004$ .
- Le BPM est favorable pour les patients ayant un trouble anxio-dépressif  $p=0,049$ , il ne semble pas être utile pour les patients ayant eu un IDM.

Concernant la communication interprofessionnelle :

- 63% des patients sont favorables à la communication interprofessionnelle dans la prise en charge de leurs maladies chroniques.

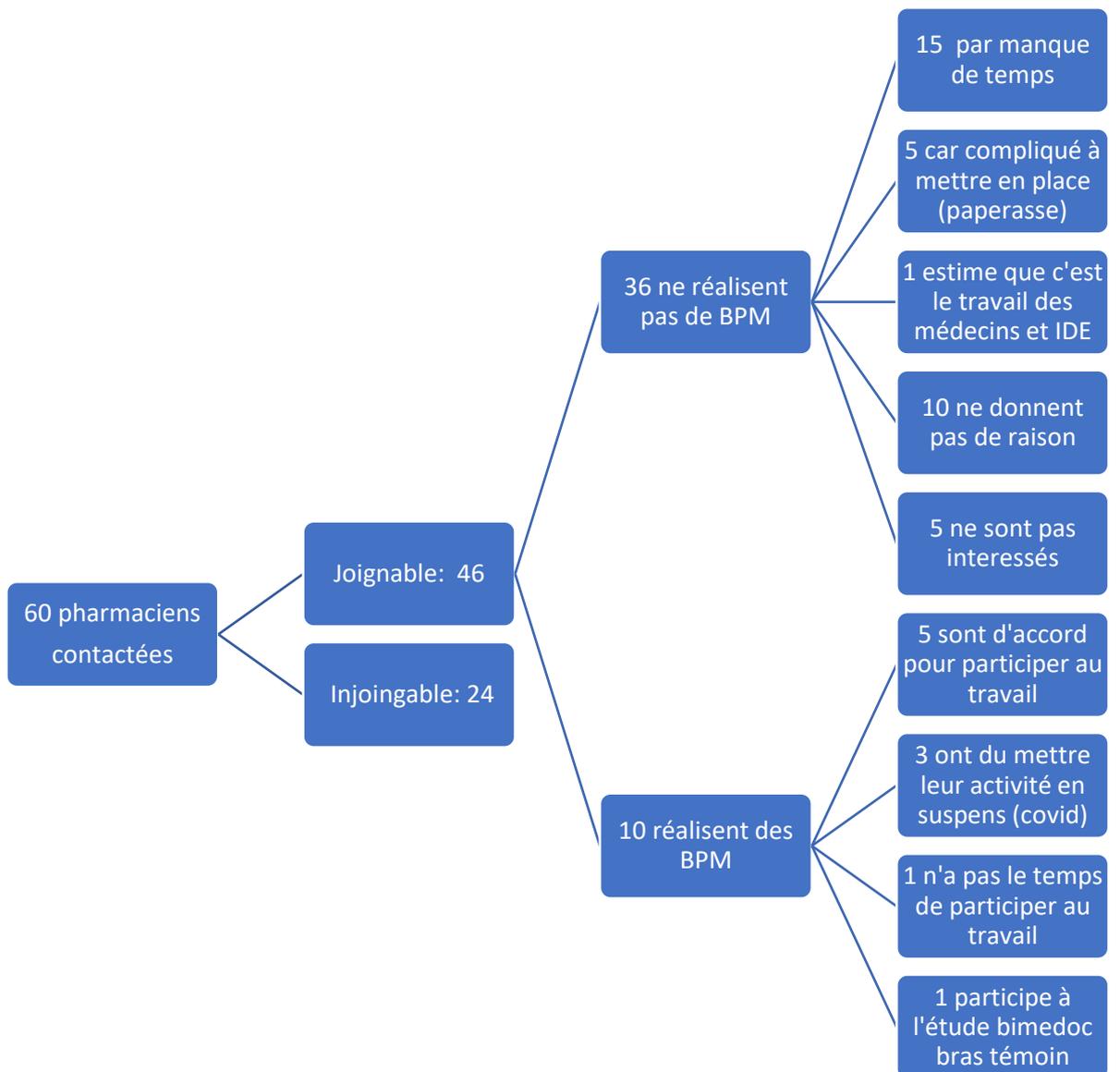
### III. Discussion

#### 1. Limites de l'étude

##### a) Le recrutement des patients

La population d'étude ne constituait qu'un échantillon de petite taille.

Peu de pharmaciens réalisent des BPM. Une faible proportion d'entre eux ont accepté de collaborer à notre étude.



## **b) Le recueil des données**

Le recueil des données a été fait par un investigateur unique sur une durée limitée à 7 mois, entravé par le contexte sanitaire lié à l'épidémie de COVID 19.

## **c) Les résultats**

Les réponses à 2 items n'étaient pas significatives :

La révision des techniques d'inhalation et d'injection ne concernait qu'une très faible partie de l'échantillon.

La population qui a participé au BPM était déjà particulièrement observante, et ne semblait pas avoir de question en suspens au sujet de leur pathologie ou de leurs traitements.

## **d) Les biais**

### **A. Biais de sélection :**

Les patients étaient sélectionnés par les pharmaciens au comptoir, au risque de choisir les patients sympathiques susceptibles d'accepter la proposition.

Le recrutement des patients ne s'est pas fait par un tirage au sort engendrant un **biais de volontariat**.

### **B. Biais d'information :**

Le questionnaire faisait appel à la mémoire des patients, en effet le BPM a pour certains été fait il y a plus 2 ans, entraînant un **biais de mémorisation**.

## **2. Forces de l'étude**

Les questions étaient posées oralement par un médecin **évitant un biais de lecture** par incompréhension de la langue écrite ou des termes médicaux.

Le sujet est novateur et peu étudié dans la littérature.

## **3. Comparaison avec la littérature:**

Il n'y a **pas de sur-médication** dans la population étudiée puisque : les patients prennent en moyenne 5 médicaments, bien que le nombre moyen de médicaments par jour et par patient fluctue en fonction des études. Une étude faite à partir des données de l'Assurance maladie en région Nord Pas-de-Calais établissait un constat alarmant en déclarant que 35 % des personnes de 75 ans et plus prenaient plus de 10 médicaments, avec une **médiane à 8,3 médicaments**. (41)

Les patients inclus dans l'étude étaient **déjà observants** avant l'intervention du pharmacien. Puisque comme le montre le score GIRERD réalisé lors de l'entretien de recueil des données : seuls 3,5% avaient une mauvaise observance au début du BPM.

Le bilan partagé de médication s'inscrit dans une démarche de déprescription et de meilleure prescription. Or dans cette étude, il existe **une forte prévalence de médicaments dont la prescription au long court semble discutable** :

- 40% des patients prennent un **IPP** depuis plus de six mois. Les IPP font partie d'une des classes thérapeutiques les plus prescrites en ville comme à l'hôpital. Parmi ces prescriptions, seules 16 à 40% sont conformes aux recommandations (42).

La colite à clostridium difficile ou autres bactéries, les pneumopathies communautaires et nosocomiales sont des effets indésirables connus des IPP. Prescrire ces médicaments sans indication, c'est exposer le patient à ces risques, mêmes rares, sans bénéfice attendu.

- 40% des patients prennent au moins un traitement **hypolipémiant**. La « dyslipidémie » est une entité discutable, ce n'est pas une maladie. Elle constitue pour les sociétés savantes un facteur de risque cardiovasculaire. Il a été démontré que certaines statines diminuent la survenue d'évènements cardiovasculaires en prévention secondaire. Leur prescription dans cette situation est à balance bénéfice/risque favorable. (43)  
En prévention primaire, la réduction de la morbidité n'a été démontrée que pour les patients à haut risque cardio-vasculaire. (44,45)
- Malgré l'altération de la physiologie chez la personne âgée évoquée dans l'introduction et les conséquences des **benzodiazépines** chez ces patients (chute), l'étude retrouve une forte prévalence de cette classe médicamenteuse puisque au long cours 13% des patients prennent un anxiolytique et 15% prennent un hypnotique. (46)  
Les chiffres de la littérature font état que 30% des aînés prennent un traitement psychotrope. (47)

### **A travers ces différents constats, le BPM encourage-t-il la déprescription ?**

La très grande majorité des patients ont perçu le BPM comme **bénéfique** (80%), alors que peu d'améliorations objectives ont été mises en évidence en dehors de l'amélioration de la connaissance du patient concernant son traitement ( $p=0,002$ ) et sa maladie ( $p=0,036$ ).

Le bilan semble notamment perçu comme bénéfique, parce que les pharmaciens **consacrent du temps** aux patients. 60 % d'entre eux se sont sentis davantage soutenus. Il n'est pas objectivement efficient.

Nos analyses ont montré qu'il n'existait pas d'intérêt à réaliser des BPM pour les patients qui **n'en ressentent pas le besoin**.

Cette constatation rejoint une étude dans laquelle le retour des patients interrogés au sujet de la qualité des services offerts par les pharmaciens lorsqu'ils sont intégrés aux équipes de soins primaires est globalement positif. (27)

Nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant le BPM. En revanche, il existe des études évaluant certaines actions menées par le pharmacien.

Il n'existe pas, après lecture de celles-ci, **de consensus** des différentes interventions menées par le pharmacien dans la littérature.

Il a été établi que l'intervention du pharmacien a pour bénéfices :

- **Une réduction significative des écarts de médication** (34)
- **Une diminution des contacts avec les urgences.** (48)
- **Une réduction des effets indésirables médicamenteux.** (48)
- **Un effet positif sur l'adhésion thérapeutique et la connaissance du patient concernant son traitement.** (49,50)

En revanche, elles sont unanimes et ne montrent **pas de diminution de la mortalité et de la réadmission à l'hôpital.**(48)

Ces études sont **hétérogènes**, les critères de mesure ne sont **pas normalisés.** (51)

Ainsi, nous n'avons pas recensé d'étude spécifique sur la manière la plus efficace d'améliorer la capacité de prise du médicament ou l'observance chez les personnes âgées (52,53) .

Le BPM s'inscrit dans une volonté de rendre le patient acteur de sa santé, également appelé **Empowerment.** (54)

A contrario, dans notre le travail, les patients ne semblaient pas vouloir devenir d'avantage **proactifs.** Seuls 14% des patients avaient une motivation supplémentaire à effectuer le BPM et 38% des personnes interrogées ont accepté le BPM pour faire plaisir au pharmacien.

L'autonomisation du patient à gérer son traitement a encore **une large marge de progression**. Les différentes initiatives des acteurs de soins n'ont pas mis en évidence de résultat probant. (54)

A l'image du consentement éclairé, certains patients, bien que capables de décider pour eux-mêmes, refusent cette responsabilité et la transfèrent aux professionnels de santé en qui ils ont confiance. (55)

Chaque patient, selon son état de santé et ses ressources, a un certain **niveau de contrôle**. Le rôle du médecin et des autres professionnels de santé est d'adopter un **niveau complémentaire** à celui du patient et de le **faire évoluer** en fonction de la situation vers le niveau optimal d'autonomie. (56)

C'est pourquoi il semble important de centrer la relation sur le patient, le prendre là où il en est et non pas là où nous voudrions qu'il en soit. (56)

Les patients déclaraient mieux connaître leurs traitements suite au BPM. Pourtant, 66,7% des patients prenaient au moins au quotidien un médicament dont ils ne connaissaient pas l'indication.

38,6% des patients prennent un inhibiteur de la pompe à proton. 86% ne connaissaient pas l'indication.

Les objectifs du patient et du médecin ne sont **pas toujours superposables**.

Les médecins sont trop souvent ambitieux avec les objectifs thérapeutiques qu'ils fixent pour leurs patients et omettent souvent d'évaluer le réalisme de tels objectifs.(11)

Enfin, concernant la communication pharmacien-médecin, la majorité des patients l'ont perçue comme bénéfique pour leurs états de santé. Mais ils attendent dans leur large majorité que ces acteurs se coordonnent eux-mêmes, sans qu'ils n'aient à intervenir.

#### **4. Perspectives d'avenir**

Afin d'élargir le travail réalisé et d'étoffer le sujet, il serait nécessaire de réaliser une étude à plus grande échelle évaluant l'impact du BPM sur l'appropriation du traitement par le patient.

Il serait judicieux d'interroger les médecins généralistes pour avoir leurs points de vue par rapport au BPM et pour comprendre le faible taux de réponse aux sollicitations des pharmaciens.

Interroger les patients dans le cadre d'un nouveau travail, pourrait nous permettre de comprendre leurs freins concernant leurs manques de communication au sujet du BPM avec leurs médecins traitants.

Enfin, il semble important de poursuivre la formation et la sensibilisation des étudiants en santé à la communication interprofessionnelle.

## Conclusion

Notre étude montre que le bilan partagé de médication est bénéfique pour des notions subjectives : il permet un sentiment de meilleure connaissance du traitement et de la maladie par les patients qui sont intéressés par le sujet.

Le bénéfice mis en évidence reste ainsi très mince.

Le bilan partagé de médication a davantage d'intérêt chez les personnes ayant un syndrome anxio-dépressif.

Les patients sont favorables à la communication interprofessionnelle car les professionnels portent la charge de leurs soins. Cela renvoie à une vision paternaliste de la prise en charge, ce qui est contraire à la raison d'être du bilan partagé de médication.

Il semble légitime de mettre en doute l'efficacité du BPM.

## Références bibliographiques

1. Bilan démographique 2020 - Insee Première - 1846 [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/5347620#figure6\\_radio2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/5347620#figure6_radio2)
2. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers | Insee [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437>
3. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
4. 2019\_14\_maladies\_chroniques.pdf [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019\\_14\\_maladies\\_chroniques.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf)
5. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c479bf17-d3f2-4dc5-8018-b5777ac561ad>
6. Rapport\_l\_observance\_medicamenteuse\_VF\_CORR\_DGS\_2016.02.09.pdf [Internet]. [cité 17 janv 2022]. 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)
7. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Rev Mal Respir. 1 févr 2005;22(1, Part 1):31-4.
8. Petermans J, Suarez AS, Hees TV. Observance thérapeutique en gériatrie. Rev Med Liège. :6.
9. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
10. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège. :7.
11. Scheen A, Parada A, Giet D. Conseils pour une meilleure prescription médicamenteuse. Rev Médicale Liège. 1 janv 2006;61.
12. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med J Assoc Am Med Coll. mars 2011;86(3):359-64.
13. Urquhart J. Role of patient compliance in clinical pharmacokinetics. A review of recent research. Clin Pharmacokinet. sept 1994;27(3):202-15.
14. Rachdi I, Ben Brahim M, Bargaoui Z, Aydi Z, Somai M, Zoubeidi H, et al. Étude des facteurs de mauvaise observance thérapeutique en médecine interne. Rev Médecine Interne. 1 déc 2020;41:A97-8.
15. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. Am J Geriatr Pharmacother. févr 2011;9(1):11-23.
16. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ. 1 juill 2006;333(7557):15.
17. Horwitz RI, Viscoli CM, Donaldson RM, Murray CJ, Ransohoff DF, Horwitz RI, et al. Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. The Lancet. 1 sept 1990;336(8714):542-5.

18. Duhamel G. Les enjeux de l'observance [Internet]. Presses Universitaires de France; 2007 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/de-l-observance-a-la-gouvernance-de-sa-sante--9782130565734-page-21.htm>
19. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The Role of Medication Noncompliance and Adverse Drug Reactions in Hospitalizations of the Elderly. *Arch Intern Med*. 1 avr 1990;150(4):841-5.
20. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Iatrogénie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/iatrogenie>
21. Abdulghani KH, Aseeri MA, Mahmoud A, Abulezz R. The impact of pharmacist-led medication reconciliation during admission at tertiary care hospital. *Int J Clin Pharm*. févr 2018;40(1):196-201.
22. Le Bosquet K, Barnett N, Minshull J. Deprescribing: Practical Ways to Support Person-Centred, Evidence-Based Deprescribing. *Pharm Basel Switz*. 3 sept 2019;7(3).
23. Mrozovski J-M. Le pharmacien face au vieillissement de la population. *Actual Pharm*. 1 févr 2021;60(603):47-9.
24. Revue de pertinence des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2807060/fr/revue-de-pertinence-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807060/fr/revue-de-pertinence-des-soins)
25. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
26. Lee MY, Soriano RP, Fallar R, Ramaswamy R. Assessment of Medication Management Competency Among Medical Students Using Standardized Patients. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. [cité 20 févr 2020];n/a(n/a). Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.16345>
27. Buttard A, Macé F, Morvan L, Peyron C. Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ? *J Gest Econ Sante*. 12 avr 2019;N° 1(1):92-109.
28. Morvan L, Bouziges B, Kohli É. Implication des pharmaciens en maisons de santé, résultats d'une enquête. *Actual Pharm*. 1 févr 2018;57(573):40-5.
29. Multimorbidité et interprofessionnalité en médecine de famille [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-518/multimorbidite-et-interprofessionnalite-en-medecine-de-famille>
30. Ledroit M, Megne Wabo M, Berroneau A, Xuereb F. Place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique. *Actual Pharm*. 1 mai 2017;56(566):45-8.
31. Groleau A, Nadeau-Blouin M-B, Michiels Y. Évolution des missions des pharmaciens québécois avec la "Loi 41". *Actual Pharm*. 1 juin 2016;55(557):35-7.
32. Lehmann H. Un nouveau dispositif d'accompagnement du patient en officine : le « bilan partagé de médication ». *Ann Pharm Fr*. 1 juill 2019;77(4):265-75.
33. Fouquier B, Molière M, Boulin M, Devilliers H, Bielefeld P, Vadot L. Amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans un service de médecine interne : impact de la conciliation médicamenteuse. *Rev Médecine Interne*. 1 déc 2018;39:A203.
34. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien J-AE. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. avr 2016;41(2):128-44.
35. Mongaret C, Lepage C, Aubert L, Lestrille A, Slimano F. Quel bilan à deux ans de la mise en place de l'accompagnement des patients traités par anti-vitamines K ? Le point de vue du pharmacien d'officine. *Ann Pharm Fr*. 1 mars 2018;76(2):114-21.

36. Dalmat Y-M. Pharmacien : dispenser le médicament, accompagner le patient. *Option/Bio*. 1 oct 2018;29(587):5.
37. Bilan de médication [Internet]. Pharmacie-clinique.fr. [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medication/>
38. Vuillet-A-Ciles H, Mrozovski JM. Le rôle du pharmacien dans l'observance. *Actual Pharm*. 1 mai 2019;58(586):32-5.
39. Weil T. Fonctions et missions du pharmacien d'officine au Québec. *Actual Pharm*. 1 juin 2021;60(607):36-9.
40. Collard CV, Michaut L, Caillierez F, Parra D, Bonnefoy M. Impact d'un temps d'éducation thérapeutique avec remise d'un support écrit sur la connaissance des traitements et l'observance des patients âgés Résultats d'une étude pilote. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2017;15(4):394-400.
41. Prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France : enquête de l'IRDES [Internet]. VIDAL. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/14959-prevalence-de-la-polymedication-chez-les-personnes-agees-en-france-enquete-de-l-irdes.html>
42. Effets secondaires des IPP au long cours [Internet]. FMC-HGE. [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/effets-secondaires-des-ipp-au-long-cours/>
43. Béliard S, Valéro R. La prescription des statines en pratique. *Nutr Clin Métabolisme*. oct 2020;34(3):223-6.
44. Byrne P, Cullinan J, Smith SM. Statins for primary prevention of cardiovascular disease. *BMJ*. 16 oct 2019;367:l5674.
45. Yourman LC, Cenzer IS, Boscardin WJ, Nguyen BT, Smith AK, Schonberg MA, et al. Evaluation of Time to Benefit of Statins for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Adults Aged 50 to 75 Years: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 1 févr 2021;181(2):179-85.
46. Benzodiazépines chez les patients âgés : le côté sombre d'une pilule magique [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-547/benzodiazepines-chez-les-patients-ages-le-cote-sombre-d-une-pilule-magique>
47. Rouleau A, Proulx C, O'Connor K, Bélanger C, Dupuis G. Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées : état des connaissances. *Santé Ment Au Qué*. 2003;28(2):149-64.
48. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [cité 30 mars 2021];(2). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008986.pub3/full>
49. Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw JM, Prictor M, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [cité 30 mars 2021];(4). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007768.pub3/full/fr>
50. Vrijens B, Belmans A, Matthys K, Klerk E de, Lesaffre E. Effect of intervention through a pharmaceutical care program on patient adherence with prescribed once-daily atorvastatin. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2006;15(2):115-21.
51. Acosta-García H, Alfaro-Lara ER, Sánchez-Fidalgo S, Sevilla-Sánchez D, Delgado-Silveira E, Juanes-Borrego A, et al. Intervention effectiveness by pharmacists integrated

- within an interdisciplinary health team on chronic complex patients. Eur J Public Health [Internet]. [cité 20 févr 2020]; Disponible sur: <https://academic-oup-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/eurpub/advance-article/doi/10.1093/eurpub/ckz224/5692257>
52. Interventions visant à aider les personnes âgées à utiliser et à prendre leurs médicaments lorsque plusieurs médicaments sont prescrits [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: [/fr/CD012419/COMMUN\\_interventions-visant-aider-les-personnes-agees-utiliser-et-prendre-leurs-medicaments-lorsque](/fr/CD012419/COMMUN_interventions-visant-aider-les-personnes-agees-utiliser-et-prendre-leurs-medicaments-lorsque)
53. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [cité 30 mars 2021];(11). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000011.pub4/full/fr>
54. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires | Cairn.info [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-5-page-679.htm>
55. Ducournau P. Droits des usagers, droits et usagers. Inf Soc. 18 mai 2010;158(2):90-8.
56. Sém3 niveaux de négociation.pdf [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques%20promotion%202012/S%C3%A9minaires/S3/S%C3%A9m3%20niveaux%20de%20n%C3%A9gociation.pdf>

# Annexe 1 : Questionnaire

Fourdinier Paing Eugénie  
[eugenie.fourdinier@gmail.com](mailto:eugenie.fourdinier@gmail.com)  
 06 26 71 87 25

Faculté de médecine Henri Warembourg  
 Université de Lille



## Questionnaire de thèse

1	<b>Quel est votre genre ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masculin</li> <li>2. Féminin</li> </ol>
2	<b>Quel est votre âge ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entre 65 et 70 ans</li> <li>2. Entre 70 et 75 ans</li> <li>3. Entre 75 et 80 ans</li> <li>4. Entre 80 et 90 ans</li> <li>5. &gt; à 90 ans</li> </ol>
3	<b>Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agriculteurs et exploitants</li> <li>2. Artisans commerçants chefs d'entreprise</li> <li>3. Cadres et professions intellectuelles supérieures</li> <li>4. Profession intermédiaire</li> <li>5. Ouvrier</li> <li>6. Employé</li> <li>7. Autre personne sans activité professionnelle</li> </ol>
4	<b>Qui vous a parlé du BPM ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quelqu'un de votre entourage ?</li> <li>2. Votre médecin traitant ?</li> <li>3. Votre pharmacien ?</li> </ol>
5	<b>Qu'est-ce qui vous a amené à réaliser le BPM ?</b> <i>(Entourez la réponse)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pour mieux connaître et adhérer à vos traitements ?</li> <li>2. Pour avoir un soutien complémentaire dans le suivi de votre maladie ?</li> <li>3. Pour répondre à vos questions jusqu'alors non résolues ?</li> <li>4. Pour faire plaisir à la personne qui l'a proposé ?</li> </ol>
6	<b>Quelles étaient vos motivations? (quelques mots)</b>	
7	<b>Pour quelle(s) maladie(s) prenez-vous un</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aucune</li> <li>2. Diabète de type 1</li> </ol>

	<b>traitement au long cours?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Diabète de type 2</li> <li>4. Dyslipidémie</li> <li>5. Hypertension artérielle</li> <li>6. Infarctus du myocarde</li> <li>7. Insuffisance cardiaque</li> <li>8. Démence</li> <li>9. Maladie neuro dégénérative</li> <li>10. Asthme</li> <li>11. BPCO</li> <li>12. Cancer</li> <li>13. Maladie auto immune</li> </ul> Autre (dans ce cas merci de préciser) :
<b>8</b>	<b>Quels sont vos traitements ? (noms et nombre)</b>	
<b>9</b>	<b>Vous a-t-il aidé à mieux comprendre votre traitement ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ul>
<b>10</b>	<b>Vous a-t-il aidé à mieux connaître votre maladie ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ul>
<b>11</b>	<b>Vous a-t-il aidé dans le confort de la prise médicamenteuse ? (moins de comprimés, moins d'heures de prise)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ul>
<b>12</b>	<b>Vous a-t-il aidé à être plus assidu dans la prise médicamenteuse ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ul>
<b>13</b>	<b>Si vous prenez un traitement inhalé, vous a-t-il permis de revoir les techniques d'inhalation ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ul>
<b>14</b>	<b>Si vous prenez un traitement injectable vous a-t-il permis de revoir les techniques d'injection ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ul>
<b>15</b>	<b>Vous a-t-il pris trop de temps dans votre quotidien ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ul>

16	<b>Vous a-t-il apporté trop d'informations et par conséquent mis en difficulté ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ol>
17	<b>Ont-ils été bénéfiques ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ol>
18	<b>Avez-vous eu peur de répondre à certaines questions ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ol>
19	<b>Vous êtes-vous senti davantage soutenu dans la prise en charge de votre maladie ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ol>
20	<b>Avez-vous parlé du BPM à votre médecin traitant ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>2. Non</li> </ol>
21	<b>Avez-vous reçu un accueil favorable ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>2. Non</li> </ol>
22	<b>L'avez-vous senti pleinement investi ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ol>
23	<b>Pensez-vous que la communication entre votre médecin et votre pharmacien vous est ou vous serait favorable dans la prise en charge de vos maladies chroniques ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout d'accord</li> <li>2. Plutôt pas d'accord</li> <li>3. Plutôt d'accord</li> <li>4. Tout à fait d'accord</li> </ol>

## Annexe 2 : Déclaration de conformité



### RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

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

**Responsable administrative** Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

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

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 13 00 23583 00011
<b>Adresse</b> : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z <b>Tél.</b> : +33 (0) 3 62 26 90 00

**Responsable du traitement**

<b>Intitulé</b> : Impact des bilans partagés de médication
<b>Référence Registre DPO</b> : 2020-58
<b>Responsable du traitement / Chargé de la mise en œuvre</b> : M. Dominique LACROIX / M. le Dr Guillaume SERRON - Mme Eugénie FOURDINIER-PAING
<b>Spécificités</b> : <i>Absence de collecte de données personnelles (Exonération de déclaration pour anonymisation à la source)</i>

## Traitement déclaré

Fait à Lille,

Le 16 juin 2020

 Bureau DPO

**Jean-Luc TESSIER**

Délégué à la Protection des Données



**AUTEUR : Nom : FOURDINIER- PAING**

**Prénom : Eugénie**

**Date de soutenance : 05 mai 2022**

**Titre de la thèse : Le bilan partagé de médication est-il favorable à l'appropriation de son traitement par le patient ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : patient compliance, drug interaction, chronic disease, medication reconciliation**

**Résumé :**

**Contexte :** Le vieillissement de la population induit une majoration des pathologies chroniques et une polymédication. Une des principales conséquences est un défaut d'observance. Pour répondre à ce problème de santé publique majeur, le système de soins français tente de s'adapter. La coordination interprofessionnelle et l'éducation thérapeutique sont des axes majeurs de réponse. De nouvelles missions sont confiées aux pharmaciens, tel que le bilan partagé de médication. Ce bilan partagé de médication est-il favorable à l'appropriation de son traitement par le patient ?

**Méthode :** Réalisation sur 7 mois d'une étude épidémiologique descriptive transversale, au moyen d'un questionnaire à la recherche d'un bénéfice aux échanges patient-pharmacien ; à la recherche d'un profil de patient pour lequel le BPM serait d'avantage favorable ; à l'évaluation du regard que portent les patients sur la communication médecin-pharmacien les concernant.

**Résultats :** Un total de 57 questionnaires a été analysé. La très grande majorité des patients ont perçu le BPM comme bénéfique (80%), alors que peu d'améliorations objectives ont été mises en évidence. Le bénéfice principal est constitué du sentiment d'une amélioration de la connaissance de son traitement et de sa maladie par le patient. Le BPM semble être davantage bénéfique aux patients ayant un syndrome anxio-dépressif. Les patients sont favorables à la communication interprofessionnelle pour la prise en charge de leurs pathologies chroniques mais ne souhaitent pas y prendre part.

**Conclusion :** Le bénéfice du BPM apparaît plutôt mince, il semble légitime de mettre en doute son efficacité.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD**

**Assesseur : Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN, Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume SERRON**