



**HAL**  
open science

# Le conseil pharmaceutique : une obligation incontournable. Personnalisation, individualisation, enjeux et perspectives d'évolution

Lucas Salelles

► **To cite this version:**

Lucas Salelles. Le conseil pharmaceutique : une obligation incontournable. Personnalisation, individualisation, enjeux et perspectives d'évolution. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03670443

**HAL Id: dumas-03670443**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03670443>**

Submitted on 17 May 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE**  
**UFR SANTE – Département PHARMACIE**

Année 2020 - 2021

N°

**THESE**

**Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 19 mars 2021

par

*SAELLES Lucas*

Né le 07 Février 1991 à Paris IV<sup>eme</sup>

Le conseil pharmaceutique : une obligation incontournable  
*Personnalisation, individualisation, enjeux et perspectives d'évolution*

Président du jury : **Mme SKIBA Malika**, Maître de conférences à l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen

Membres du jury : **Mr WABLE Thierry**, Professeur à l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen

**Mr BOUNOURE Frédéric**, Maître de conférences à l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen

**Mme BOURHIS Françoise**, Docteur en pharmacie

**Mr MABILAIS Guillaume**, Docteur en pharmacie

## Remerciements :

Je tenais à remercier l'ensemble des personnes sans qui ce travail n'aurait été possible ainsi que l'ensemble des personnes m'ayant accordé leur soutien sans faille durant mes études.

A Thierry Wable, merci d'avoir dirigé l'écriture de cette thèse, merci pour vos conseils et votre disponibilité, j'ai clairement (trop) pris mon temps pour écrire cette thèse mais vous avez toujours su vous rendre disponible.

A Malika Skiba, merci d'avoir accepté de présider ce jury et d'avoir pris le temps de lire cette thèse.

A Frédéric Bounoure, merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury et de m'avoir accordé votre temps.

A Françoise Bourhis, merci de m'avoir formé et de m'avoir fait aimer l'officine. En acceptant de prendre part à ce jury tu me permets de boucler la boucle.

A Guillaume Mabilais, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, merci d'avoir achevé ma formation, merci pour la confiance que tu m'accordes et pour les projets à venir.

A mes parents et Magali, merci de m'avoir toujours soutenu et d'avoir toujours cru en moi, même dans les moments les plus critiques. Merci d'avoir fait la personne que je suis.

A Jhon, merci de supporter Magali.

A Took, merci d'être le frère que je n'ai jamais eu, merci pour ces 8 années de colocation et merci de n'avoir jamais douté de moi.

A mes amis, Linsay, Victor, Lisa, Jérémie, Anne, Justin, Zoé, Norlevo, Alex, Fab. Merci pour ces années étudiantes, merci pour votre soutien, merci d'être des amis formidables.

A mes plus vieux amis, les gaillonnais, Guiggs, Ivan, Zac, Sylvain, Maxime, Paul, Jacko, Gaëtan. Merci pour tous ces souvenirs, merci d'avoir toujours cru en moi et de n'avoir jamais insinué que je prenais un peu trop mon temps dans les études.

A mes collègues, Guillaume, Vincent, Elodie, Cathy, Caro, Megan, Océane, merci de me supporter, vous êtes les meilleurs !

Merci aux pharmaciens et préparateurs qui m'ont formé : Françoise, Charlotte, Nadine, Laure, Marc, Elodie, Christine, Manue, Marie-Christine, Annie, Christelle, Alex, Isabelle, Arnaud.

Et, afin d'éviter toutes représailles,

Merci à Popi (je crois) et à Arya la plus douce.

Merci à Tequila (sauf pour les coups de pattes à 5 heures du matin).

Merci à Jaguer pour le piercing.

Merci à Zinedine Zidane pour 98.

Merci à ma 206+ de n'être jamais tombée en panne.

**L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

**DOYEN :** **Professeur Benoît VEBER**

**ASSESEURS :** **Professeur Loïc FAVENNEC**

**Professeur Agnès LIARD**

**Professeur Guillaume SAVOYE**

<p><b>I - MEDECINE</b></p>
----------------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie

Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CHB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mme Julie <b>GUEUDRY</b>	HCN	Ophtalmologie

Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie

Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE–COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Hervé <b>TILLY</b> ( <i>surnombre</i> )	CHB	Hématologie et transfusion
Mr Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate <b>ACHAMRAH</b>	HCN	Nutrition
Mme Elodie <b>ALESSANDRI-GRADT</b>	HCN	Virologie
Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Florent <b>MARGUET</b>	HCN	Histologie
Mme Chloé <b>MELCHIOR</b>	HCN	Gastroentérologie
Mr Sébastien <b>MIRANDA</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## II – PHARMACIE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CATANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques

Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Chervin <b>HASSEL</b>	Virologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
Mr Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mr Romy <b>RAZAKANDRAINIBE</b>	Parasitologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie

#### **PAU-PH**

Mikaël **DAOUPHARS**

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

### **ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

Mme Alice **MOISAN**

Virologie

Mr Henri **GONDÉ**

Pharmacie

### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI**

Informatique

Mme Clémence **MEAUSOONE**

Toxicologie

### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT**

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique



## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mr Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie <b>PEZZINO</b>	Orthophonie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

**DIRECTEUR ADMINISTRATIFS : Mr Jean-Sébastien VALET**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation    SJ – Saint Julien Rouen*

# Table des matières

Liste des Figures	20
Liste des abréviations	22
Introduction	23
1 Délivrance d'un conseil adapté au patient	24
1.1 Définition du conseil pharmaceutique	24
1.2 Rôle et objectifs du conseil	25
1.3 L'interaction patient / pharmacien	28
1.3.1 Le processus de communication	28
1.3.1.1 La personnalité individuelle	30
1.3.1.2 L'état d'égo	33
1.3.1.3 Les besoins humains	35
1.3.1.4 Les valeurs individuelles	38
1.3.1.5 La culture	40
1.3.2 Les attentes des patients	41
1.3.2.1. Le besoin d'information	41
1.3.2.2. La relation de confiance	44
1.3.3 Théories relatives au conseil	45
1.3.3.1. Théorie comportementaliste	46
1.3.3.2. Théorie humaniste	46
1.3.3.3. La théorie mixte	47
1.4 Délivrer un conseil	50

1.4.1.	Les différentes phases du conseil	50
1.4.2.	Les compétences nécessaires au conseil	51
1.4.2.1.	Les compétences d'écoute	52
1.4.2.2.	Les compétences de questionnement	53
1.4.2.3.	Le retour d'enseignement	53
1.5	L'automédication et le conseil	54
1.5.1.	Définition de l'automédication	54
1.5.2.	Les patients et l'automédication	54
1.5.3.	Le rôle du pharmacien et les besoins en conseil	55
1.5.4.	La démarche A.C.R.O.P.O.L.E	57
2	Les enjeux du conseil	59
2.1	Observance	59
2.1.1	Définition	59
2.1.2	Conséquences	60
2.1.3	Les causes de non observance	61
2.1.4	Prévention par le conseil	63
2.2	Iatrogénie	65
2.2.1	Définition et chiffres	65
2.2.2	Conséquences et causes	66
2.2.3	Prévention	66
2.3	Qualité de vie	67
2.4	Fidélisation, différenciation	68
3	Faire évoluer le conseil	70
3.1	Évolution des besoins	70
3.1.1	Vieillesse de la population	70
3.1.1.1	Statistiques	70

3.1.1.2 Adapter le conseil	71
3.1.1.2.1 Le Bilan partagé de médication (BPM)	73
3.1.1.2.2 La préparation des doses à administrer (PDA)	74
3.1.1.2.3 Les livraisons	75
3.1.2 Augmentation du maintien à domicile	76
3.1.2.1 Définition et statistiques	76
3.1.2.2 Enjeux du conseil relatif au MAD	77
3.1.2.3 Adapter le conseil	77
3.1.3 Evolution de la médecine et des traitements à l'officine	78
3.2 Évolution des demandes	83
3.2.1 Internet	83
3.2.1.1 Internet en chiffres	83
3.2.1.2 Les patients et internet	83
3.2.1.3 Internet pour le pharmacien	89
3.2.1.4 Améliorer le conseil à l'aide d'internet	90
3.2.2 Digitalisation	92
3.2.2.1 Les appareils connectés.	97
3.2.2.2 La digitalisation au service du maintien à domicile :	98
3.2.2.3 Adapter le conseil grâce à la digitalisation :	99
Conclusion	103
Annexes	106
Bibliographie	111
Sitographie	114

## Liste des Figures

Figure 1 - Schéma de la relation patient - Pharmacien - Lucas Salelles .....	28
Figure 2- Les personnalités d'après Myers-Briggs (1962).....	31
Figure 3 - Le modèle du Big Five d'après Goldberg (1990).....	32
Figure 4 - Illustration "pyramide" des besoins de Maslow.....	37
Figure 5 - Les valeurs de Schwartz regroupées (2016) .....	39
Figure 6 - Les étapes de changement par Prochaska et DiClemente illustré par le sevrage tabagique. - HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014.....	49
Figure 7 - Test d'observance emprunté à Girerd (2001) .....	60
Figure 8 - Score de Girerd sur un effectif de 2317 patient - D'après l'étude Avenir Pharmacie (2017).....	61
Figure 9 - Taux d'observance en fonction des pathologies. D'après Arnoux LA .....	63
Figure 10 - D'après : Attentes des patients vis-à-vis de la pharmacie d'officine : critère de choix d'une officine et de satisfaction des patients - Gendre Thomas (2015).....	68
Figure 11 - Evolution de l'espérance de vie - Centre d'observation de la société (2018) 70	
Figure 12 - Scénario central des projections de population 2007-2060 – INSEE (2018)...	71
Figure 13 - Répartition des personnes âgées de 85 ans et plus selon leur mode de résidence en 1982 et 2011 - Insee (2016).....	72
Figure 14 - Nouvelles molécules mises sur le marché de 2004 à 2018 - Le moniteur des pharmacies cahiers de formation (compilation) .....	79
Figure 15 - Répartition des nouvelles molécules disponible à l'officine par aires thérapeutiques de 2013 à 2018 - Le moniteur des pharmacies cahiers de formation (compilation) .....	80
Figure 16 - Proportion d'enfants conçus par fécondation in vitro d'après Elise de La Rochebrochard, Ined (2008).....	81
Figure 17 - Nombre total de tentatives de FIV de 2012 à 2015 - D'après le rapports médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine (2016) .....	81
Figure 18 - D'après Quelle utilisation d'Internet dans la recherche d'informations santé ? - Jean-Baptiste Richard – INPES (2019) .....	84
Figure 19 - D'après Quelle utilisation d'Internet dans la recherche d'informations santé ? - Jean-Baptiste Richard – INPES (2019) .....	84

Figure 20 - D'après Quelle utilisation d'Internet dans la recherche d'informations santé ? - Jean-Baptiste Richard – INPES (2019) .....	85
Figure 21 - Exemple de groupe discussions - Facebook.com .....	86
Figure 22 - Groupe de discussion "VIH=ONU SIDA-OMS=Mensonge!" .....	87
Figure 23 - Groupe de discussion "Vaccins, alternatives, protection et défense des enfants en France !" .....	87
Figure 24 - Groupe de discussion "Cancer Cures & Natural Healing Research Group" ....	88
Figure 25 – Illustration - YUKA .....	94
Figure 26 – Illustration - YUKA .....	94
Figure 27 – Illustration - YUKA .....	95
Figure 28 – Illustration - YUKA .....	96

## **Liste des abréviations**

ACS : aide à la complémentaire santé

AFIPA : association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable

AME : aide médicale d'états

AT : analyse transactionnelle

BPM : bilan partagé de médication

CMU : complémentaire médicale universelle

CSP : code de la santé publique

DMP : dossier médical partagé

DP : dossier pharmaceutique

DT2 : diabète de type deux

ETP : éducation thérapeutique du patient

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HON : Health on the net

MAD : maintien à domicile

OMS : organisation mondiale de la santé

OTC : over the counter

PNL : programmation neurolinguistique

QVLS : qualité de vie lié à la santé

## Introduction

Le conseil pharmaceutique est au cœur de l'exercice officinal, il permet d'assurer le bon usage des médicaments, de renforcer l'observance et de lutter contre la iatrogénie. Grâce au conseil, le pharmacien va également pouvoir créer une relation de confiance avec son patient, il est donc primordial pour le pharmacien de savoir adapter son conseil en fonction de celui-ci. Tout comme le métier de pharmacien évolue, la société, les besoins de nos patients et leurs demandes évoluent également, que ce soit grâce à l'apparition des nouveaux moyens de communication (internet, réseaux sociaux, digitalisation...) mais également grâce aux nouvelles problématiques auxquelles nous sommes confrontés (augmentation de la disponibilité des traitements lourds à l'officine, augmentation du maintien à domicile). Notre conseil se doit donc d'évoluer.

Dans ce travail, nous essayerons de trouver des clefs pour améliorer la délivrance de notre conseil en l'adaptant au patient et à ses besoins. Pour cela, nous baserons nos réflexions sur diverses études et mises en situation.

Dans une première partie, nous commencerons par définir ce qu'est le conseil pharmaceutique, comment le délivrer et l'adapter à nos patients en faisant appel à de nombreuses théories et concepts psycho-sociologiques. Nous nous intéresserons au profil du patient et à la relation patient / pharmacien et nous réfléchirons à la meilleure façon de délivrer un conseil pharmaceutique.

Dans une deuxième partie, nous définirons les différents enjeux et objectifs de ces conseils, à savoir : l'amélioration de l'observance, de la qualité de vie, de la fidélisation et la lutte contre la iatrogénie.

Puis, dans une troisième partie, nous aborderons l'évolution des besoins et des demandes en matière de conseil. Nous centraliserons notre réflexion sur l'évolution des besoins en abordant le vieillissement de la population, l'augmentation du maintien à domicile et l'évolution des traitements à l'officine avec la disponibilité de traitements plus lourds et plus techniques, auparavant réservés à l'hôpital. Enfin, nous terminerons en analysant l'évolution des demandes

et en nous intéressant à l'impact des nouveaux moyens de communication, à savoir internet et la digitalisation.

# **1 Délivrance d'un conseil adapté au patient**

Dans un premier temps, nous devons nous intéresser à ce qu'est le conseil pharmaceutique. Comment le définir, comment le prodiguer et comment l'adapter aux différents patients. Pour cela, nous nous appuyerons sur des recommandations officielles, des études sociologiques et des mises en situation.

## **1.1 Définition du conseil pharmaceutique**

Le pharmacien d'officine a pour mission de délivrer des médicaments en s'assurant de leurs bons usages. Pour cela, le pharmacien dispense ses conseils en rapport avec la prescription, la pathologie ou la demande du patient. Cette notion de conseil est mise en avant par l'article R. 4235-48 du CSP. Ce même article renforce également l'obligation de conseil lors d'une délivrance d'un médicament non soumis à une prescription obligatoire. Le conseil pharmaceutique est donc un acte spontané et ciblé. Le pharmacien va apporter des informations au patient lui permettant de respecter les règles de bon usage du médicament, de mieux appréhender son utilisation, de mieux comprendre sa pathologie et l'action de son traitement, de lever ses doutes et appréhensions vis-à-vis d'un médicament et / ou de ses effets secondaires. Le pharmacien rend ainsi le patient acteur de sa prise en charge.

Concernant la qualité de l'information qui est délivré au patient, l'article 35 du code de déontologie sur l'information au patient stipule que l'information se doit d'être « *loyale, claire et appropriée* ». L'information doit être « *loyale* », le pharmacien doit donc délivrer son conseil de façon honnête, en se basant sur son expérience et ses connaissances. Une information « *claire* » est une information qui sera intelligible et facile à comprendre par le patient. Enfin, une information « *appropriée* » est une information qui doit être adaptée au patient et à sa situation. L'enjeu pour le pharmacien est donc de délivrer un conseil de qualité s'appuyant sur ses connaissances et de l'adapter au patient pour qu'il soit compréhensible et pertinent pour celui-ci.

Pour s'assurer de la bonne compréhension et enrichir son conseil, le pharmacien peut remettre au patient une brochure éducative, à condition qu'il ne figure aucune publicité pour sa pharmacie. L'arrêté du 28 novembre 2016 souligne cette notion de traçabilité du conseil et stipule que le pharmacien peut formaliser, si nécessaire, un document comprenant certains conseils associés. Ce message vise donc à éduquer le patient et à développer ses connaissances sur un sujet précis.

En revanche, il ne faut pas confondre conseil à visée éducative et éducation thérapeutique du patient (abrégé ETP). Ainsi, La Haute autorité de santé (HAS) définit l'ETP de la façon suivante : *« L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient »*. L'ETP est un processus réparti sur une période allongée dans le temps sous forme de séances et qui permet de fixer des objectifs et d'y répondre grâce à un diagnostic éducatif. Ainsi, à la différence du conseil, l'ETP, n'est pas un acte spontané, le patient décide d'y participer et un rendez-vous est alors pris. Le but de l'ETP est de rendre le patient acteur dans la prise en charge de sa pathologie. Par rapport aux conseils dispensés lors d'une délivrance, l'ETP a donc beaucoup d'avantages. La répartition dans le temps des séances d'ETP permet au patient d'avancer à son rythme vis-à-vis des informations qui lui sont données. Ainsi, cette organisation va permettre au professionnel d'évaluer à tout instant les besoins du patient et d'avoir un moment dédié uniquement à son éducation dans un espace confidentiel. Cependant l'ETP a ses limites. Le manque de temps nécessaire est la principale limite à la réalisation de ces entretiens. De plus, les séances d'ETP ne sont pas proposées à tous les patients, seules quelques pathologies sont concernées contrairement au conseil pharmaceutique qui lui se doit d'être dispensé à chaque patient.

## **1.2 Rôle et objectifs du conseil**

Le conseil vise à améliorer la qualité de vie du patient et à lui fournir une meilleure prise en charge thérapeutique tout en établissant une relation de confiance entre lui et le pharmacien et le patient. Le conseil a également pour objectif de rendre le patient plus autonome en l'aidant à gérer son traitement et/ou sa pathologie et à s'y adapter.

Les conseils pharmaceutiques peuvent être de différents types :

– Le conseil associé aux médicaments :

- Rappels des règles du bon usage du médicament.
- L'observance avec les modalités de prise du médicament (avant, pendant ou après repas, matin ou soir...), que faire en cas d'oubli d'une prise ? Quels sont les médicaments à prendre seulement en cas de besoin et ceux à prendre en continu ?

Mise en situation : Que faire en cas d'oubli de préviscan® ?

- Explication des posologies et de la durée du traitement : proposer, si besoin, un plan de posologie (en particulier chez les personnes polymédiquées ou chez les personnes âgées).
- Information sur les précautions d'emploi et mises en garde.
- Information sur les éventuels effets indésirables et leur gestion : Quels effets sont à craindre, comment les gérer, comment les éviter ou les atténuer et que faire si ceux-ci sont trop présents.

Mise en situation : douleur épigastrique lors de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : Prendre les médicaments lors de la prise alimentaire pour prévenir ces douleurs. Si malgré ces conseils le patient ressent une douleur, lui conseiller la prise d'un inhibiteur de la pompe à proton (IPP) et en cas d'échec, l'orienter vers son médecin.

- Alerter sur les possibles interactions, que ce soit avec la pathologie du patient, avec d'autres traitements intercurrents ou encore avec des médicaments d'automédication.

Mise en situation : Certaines huiles essentielles chez le patient asthmatique, le risque de surdosage au paracétamol avec certains médicaments contre le rhume et l'état grippal.

– Le conseil associé à la pathologie :

- Explication de la maladie.
- Réponses aux interrogations du patient.
- Suivi de la pathologie.

Mise en situation : Un patient à qui il vient d'être diagnostiqué un diabète de type 2 (DT2), traité par metformine, ne comprend pas pourquoi le médecin ne lui a pas prescrit d'insuline alors que son frère, également atteint de DT2 se « pique » tous les jours. Le pharmacien devra expliquer à son patient sa pathologie, ce qu'est l'insulino-résistance et l'insulino-dépendance. Il lui expliquera également comment suivre l'évolution de sa pathologie grâce à l'analyse de son HbA1c trimestrielle.

- Les conseils hygiéno-diététiques :
  - Pour améliorer la réponse au traitement
  - Pour limiter certains effets indésirables
  - Pour limiter l'évolution de la pathologie

Mise en situation : Continuons avec l'exemple de notre patient DT2 : le pharmacien devra lui fournir des conseils hygiéno-diététiques pour limiter l'évolution de sa pathologie et pour limiter les effets secondaires de son traitement. Le pharmacien lui expliquera donc la notion d'indice glycémique en lui donnant des exemples d'aliments à haut indice glycémique et d'aliments à indice glycémique bas. Il pourra compléter son conseil en fournissant divers documents éducatifs visant à analyser cet indice glycémique ou en l'orientant vers une association de malade (type MAREDIA) fournissant des aides diététiques. Enfin, le pharmacien conseillera à son patient de prendre ses comprimés de metformine lors des repas pour limiter les risques de troubles digestifs malheureusement habituels avec ce traitement.

- L'orientation :

Le pharmacien étant le seul professionnel de santé accessible facilement sans rendez-vous, il lui arrive parfois de devoir orienter un patient : faut-il consulter ? Si oui dans quelle mesure (urgence, médecin traitant) ou quels délais.

Le pharmacien s'assurera également qu'il n'y a pas de problème avec la prescription en elle-même (interaction, sur ou sous dosage, symptômes non traités, erreur, mauvaise indication...).

Le pharmacien va devoir instaurer une relation avec son patient et la développer afin d'obtenir sa confiance. Pour cela, le pharmacien devra manifester son implication et son intérêt dans la prise en charge du patient, afin que celui-ci soit certain que tout est fait dans son intérêt exclusif.

### 1.3 L'interaction patient / pharmacien

Comme nous l'avons défini précédemment, le conseil doit être adapté au patient. Pour nous permettre de mieux comprendre comment adapter notre conseil, nous allons nous intéresser à la relation patient / pharmacien et aux attentes du patient en matière de conseil.

#### 1.3.1 Le processus de communication

Le conseil pharmaceutique est un échange entre un professionnel de santé et un patient. Pour pouvoir adapter au mieux son conseil, le pharmacien doit savoir repérer le profil du patient avec lequel il interagit. En effet, plusieurs concepts peuvent interférer, positivement ou négativement, dans cette relation. En voici un schéma représentatif.

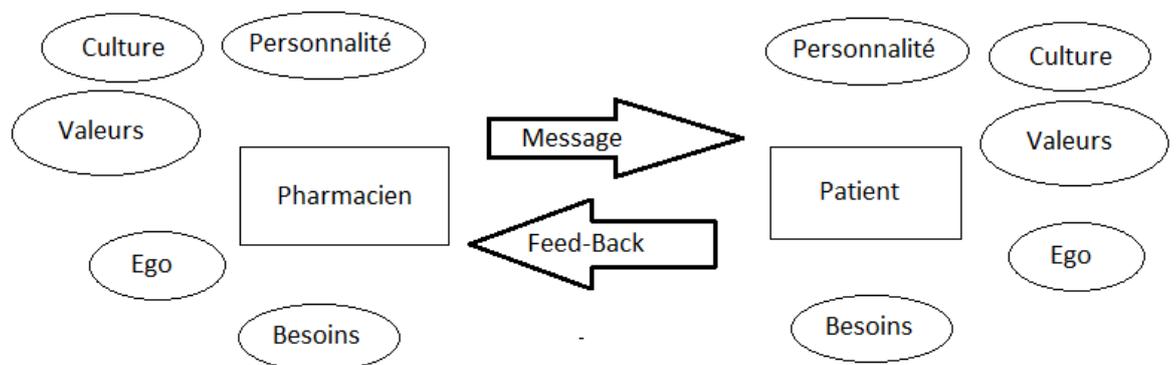


Figure 1 - Schéma de la relation patient - Pharmacien - Lucas Salelles

La relation patient / pharmacien peut être définie comme un processus de communication dans lequel des informations sont échangées entre un émetteur et un récepteur à travers un canal. Pour faire passer son message, l'émetteur utilise des mots parlés ou écrits et son langage corporel. Le récepteur lui, perçoit le message par l'audition ou la vue qu'il traduit pour déterminer sa signification. Il peut donc y avoir des malentendus, des mauvaises interprétations ou des

incompréhensions. L'environnement de la pharmacie peut également interférer sur la délivrance de ce message. Ainsi un cadre calme et confidentiel sera plus propice à une bonne compréhension, il peut donc parfois être nécessaire de trouver un lieu plus adapté que le comptoir.

Le pharmacien doit s'efforcer d'avoir des informations sur le patient et sa maladie pour délivrer ses conseils. Ce processus de communication entre ces deux parties n'est donc en aucun cas unilatéral. Nous parlons alors d'interaction, car le comportement et le dialogue de l'un influe sur l'autre et réciproquement (Wable, 2018).

Le pharmacien se doit d'inciter le patient à lui fournir un retour d'informations (*feed-back*) et y être très attentif. En l'effet, un *feed-back* de mauvaise qualité (confus voir absent) pourra perturber la communication (Wable, 2018). Pour s'assurer de la bonne réception de ce *feed-back*, le pharmacien doit faire preuve d'une écoute active qui lui permet de clarifier l'incompréhension du patient et d'approfondir ses attentes tout en nouant une relation d'aide et de confiance avec lui.

Le pharmacien peut également utiliser des techniques de reformulation, qui permettent d'améliorer la communication entre les deux interlocuteurs en levant les incompréhensions, en évitant les quiproquos et en clarifiant le discours et les sentiments. (Rogers, 1989).

Nous pouvons citer quelques exemples de reformulation :

- La reformulation en écho, qui consiste à répéter les derniers mots de son interlocuteur pour l'inciter à développer.

*Mise en situation :* « Depuis que je prends ce nouveau traitement, je ne me sens pas très bien. » « Pas très bien vous dites ? »

- La reformulation en reflet, qui consiste à reformuler avec ses propres mots.

*Mise en situation :* « Oui, j'ai l'impression d'avoir la tête dans un étou. » « Vous avez donc des maux de tête ? »

- La reformulation de synthèse, qui consiste à traduire l'essentiel de ce qui a été dit par son interlocuteur.

Mise en situation : « Oui, le matin, une petite heure après la prise de mon traitement je commence à avoir un fort mal de tête. Le pire c'est que cela m'arrive lorsque je suis sur la route pour aller au travail. Heureusement, le soir, ce mal de tête a quasiment disparu. » « Si je résume, vos céphalées arrivent juste après la prise du votre traitement et s'estompent dans la journée ? »

- La reformulation de clarification, qui consiste à mettre en lumière le sens qui a été dit par notre interlocuteur.

Mise en situation : « Exactement ! Je pense que le problème va être vite réglé ! »  
« Vous voulez dire que vous comptez interrompre votre traitement ? »

### **1.3.1.1 La personnalité individuelle**

L'un des premiers facteurs pouvant influencer sur la communication entre le pharmacien et son patient est la personnalité des participants. Nous allons donc déterminer les différents types de personnalité en nous appuyant sur des modèles théoriques. Ces modèles de personnalité ont tendance à stéréotyper des similitudes rencontrées en chacun de nous pour pouvoir les classer.

Nous prendrons l'exemple du modèle issu du travail de Myers-Briggs qui décrit 16 types de personnalités différentes (Myers-Briggs, 1962). Nous vous présentons ce modèle car c'est celui le plus utilisé pour déterminer les personnalités, en particulier dans le monde de l'entreprise, lors des phases de recrutement pour apprécier la personnalité des candidats (Brunel, 2008). Ce modèle a pour but de classer les personnalités des individus et d'en déduire leurs traits de caractère, en fonction de :

- Leurs interactions sociales :
  - Introverti
  - Extraverti
- Leur façon de recueillir l'information :
  - Par les « sens » en se reposant sur des détails concrets.
  - Par l'intuition en ayant une vision plus globale et en se reposant moins sur le concret.
- Leur façon de prendre des décisions :

- Par réflexion : plus objectif.
- Par sentiment : plus subjectif.
- Leur approche de la vie :
  - Jugement : Approche contrôlée et réfléchie.
  - Intuition : Approche spontanée et souple.

	Sensation		Intuition	
	Réflexion	Sentiments	Sentiments	Réflexion
Introversion Jugement	Calme, pratique, réaliste, attentif	Prudent, amical, réfléchi, doux	Chaleureux, réservé, poli, réfléchi	Curieux, distant, autonome innovant
Introversion Perception	Logique, calme, distant, autonome	Empathique, réfléchi, humble, amical	Réservé, calme, sensible, aimable	Secret, calme, sceptique, curieux, indépendant
Extraversion Perception	Bavard, curieux, impulsif	Chaleureux, grégaire, bavard, impulsif	Bavard, liant, curieux	Amical, liant, humoriste, flexible
Extraversion Jugement	Energique, franc, amical	Actif, amical, liant, bavard	Amical, liant, enthousiaste	Amical, franc, volontaire, logique

Figure 2- Les personnalités d'après Myers-Briggs (1962)

Cependant, ce modèle a ses limites et n'est pas vraiment applicable à l'officine car il demande une grande connaissance de l'individu ou nécessite la mise en place de questionnaires et autres tests.

Un autre modèle utilisé pour l'étude de la personnalité est le modèle du Big five proposé par Goldberg, peut-être plus adapté à l'officine car ce il se base sur cinq facteurs de personnalité, évalués de façon indépendante, plus ou moins marqués chez l'individu (Goldberg, 1990). Les cinq facteurs étudiés par le Big Five sont :

- L'ouverture : permet d'apprécier la créativité, les idées, la curiosité et l'imagination de l'individu.
- La conscienciosité: permet d'apprécier la discipline, l'organisation et l'ambition.
- L'extraversion : permet d'apprécier l'énergie et la sociabilité.

- L'agréabilité : permet d'apprécier la compassion.
- Le névrosisme : permet d'évaluer la stabilité émotionnelle.

	Positif	Négatif
Ouverture	Imaginatif, créatif, curieux, sensible.	Centre d'intérêt réduit, terre à terre, conventionnel, conservateur.
Conscienciosité	Régule et dirige ses impulsions, ambitieux.	Impulsif, « haut en couleurs », manque d'ambition.
Extraversion	Grandes interactions avec le monde extérieur, tourné vers autrui, positif, enthousiaste, attire l'attention sur lui.	Moins exubérant, calme, effacé, moins de besoin de vie social.
Agréabilité	Coopération, cohésion avec autrui, amical, serviable, généreux, optimiste.	Intérêt personnel, peu soucieux du bien-être d'autrui, soupçonneux, inamical.
Névrosisme	Sentiment négatif (anxiété, colère, dépression), émotionnellement réactif, réaction négatives plus longue, mauvaise humeur fréquente.	Calme, stable émotionnellement.

Figure 3 - Le modèle du Big Five d'après Goldberg (1990)

Il n'est évidemment pas question d'établir le profil de chacun de nos patients, ce serait impossible. Même en utilisant le modèle de Big Five, qui semble être le plus adapté, certains traits de caractère sont quasiment impossibles à percevoir lors de nos relations avec nos patients. En revanche, au fur et à mesure de nos interactions et de notre expérience, il nous est facile de nous faire une idée sur la personnalité de notre patient. C'est d'ailleurs ce que nous faisons même inconsciemment. Après plusieurs échanges il nous est facile de déterminer si la personne que nous avons en face de nous est plutôt bavarde (extraversion positive), si elle a tendance à se mettre facilement en colère (névrosisme positif) ou si la personne a tendance à être coopérative et à l'écoute (agréabilité / conscienciosité positive).

Avoir conscience de sa propre personnalité (grâce aux retours de nos proches, de l'équipe officinale et à l'analyse de nos réactions) et de celle de son interlocuteur peut permettre d'améliorer la communication, et ainsi de nous adapter à la situation et d'adapter notre conseil.

Le modèle du big five est utilisé dans plusieurs études portant sur le milieu médical. Une première étude nous apprend que les patients vont avoir tendance à accorder leur confiance en matière de conseil à un pharmacien plus introverti qu'extraverti (Nichol *et al.*, 1992). Une autre étude s'est intéressée au rapport entre les résultats de ce modèle et le risque d'erreurs médicales. Cette étude a démontré que les personnes ayant un score élevé en conscienciosité, extraversion, agréabilité et ayant un faible score en névrosisme ont tendance à faire moins d'erreurs et à résoudre les problèmes plus facilement (Babei *et al.*, 2018). Ainsi la connaissance de notre propre personnalité et son adaptation peut permettre d'améliorer notre exercice.

#### Mise en situation :

Une jeune fille vient à l'officine et demande, à demi-mots, une contraception d'urgence et semble très mal à l'aise. Un pharmacien, ayant une personnalité plutôt ouverte et extravertie, délivrera le médicament et ses conseils de la même façon qu'un médicament plus classique, n'y voyant aucune différence. Or, il apparaît très clairement que cette jeune fille est plutôt introvertie et anxieuse. A l'aide d'un modèle comme celui du Big Five, le pharmacien pourra avoir une vague idée de la personnalité de sa patiente, notamment grâce au court échange qu'il aura avec elle (demande à demi-mots, parle à voix basse) et grâce à son langage corporel (mouvements de replis et de recul, rougissement...). Le pharmacien devra donc s'adapter à sa patiente. Pour cela, il essaiera d'être moins extraverti et de comprendre le caractère angoissant de la demande de sa patiente (peur du jugement...). Aussi, il lui proposera d'effectuer la délivrance et le conseil dans un espace confidentiel afin de libérer un peu plus la parole de sa patiente. Ceci devrait sensiblement améliorer le Feed-back et qui sera plus propice au questionnement.

#### **1.3.1.2 L'état d'égo**

Pour approfondir notre étude de l'interaction patient / pharmacien ou plus généralement, récepteur / émetteur, nous pouvons aborder la théorie des états d'égo établie par le psychiatre Eric Berne dans son analyse transactionnelle. L'analyse transactionnelle, désignée AT, est une théorie portant sur les rapports sociaux et sur la personnalité. Elle a pour but d'améliorer la compréhension des problèmes relationnels et propose des modèles pour les résoudre. Cependant, l'AT est controversée. En effets, certains individus ont repris cette analyse à des fins plus ou moins douteuses, c'est notamment le cas des adeptes de la programmation

neurolinguistique, aussi appelée PNL. La PNL est une pratique élaborée par les psychologues John Grinder et Richard Bandler dans les années 70, c'est aujourd'hui une marque déposée. La PNL se base sur des techniques et modèles psychologiques utilisés à des fins marketing, de management, de gestion des ressources humaines et à des fins thérapeutiques en tant que médecine alternative. Or, ce sont surtout des méthodes qui s'apparentent à de la manipulation et qui n'ont ni valeurs scientifiques ni de validation thérapeutique. De plus, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires cite l'AT et la PNL comme faisant partie des méthodes les plus répandues dans les dérives sectaires.

Toutefois, il nous paraît pertinent d'aborder la théorie des états d'égo car ce modèle nous permet de mieux comprendre et de mieux visualiser certaines de nos interactions et certains comportements de nos patients. Notre emprunt à l'AT portera donc exclusivement sur cette théorie.

Lors d'une interaction sociale, le comportement de chaque interlocuteur influe sur la communication et c'est ainsi qu'Eric Berne observe que la personnalité de chacun est constituée de trois états d'égo (ou « *état du moi* ») basés sur le vécu et le comportement (Berne, 2001). Ces différents états influenceront sur l'interaction.

- L'état d'égo parent : Attitude et comportement enseignés par les parents, conduisant à répondre de la même façon que ses parents ou autre figure d'autorité, soit de manière formatrice, soit de manière critique.

Mise en situation : Le pharmacien infantilisant son patient ou, à l'inverse, le patient ayant un regard très critique sur les informations qui lui sont données.

- L'état d'égo enfant : Sentiment éprouvé lors de l'enfance, souvent adopté en réponse de l'état d'égo « parent » de son interlocuteur. Une personne dans l'état d'égo enfant aura un comportement soit libre et irresponsable, soit adapté et obéissant.

Mise en situation : le patient n'écoutant pas ou rejetant les conseils qui lui sont prodigués.

- L'état d'égo adulte : Réponse plus analytique, volonté d'information, décisions après réflexion. C'est un état d'égo moins « *automatique* » que les états parent ou enfant.

Mise en situation : Un patient souffrant d'un syndrome grippal se présente à la pharmacie. Il demande au pharmacien un médicament contenant du paracétamol et de la pseudoéphédrine qu'un proche lui a recommandé. Le pharmacien, qui connaît le patient, sait qu'il souffre d'hypertension artérielle (HTA). Il lui conseille alors d'utiliser du paracétamol seul, en lui expliquant le risque de iatrogénie que pourrait provoquer cette association. Après avoir analysé l'information donnée par le pharmacien, le patient décide d'utiliser le paracétamol seul. Les deux interlocuteurs étant dans un état d'égo adulte, le patient a pu bénéficier d'un conseil de qualité et le pharmacien a pu améliorer sa relation de confiance.

Lors de la délivrance du conseil, nous constatons que le pharmacien est souvent dans l'état « *parent* », il fait figure d'autorité. Le patient, quant à lui, est le plus souvent dans l'état « *enfant* » (soit obéissant, soit libre) ou dans l'état « *parent* » avec un regard critique sur le conseil du pharmacien. Pour s'assurer d'une bonne communication entre les deux parties, il faut que les deux soient dans l'état « *adulte* ». Pour cela il faut que le pharmacien pousse le patient à s'investir dans sa propre prise en charge, sans l'infantiliser mais en l'informant et en lui donnant des responsabilités, toujours en étant attentif au « *feed-back* » du patient.

### **1.3.1.3 Les besoins humains**

Une autre théorie intéressante dans notre étude sur l'interaction patient / pharmacien, est la théorie des cinq besoins fondamentaux de l'Homme, établie par le psychologue A. Maslow. Bien que cette théorie puisse paraître un peu dépassée et qu'elle soit utilisée dans de nombreux domaines différents, elle illustre bien les différents besoins que peuvent ressentir nos patients et peut nous permettre d'améliorer notre conseil. (Maslow, 2013).

- Besoin physiologique : Besoin concret nécessaire à la survie (manger, boire, dormir, se vêtir, se reproduire.)

Mise en situation : besoin physiologique de soulager une douleur.

- Besoin de sécurité : Sécurité objective ou subjective (emploi, revenus, sécurité physique, sécurité morale, santé...)

Mise en situation : Besoin de sécurité éprouvé par un patient venant de déclarer un effet secondaire.

- Besoin d'appartenance : Se sentir inclus dans un groupe.

Mise en situation : Un patient ne se sentant pas inclus dans le protocole de soin ou n'ayant pas l'impression d'être écouté.

- Besoin d'estime : Se sentir respecté, reconnu, valorisé.

Mise en situation : Un patient faisant état de ses connaissances, pouvant être amené à « tester » ou « juger » les compétences du professionnel.

- Besoin d'accomplissement : Accéder au bonheur, sentiment de réussite.

Mise en situation : la guérison, l'annonce d'une naissance...

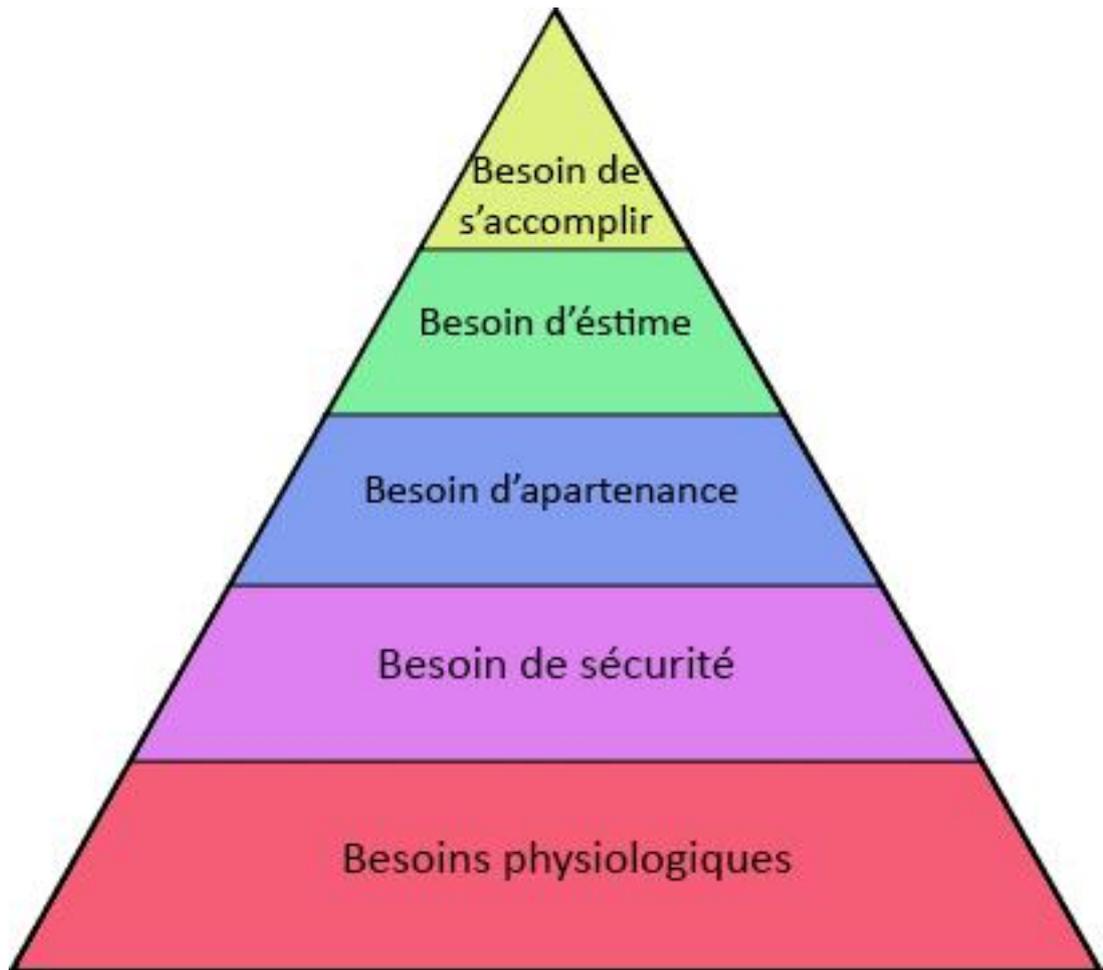


Figure 4 - Illustration "pyramide" des besoins de Maslow

Il est important de noter que ces besoins sont hiérarchisés, et varient d'un individu à l'autre. Pour accéder à un palier supérieur, le ou les besoins précédents doivent être assouvis.

Lors de son exercice le pharmacien est souvent dans la réalisation de soi ou dans le besoin d'estime alors que le patient peut se trouver dans n'importe quel stade de la pyramide. Ainsi lorsqu'il délivre son conseil le pharmacien doit essayer de déterminer le besoin de son patient et ne doit pas faire passer le / les siens en premier.

Mise en situation :

En s'appuyant sur ce modèle nous pouvons prendre l'exemple d'un patient souffrant d'une rage de dent. Il se trouve alors dans le besoin physiologique de soulager sa douleur et, à cet instant, il n'a besoin que d'un seul conseil : comment soulager cette douleur. Le pharmacien doit donc s'adapter à ce besoin en l'orientant (dentiste, urgence dentaire, médecin traitant) et en lui délivrant les antalgiques en se focalisant sur ce besoin (rappel de la posologie, des risques de

sur dosage...) Dans cet exemple, il peut être intéressant de tracer le conseil, en fournissant un document le rappelant en l'approfondissant car, une fois que le besoin physiologique de soulager la douleur sera satisfait le patient se trouvera, peut-être, dans le besoin de sécurité et à ce moment, il aura besoin d'informations plus spécifiques. Une fois le besoin du patient traité, il sera plus aisé de le conseiller et d'établir une relation.

#### **1.3.1.4 Les valeurs individuelles**

Pour que notre étude sur les facteurs influençant les relations humaines soit la plus complète possible nous devons aborder la théorie du psychologue Shalom H. Schwartz à propos des valeurs individuelles (Schwartz, 2006).

Shalom H.Schwartz définit les valeurs comme étant des croyances liées aux affects qui motivent nos actions et l'évaluation des actions des autres. Les valeurs sont donc une préférence pour certaines activités, trait de caractère, manière d'être et pour un mode de vie particulier. Schwartz définit 10 valeurs fondamentales universelles, regroupées en quatre groupes et permettant de classer toutes les valeurs spécifiques.

Les valeurs attachées au changement :

- Autonomie.
- Stimulation.
- Hédonisme (également attaché à l'affirmation de soi.)

Les valeurs attachées à l'affirmation de soi :

- Réussite.
- Pouvoir.
- Hédonisme (également attaché au changement.)

Les valeurs attachées à la continuité :

- Sécurité.
- Conformité.
- Tradition.

Les valeurs attachées au dépassement de soi :

- Bienveillance.
- Universalisme.

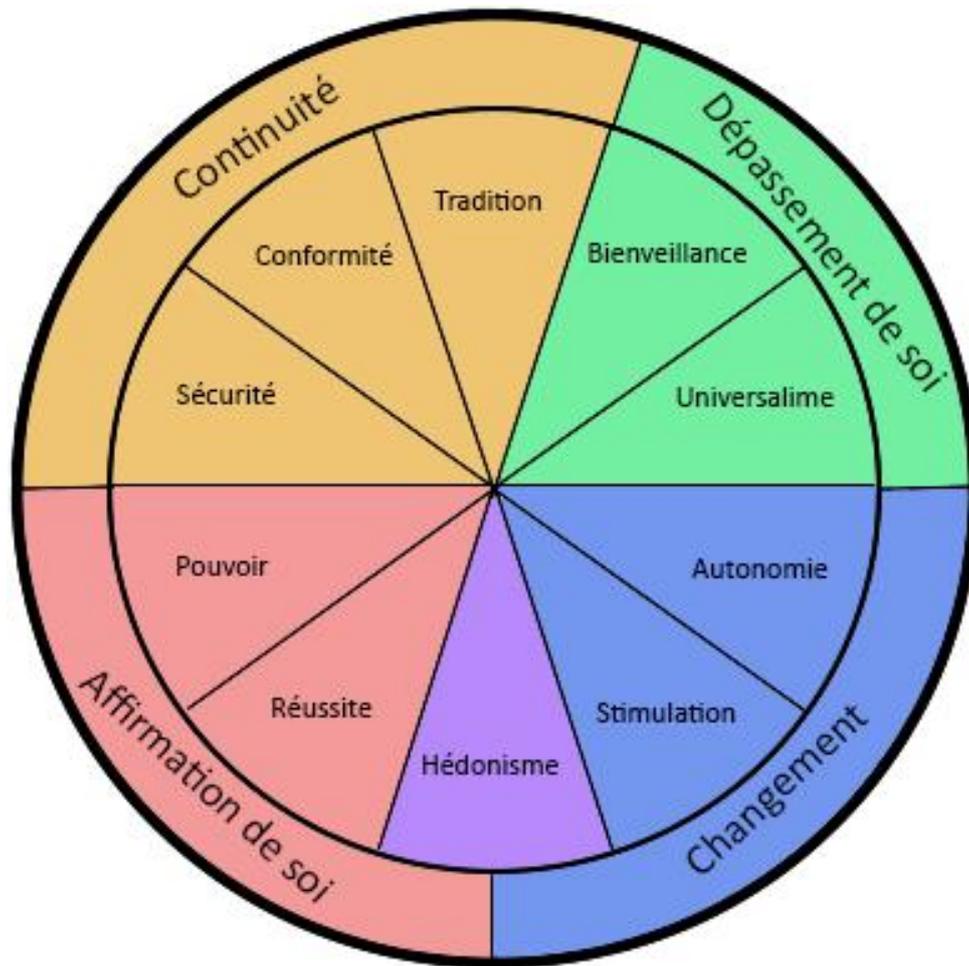


Figure 5 - Les valeurs de Schwartz regroupées (2016)

Les valeurs individuelles influent sur la relation. Ainsi, des valeurs opposées peuvent augmenter le risque de conflit. Les valeurs appartenant au changement s'opposent à la continuité et celles du dépassement de soi à l'affirmation de soi. Le pharmacien doit donc faire un travail sur lui-même, prendre conscience de ses propres valeurs et de la manière dont elles peuvent influencer sur ses relations. Il doit également respecter les valeurs différentes des siennes.

Mise en situation : Nous pouvons illustrer nos propos en prenant pour exemple la question de la vaccination. Les personnes attachées aux valeurs de sécurité seront plus en faveur d'une obligation vaccinal, afin d'éradiquer les maladies. Au contraire, les personnes attachées aux valeurs d'autonomie n'y seront pas favorables et préféreront laisser le choix à chaque individu.

S'il s'avère qu'un patient a des valeurs beaucoup trop opposées aux nôtres, il peut être judicieux de laisser un autre membre de l'équipe officinale prendre en charge ce patient et ainsi assurer un conseil de qualité. C'est l'un des nombreux avantages du travail en équipe.

### **1.3.1.5 La culture**

Le dernier facteur pouvant influencer sur la communication que nous présenterons sera la culture. Pour définir ce qu'est la culture, le Larousse 2021 nous donne les définitions suivantes :

- « *Ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation : ex La culture occidentale. »*
- « *Dans un groupe social, ensemble de signes caractéristiques du comportement de quelqu'un (langage, gestes, vêtements, etc.) qui le différencie de quelqu'un appartenant à une autre couche sociale que lui : culture bourgeoise, ouvrière. »*

La culture est donc définie comme étant un ensemble de représentations extérieures (objets, rôles) et intérieures (valeurs, attitudes, croyances) qui déterminent notre vision du monde. La culture va influencer sur la communication, car elle en dicte les codes, et sur l'utilisation du langage, aussi bien verbal que non verbal. Nous pouvons prendre quelques exemples de différentes utilisations du langage suivant les cultures :

- Le vouvoiement : changement de pronom en fonction de la personne à qui l'on s'adresse dans les langues latines et qui disparaît en anglais.
- Les expressions spécifiques à une culture (exemple Français et Québécois parlent une même langue mais chacun a ses propres expressions, nous pouvons en citer quelques-unes : « Avoir de l'eau dans la cave » signifie que notre pantalon est trop court, « Etre mosus » signifie être de mauvaise humeur...)
- Le langage corporel d'acquiescement et de refus : en Thaïlande, en Bulgarie et en Albanie, il y a un inversement du hochement de tête signifiant « oui » ou « non » par rapport à notre culture occidentale.
- L'expression des sentiments : certaines cultures répriment l'expression des sentiments en public. Nous pouvons prendre l'exemple de la culture japonaise et du

clivage entre « *Honne* » et « *Tatemaë* » : l'*Honne* désigne les véritables sentiments et désirs d'une personne. Le *Tatemaë* quant à lui désigne la conduite et les opinions que la personne expose en public. L'*Honne* est souvent tenu secret car il peut différer des attentes de la société ou des circonstances. Le *Tatemaë* sert alors de façade pour correspondre aux attentes de la société ou aux circonstances (site n°13).

Nous devons donc toujours avoir conscience de la différence culturelle qui peut exister avec notre patient pour pouvoir la contourner si besoin car elle ne doit empêcher ni de répondre aux attentes des patients ni la délivrance d'un conseil pharmaceutique de qualité.

### **1.3.2 Les attentes des patients**

Après avoir mis en lumière quelques-uns des différents facteurs pouvant influencer sur la communication et sur la relation entre le pharmacien et ses patients, intéressons-nous aux attentes des patients vis-à-vis du conseil pharmaceutique.

#### **1.3.2.1. Le besoin d'information**

Le besoin d'information des patients varie en fonction de leurs profils et il nous serait impossible d'être exhaustif tant les situations peuvent être différentes. Cependant, nous retrouvons quatre grands types de demandes définies par P. C Tang *et al.* (Tang *et al.*, 1997) :

- Le désir d'avoir des informations de base sur leur condition physique et leur pathologie qui justifient un traitement
- Le désir d'avoir des informations sur les possibles risques et effets secondaires
- Le désir de connaître la durée du traitement
- Le désir de connaître la gamme des options de traitement disponible

Nous pouvons également citer d'autres grands besoins d'informations concernant :

- L'efficacité des traitements proposés
- Le risque d'interactions médicamenteuses
- Les modalités de prise des médicaments et d'utilisation des dispositifs médicaux

Une étude menée par Avenir Pharmacie s'est intéressée à l'accessibilité de ces informations auprès des différents professionnels de santé. Ainsi, elle détermine que pour les patients le pharmacien représente la source d'information la plus accessible (63 %) devant le médecin (33 %) et les infirmiers (4 %) (Avenir Pharmacie, 2018). Médecins et pharmaciens sont généralement conscients des besoins d'informations exprimés par les patients, mais ils sont toutefois réticents à fournir une trop grande quantité d'information sur les risques et effets secondaires, pensant que ceux-ci pourraient être un frein à l'observance. Or, comme l'affirme le psychologue DC. Berry, il apparaît que les patients désirent discuter du choix du traitement en fonction de leurs états de santé et des potentiels risques (Berry *et al.*, 2003).

Mise en situation :

Un patient vient à l'officine avec une prescription comportant du paracétamol 1g et du tramadol 50mg. Si le pharmacien n'aborde pas les effets secondaires du tramadol (vertiges, somnolence, nausées) avec son patient (de peur de l'inquiéter), il expose son patient à un potentiel risque. En effet, celui-ci pourrait être amené à prendre du tramadol avant de prendre sa voiture et causer un accident. Le pharmacien doit donc aborder ces risques, en expliquant quand et comment prendre son traitement. (Préférer une prise de tramadol au coucher, ne l'utiliser qu'en cas d'échec du paracétamol...).

Une étude menée par Morris *et al.* a classé les patients en fonction de leur moyen d'accès à l'information (Morris *et al.*, 1992) :

- En faisant confiance au médecin et en ne posant pas de questions
- En faisant confiance au pharmacien et en ne posant pas de questions
- En étant demandeur d'informations (médecin, pharmacien, autres sources d'information)

Une autre étude, menée cette fois-ci par Schommer, professeur à l'université du Minnesota au sein du département « *Pharmaceutical Care and Health systems* » étudie la façon dont les patients préfèrent obtenir les informations de la part du pharmacien (Schommer, 1997) :

- 27 % désirent des informations à chaque délivrance
- 32 % désirent que le pharmacien leur donne des informations s'ils trouvent qu'il y a nécessité

- 36 % désirent obtenir des informations seulement à leur demande

Grâce à ces études nous pouvons conclure que certains patients ne posent pas de questions, bien qu'ils aient le sentiment d'avoir besoin d'informations (la majorité des patients souhaitant être informés que ce soit par le médecin ou le pharmacien). Nous pouvons alors émettre deux hypothèses : soit les patients ne posent pas de questions car ils ignorent que le pharmacien peut les informer, soit ils n'osent pas poser de questions (manque de confidentialité, manque de confiance, peur du jugement, difficulté à formuler la question). A contrario, certains patients ne posent pas de questions, ne ressentant pas le besoin d'information car s'estimant suffisamment informés. C'est sûrement là qu'est le plus grand danger, car il faudra alors utiliser la reformulation pour s'assurer de la bonne compréhension du patient.

Mise en situation : Un patient souffrant d'hypothyroïdie, traité par lévothyroxine.

Lors de la délivrance, le pharmacien demande à son patient si le traitement est bien connu et s'il a besoin d'information. Celui-ci répond alors qu'il connaît très bien son traitement, qu'il le prend depuis des années, et qu'il est sûr de ne pas l'oublier car cela fait partie de sa routine. En effet, il affirme le prendre tous les matins avec son café et sa tartine de beurre. Ce médicament devant être pris à jeun et au moins 30 minutes avant un repas, le pharmacien réexplique les modalités de bon usage à son patient concernant la lévothyroxine et insiste sur l'importance de réévaluer son dosage.

L'absence de question de la part du patient peut être dangereux car, si les informations fournies par le médecin et le pharmacien ne couvrent pas tous ses questionnements, le patient sera amené à consulter d'autres sources d'information qui ne seront peut-être pas aussi fiables. Il faut donc encourager le patient à poser des questions et être habile dans sa formulation pour favoriser la demande d'information. Le pharmacien devra également rappeler à son patient qu'il reste accessible.

Dans une étude, D. Roter, professeur à l'université Johns Hopkins au sein du département « *Health, Behavior and Society* » s'est intéressé aux facteurs favorisant le questionnement chez le patient (Roter, 1977). Cette étude distingue trois types de facteurs que nous allons détailler : les facteurs de prédisposition, les facteurs de capacité et les facteurs de renforcement.

- Facteurs de prédisposition : Les facteurs de prédisposition sont définis par le sentiment d’acceptabilité qu’a le patient vis-à-vis de sa question, l’importance de cette question pour le patient, son attente en matière d’information et, pour finir, la valeur que le patient place sur la santé.
- Facteurs de capacité : Ce sont des facteurs physiques, comme la capacité à articuler la question, ou encore la capacité à se rappeler de la question en présence du pharmacien.
- Facteurs de renforcement : Ce sont des facteurs dépendant du professionnel de santé comme l’encouragement à poser des questions, le fait de recevoir des réponses et une baisse de l’anxiété par une augmentation de l’information.

Pour augmenter l’interaction patient / pharmacien, ce dernier doit donc inviter explicitement le patient à demander des informations. Le pharmacien doit alors délivrer ces informations de manière qualitative dans un environnement aussi confidentiel que possible. Ceci permettra au patient d’apprécier sa prise en considération par le pharmacien ainsi que les capacités de ce dernier à lui venir en aide. Ainsi, la relation de confiance entre le professionnel de santé et son patient s’améliore, en augmentant la satisfaction du patient, son estime de soi et sa fidélité.

### **1.3.2.2. La relation de confiance**

Un des buts de l’interaction patient / pharmacien est d’établir une relation de confiance. C’est un souhait du pharmacien qui a besoin de cette relation pour la qualité de ses conseils mais c’est également un souhait du patient. En effet, les patients ont besoin de se sentir à l’aise à l’officine, d’avoir confiance en la qualité des conseils qui leur sont prodigués et de sentir une véritable implication de toute l’équipe officinale. La relation de confiance ne se décrète pas, elle doit être instauré par les mots et l’attitude du pharmacien, ainsi, différentes compétences sont requises pour nouer la relation de confiance. Dans un article. Allinson M et Chaar B, professeur à l’université de pharmacie de Sydney, en définissent cinq, que nous allons détailler (Allinson et Chaar, 2016).

- La communication :

Comme nous avons pu le voir dans l’étude des relations humaines, une connaissance de soi, de son interlocuteur et une attention particulière sur la communication verbale et non verbale

permettent de favoriser la communication et de créer un engagement vers une relation de confiance.

- Les connaissances

Une autre étude menée par Alghurair *et al.*, professeur à l'université de pharmacie d'Alberta, a démontré que le facteur le plus important pour établir la relation de confiance à l'officine est l'expertise du pharmacien (Alghurair *et al.*, 2012). En effet, c'est son expertise qui va augmenter la satisfaction du patient et favoriser l'engagement dans cette relation de confiance.

- L'honnêteté

Les pharmaciens doivent agir avec honnêteté et intégrité pour maintenir la confiance du public et préserver l'intégrité de la profession. Les patients ont besoin d'être sûrs que le pharmacien agit dans leur intérêt exclusif.

- Confidentialité

Le respect de la vie privée est primordial dans une relation de confiance. Or, dans l'officine la confidentialité est souvent mise à mal. Il faut savoir repérer les cas nécessitant une plus grande discrétion et ne pas hésiter à proposer au patient d'aller dans un endroit plus confidentiel (local orthopédique, bureau). Le patient appréciera l'effort du pharmacien pour préserver son intimité et le secret médical.

- Le respect et l'attention

Le professionnel de santé ne doit en aucun cas juger son patient ni laisser ses préjugés nuire à la qualité de son exercice. A l'inverse, avoir de la compassion pour le patient, lui prêter attention et l'aider favoriseront la confiance.

La confiance est un concept fragile et se doit d'être maintenue et entretenue à chaque interaction avec le patient en respectant les différentes notions que nous venons d'analyser.

### **1.3.3 Théories relatives au conseil**

L'étude des théories relatives au conseil est le dernier point que nous aborderons pour étudier la relation du patient avec le conseil pharmaceutique. En effet, il existe divers fondements

théoriques que nous pouvons adapter au conseil pharmaceutique et que nous allons à présent aborder.

#### **1.3.3.1. Théorie comportementaliste**

La théorie comportementaliste est issue du travail du psychologue B.F. Skinner et nous pouvons la résumer ainsi : « *le conseil a pour but de modifier le comportement du patient* ». (Skinner, 2017).

B.F. Skinner part du postulat qu'un comportement facilité ou récompensé tend à se répéter et inversement. Le comportement individuel est fondé sur plusieurs bases : l'expérience personnelle, les conceptions, les idées, les attentes et les croyances. Notre conseil doit donc viser à modifier cognitivement le comportement en influant sur les conceptions, les idées, les attentes ou les croyances de notre patient grâce à un changement facilité ou récompensé.

#### **Mise en situation :**

L'amélioration de la condition physique peut être utilisée comme moteur lors d'un sevrage tabagique. En effet, cette amélioration est perceptible par le patient et peut lui permettre de conserver sa motivation lors du sevrage. A l'aide de cette théorie comportementaliste, le pharmacien peut orienter son conseil sur cette « récompense » en proposant à son patient d'apprécier cette amélioration (moins d'essoufflement, amélioration du goût et de l'odorat).

#### **1.3.3.2. Théorie humaniste**

Cette théorie, portée entre autres, par A. Maslow, met les pensées et les sentiments, en plus des comportements, au centre du conseil. Ainsi, une mauvaise observance n'est plus un acte passif mais devient une manifestation des pensées et sentiments du patient au sujet de sa maladie.

### **1.3.3.3. La théorie mixte**

Le psychologue G. Egan propose quant à lui une théorie mixte : chacun est responsable de son comportement et de sa situation (Egan, 1998).

Nous ne pouvons changer directement le comportement de notre patient mais en prenant en compte ses pensées et sentiments nous pouvons l'aider à modifier son comportement afin qu'il soit capable de résoudre ses propres problèmes. C'est ce processus d'aide qui est au centre de cette théorie comportant trois étapes :

- Clarifier la question.
- Mettre en place des objectifs.
- Faciliter leur mise en œuvre.

Ainsi, en se basant sur ces diverses théories relatives aux changements Prochaska et Diclemente ont établi un modèle qu'ils baptiseront modèle transthéorique des changements de comportements (Prochaska et Diclemente, 1992). Dans ce modèle, ils définissent cinq étapes chronologiques pour parvenir à un changement définitif :

- La pré-intention.
- L'intention.
- La préparation.
- L'action.
- Le maintien.

*Mise en situation* : le sevrage tabagique.

Dans cet exemple, un patient ne se sentant pas concerné par le sevrage tabagique sera dans la pré-intention. Lors de cette étape l'enjeu pour le pharmacien est de faire prendre conscience

à son patient que son comportement lui nuit en abordant aussi bien les conséquences déjà visibles, telle que la diminution du goût et l'essoufflement, que les conséquences futures (HTA, BPCO, cancer, AVC, infertilité). Le pharmacien pourra également aborder les « gains » liés à l'arrêt du tabac (retour du goût, diminution de l'essoufflement, amélioration des performances sportives, baisse du risque vasculaire et cancérogène...).

Un patient, venant à l'officine pour obtenir des conseils relatifs au sevrage sera lui, dans l'intention. Il faudra donc planifier l'arrêt en l'informant des différents moyens dont nous disposons : c'est la phase de préparation.

Lorsque le patient aura fumé sa dernière cigarette, nous rentrerons dans la phase d'action et de maintien. C'est dans ces phases que le pharmacien et ses conseils ont toute leur importance. Il faut accompagner le patient en évaluant sa réponse au sevrage et en adaptant si besoin le traitement de substitution.

Il en découlera deux possibilités : soit l'arrêt sera définitif, soit le patient rechutera et il faudra recommencer.

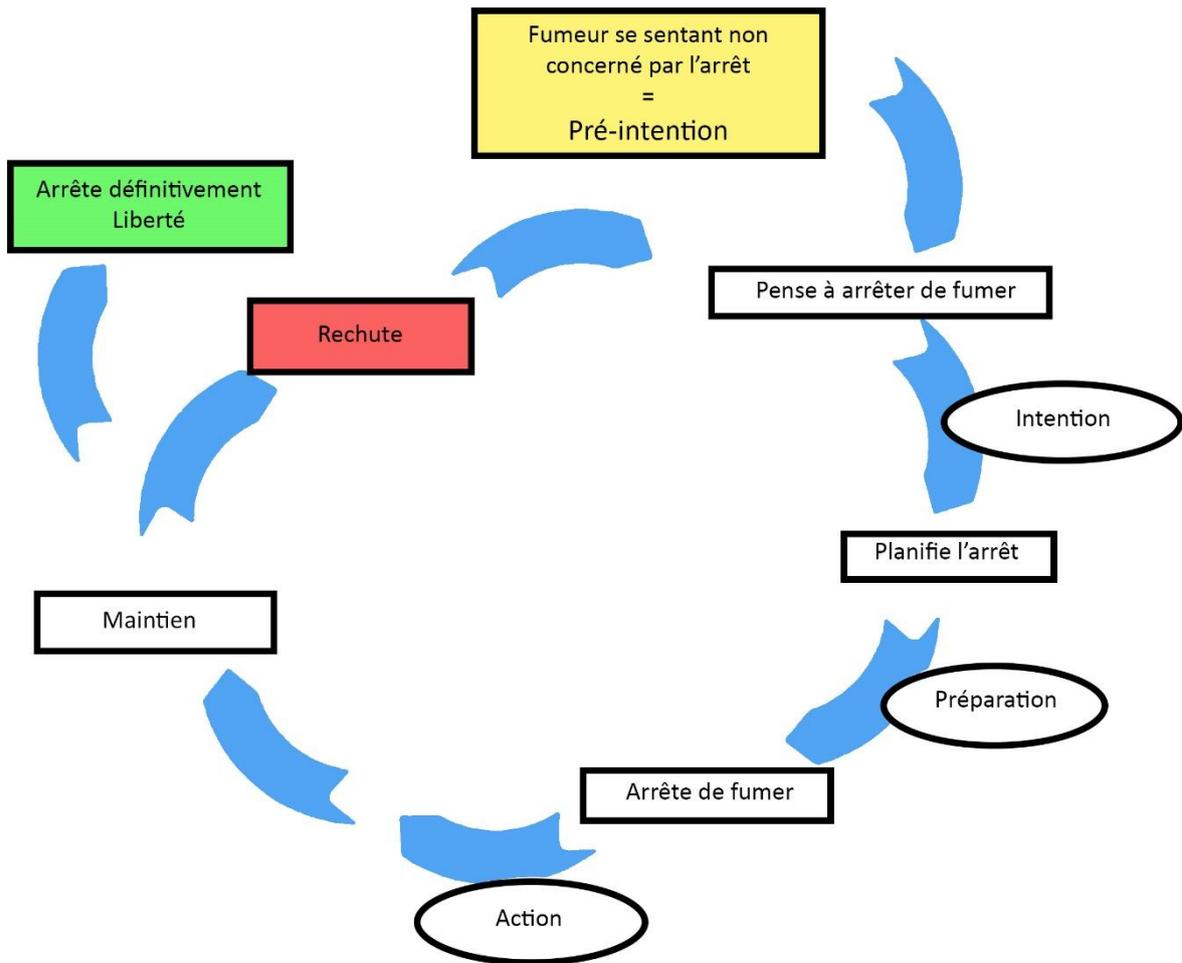


Figure 6 - Les étapes de changement par Prochaska et DiClemente illustré par le sevrage tabagique. - HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014

## 1.4 Délivrer un conseil

Maintenant que nous avons défini le profil du patient, intéressons-nous à la manière de délivrer notre conseil et aux compétences nécessaires pour le prodiguer.

### 1.4.1. Les différentes phases du conseil

La délivrance du conseil pharmaceutique peut être découpée en cinq phases que nous allons détailler :

– L'accueil :

Cette étape est primordiale dans la délivrance du conseil. En effet, elle permet d'instaurer un cadre de confiance entre le patient et le professionnel. Lors de cette phase, le pharmacien se présente et identifie son patient (première visite, patient habituel, commissionnaire...) permettant ainsi de créer ou de renforcer un lien et d'adapter son discours.

Lors des étapes suivantes, le pharmacien peut être amené à poser des questions pouvant être perçues comme intrusives par certains patients, qui les attendront plus de la part d'un médecin que d'un pharmacien. L'accueil permet ainsi de limiter ce sentiment d'intrusion dans la sphère intime en apportant un climat de confiance.

– Le recueil d'informations et d'identification des besoins :

Le pharmacien recueille les informations nécessaires à l'évaluation de la situation de son patient ; bonne compréhension de son traitement / pathologie, bonne observance, attentes particulières, qualité de vie... Et il en identifie les besoins pour y répondre.

Plusieurs informations sont nécessaires et aucune liste ne pourrait être exhaustive tant les situations peuvent être différentes, mais nous pouvons malgré tout définir quelques points récurrents :

- A qui est destiné ce traitement ?
- Pour quelle(s) pathologie(s) ?
- Le patient connaît-il son traitement ?

- Le patient a-t-il compris son traitement ?
- Le patient prend-il bien son traitement (observances, interactions...) ?
- La qualité de vie du patient.
- Le patient a-t-il des problèmes ou des questions concernant son traitement ou sa pathologie ?

– Résolution des problèmes / réponses aux besoins du patient :

Parfois, le patient est face à un problème, préalablement identifié par le pharmacien. Le pharmacien essaiera de résoudre ces problèmes grâce à tous les outils et les connaissances dont il dispose. Nous verrons plus loin que le nombre d'outils que possède le pharmacien pour améliorer son conseil et la qualité de vie de ses patients ne cesse d'augmenter.

– Dispenser l'information et l'éducation :

Avant de conclure, le pharmacien dispense les informations relatives au traitement et / ou à la situation du patient. Du rappel de posologie aux contre-indications, le pharmacien insiste sur les points importants identifiés lors de la phase de recueil d'informations.

– La conclusion de la discussion :

Le pharmacien doit s'assurer que l'information qu'il a dispensée a bien été comprise et qu'il a répondu à toutes les attentes du patient (importance du feed-back) et il doit toujours s'adapter au profil du patient comme vu précédemment.

#### **1.4.2. Les compétences nécessaires au conseil**

Pour effectuer un conseil de qualité le pharmacien devra maîtriser plusieurs compétences que nous allons décrire.

#### **1.4.2.1. Les compétences d'écoute**

En communication l'écoute est primordiale car elle permet d'obtenir les informations nécessaires, c'est-à-dire, l'identification des besoins du patient ainsi que son feed-back. L'écoute permet également d'instaurer une relation de confiance entre les interlocuteurs.

Carles Rogers, psychologue appartenant au courant humaniste, définit une approche centrée sur la personne et distingue plusieurs types d'écoute (Rogers, 1962) :

– L'écoute passive

C'est une forme d'écoute où peu d'attention est accordée. Nous pensons avoir compris et nous préparons déjà notre réponse alors que notre interlocuteur n'a pas fini de parler. L'écoute passive peut donc conduire à des erreurs, des incompréhensions et peut donner un sentiment de distance au patient.

– L'écoute projective

C'est une forme d'écoute sélective qui nous fait entendre ce que nous voulons entendre. Cette forme d'écoute peut amener à induire une réponse.

– L'écoute active

C'est cette écoute qui nous rend disponible pour autrui. Nous participons à l'écoute en prêtant attention aux sentiments, au langage non verbal qui accompagnent le message de notre interlocuteur. Nous ne projetons pas notre vision sur le récit.

Plusieurs éléments accompagnent l'écoute active :

- Le silence attentif
- L'effet retour, verbal ou non
- La reformulation

L'écoute active est la plus propice au conseil car elle instaure la confiance et permet au pharmacien d'être sûr des besoins de son patient et de ses sentiments. Ainsi, il peut lui prodiguer un conseil adapté.

Comme pour le modèle relatif aux états d'égo, la notion d'écoute active a été reprise par la PNL, toujours à des fins marketings. Ici encore, nous insistons sur l'utilisation du modèle

« original » proposé par Carles Rogers qui a toute sa place dans notre exercice, au contraire de la PNL.

#### **1.4.2.2. Les compétences de questionnement**

La manière de poser les questions est importante car elle peut construire, maintenir ou détériorer la relation. Comme nous l'avons vu précédemment nous avons besoin de créer un début de confiance avant de poser certaines questions pouvant être perçues comme trop intrusives ; c'est l'un des rôles de la phase d'accueil. Pour être efficaces nos questions doivent nous permettre d'obtenir une information pertinente, facilement et en impliquant le patient autant que possible. Nos questions doivent être construites et organisées afin d'être comprises et bien interprétées.

#### **1.4.2.3. Le retour d'enseignement**

A propos des bonnes pratiques de dispensation, l'ordre des pharmaciens insiste sur le fait que le pharmacien doit veiller au caractère pratique et intelligible des conseils donnés et doit prendre en compte toute difficulté de compréhension. Il reformule les conseils donnés chaque fois que nécessaire. Le retour d'enseignement est une méthode de feed-back permettant de limiter les erreurs et d'améliorer la communication. Nous demandons au patient de répéter / montrer ce qu'il a compris de notre échange. Ceci permet de s'assurer de la bonne compréhension du patient, en particulier s'il n'a que peu de connaissances ou s'il est peu enclin à poser des questions ou admettre qu'il n'a pas bien compris. En cas d'incompréhension de la part du patient, le pharmacien doit en porter la responsabilité. « *Je me suis peut-être mal exprimé, pouvez-vous me dire ce que vous avez compris ?* »

#### **Mise en situation :**

Lors de la délivrance d'un nouvel inhalateur, le pharmacien doit faire une démonstration de son utilisation au patient. Il est impératif que le pharmacien demande à son patient de prendre la première dose de son traitement devant lui, pour s'assurer de la bonne manipulation du dispositif.

## 1.5 L'automédication et le conseil

Abordons à présent le sujet du conseil lors de l'automédication. Pour rappel, le CSP insiste tout particulièrement sur l'importance de celui-ci.

### 1.5.1. Définition de l'automédication

Dans son rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, le Dr Pouillard définit l'automédication : « *L'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elle-même ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens.* » (Pouillard, 2001).

### 1.5.2. Les patients et l'automédication

Comme le montre le baromètre de l'automédication effectué par l'association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA), le recours à l'automédication augmente (+4.8 % en 2016, +1.3 % en 2018) et serait un pilier de croissance de l'officine, toujours selon l'AFIPA. Cette croissance peut s'expliquer par l'évolution de la société. L'accès à l'information plus facile (internet, médias, campagnes d'informations), une meilleure éducation, un style de vie plus précipité.

Il y a plusieurs grandes raisons qui poussent le patient à recourir à l'automédication :

- Le fait de penser connaître le traitement adapté (pour 72 % d'entre eux).
- La volonté de se soigner rapidement (pour 66 % des patients).
- Plus minoritairement, la volonté d'éviter des dépenses inutiles à l'assurance maladie (30 % des patients).

Ainsi, nous estimons que 60 % à 90 % des maladies sont initialement traitées en automédication.

Les pathologies les plus concernées sont :

- Prise en charge des douleurs : 78 %
- Traitement des affections ORL et de la toux : 52 %
- Allergies : 45 %
- Brulures d'estomac et trouble digestifs : 37 %
- Problèmes cutanés : 10 %

L'AFIPA nous fournit également la liste des médicaments à prescription médicale facultative les plus vendus :

- Doliprane® (antalgique de palier 1)
- Oscillococcinum® (homéopathie – syndrome grippal).
- Humex Rhume® (Syndrome grippal – décongestionnant – antalgique de palier 1 – antihistaminique)
- Daflon® (Veinotonique)
- Nicorette® (sevrage tabagique)
- Lysopaine® (Maux de gorge)
- Strepsils® (Maux de gorge)
- Berocca® (complément alimentaire multi vitaminé).
- Nurofen Flash® (AINS)
- Fervex® (syndrome grippal – antalgique de palier 1 – antihistaminique)

Ce qui nous amène à l'importance de notre conseil.

### **1.5.3. Le rôle du pharmacien et les besoins en conseil**

Beaucoup de patients considèrent les médicaments OTC comme relativement sûrs si on respecte les consignes du laboratoire. Or, si nous nous attardons sur la liste des médicaments OTC les plus vendus, nous remarquons que chacun de ces médicaments peut être source d'interaction et d'effets secondaires. Nous pouvons citer quelques exemples :

- Le paracétamol, utilisé seul dans des spécialités tel que le Doliprane ou en association dans l'Humex rhume® ou Fervex® pouvant entraîner un risque de surdosage, potentiellement létal. Ce risque de surdosage est d'ailleurs augmenté avec les spécialités l'utilisant en association, le patient ne sachant pas qu'elles en contiennent.
- La pseudoéphédrine contenue dans l'Humex rhume® et associé au paracétamol est un vasoconstricteur, pouvant entraîner des risques cardiovasculaires graves.
- Le Nurofen flash®, contenant de l'ibuprofène, un AINS, peut notamment altérer la fonction rénale, augmenter le risque infectieux et favoriser l'ulcération de l'estomac.

María Esperanza Ruiz , professeur à l'université national de La Plata a listé les risques liés à l'automédication (Esperanza Ruiz, 2010) :

- Inefficacité : Le patient ne choisit pas le bon médicament pour sa pathologie.
- Interaction : médicamenteuse, alcool, affection chronique, grossesse, pathologie.
- Surdosage.
- Dépendance / accoutumance.
- Retard de diagnostic.
- Intolérance / allergie.

Le rôle de notre conseil est donc primordial, et lors de la délivrance d'un médicament à prescription médicale facultative, le pharmacien doit s'assurer qu'il dispose des informations suffisantes pour pouvoir délivrer son conseil en toute sécurité.

Pour délivrer un conseil en automédication, nous reprenons nos cinq étapes vues précédemment, en approfondissant la phase de recueil d'informations pour être sûr d'utiliser le médicament adapté.

#### 1.5.4. La démarche A.C.R.O.P.O.L.E

La démarche A.C.R.O.P.O.L.E est une méthode prônée par l'Ordre des pharmaciens permettant d'assurer la qualité de notre accueil et de nos conseils pour les patients sans ordonnance. Il nous apparaît pertinent d'aborder cette démarche car elle illustre parfaitement nos propos et elle nous permet de ne rien oublier tout en délivrant un conseil de qualité.

Le sigle ACROPOLE signifie : **A**ccueillir, **C**ollecter, **R**echercher, **O**rdonner, **P**réconiser, **O**ptimiser, **L**ibeller, **E**ntériner.

- Accueillir :
  - Il faut disposer d'un poste d'accueil adapté et assurant la confidentialité.
  - Le professionnel doit être entièrement disponible dans la prise en charge de son patient.
  - La prise en charge doit être chaleureuse et professionnelle.
  - Le professionnel doit être identifiable grâce à son badge.
- Collecter :
  - Comme nous l'avons détaillé précédemment, les compétences d'écoute sont primordiales pour assurer la collecte d'information.
  - Il faut échanger avec tact, neutralité et compassion.
- Rechercher :
  - A l'aide de questions ouvertes (« Que vous est-il arrivé ? »).
  - A l'aide de questions fermées (« Etes-vous allergique ? »).
  - A l'aide du dossier pharmaceutique.
- Ordonner :
  - Ordonner la demande du patient et les informations obtenues, notamment grâce aux techniques de reformulations et s'assurer de l'approbation du patient (importance du feed-back).
- Préconiser :
  - En fonction des éléments, proposer une prise en charge à l'officine ou une orientation extérieure.

- Optimiser :
  - Expliquer les raisons de la décision prise et s'assurer de la bonne compréhension du patient.
  - Dispenser les conseils hygiéno-diététiques.
- Libeller :
  - Elaboration d'un plan de prise et rédaction d'un résumé écrit des préconisations officinales, désigné *RePo*. Ce résumé remis au patient a pour but de formaliser l'ensemble des recommandations apporté par le pharmacien. Ce résumé doit comporter les coordonnées de l'officine et l'identification du destinataire. Ce résumé ne doit en aucun cas se substituer à une prescription médicale.
- Entériner :
  - S'assurer de la bonne compréhension du patient.
  - S'assurer d'avoir répondu à toutes les questions et demandes du patient.
  - Rappeler au patient que si les symptômes persistent, une consultation médicale est indispensable.

## **2 Les enjeux du conseil**

Après avoir défini comment délivrer un conseil pharmaceutique de qualité en s'appuyant sur l'importance de la relation patient / pharmacien, nous pouvons désormais nous intéresser aux enjeux de l'évolution du conseil. En effet, adapter nos conseils aux nouveaux besoins et demandes nous permettra d'améliorer l'observance, la qualité de vie et la fidélité de nos patients tout en luttant contre la iatrogénie.

### **2.1 Observance**

#### **2.1.1 Définition**

La mesure de l'observance définit l'adhésion du patient à son traitement / sa prise en charge, c'est-à-dire lorsque son comportement est en adéquation avec les consignes médicales.

L'Académie nationale de Pharmacie définit l'observance comme étant une « *Observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement. Est conditionnée par différents facteurs d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental et social. Improprement désignée sous le nom de compliance* ». Le terme « compliance » n'est pas adapté à l'étude de l'observance. En effet, ce terme réfère à un comportement adopté en réponse à une contrainte et non en adhésion au traitement.

Pour évaluer l'observance d'un patient, le docteur X. Girerd a mis au point un questionnaire permettant de définir un score d'observance et de classer le patient en trois types (Girerd et al., 2001) :

- Bon observant
- Non observant mineur
- Non observant

Test d'évaluation de l'observance	Oui	Non
1 : Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?		
2 : Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?		
3 : Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle		
4 : Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?		
5 : Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?		
6 : pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?		
Total des OUI :		
<b>Interprétation du test :</b> Total des OUI = 0 Bonne observance Total des OUI = 1 ou 2 Minime problème d'observance Total des OUI > 3 Mauvaise observance		

Figure 7 - Test d'observance emprunté à Girerd (2001)

Ce questionnaire peut facilement aider le pharmacien à repérer les problèmes d'observance car ce sont des questions courantes que le pharmacien est amené à poser à ses patients. Ainsi, en repérant le niveau d'observance de son patient, le pharmacien pourra adapter son conseil pour l'améliorer ou le renforcer, la non observance pouvant être lourde de conséquence.

### 2.1.2 Conséquences

Les conséquences d'une mauvaise observance vont impacter aussi bien le patient que le pharmacien et la société. En effet, la non observance va diminuer la réponse au traitement. Le patient peut prendre une dose insuffisante (lors, par exemple, d'un oubli de prise), voire une dose excessive (doubler la prise lorsque le patient se rend compte de son oubli) ou même une absence totale de traitement (refus du traitement ou « pause »). Ceci pourrait provoquer une prolongation ou une aggravation de la pathologie, des erreurs de diagnostic (symptômes persistants alors qu'un traitement a été mis en place), des difficultés à trouver le bon dosage (le médecin peut être amené à penser que la dose prescrite ne suffit pas). En plus de nuire au patient, la prolongation / aggravation de la maladie, consécutive à un manque d'observance, pourra entraîner des coûts pour la société en provoquant du gaspillage, des recours à des soins infirmiers, des arrêts prolongés et des hospitalisations pouvant aller jusqu'au décès (une étude sur la non

observance menée par A.J. Scheen et D. Giet, professeurs à l'université de Liège, nous apprend qu'un sujet âgé sur dix serait hospitalisé pour une non observance (Scheen et Giet, 2010)).

La non observance va également toucher économiquement le pharmacien, le patient ne renouvelant pas son ordonnance. L'enjeu est donc aussi économique : Dans son ouvrage Mélanie J. Rantucci estime à 1,5 milliard de dollars de perte annuelle due à la non-observance aux USA (Rantucci, 2008).

### 2.1.3 Les causes de non observance

Grâce au questionnaire de Grierd une étude menée par l'association Avenir Pharmacie a déterminé le taux d'observance des français sur un effectif de 2317 patients. En voici la répartition.

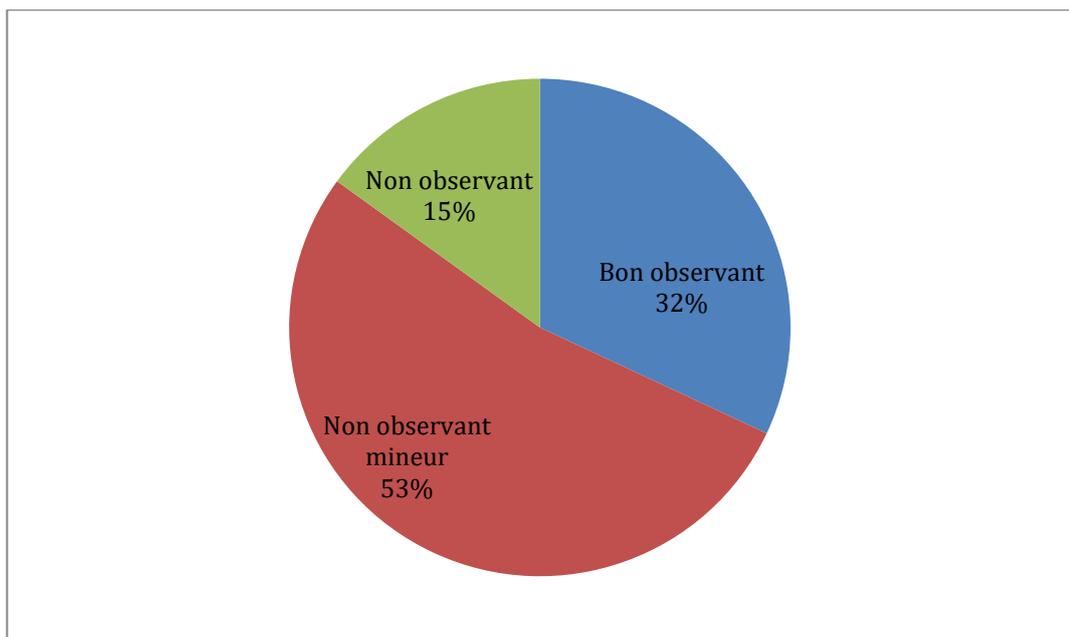


Figure 8 - Score de Girerd sur un effectif de 2317 patient - D'après l'étude Avenir Pharmacie (2017)

Un peu moins d'un tiers des français aurait donc une bonne observance. L'OMS, quant à elle, a déterminé que 50 % de la population européenne avait une bonne observance, la France fait donc figure de mauvais élève. Mais quelles sont les causes de ce manque d'observance ?

L'OMS a déterminé cinq facteurs pouvant influencer l'observance :

– Facteurs socio-économiques du patient et de son environnement :

Bien que le système de santé français favorise l'accès aux soins pour tous, notamment grâce à des prestations sociales telles que : la CMU, l'AME, l'ACS, le tiers payant... On estime qu'un tiers de la population a déjà renoncé aux soins, faute de moyens dont 17.4 % d'étudiant au cours des 6 derniers mois.

– Facteurs dépendant du système de soins et de ses acteurs, notamment relationnels :

Comme nous l'avons vu dans l'étude de la relation patient / pharmacien, la communication est un aspect primordial pour l'adhésion du patient à son traitement. Il doit se sentir inclus dans le protocole de soin et doit être acteur de sa prise en charge.

– Facteurs propres au patient : niveau d'éducation, croyances :

Comme nous l'avons vu lors de l'approche sur les théories relatives au conseil, le patient, pour devenir observant, doit modifier son comportement.

Le patient modifiera son comportement en fonction de ses croyances en matière de santé : Il évaluera les bienfaits du traitement en fonction de sa vision du rapport bénéfice / risque basée sur :

- Sa façon de percevoir sa maladie (niveau de gravité perçu, déni)
- Sa peur d'effets secondaires
- Sa perception de l'efficacité du traitement
- La perception de l'entourage (le soutien des proches améliore l'observance)

– Facteurs liés aux pathologies :

Le ressenti du patient vis-à-vis de sa pathologie et de son état de santé va influencer son degré d'observance.

Un rapport de l'académie nationale de pharmacie met en évidence le caractère variable de l'observance suivant la pathologie, en voici un tableau récapitulatif :

Type de pathologie	Taux d'observance médicamenteuse (%)
Transplantation cardiaque	75-80 % à 1 an
Transplantation rénale	48 % à 1 an
Maladies cardio-vasculaire	54 % à 1 an
Diabète	53-98 %.
Maladies inflammatoire chroniques de l'intestin	60-70 %
Troubles psychiatriques	50 % à 1 an, 25 % à 2 ans
Asthme	30 - 40 % (11% n'utilisent pas leur inhalateur de façon adéquate)
Maladies rhumatologiques	55-71 %
Epilepsie	72 %
Hypertension	40-72 %
VIH	54,8 % à 87,5 %
Cancer	Variable selon le type (chimiothérapies orales) : Hémopathies malignes : 17 % Cancer du sein : 53-98 %
Insuffisance rénale chronique	80 % hémodialyse, 65 % dialyse péritonéale

Figure 9 - Taux d'observance en fonction des pathologies. D'après Arnoux LA

Grâce à ce tableau nous pouvons donc émettre plusieurs hypothèses :

- L'observance peu diminuer avec le temps
- Le manque d'information nuit à l'observance (asthme et mauvaise utilisation)
- Plus le traitement est lourd, plus l'observance diminue (transplantation rénale, certains cancers)
- Facteurs liés au traitement, notamment effets indésirables :

Un schéma posologique complexe, la polymédication, la durée du traitement ou un manque d'informations sur les effets indésirables peuvent nuire à l'observance.

#### 2.1.4 Prévention par le conseil

Le principal enjeu du conseil sur la non observance est sa prévention. Les causes du manque d'observance étant identifiées, il sera plus facile pour le pharmacien d'adapter son conseil et de repérer la mauvaise observance ou ses risques de survenue. Le principal travail pour prévenir cette non observance réside dans la communication et l'établissement de la relation entre le professionnel de santé et son patient. Ceci devrait permettre de mieux comprendre les

besoins et attentes du patient et pouvoir lui donner les informations nécessaires en s'adaptant à lui.

Le pharmacien doit donc s'appuyer sur sa relation avec son patient pour :

- S'assurer que le patient ait bien compris les informations qui lui sont données (feed-back, retour d'enseignement.)
- Apprendre à connaître les sentiments du patient sur sa maladie / son traitement. L'écoute est donc primordiale.
- Informer sur les risques : Présenter l'information de façon simple, ne pas hésiter à comparer le risque et son occurrence avec des risques de la vie quotidienne. Donner des conseils pour prévenir ces risques et, le cas échéant, les moyens de les gérer.

C'est en impliquant le patient, en lui donnant un rôle central dans son processus de soin que nous favoriserons son adhésion. Il est à noter que l'information favorise l'observance, le pharmacien ne doit donc pas hésiter à fournir des documents ou des prestations annexes pour augmenter l'impact de son conseil. Quelques exemples :

- Fournir un plan de prise pour une personne polymédiquée
- Fiche informative, expliquée au patient, portant sur les effets secondaires et les moyens de s'en prévenir ou de les amoindrir (fiches patient OMEDIT)
- Proposer la préparation des doses à administrer si besoin
- Proposer la prise de RDV pour faire un bilan de médication

L'évolution du conseil pharmaceutique devrait donc permettre d'améliorer l'observance.

#### Mise en situation :

Prenons l'exemple d'un patient souffrant d'hypercholestérolémie traitée par Atorvastatine.

En regardant le dossier pharmaceutique de son patient lorsqu'il vient à la pharmacie pour son renouvellement, le pharmacien remarque que son patient ne renouvelle pas systématiquement son Atorvastatine et commence à avoir des doutes sur la bonne observance de son patient.

Etant questionné dans ce sens, le patient explique au pharmacien qu'il ne prend pas systématiquement son traitement car il fait attention à son alimentation et ne se sent pas malade. Il ajoute également avoir lu que les médicaments tel que l'Atorvastatine pouvaient avoir des effets nocifs.

Les causes de non observance étant ainsi repérées, le pharmacien va pouvoir orienter son conseil pour favoriser l'observance.

Le pharmacien expliquera alors à son patient qu'il est pertinent d'avoir amélioré son alimentation et que ses efforts doivent continuer, mais que malheureusement l'alimentation n'est pas la seule cause d'hypercholestérolémie, que son corps en produit et que son médicament sert justement à limiter cette production.

L'hypercholestérolémie est une maladie « silencieuse », elle ne provoque pas de symptômes directement, mais elle reste un facteur de risque cardiovasculaire important. Le pharmacien doit donc informer son patient sur cette notion de facteurs de risque.

Le dernier point que le pharmacien doit aborder avec son patient est sa peur des effets secondaires. En effet, les statines peuvent entraîner une rhabdomyolyse. Fort heureusement son occurrence est rare. Le pharmacien doit donc avertir son patient sur cet effet indésirable et l'alerter qu'en cas de douleurs musculaires généralisées une consultation médicale sera nécessaire pour établir l'imputabilité du médicament et procéder à son remplacement.

## **2.2 Iatrogénie**

### **2.2.1 Définition et chiffres**

L'OMS définit la iatrogénie comme étant toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement. Dans 30 à 60 % des cas la iatrogénie est évitable, par exemple, lorsqu'il s'agit d'une erreur d'utilisation (mauvais horaire, mauvaise dose...) ou d'une interaction avec un autre médicament. Certains cas ne sont, malheureusement, pas évitables comme la survenue d'un effet secondaire lié au médicament lui-même ou une réaction allergique.

### **2.2.2 Conséquences et causes**

Les conséquences de la iatrogénie peuvent être dramatiques pour la santé publique. En effet, elle est responsable de 10 % des hospitalisations chez la personne âgée (et jusqu'à 20 % chez les plus de 80 ans), de 130 000 hospitalisations par an et de plus de 10 000 décès (Lannoy, 2015). Pour rappel, jusqu'à 60 % des cas seraient évitables et plusieurs causes ont été identifiées :

- La polymédication (première cause de iatrogénie)
- Un défaut de communication et d'éducation avec le patient : absence de feed-back, non compréhension des informations données, malentendus, manque de conseils
- Un défaut de communication entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient
- Mauvais niveau de connaissance du pharmacien
- Mauvais niveau de connaissance du prescripteur

### **2.2.3 Prévention**

Là encore la communication dans la relation entre le professionnel et le patient a un rôle majeur dans la prévention de la iatrogénie. En effet, une bonne communication, adaptée, nous permet de nous assurer que notre patient a bien compris et retenu nos conseils sur le bon usage du médicament. Encore une fois, il peut être nécessaire de fournir au patient certains documents ou aide-mémoire si besoin.

L'évolution de notre façon d'exercer va également pouvoir nous aider à prévenir la iatrogénie. Les utilisations du dossier pharmaceutique (DP) et du dossier médical partagé (DMP) nous permettent d'avoir une vue d'ensemble sur tous les traitements intercurrents du patient et ses pathologies, il ne faut donc pas hésiter à les utiliser, même pour une délivrance de médicaments OTC. Si notre patient ne possède pas de DP ou de DMP, il faut le conseiller et l'informer sur ce sujet en lui expliquant notamment son intérêt dans la lutte contre la iatrogénie.

L'importance de la formation continue doit également être soulignée. Nous verrons plus loin que de plus en plus de médicaments techniques sont commercialisés et disponibles en officine ; le pharmacien doit donc maintenir un niveau de connaissance optimal.

## 2.3 Qualité de vie

La qualité de vie liée à la santé (QVLS) mesure la perception qu'a une personne des effets de la maladie, des soins et des aides sur sa vie (impact sur sa place dans l'existence, ses objectifs, ses normes, ses attentes, ses inquiétudes selon des valeurs et des références culturelles qui lui sont propres). La qualité de vie est un marqueur de qualité de la prise en charge pour l'OMS. Le pharmacien se doit donc d'être vigilant quant au ressenti de son patient sur sa qualité de vie. Ici encore, nous mettons l'accent sur la relation patient / pharmacien et sur la communication pour apprécier les besoins du patient.

Le pharmacien possède plusieurs leviers pour améliorer la qualité de vie de son patient, grâce à son conseil :

- Lever les doutes et craintes du patient vis-à-vis de sa pathologie et de son traitement.
- Adapter le rythme de prise en fonction du mode de vie.
- Éduquer sur l'auto-surveillance (prise de tension, glycémie... et interprétation des résultats)
- Adapter le domicile, le confort et la mobilité.
- Délivrer des conseils hygiéno-diététiques : pouvant réduire les symptômes et l'évolution de la pathologie.
- Orienter le patient vers des associations (ex : MAREDIA, AIDS...)
- Présenter de nouvelles avancées pouvant améliorer la qualité de vie (nouveau lecteur glycémique / auto piqueur, nouvelle forme d'auto-sonde urinaire...)
- Prendre en charge les effets secondaires
- Lutter contre la non observance et la iatrogénie

## 2.4 Fidélisation, différenciation

L'adaptation du conseil à l'évolution des besoins et des demandes de la société va également permettre de favoriser la fidélisation et la création d'une identité propre à l'officine. Gendre T., docteur en pharmacie, s'est intéressé aux facteurs favorisant le choix d'une officine par rapport à une autre, en voici une synthèse (Gendre, 2015).

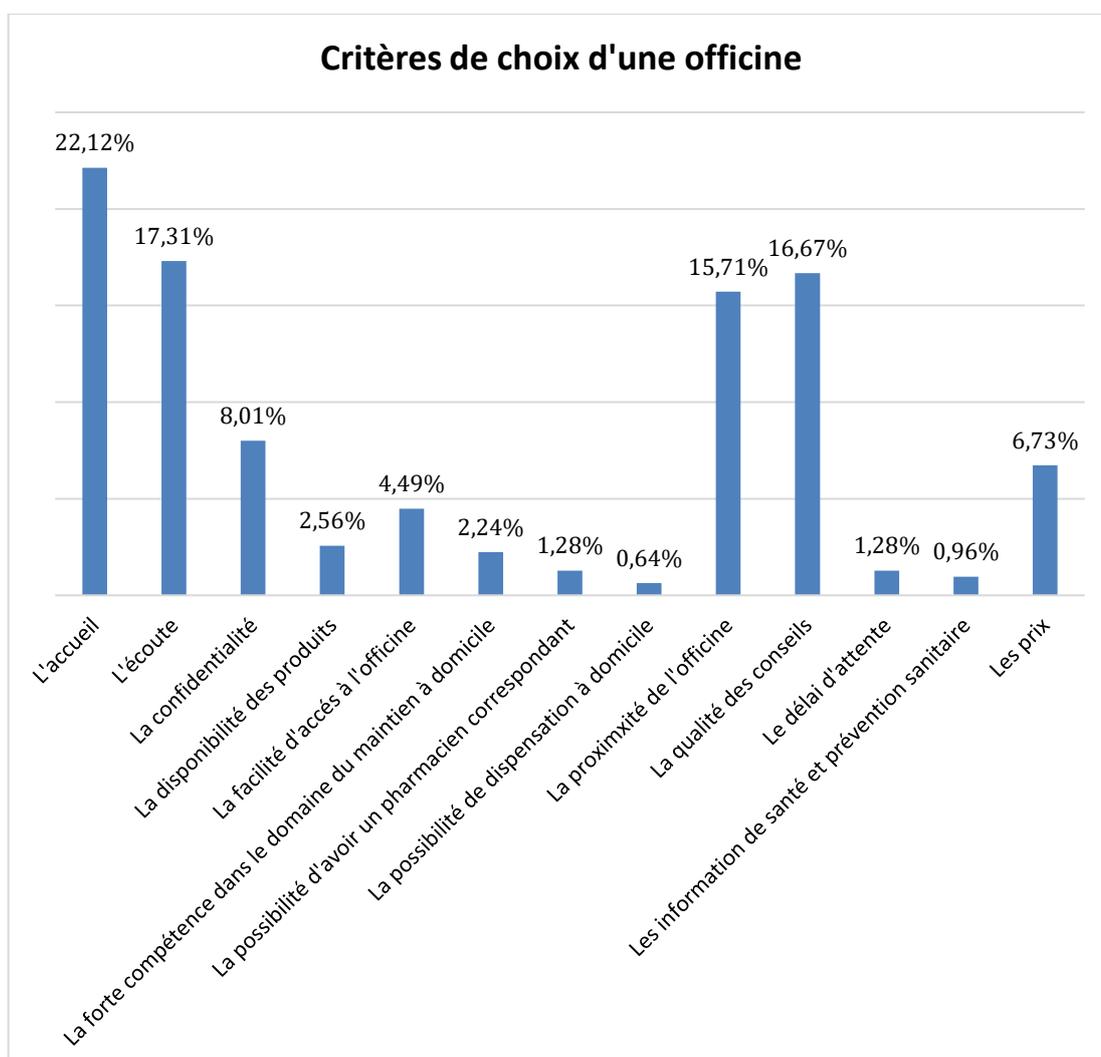


Figure 10 - D'après : Attentes des patients vis-à-vis de la pharmacie d'officine : critère de choix d'une officine et de satisfaction des patients - Gendre Thomas (2015)

Le principal critère de fidélisation est donc l'accueil. Nous pouvons même aller plus loin en affirmant que 47 % des patients choisissent leur officine en fonction des qualités de communication (accueil, écoute, confidentialité).

Précédemment, nous avons déterminé que pour prodiguer un conseil de qualité, adapté au patient, la relation patient / pharmacien était primordiale. Ainsi en prodiguant un conseil de

qualité (qualité de la communication + qualité de l'information) nous arrivons à fidéliser 64 % de nos patients. Cette fidélisation aura un intérêt financier pour l'officine mais également un intérêt de santé publique pour le patient. Plus le patient reviendra à l'officine, plus le pharmacien le connaîtra et renforcera sa relation, permettant ainsi de mieux adapter son conseil.

Le conseil peut également nous permettre de nous différencier. En effet, Avenir Pharmacie a déterminé que 53 % des patients atteints de maladie chronique grave seraient prêts à changer d'officine pour avoir des conseils spécialisés.

### 3 Faire évoluer le conseil

A présent que nous avons défini ce qu'est le conseil, la façon de le délivrer, l'enjeu de son évolution et l'influence du patient sur sa délivrance, nous pouvons analyser l'évolution des demandes et des besoins de la société afin de l'adapter.

#### 3.1 **Évolution des besoins**

Pour pouvoir adapter nos conseils à l'évolution des besoins sociétaux il nous faut d'abord les définir. Pour notre étude, nous avons sélectionné 3 besoins impactant directement notre profession, à savoir : le vieillissement de la population, l'augmentation de la place du maintien à domicile dans la prise en charge des patients et l'évolution de la médecine et des traitements à l'officine.

##### 3.1.1 **Vieillesse de la population**

###### 3.1.1.1 Statistiques

Grâce aux progrès de la médecine, en qualité et en accessibilité, l'espérance de vie s'allonge (79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes) et il en résulte un vieillissement de la population [INED, 2018].

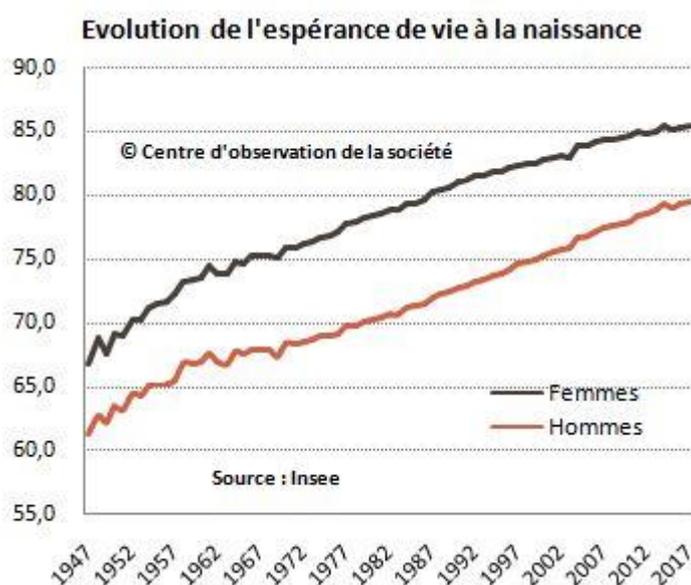


Figure 11 - Evolution de l'espérance de vie - Centre d'observation de la société (2018)

## Projection de population par grand groupe d'âges

en %

	Population au 1 <sup>er</sup> janvier en million	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2020	66,0	23,9	49,6	17,0	9,4
2025	67,3	23,5	48,4	17,2	10,9
2030	68,5	23,0	47,5	17,1	12,3
2035	69,7	22,6	46,7	17,1	13,6
2040	70,7	22,4	46,6	16,3	14,7
2050	72,3	22,3	45,9	15,9	16,0
2060	73,6	22,1	45,8	15,9	16,2

Champ : France métropolitaine.

Figure 12 - Scénario central des projections de population 2007-2060 – INSEE (2018)

Comme nous le montrent ces graphiques, l'espérance de vie ne fait qu'augmenter au cours des années. L'INSEE estime qu'en 2025, 28,1 % de la population aura plus de 60 ans, et d'après leurs projections la tendance est bien à l'augmentation de ce vieillissement.

Notre conseil doit donc s'y adapter.

### 3.1.1.2 Adapter le conseil

Pour adapter notre conseil au vieillissement de la population, il nous faut définir les besoins de la personne âgée.

La personne âgée vit souvent seule. L'INSEE s'est intéressé à la répartition des personnes âgées de 85 ans et plus en fonction de leur mode de résidence. Nous vous proposons ce tableau récapitulatif.

## Répartition des personnes âgées de 85 ans et plus selon leur mode de résidence en 1982 et 2011 (%)

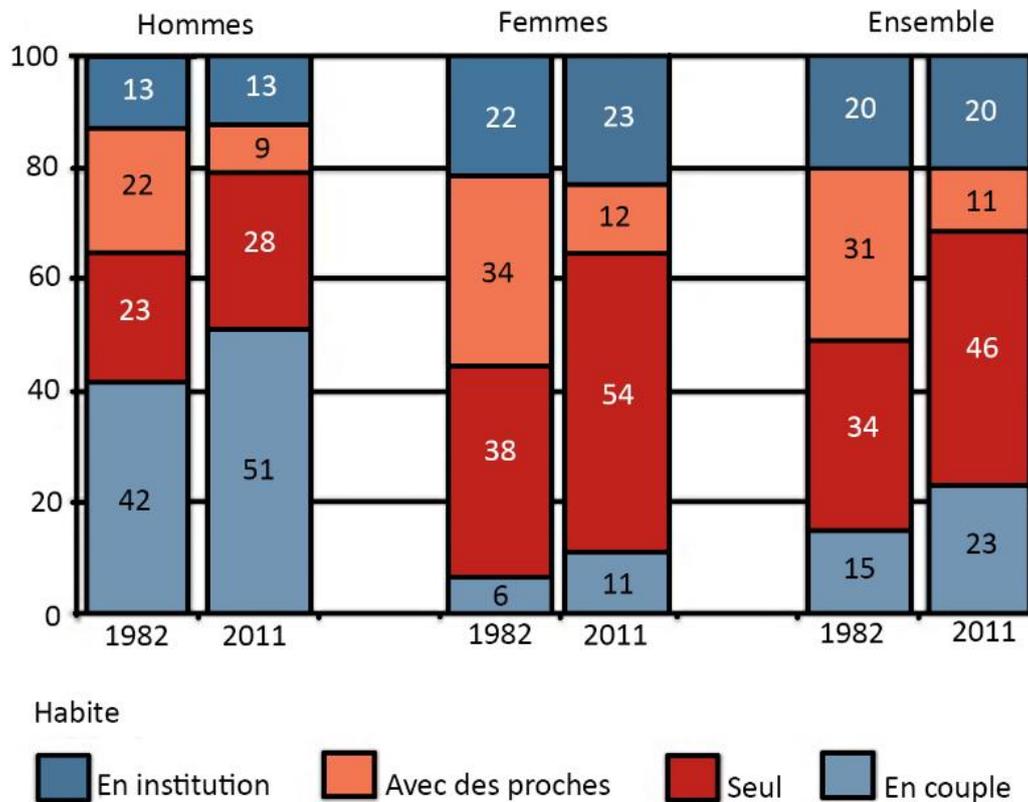


Figure 13 - Répartition des personnes âgées de 85 ans et plus selon leur mode de résidence en 1982 et 2011 - Insee (2016)

Les dernières études montrent donc que 46 % des plus de 85 ans vivent isolés, que ce sont surtout des femmes et que cette tendance augmente avec le temps. Il est également à noter que la proportion de personnes âgées de 85 ans et plus vivant en institution reste constante.

Cet isolement pourra-t-être la cause d'une diminution de l'autonomie, d'une difficulté d'accès aux soins, d'une augmentation du risque de dépression et d'une mauvaise observance (Findik *et al.*, 2012). La relation patient / pharmacien est donc extrêmement importante pour lutter contre cet isolement et améliorer le conseil.

Le risque de non observance et de iatrogénie est également plus important au sein de la population âgée. Ceci peut s'expliquer par :

- La polymédication (source d’interaction, d’erreurs, de non observance) on dénombre 3.9 millions de patients particulièrement exposés aux risques (USPO, 2018)
- Les pathologies (Alzheimer, dépression...),
- Le handicap,
- La perte d’autonomie, comme vu précédemment.

Heureusement, le pharmacien d’aujourd’hui dispose de plusieurs outils pour améliorer son conseil vis-à-vis de cette population comme nous allons le montrer maintenant.

#### 3.1.1.2.1 Le Bilan partagé de médication (BPM)

La HAS définit le BPM en ces termes : « *Une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l’objectif d’établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d’optimiser l’impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d’éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d’outils d’évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés.* »

Le BPM a trois objectifs : réduire le risque d’effets indésirables liés aux médicaments, apporter des réponses aux interrogations du patient et améliorer son observance. Comme l’ETP, ceci n’est pas proposé à tous les patients, en effet le recrutement portera uniquement sur des patients de plus de 65 ans avec au moins une ALD et un traitement de plus de 6 mois ou des patients de plus de 75 ans. Le BPM va également s’inscrire dans le temps, le pharmacien prend un rendez-vous avec le patient et a besoin de son consentement. Ce bilan comporte cinq étapes :

- Le recrutement
- L’entretien de recueil d’informations :
  - Obtenir les informations nécessaires à l’analyse des traitements et définir les objectifs de l’entretien conseil.
- Analyse des traitements :
  - Analyse pharmacologique, intérêt de la prescription, interaction, intervention pharmaceutique.

- Entretien « conseil »
  - Dure entre 30 et 40 minutes, à adapter en fonction des informations recueillies et des interventions pharmaceutiques.
- Suivi de l'observance à 6 mois

Plusieurs outils sont disponibles pour la réalisation de ce bilan et pour améliorer notre conseil, nous pouvons en citer quelques-uns :

- L'appréciation de l'observance grâce au teste de Girerd que nous avons déjà abordé
- La liste « STOP / START » (*annexe 1*) qui permet d'évaluer les traitements prescrits au plus de 65 ans (site n°13)
- La liste des médicaments écrasables établie par l'OMEDIT Normandie
- L'adaptation des médicaments en fonction de la fonction rénale disponible sur <http://sitegpr.com>
- La grille de score AGGIR pour évaluer le niveau d'autonomie de la personne âgée (*annexe 2*)

#### 3.1.1.2.2 La préparation des doses à administrer (PDA)

La PDA peut être réalisée par un professionnel de santé et consiste à diviser les doses à administrer par prise, en fonction du schéma posologique, sous forme de pilulier ou de sachets. Il n'existe pas de règles de bonne pratique pour la PDA, ce que déplore l'Académie nationale de Pharmacie. Certaines institutions et organismes ont cependant établi des protocoles pour assurer la qualité de la PDA, c'est le cas, par exemple, de l'ARS PACA et de l'OMEDIT. La PDA va permettre d'augmenter l'observance, de diminuer les erreurs et de diminuer les risques de dépendance en limitant les risques de surconsommation. Elle va également permettre aux professionnels de santé d'apprécier l'observance. En effet, le professionnel pourra voir quels médicaments n'ont pas été consommés et pourra y apporter des solutions (modification de l'heure d'administration, utilisation d'un rappel, discuter des craintes du patient vis-à-vis du médicament en question...).

Le pharmacien peut ainsi proposer la PDA :

- A ses patients : le public de choix étant la personne âgée à cause de la tendance à la polymédication. Le pharmacien peut également juger utile de conseiller la PDA à d'autres

patients à risque de non observance ou polymédiqués, notamment les personnes atteintes de troubles psychiatriques

- A une structure médicosociale, tel qu'un EHPAD.

Pour réaliser la PDA, le pharmacien peut utiliser une méthode manuelle en affectant une personne à cette tâche (engendrant un problème de temps et / ou de ressources humaines) mais il peut également automatiser la PDA (engendrant un problème de coût avec l'achat de l'automate et des consommables).

Le pharmacien va également pouvoir, selon le degré d'autonomie et l'entourage, proposer l'achat d'un pilulier que le patient ou un proche / aidant pourra utiliser pour préparer les prises de médicaments.

#### 3.1.1.2.3 Les livraisons

Pour lutter contre la difficulté d'accès aux soins due à l'isolement et à la perte d'autonomie, le pharmacien peut être amené à effectuer des livraisons au domicile du patient. Ces livraisons vont permettre d'améliorer l'observance, le patient recevant son traitement en temps et en heure, d'améliorer la relation patient / pharmacien et d'améliorer le conseil. En effet, la communication sera améliorée (plus de confidentialité, de confort.) En se trouvant au domicile de ces patients fragilisés, le pharmacien pourra également apprécier le niveau d'autonomie et, si besoin, proposer des solutions pour améliorer l'accessibilité du domicile et par la même occasion la qualité de vie de son patient.

##### Mise en situation :

Une patiente de 86 ans, vivant seule, vient à l'officine. Au cours de la délivrance, elle explique au pharmacien qu'elle se sent un peu perdue avec son traitement, elle trouve qu'elle a de plus en plus de médicaments à prendre. Le pharmacien peut donc lui proposer un bilan partagé de médication pour refaire un point sur son traitement, certains médicaments pouvant, peut-être, être arrêtés. Le pharmacien lui proposera également un pilulier pour éviter les erreurs de prises et améliorer l'observance.

En abordant le sujet de l'observance, la patiente explique au pharmacien qu'il lui arrive d'être à cours de médicaments car elle ne peut pas toujours se déplacer jusqu'à la pharmacie à

temps. Le pharmacien lui proposera donc de téléphoner à l'officine dans ces moments de difficulté pour qu'un des membres de l'équipe officinale puisse la livrer, ce qui permettra également de voir si son domicile lui est adapté et, le cas échéant, lui conseiller des solutions pour un aménagements éventuel.

### **3.1.2 Augmentation du maintien à domicile**

Secondairement au vieillissement de la population, le maintien à domicile est devenu un secteur d'activité relativement important pour les pharmaciens d'officine.

#### **3.1.2.1 Définition et statistiques**

Concernant le maintien à domicile, le sociologue et ingénieur B. Ennuyer nous propose la définition suivante : « *le maintien à domicile, c'est d'abord et avant tout, l'expression du désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie, c'est-à-dire qu'elles ont souhaité continuer à vivre et mourir chez elles* (Ennuyer, 2007). »

Cette définition insiste sur la notion de choix de la personne concernée.

L'augmentation du MAD peut s'expliquer par différents facteurs :

- Le vieillissement de la population et la perte d'autonomie qui en résulte (1,2 million de personnes âgées en perte d'autonomie en France en 2016 ; on estime que ce nombre aura doublé en 2060) (Lecroart *et al.*, 2013)
- Progression des handicaps avec perte d'autonomie voire dépendance (site n°31)
- Augmentation des retours à domicile avec des pathologies lourdes et diminution des durées d'hospitalisation au profit de la prise en charge en ville (notamment grâce à l'HAD, qui concerne plus de 122 000 patients.)

La population française estime, à 76 %, que le MAD est la meilleure façon d'aider une personne adulte proche en situation de perte d'autonomie. Cependant, 49.7 % des français ne pensent pas être capables d'aider quotidiennement une personne de leur famille en perte

d'autonomie (pour des raisons financières, logistique, psychologiques ou sanitaires). Il faut donc soutenir également la famille et les proches lors de nos conseils en MAD.

### **3.1.2.2 Enjeux du conseil relatif au MAD**

Le maintien à domicile a donc pour but d'augmenter la qualité de vie de notre patient en augmentant son confort et son autonomie. Le pharmacien a également un intérêt à développer le MAD dans son officine. En effet, cela lui permet de diversifier son activité et ainsi d'accroître son attractivité et la fidélisation de sa clientèle. Cela lui permet également d'augmenter le lien avec ses patients et avec les prescripteurs / soignants en coordonnant le MAD.

### **3.1.2.3 Adapter le conseil**

Le pharmacien doit apporter son éclairage professionnel en conseillant un matériel adapté, en prenant en compte deux facteurs :

- L'importance de la perte d'autonomie / handicap.
- L'environnement.

Ceci afin de satisfaire au mieux les besoins du patient et de son entourage.

Il peut donc être utile au pharmacien de se rendre dans l'habitation de son patient, par exemple, lors de l'installation d'un lit médicalisé ou lors de livraisons comme nous l'avons vu précédemment, afin de se rendre compte du degré d'autonomie de la personne et de son environnement. Il pourra ainsi, conseiller au mieux l'aménagement de l'habitat. Cette visite au domicile du patient permettra un conseil plus personnalisé et améliorera la relation patient / pharmacien, la communication étant plus aisée pour le patient dans ce cadre.

Il existe beaucoup de matériels médicaux pour adapter le MAD : nous pouvons prendre pour exemple de catalogue Oxypharm, fournisseur et prestataire spécialisé dans le MAD, pour apprécier la diversité et le nombre de matériels disponibles :

- Traitement à domicile : 67 références (Prise en charge des affections respiratoires, matériel de surveillance, nutrition parentérale, perfusions, neurostimulation, nettoyage et désinfection du matériel)

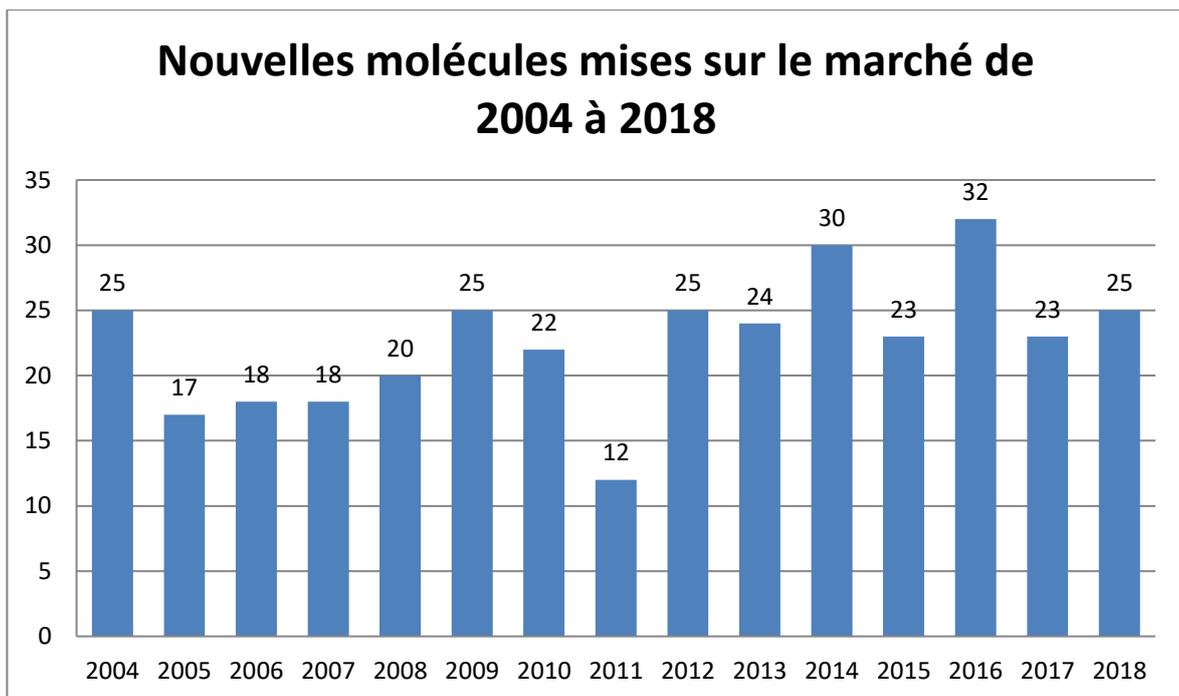
- Le lit et son environnement : 91 références (Matelas de confort, lits médicalisés et accessoires, sièges coquille et fauteuil de confort...)
- Matériel pour la mobilité et le transfert : 77 références (Cannes, fauteuils roulants, lève-personne, verticalisateur...)
- Matériels pour « les aides quotidiennes » : 112 références (quelques exemples : Faciliter la lecture / l'écriture / la communication, aide à la préhension, matériel pour adapter la salle de bain...)

Soit un total de 347 références de matériels différents. Il nous est donc facile de mettre en lumière l'importance de la formation personnelle et de l'équipe officinale pour pouvoir conseiller au mieux le patient dans la multitude de choix et solutions proposés.

L'autre point important pour le développement du MAD à l'officine est la communication et l'information envers les patients et les prescripteurs. En effet, la distribution du matériel de maintien à domicile ne rentrant pas dans le monopôle du pharmacien, certains patients, peuvent ignorer nos compétences et nos diverses prestations dans la mise en place du maintien à domicile. Il ne faut donc pas hésiter à conseiller des solutions adaptées concernant le MAD que ce soit au patient lui-même ou à son prescripteur / ses soignants, en particulier lorsqu'un retour à domicile est programmé à la suite d'une hospitalisation (ceci nous permettant d'anticiper au mieux le retour au domicile) ou lorsque nous détectons une perte d'autonomie.

### **3.1.3 Evolution de la médecine et des traitements à l'officine**

Au cours des dernières années beaucoup de nouveaux médicaments sont devenus accessibles en officine comme nous pouvons l'observer avec ce graphique.



**Figure 14 - Nouvelles molécules mises sur le marché de 2004 à 2018 - Le moniteur des pharmacies cahiers de formation (compilation)**

Ce graphique nous permet d'apprécier le nombre de nouveaux médicaments mis sur le marché chaque année et disponibles en ville ou à l'hôpital. Nous atteignons une moyenne de 22.6 nouveaux médicaments / an, et un total de 157 nouvelles molécules entre 2013 et 2018.

Intéressons-nous maintenant aux aires thérapeutiques des nouveaux principes actifs disponibles uniquement à l'officine.

## Répartition des nouvelles molécules disponibles à l'officine par aires thérapeutiques de 2013 à 2018

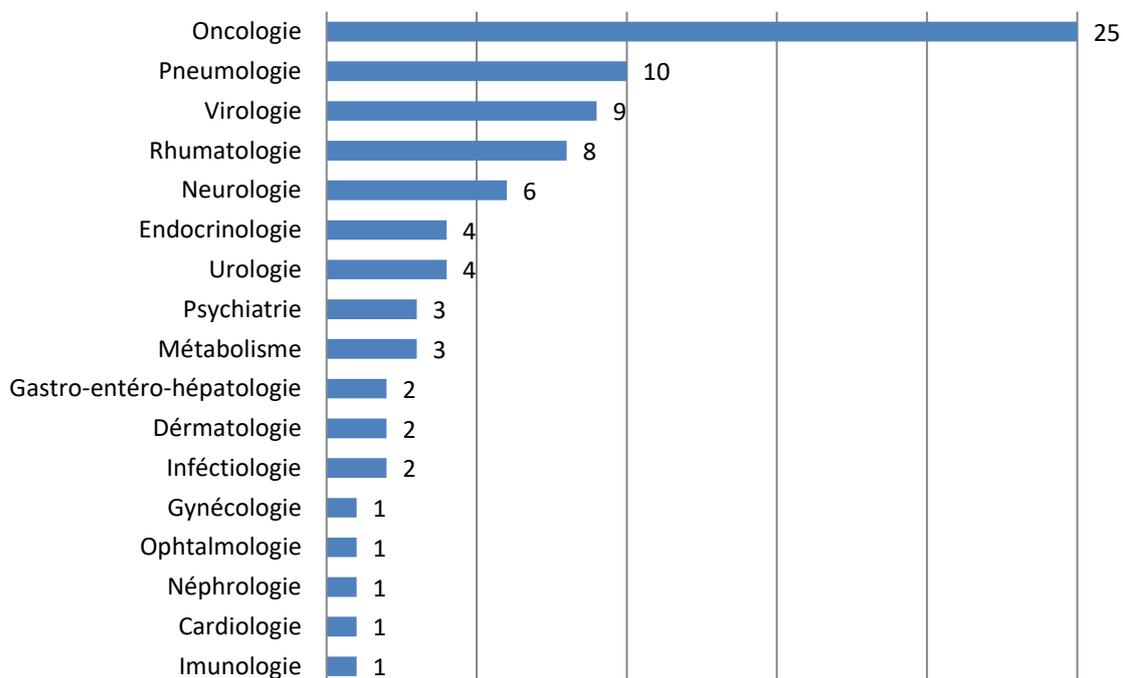


Figure 15 - Répartition des nouvelles molécules disponibles à l'officine par aires thérapeutiques de 2013 à 2018 - Le moniteur des pharmacies cahiers de formation (compilation)

L'oncologie arrive donc largement en tête de file. Nous pouvons nous y attendre car de nombreuses recherches sont effectuées dans ce domaine qui est la première cause de mortalité prématurée en France (Site n°6). L'arrivée de ces nouveaux médicaments, auparavant réservés au milieu hospitalier, permet la prise en charge d'un plus grand nombre de pathologies lourdes à l'officine.

Nous pouvons également évoquer les médicaments relatifs aux FIV, et plus généralement à la PMA, qui sont en augmentation :

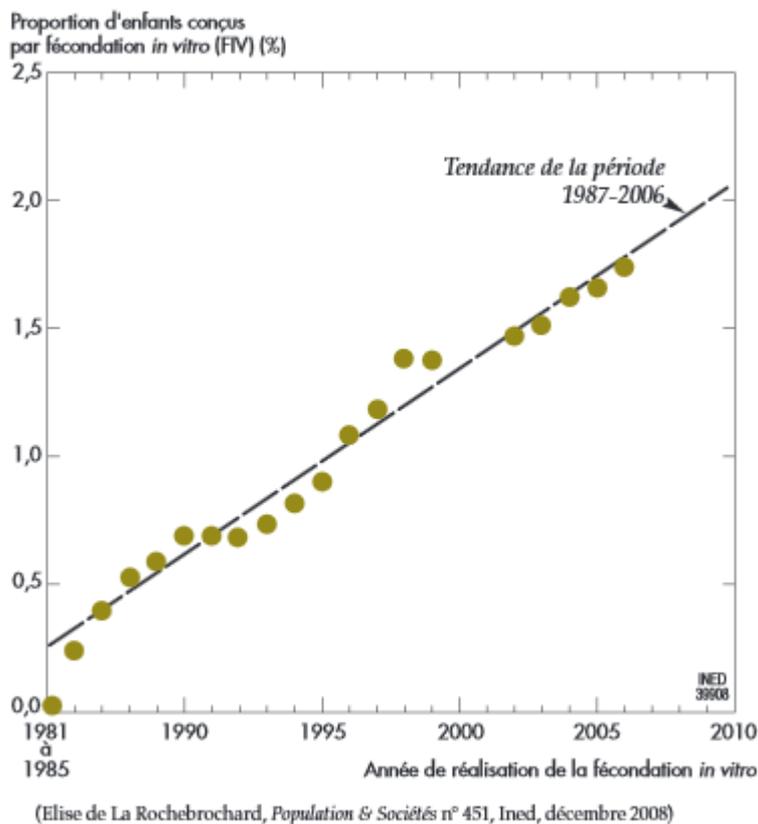


Figure 16 - Proportion d'enfants conçus par fécondation *in vitro* d'après Elise de La Rochebrochard, Ined (2008)

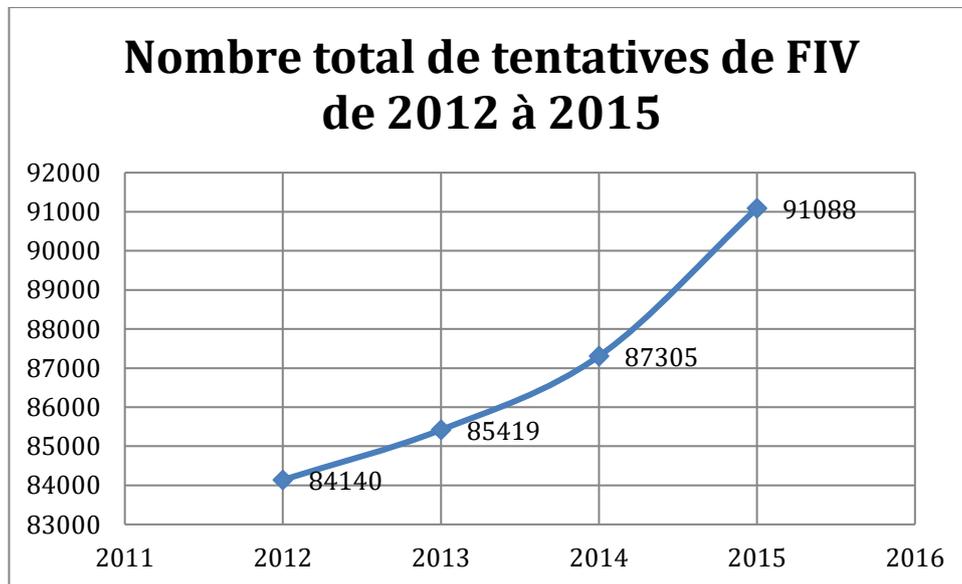


Figure 17 - Nombre total de tentatives de FIV de 2012 à 2015 - D'après le rapports médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine (2016)

Tout comme les traitements anticancéreux ces médicaments sont de plus en plus délivrés en ville, ils nécessitent un protocole plus ou moins important et une bonne coordination des soins entre les professionnels de santé. En effet, le schéma posologique peut être compliqué, le risque

d'interactions et de iatrogénie est augmenté et peut avoir de lourdes conséquences. Ces médicaments sont techniques, étant donné leurs modalités de conservation, d'administration et d'utilisation, leur contrôle, la gestion des effets secondaires, la complexité du protocole... Le conseil du pharmacien est donc d'autant plus important, une erreur d'utilisation ou des incompréhensions pouvant être la source de non réponse au traitement ou de iatrogénie. Le conseil doit donc viser à rendre le patient acteur de sa prise en charge, en s'assurant que le protocole de soin soit bien compris. Il faut donc investir notre patient et lui donner les clés pour mieux appréhender son traitement. Cependant, le pharmacien peut être en difficulté face à ces nouveaux traitements qu'il ne connaît pas forcément bien. Nous insistons donc sur la formation continue, que ce soit via des formations (DU, formation proposée par les laboratoires...), via du e-learning, via des revues professionnelles ou des sites spécialisés.

Le sujet sera abordé plus tard mais nous pouvons utiliser les nouvelles technologies pour augmenter la qualité de nos conseils avec par exemple l'utilisation d'internet pour :

- Fournir des informations au patient (tel que les fiches OMEDIT [annexe3])
- S'informer
- Illustrer ses propos (par exemple des vidéos présentant le mode d'administration)
- Présenter des plateformes d'échange entre patients

Mise en situation :

Un patient atteint d'un mélanome vient à l'officine avec une ordonnance de Zelboraf®. Le Zelboraf est un agent antinéoplasique, inhibiteur de protéine kinase utilisé dans le traitement de certains mélanomes.

Le pharmacien explique au patient qu'il ne possède pas ce médicament dans son stock et qu'il va passer commande au laboratoire. Il invite le patient à se représenter à l'officine le lendemain. En attendant la réception du médicament, le pharmacien améliorera ses connaissances sur celui-ci, notamment grâce aux fiches OMEDIT destinées aux professionnels de santé [annexe 4]. Ainsi, lorsque le patient revient à l'officine récupérer son traitement, le pharmacien pourra informer et répondre aux questions de son patient. Il lui fournira également une fiche OMEDIT relative au Zelboraf®, destinée cette fois-ci au patient [annexe 3]. Il invitera ce dernier à lire cette fiche avec lui, et insistera sur les règles de bon usage et la gestion des effets

secondaires (comment les éviter / diminuer, quels sont les effets indésirables nécessitant un contrôle médical en urgence).

## **3.2 Évolution des demandes**

Maintenant que l'évolution des besoins a été identifiée, intéressons-nous à l'évolution des demandes et essayons d'y répondre. Pour ce faire, nous aborderons deux sujets, internet et la digitalisation, qui illustrent bien à quel point nos moyens de communication et d'information ont évolué. Nous verrons également que ces deux thématiques ont beaucoup fait évoluer la relation patient / professionnel de santé et ont également changé notre manière d'exercer. A nous de nous en « emparer » pour améliorer notre conseil.

### **3.2.1 Internet**

#### **3.2.1.1 Internet en chiffres**

Au cours des 20 dernières années, internet a révolutionné notre société en modifiant nos moyens de communication et notre accès à l'information. En 2018, nous recensons 4.12 milliards d'internautes dans le monde, soit 54 % de la population mondiale (Site n°11).

En France, 85 % de la population a un accès à internet, dont 100 % des 12-39 ans et un internaute sur deux affirme ne pas pouvoir se passer d'internet plus de deux ou trois jours. 65 % d'entre eux pensent qu'Internet est important pour se sentir intégré dans la société (Site n°7).

#### **3.2.1.2 Les patients et internet**

Internet a également changé la façon dont les patients s'informent en matière de santé.

Ainsi, dans une étude de l'INPES nous apprenons que 69 % des français ont déclaré avoir cherché des informations ou conseils de santé sur internet. Cependant nous observons une disparité de l'utilisation en fonction de leur âge et de leurs catégories socio professionnelles (Richard *et al.*, 2019).

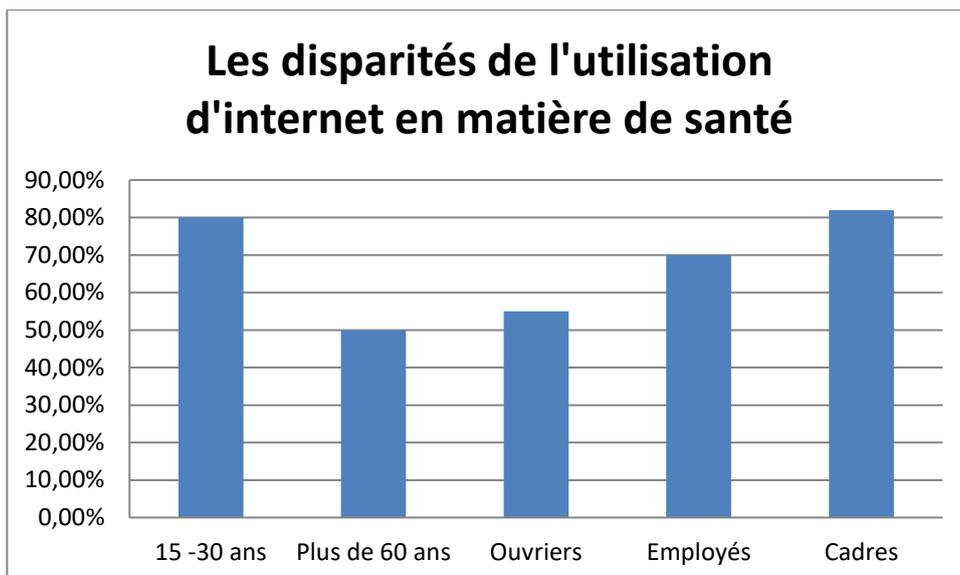


Figure 18 - D'après Quelle utilisation d'Internet dans la recherche d'informations santé ? - Jean-Baptiste Richard – INPES (2019)

L'INPES s'est également intéressé aux sujets consultés :

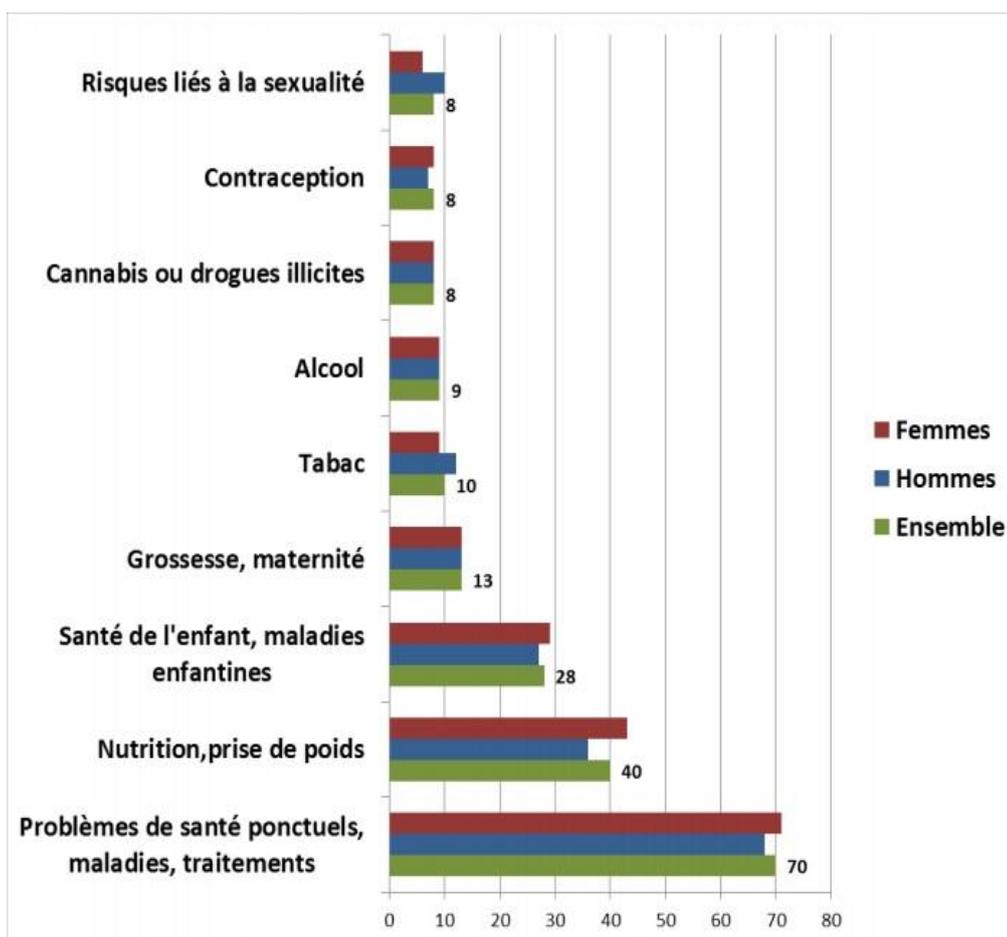


Figure 19 - D'après Quelle utilisation d'Internet dans la recherche d'informations santé ? - Jean-Baptiste Richard – INPES (2019)

Les problèmes de santé ponctuels, les maladies et leurs traitements sont donc, sans réelle surprise, les sujets les plus consultés. Ce sont des sujets pour lesquels le pharmacien est capable d'apporter facilement son aide et ses conseils. Mais ce recours à l'utilisation d'internet peut s'expliquer de plusieurs façons. Si le patient cherche des informations concernant ses problèmes de santé, c'est avant tout pour répondre à son besoin de sécurité car comme nous l'avons vu précédemment, le besoin de sécurité est un besoin primaire. L'utilisation d'internet sera préférée car la recherche d'information y sera facilitée. En effet, le patient peut effectuer sa recherche n'importe quand et n'importe où. De plus, l'utilisation d'internet pour la recherche d'information (que ce soit en matière de santé ou non) est banalisée et ancrée dans les usages. Pour finir, en utilisant internet, le patient n'a pas l'impression de s'exposer au jugement du professionnel de santé.

Internet étant un média assez libre, n'importe qui peut publier une information. Nous pouvons donc nous inquiéter de la véracité et de la pertinence des informations que nous y trouvons.

Intéressons-nous donc à la façon dont l'internaute cherche ces informations relatives à la santé :

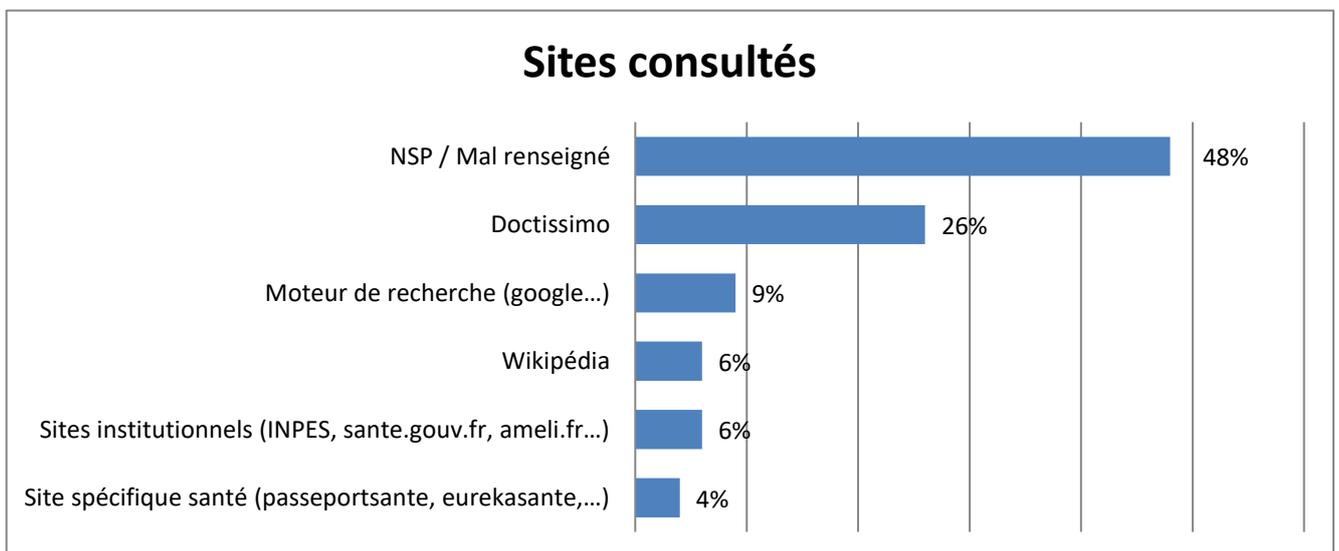


Figure 20 - D'après Quelle utilisation d'Internet dans la recherche d'informations santé ? - Jean-Baptiste Richard – INPES (2019)

Nous constatons que seuls 10 % des sites consultés sont des sites où l'information est relativement sûre (site spécifique + institutionnel) et que la grande majorité des recherches est effectuée sur des sites non définis qui peuvent présenter un risque de fausses informations

« *fake-news* ». Ceci s'explique par leur mise en avant et par leur référencement sur les moteurs de recherche. En effet, en cherchant avec des mots clefs peu spécifiques, les premiers sites indexés sont principalement des sites non spécialisés. C'est justement cette difficulté de compréhension, la présence de jargon, l'absence de vulgarisation et les notions complexes qui poussent l'internaute à consulter ces sites internet peu spécifiques. C'est donc ici que le pharmacien a un grand rôle à jouer.

Le « *web 2.0* » avec l'avènement des réseaux sociaux a également modifié l'accès aux informations et la communication en matière de santé. En effet, nous trouvons sur les réseaux sociaux des groupes de patients échangeant sur leur maladie, en parlant de leur vécu, en donnant des conseils etc.

Nous pouvons citer quelques exemples :



The image shows a list of five Facebook discussion groups. Each group entry includes a profile picture, the group name, the number of members, the frequency of posts, a brief description, and a location indicator. A '+ Rejoindre' button is present for each group.

- maladie de crohn et rectocolite hémorragique (mici)**  
9,1 K membres · + de 10 publications par jour  
Groupe de parole pour les personnes atteintes de la maladie de Crohn ou de la rectocolite hémorragique et ceux qui veulent en savoir plus su...  
🏠 🏠 13 membres ont indiqué qu'ils habitent à Rouen
- Scièreose en plaques forum sépiens**  
7,8 K membres · + de 10 publications par jour  
coup de blues, bonne nouvelle, articles concernant la sep à faire paraître, traitements, irm ou tout ce qui vous passe par la tete concernant la...  
🏠 🏠 12 membres ont indiqué qu'ils habitent à Rouen
- Plate-forme des Jeunes face aux IST et le VIH-SIDA**  
2,9 K membres · 2 publications par semaine  
La " PLATE FORME DES JEUNES FACE AUX IST ET LE VIH-SIDA" ...
- Diabete**  
12 K membres · 6 publications par jour  
Chaque minute dans le monde, 6 personnes meurent du diabète...  
Directement, ou indirectement par suite d'une complication. Au total, ce...  
🏠 🏠 8 membres ont indiqué qu'ils habitent à Rouen
- Endogirls nutrit : Endométriose - Gère TA douleur par l'alimentation**  
10 K membres · + de 10 publications par jour  
France · Si vous êtes convaincue que l'alimentation moderne, industrielle 🍔 et transformée 🍌 entrave votre confort au quotidien, vous avez...  
🏠 🏠 22 membres ont indiqué qu'ils habitent à Rouen

Figure 21 - Exemple de groupe discussions - Facebook.com

Ces groupes de patients vont donc proposer des conseils hygiéno-diététiques, des témoignages et des échanges entre patients ayant la même pathologie et confrontés à des problèmes similaires. Ces espaces d'échanges et de discussion peuvent être très bénéfiques pour le malade (sentiment d'appartenance comme évoqué lorsque nous avons abordé les besoins humains d'A. Maslow, compréhension, partage...). Cependant, ces espaces ne sont pas contrôlés par une autorité médicale. Ceci nous amène donc aux dérives constatées, avec notamment, des groupes de paroles conspirationnistes, plus ou moins déguisés. Pour illustrer ce propos, donnons quelques exemples :



Figure 22 - Groupe de discussion "VIH=ONU SIDA-OMS=Mensonge!"

Description : « *Ce groupe existe pour informer ici au Cameroun les gens meurent de maladies connues pendant qu'on les tuent aux ARV l'existence jamais démontrée du VIH. Source d'un gaspillage financier insensé par ONUSIDA et OMS. Des milliards dépensés contre un virus inexistant alors qu'il y a tant de vrais problèmes de santé en Afrique ! ce n'est pas un groupe de rencontre mais d'échanges.* »



Figure 23 - Groupe de discussion "Vaccins, alternatives, protection et défense des enfants en France !"

Description : « *Parce que nous sommes en droit d'avoir des réponses à nos questions. Parce que nous refusons de donner nos enfants comme cobayes à la science pour le profit des lobbys pharmaceutiques. Ceci est un groupe d'échange, n'hésitez pas à y participer en partageant vos avis, expériences, articles, photos, vidéos etc. Bienvenue à toutes et à tous !* »

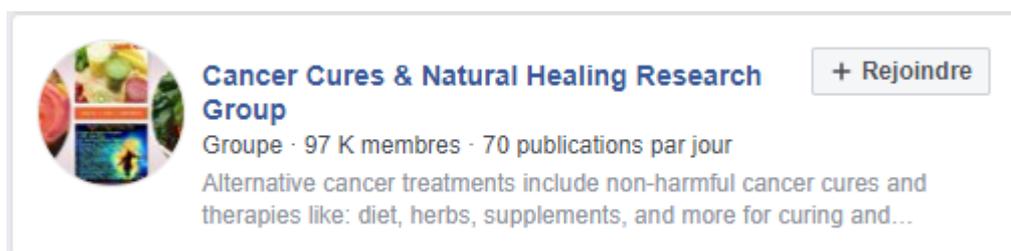


Figure 24 - Groupe de discussion "Cancer Cures & Natural Healing Research Group"

Description : « *Alternative cancer treatments include non-harmful cancer cures and therapies like: diet, herbs, supplements, and more for curing and preventing cancer. We are supporting those who are afraid to try alternative treatments. We believe in individual experience far more than we believe in double blind placebo “studies” funded by pharmaceutical companies. We are interested in pursuing and trying therapies that have not been accepted, studied or researched by mainstream medicine - those that other people and the medical community may have never heard about, or are afraid to try - the ones that the pharmaceutical industry will never invest in because most are natural and there is no profit to the companies. And, they don't want you to know about or try them. Your doctor has never heard of the most of the natural therapies that may help and/or cure you. Your doctor is not allowed to prescribe, use or talk about alternative therapies that could help and have the potential to cure. We are ready to take full responsibility for our health. We want to try and find what works for each of us. We believe in individuality, herbal medicine, clean water, clean air, unrefined oils, whole organic foods, liver cleansing, the work of Max Gerson, Rick Simpsons, Hulda Clark, Rife, Hoxsey, William Kelley, Dr.Beck, Weston Price, Stanislaw Burzynski, Johanna Budwig, Gaston Naessens, Linus Pauling (to name a few). This group is promoted by light... you are the light* »

Ces trois exemples soulignent très bien les différents problèmes que nous pouvons rencontrer dans ces espaces libres de discussion.

Le premier groupe est ouvertement conspirationniste, allant jusqu'à réfuter l'existence du VIH, mais il comporte plus de 1500 participants relativement actifs avec en moyenne cinq publications par semaine.

Le second groupe de discussion, ouvertement anti-vaccin, utilise des termes anxiogènes et disruptifs tel que « *défense des enfants* », « *cobayes* », « *alternative* », « *protection* » pour

féderer ses 11 000 membres. Ici l'activité est importante avec plus de 70 publications en moyenne par jour. Ce grand nombre de participants s'explique principalement par le besoin de sécurité. Nous imaginons sans mal une jeune maman se posant des questions sur les vaccins qui vont être administrés à son nourrisson et trouvant ce groupe de discussion. Dans la description du groupe, les participants demandent des « réponses ». Le pharmacien se doit d'y répondre pour éviter la diffusion de fausses informations dangereuses pour la santé publique.

Le danger du troisième exemple est plus discret. Il nous apparaît comme étant un groupe de discussion sur l'alimentation et le cancer. Nous nous attendons donc à retrouver des conseils hygiéno-diététiques, des idées de recettes... En s'attardant sur la description nous remarquons que le principal but de ce groupe est la promotion d'un livre écrit par des chercheurs auto proclamés. Les auteurs vont jusqu'à déconseiller le recours aux traitements dit « usuels » pour préférer leurs traitements plus « naturels », affirmant préférer baser leurs études sur le ressenti du patient plutôt que sur « *des études en double aveugle financées par l'industrie pharmaceutique* ». Ils prétendent même que « *votre médecin n'a pas le droit de vous prescrire, d'utiliser ou de vous parler des thérapies alternatives qui pourraient vous aider ou vous guérir* ». Le charlatanisme, le « *conspirationnisme* » voir le sectarisme (« *ce groupe est soutenu par la lumière, vous êtes la lumière* ») nous paraissent évidents. Pourtant ce groupe réunit plus de 97 000 participants et publie en moyenne 70 messages par jour. Ici encore, c'est le besoin de sécurité, la mauvaise maîtrise du sujet ou encore une grande naïveté qui attirent les patients vers ce genre d'espace de discussion.

Le besoin qu'ont nos patients à s'informer et la difficulté qu'ils peuvent avoir à trouver une information compréhensible et sûre met en évidence l'importance que revêtent le pharmacien et ses conseils pour aider et aiguiller ses patients sur l'usage d'internet.

### **3.2.1.3 Internet pour le pharmacien**

Certains pharmaciens, conscients que leurs patients s'informent sur internet, perçoivent cette utilisation comme une menace pour le patient, à cause des informations qui ne sont pas toujours fiables (Vandesrasiel *et al.*, 2016). Or, l'utilisation d'internet va pouvoir améliorer la relation patient / pharmacien et donc le conseil. En effet, un patient cherchant à s'informer sur sa pathologie ou son traitement est un patient intéressé voire investi dans sa prise en charge. Il

sera donc plus aisé de lui donner un rôle central dans sa prise en charge. Ainsi, en ayant la démarche de s'informer seul sur internet le patient est plus apte à être dans un état d'égo « adulte » lors de l'échange avec le pharmacien, ce qui améliorera la communication, le savoir n'étant plus un obstacle. De plus, avec ces recherches préalables, le patient pourrait poser des questions plus pertinentes et aura une meilleure compréhension des conseils qui lui sont prodigués. Il sera ainsi mieux préparé pour parler de sa maladie avec le pharmacien. Cette volonté d'information doit donc servir de moteur au conseil, le pharmacien ne devant pas hésiter à questionner le patient sur le fruit de ses investigations sur internet.

- Qu'a compris le patient ?
- Les informations sont-elles fiables ?
- Quelles sont les nouvelles questions que le patient peut avoir suite à ses recherches ?
- Où chercher un complément d'information fiable ?

Globalement, internet ne nuit pas à la prise en charge et au recours à la consultation, 8 % des internautes santé affirment aller plus souvent chez le médecin contre 5 % affirmant y aller moins souvent. L'impact sur les soins n'est pas si significatif.

Internet va également permettre aux professionnels d'améliorer leurs conseils. En effet, nous évoquions précédemment les groupes de patients, il existe également des espaces d'échanges entre pairs (via les réseaux sociaux, des forums de discussions...) permettant entraide, témoignages, formation. Internet va également favoriser l'accès aux nouvelles informations (revues professionnelles, publications...) et apporte de nombreux outils pour l'exercice (recherche d'interactions, fiches explicatives, formations en ligne (e-learning), Vidal en ligne, recommandation de l'HAS, catalogue produit, dossier pharmaceutique, dossier médical partagé, ...).

#### **3.2.1.4 Améliorer le conseil à l'aide d'internet**

Le risque le plus important de l'utilisation d'internet pour la recherche d'informations relatives à la santé est le risque de mauvaises informations, ou d'incompréhension. Entre les « *fake-news* » et les informations pas assez ou trop vulgarisées, le patient doit faire le tri. C'est

pour cela que le pharmacien doit aider le patient, en lui conseillant des sources d'information sûres qu'il a vérifiées au préalable. Il peut notamment s'appuyer sur la fondation Health On the Net (HON) qui certifie des sites sûrs en matière de santé. Ainsi, le pharmacien peut conseiller des sites internet, des espaces de discussions voir des vidéos explicatives (par exemple sur l'utilisation des inhalateurs) dont il est assuré de la qualité des informations.

Nous pouvons citer quelques exemples :

- <https://www.mesvaccins.net/> : Propose des informations concernant les vaccins ainsi qu'un carnet de vaccination électronique
- <http://www.g-oubliepilule.com/> : Permet au patient de connaître les recommandations en cas d'oubli de prise de son contraceptif.
- <https://www.medecinedesvoyages.net/> : qui fournit des conseils aux voyageurs.

En questionnant son patient sur ses recherches le pharmacien pourra mieux cibler ses conseils ; nous retrouvons ici la notion de feed-back.

Le pharmacien ne doit pas hésiter à se servir des nouveaux outils apportés par internet. Le dossier pharmaceutique (DP), avec le dossier médical partagé (DMP) doivent être les outils les plus utilisés, car intégrés dans les logiciels de gestion officinal. Cependant, d'autres outils nous permettent d'ajouter une réelle plus-value à nos conseils. En voici quelques exemples ; utiles au quotidien :

- OMEDIT et ses fiches destinées aux patients ou au professionnel de santé, fournissant des informations sur le bon usage des traitements anticancéreux et d'autres traitements à risques.
- OMEDIT également pour sa liste des médicaments écrasables.
- Sitegpr.com pour l'adaptation des médicaments en fonction de la fonction rénale.
- Epansement : Qui permet d'avoir des informations et de comparer la plupart des dispositifs nécessaires aux soins des plaies.
- Le CRAT : permettant d'avoir des informations sur les médicaments et leurs risques lors d'une grossesse ou de l'allaitement.

- Les sites internet tels que Thériaque ou celui du Vidal : fournissant une base de données des médicaments commercialisés en France et permettant d’identifier les interactions médicamenteuses.
- <http://med-vet.fr/> : Base de données sur les médicaments à usage vétérinaire
- <https://hedrine.univ-grenoble-alpes.fr/> : interaction phytothérapie / médicaments
- <https://www.orpha.net/> : Information sur les maladies rares et les médicaments orphelins.
- Les plateformes d’e-learning : permettant d’assurer la formation continue en fonction de notre temps.
- Le CESPARM : Qui permet d’obtenir des supports d’information destinés aux patients ou aux professionnels de santé ainsi que des outils éducatifs.
- Les sites d’information professionnelle : (Prescrire, Lemoniteurdespharmacies...)
- Le réseau Sentinelle : Qui permet d’avoir un aperçu des épidémies en cours (grippe, diarrhée, varicelle)
- Medispar : Qui permet d’avoir des informations sur les règles de prescription et de délivrance des médicaments.

Nous retrouvons aussi des sites internet moins spécifiques à la santé pouvant nous être utiles tel que :

- Les réseaux sociaux et les groupes de discussions professionnels qui permettent d’échanger, de se former et de se questionner entre professionnels.
- Des plateformes de vidéos permettant de montrer l’utilisation de certains dispositifs (inhalateurs, mise en place d’atèles...)

### **3.2.2 Digitalisation**

En plus d’internet, la digitalisation a pris une place extrêmement importante dans nos vies et dans la société. Pour définir la digitalisation nous pouvons citer Alphalives, une agence française spécialisée dans le développement digital nous propose la définition suivante :

*« La digitalisation est le procédé qui vise à transformer un objet, un outil, un process ou un métier en un code informatique afin de le remplacer et le rendre plus performant. La*

*transformation digitale a commencé dès les débuts d'internet, le courrier a été remplacé par les emails, les salons par des forums web, les magasins par des sites e-commerce. Désormais nous connaissons une digitalisation plus large et plus performante comme les caisses automatiques, les répondeurs automatisés, la communication via les réseaux sociaux. La digitalisation est devenue un phénomène naturel qui combine l'apparition d'internet et les avancées quotidiennes informatiques ».*

D'autre part, Internet et l'apparition des Smartphones a permis d'accélérer la digitalisation. On estime que 67 % de la population mondiale utilise un Smartphone. En France cette estimation est de 93 % (Site n°11). La digitalisation et les Smartphones ont clairement impacté nos modes de vie. En effet, internet avait facilité nos accès à l'information, la digitalisation l'a accéléré.

Grâce à la digitalisation nous pouvons trouver une information en quelques secondes où que nous soyons, réserver des billets d'avions, faire nos courses, consulter nos emails, organiser notre agenda, communiquer (téléphone, réseaux sociaux). De même, la digitalisation a également un impact sur la santé. On estime qu'il existe plus de 325 000 applications relatives à la santé. Ces applications regroupent :

- Les applications d'autosurveillance (suivi glycémie, de la tension, de la fréquence cardiaque, de l'INR...)
- Les applications permettant d'améliorer l'observance (rappels...)
- Les application hygiéno-diététiques (sport, remise en forme, nutrition...)
- Les applications de préventions (tabac)
- Les applications de premier secours (Staying alive)
- Les applications dédiées aux professionnels (Vidal, calcul de la fonction rénale, constantes...)

Il est donc très difficile de faire le tri, en particulier pour un patient non informé. En effet, toutes les applications relatives à la santé ne sont pas forcément pertinentes. Nous pouvons prendre pour exemple l'application santé n°1 : YUKA. Cette application permet, en scannant des codes-barres, d'évaluer les produits industriels achetés dans le commerce en nous donnant une appréciation de la teneur en sel, en sucre, en protéine, en graisse et en additifs. Cependant, un manque d'information peut nuire à son utilisation :

Prenons l'exemple d'un vinaigre balsamique acheté en grande surface.

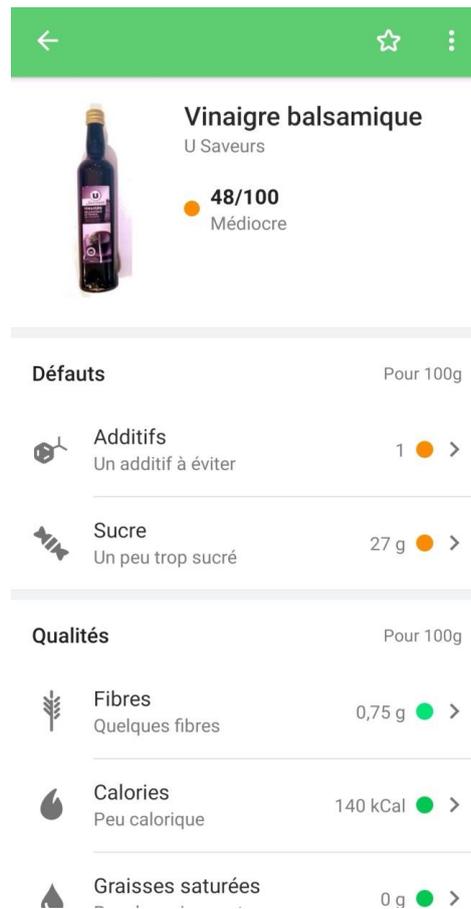


Figure 25 – Illustration - YUKA

Ce produit est considéré comme médiocre par l'application, ceci s'explique par la présence de l'additif « E221 » correspondant au Sulfite de sodium que YUKA considère comme ayant un risque modéré sur notre santé sans nous donner plus d'information.

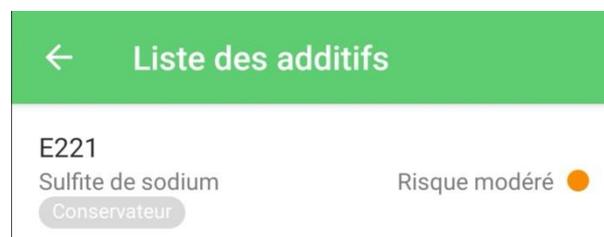


Figure 26 – Illustration - YUKA

Cette classification faite par YUKA est due au fait que le CIRC affirme que le sulfite de sodium est un additif inclassable quant à sa cancérogénicité. L'utilisateur peut donc penser que le sulfite de sodium pourrait nuire à sa santé, alors qu'aucune étude ne démontre cela.

YUKA analyse également les produits cosmétiques en alertant sur leur composition et en leur donnant une note.

Nous pouvons donc prendre un autre exemple ; celui des crèmes solaires. YUKA classe le lait solaire enfant SPF 50+ de la marque Avene® comme mauvais et le note 19/100.

← ☆ ⋮

 **Lait enfant SPF 50+**  
Avene

● **19/100**  
Mauvais

**Composition** [VOIR TOUT](#)

Methylene bis-benzotriazolyl tetramethylbutylphenol [nano] ⓘ  
● Risque élevé

Butyl methoxydibenzoylmethane ⓘ  
● Risque limité

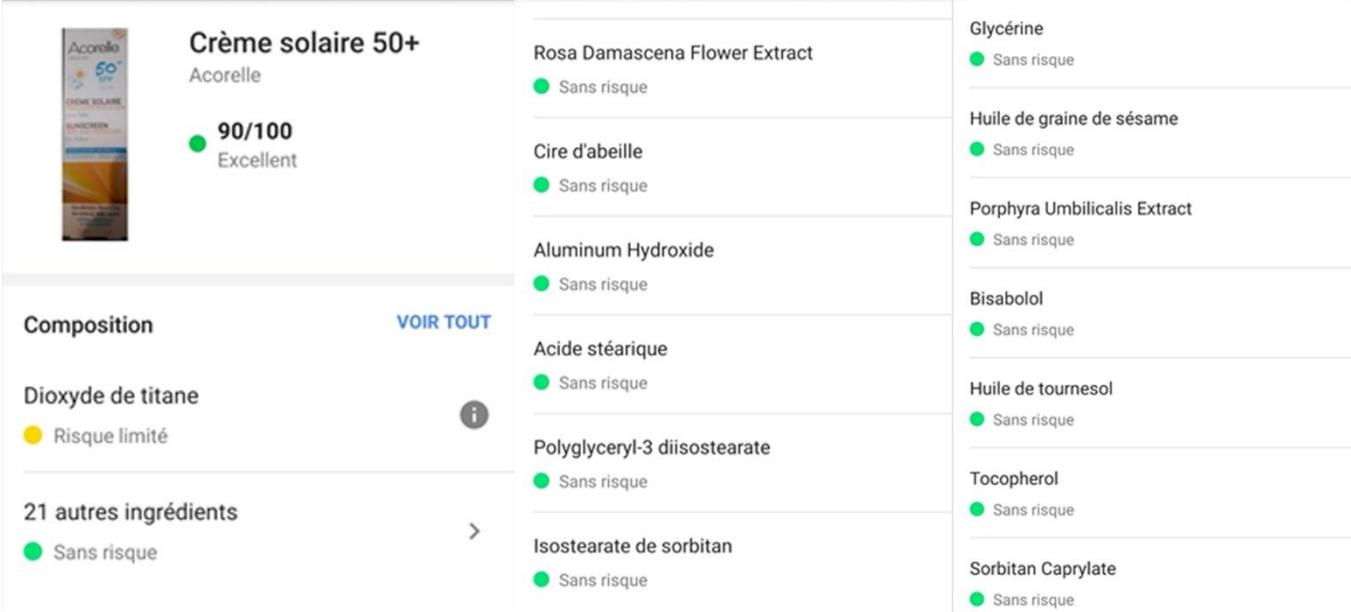
Disodium EDTA ⓘ  
● Risque limité

28 autres ingrédients >  
● Sans risque

Figure 27 – Illustration - YUKA

C'est la présence de Methylene bis-benzotriazolyl tetramethylbutylphenol qui est, en partie, responsable de ce mauvais classement. En effet, cette molécule est une nanoparticule soupçonnée d'être nocive pour l'organisme. Elle est ici utilisée comme filtre à spectre large aux UV. Or, si nous prenons l'avis d'une étude du laboratoire de Pharmacie Industrielle et de Cosmétologie de l'UFR de pharmacie de Nantes menée par le Dr Couteau C. et le Dr Coiffard L. nous apprenons que cette formulation ne contient aucun ingrédient indésirable et peut donc être recommandée à 100 %. En plus de sa sécurité d'utilisation, ce cosmétique offre la plus grande protection solaire avec un SPF de 60 et FP-UVA de 30, ce qui en fait une des meilleures protections

solaires sur le marché. Nous pouvons également apprécier l'absence de filtres minéraux (Dioxyde de titane ou autre) qui nuisent aux coraux et qui offre une protection médiocre aux UV. En revanche, YUKA conseille d'utiliser la crème solaire 50+ de la marque Acorelle® classée comme « excellent » et arborant la note de 90/100.



**Crème solaire 50+**  
Acorelle

**90/100**  
Excellent

**Composition** [VOIR TOUT](#)

**Dioxyde de titane**  
● Risque limité

**21 autres ingrédients**  
● Sans risque

**Ingredients:**

- Rosa Damascena Flower Extract ● Sans risque
- Cire d'abeille ● Sans risque
- Aluminum Hydroxide ● Sans risque
- Acide stéarique ● Sans risque
- Polyglyceryl-3 diisostearate ● Sans risque
- Isostearate de sorbitan ● Sans risque
- Glycérine ● Sans risque
- Huile de graine de sésame ● Sans risque
- Porphyra Umbilicalis Extract ● Sans risque
- Bisabolol ● Sans risque
- Huile de tournesol ● Sans risque
- Tocopherol ● Sans risque
- Sorbitan Caprylate ● Sans risque

Figure 28 – Illustration - YUKA

Si nous nous attardons sur la formulation, nous pouvons apercevoir la présence de dioxyde de titane utilisé ici sous forme de nanoparticule comme filtre aux UV et pour donner la coloration blanche à la crème (la présence d'hydroxyde d'aluminium semble confirmer l'utilisation du dioxyde de titane sous forme de nanoparticule). Or, YUKA ne classe par le dioxyde de titane comme étant une nanoparticule, ce qui améliore sa note. Nous expliquions précédemment que le dioxyde de titane est un filtre minéral aux UV. Testé en laboratoire, nous obtenons un SPF de 35 et un facteur de protection aux UVA de 9. Sachant que le SPF doit être supérieur ou égale à 60 pour pouvoir être labélisé 50+, cette crème n'a pas le droit de s'autoproclamer 50+. Nous repérons également dans la formulation la présence de bisabolol que YUKA détermine comme étant sans risque. Le bisabolol est une molécule aromatique ayant des propriétés anti inflammatoires présentes dans de nombreuses huiles essentielles. Sa présence dans un produit solaire permet donc de masquer le coup de soleil (grâce à son action anti inflammatoire) sans pour autant exercer de protection. Il est donc à proscrire des protecteurs solaires. Ce cosmétique est donc à déconseiller fortement.

Avec ces deux exemples nous touchons aux problèmes des applications de santé. Ces applications ne sont souvent pas développées par des professionnels de santé et se basent sur des notions qui ne font pas consensus. Il faut donc toujours avoir un regard critique sur ces applications, et c'est là que le conseil du pharmacien est primordial. En effet, le pharmacien pourrait conseiller des applications santé en expliquant au patient comment s'en servir et quel recul avoir. Il ne doit pas non plus hésiter à questionner le patient sur son utilisation d'application afin d'avoir un feedback et de s'assurer de la bonne utilisation / pertinence de l'application.

Une étude de *Medappcare*, relative au rapport qu'ont les professionnels de santé avec la digitalisation, nous apprend que 46,5 % des pharmaciens pensent que les applications de santé apportent un bénéfice au patient mais seulement 28 % les conseillent. Ce manque de conseils peut s'expliquer par la difficulté de faire le tri dans la multitude d'applications proposées, par l'absence d'évaluation et par les doutes concernant la protection des données personnelles car 58 % des pharmaciens seraient plus aptes à conseiller des applications si celles-ci été évaluées par un organisme indépendant. Or, il existe déjà des labels attestant de la qualité de ces applications. Nous pouvons citer le label *Medappcare* et *e-santé logiciel maisons et centres de santé*. Cependant, ces labels ne sont pas mis en valeur par les plateformes de téléchargement, ni par certains développeurs.

### **3.2.2.1 Les appareils connectés.**

Le développement des appareils connectés, en matière de santé, est un secteur en plein essor. Certains géants de l'internet (Google®, Apple®) n'hésitent pas à investir dans ce secteur. Ces appareils vont permettre de faciliter l'auto mesure et l'observance. Nous pouvons citer quelques exemples d'appareils connectés :

- Tensiomètre
- Lecteurs de glycémie
- Appareil de pression continue pour l'apnée du sommeil
- Balance
- Pilulier connecté
- Podomètre
- Analyse de sommeil

Ces appareils n'entrent pas dans le monopole du pharmacien et sont donc vendus par des grandes surfaces, des enseignes d'électroménager, des sites de e-commerce... La plus-value apportée par le pharmacien avec le conseil est donc nécessaire, que ce soit pour la mise en place, l'utilisation, le recueil de données et leurs interprétations.

Pour illustrer les besoins de conseils relatifs aux appareils connectés, nous pouvons prendre l'exemple de l'Apple Watch®. L'Apple Watch® est une montre connectée, commercialisée par la marque Apple. Nous ne nous intéresserons qu'à une fonctionnalité de celle-ci : sa fonction ECG disponible dans les dernières versions est un véritable argument marketing. Cette fonctionnalité ECG permet, d'après Apple, de détecter certains troubles du rythme cardiaque. Cependant, l'Apple Watch® n'effectue un ECG qu'à une dérivation, contrairement à douze sur un ECG « classique ». Les principaux troubles pouvant être repérés par cet appareil sont donc les problèmes de rythme cardiaque et la fibrillation auriculaire. Apple® a d'ailleurs réalisé un essai clinique sur l'évaluation du rythme sinusal et sur la détection de la FA et a obtenu, respectivement, 99,6 % et 98.3 % de spécificité. Le principal frein à ce dispositif étant l'incapacité (hormis la FA) à rendre un résultat concluant, d'autres examens (ou dérivations) pouvant être nécessaires. Nous pouvons donc facilement imaginer l'utilité qu'aurait le conseil pharmaceutique sur ce type de dispositif dont la demande se renforce.

### **3.2.2.2 La digitalisation au service du maintien à domicile :**

Les objets connectés vont également avoir des applications dans l'amélioration du maintien à domicile.

En effet, les objets connectés et la domotique vont améliorer le confort en permettant par exemple :

- De contrôler la lumière, le chauffage
- De contrôler l'électroménager
- De détecter les chutes / la fumée
- De faire le ménage...

Tout ceci permet d'augmenter l'autonomie et la qualité de vie de la personne. D'ailleurs, 78.4 % des français perçoivent les objets connectés comme une solution favorisant le maintien à

domicile des personnes en perte d'autonomie. Lors de ses conseils relatifs au maintien à domicile, le pharmacien ne doit donc plus se restreindre sur le matériel médical dit « classique » mais également évoquer ces solutions, l'âge n'étant pas un frein, 69 % des seniors étant déjà équipés d'au moins un appareil connecté (ordinateur, Smartphone, tablette).

### **3.2.2.3 Adapter le conseil grâce à la digitalisation :**

Maintenant que nous avons déterminé l'importance du conseil pharmaceutique pour l'utilisation des services digitaux, intéressons-nous à la manière de nous servir de la digitalisation pour adapter et améliorer notre conseil. Comme pour l'utilisation d'internet, nous sommes face à la même problématique. Il est difficile pour notre patient de faire le tri dans toutes les applications et services qui lui sont proposés. Le pharmacien doit donc l'aider dans ses recherches en lui apprenant à faire le tri et à avoir un regard critique. Le pharmacien va également pouvoir conseiller et expliquer des applications de santé pouvant aider son patient à mieux gérer sa pathologie, son observance et à améliorer sa qualité de vie. Nous avons déjà donné quelques exemples concernant les appareils connectés et les dispositifs pouvant aider au maintien à domicile, attardons-nous à présent sur les applications que le pharmacien peut être amené à conseiller. Nous vous proposons quelques exemples d'applications pertinentes en matière de santé.

- Biloba : C'est est une application que nous pourrions comparer à un carnet de vaccination connecté. L'utilisateur enregistre son âge, les vaccins qu'il a effectués et la date à laquelle ils ont été administrés. L'application permettra d'alerter l'utilisateur lorsqu'une nouvelle vaccination ou un rappel sera nécessaire. Cette application peut donc être très utile, en particulier chez les nouveaux parents. Cependant elle n'est pas développée par des professionnels de santé, les développeurs se revendiquent indépendants et affirment : *« Nous ne sommes en lien avec aucune entreprise de l'industrie pharmaceutique. Biloba n'affichera jamais de publicité dans l'application. Personne ne peut ainsi rémunérer Biloba pour mettre en avant ses produits ou ses idées. »*. Il existe donc un doute quant à la sécurité de l'utilisation des données personnelles des utilisateurs.

- Staying Alive : C'est est une application développée conjointement avec l'Association RMC/BFM et AEDMAP qui permet d'améliorer la prise en charge précoce des arrêts cardiaques, et donc d'augmenter la survie de la victime. Cette application permet de cartographier les défibrillateurs cardiaques, d'indiquer quels sont les dix défibrillateurs les plus proches de nous et d'alerter les personnes à proximité formées aux premiers secours (en particulier au massage cardiaque ou à l'utilisation de défibrillateur) qu'une personne est victime d'un arrêt cardiaque en la géolocalisant.
- Freestyle LibreLink : C'est est une application développée par Abbot, permettant de transformer son Smartphone en lecteur de glycémie compatible avec les capteurs Freestyle Libre. Cette application va donc permettre d'améliorer sensiblement la qualité de vie des patients diabétiques (à condition qu'ils utilisent le matériel de cette marque). En effet, un téléphone est plus discret qu'un lecteur de glycémie et pourra être utilisé en cas d'oubli de ce dernier. L'exportation des données concernant la glycémie du patient est également un vrai plus dans la prise en charge de la pathologie car elles pourront être consultées plus facilement par un professionnel de santé.
- Rappel de pilule et médicament : C'est une application développée par MyTherapy qui, comme son nom l'indique, permet de rappeler à l'utilisateur la prise de ses traitements, l'application s'adapte aussi bien aux traitements chroniques qu'aux traitements de courte durée et permet d'améliorer l'observance.
- Indice et Charge Glycémique : réduisez les glucides : C'est une application développée par cream.software qui, encore une fois comme son nom l'indique, permet d'informer l'utilisateur sur l'indice glycémique des aliments, lui assurant une meilleure prise en charge de son diabète. Un bémol cependant, l'application n'étant pas développée par des professionnels de santé, elle promeut certains types de régimes hypoglucidiques ce qui nous laisse à penser que les développeurs de l'application ont un objectif marketing plutôt que l'amélioration de la santé publique.

- My INR : C'est une application développée par iMonitorMy qui permet à l'utilisateur traité par AVK de suivre son INR et son traitement.
- Migraine Buddy : C'est une application développée par healint permettant aux patients migraineux de tenir un journal de leurs crises en y intégrant leurs intensités, leurs durées, le médicament utilisé pour soulager la crise et les éléments ayant pu la déclencher. Grâce à ce genre de journal, il est plus simple pour le patient d'identifier les causes pouvant provoquer les crises ainsi que leur évolution, il sera alors plus simple pour le professionnel de santé d'adapter la prise en charge de ces migraines.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse que dans le futur le pharmacien soit apte à développer ses propres applications, pouvant ainsi assurer la qualité et la sécurité des informations qui y sont échangées.

La digitalisation va également permettre d'améliorer la communication en traçant digitalement le conseil, avec par exemple, l'envoi d'un mail récapitulatif des conseils prodigués par le pharmacien.

La digitalisation va aussi pouvoir être au service du pharmacien, grâce à des applications à usage professionnel, nous pouvons en citer quelques-unes :

- Vidal / 360medics : Ces deux applications sont des bases de données référençant les RCP des médicaments disponibles sur le marché en France. Ces applications permettent de trouver une information rapidement et d'ainsi améliorer qualitativement notre conseil.
- Epansement : C'est une application développée par Elevate, fournissant une base de données sur les différents dispositifs pour la prise en charge des plaies et des escarres. Cette application permet de comparer plusieurs dispositifs entre eux et va également donner des conseils quant à leur utilisation en fonction du type de plaie que nous observons.
- Valeurs biologiques normales : C'est une application développée par Dicity inc, qui permet au professionnel de santé d'avoir sous la main un référentiel de toutes les valeurs biologiques normales.

- Antibiocllic : C'est une application développée par un comité d'experts, constitué de professionnels de santé et d'enseignants de la faculté de Paris Diderot. Cette application permet d'avoir les dernières recommandations concernant la prise en charge des infections bactériennes et l'utilisation des antibiotiques. Elle permet au professionnel de s'assurer du bon usage des antibiotiques.

Ces applications sont déjà utilisées par 60 % des pharmaciens et leur permettent de faciliter leur conseil.

Mise en situation :

Un patient vient à l'officine et demande au pharmacien son avis sur l'Apple Watch®. Il a vu une publicité vantant la fonction ECG de l'appareil et pense que cet appareil pourrait être utile dans le suivi de sa FA car il lui arrive d'oublier de prendre son préviscan®. Le pharmacien expliquera donc à son patient que le préviscan® n'a pas pour objectif de lutter contre sa FA mais sur les conséquences de celle-ci en empêchant la formation de thrombus intra auriculaire, une montre ECG n'a donc pas d'utilité pour lui (du moins, pour le contrôle de sa FA). Le pharmacien ayant remarqué que son patient appréciait la digitalisation, il lui conseillera plutôt des applications pour améliorer son observance, telle que des rappels de prises, ou des applications de suivi de l'INR.

## Conclusion

Le conseil pharmaceutique occupe un rôle central dans notre profession. Nous avons vu que la délivrance du conseil peut être un exercice complexe. Le conseil peut porter sur différents sujets et être de différents types (hygiéno-diététique, associé à un médicament sans ordonnance, associé à une pathologie...). La délivrance du conseil dépendra également du patient, le pharmacien devant fournir un conseil intelligible et adapté à celui-ci. Le pharmacien doit donc s'appuyer sur ses connaissances ainsi que sur ses compétences de communication pour délivrer un conseil de qualité, adapté et personnalisé. Nous insistons donc sur l'importance de l'interaction pharmacien / patient lors de la délivrance du conseil. Le pharmacien doit avoir notion des différents facteurs pouvant interférer, positivement ou négativement, avec cette relation. Grace aux théories et concepts psycho-sociologiques que nous avons évoqués, il sera plus facile pour le pharmacien de s'y adapter. Ainsi, il pourra, par exemple, mieux cerner les besoins ou les traits de caractère dominants de son patient. Bien sûr, c'est un exercice que le pharmacien fait de lui-même et il n'est pas question d'établir le profil de chaque patient, mais, en améliorant la qualité de ses interactions le pharmacien pourra nouer plus facilement une relation de confiance avec son patient et ainsi personnaliser au mieux ses conseils en fonction de celui-ci. Cette relation de confiance est primordiale car, en plus d'être un besoin des patients (besoin d'appartenance ou d'estime), c'est avant tout une aide précieuse pour la personnalisation du conseil. En effet, à force d'échanges répétés et grâce à une bonne relation, il sera plus aisé de conseiller, de ressentir les choses qui ne vont pas, de lever les doutes, de remarquer les incompréhensions et surtout, de s'adapter. Le pharmacien doit également avoir notion de l'importance du retour d'enseignement ou « feed-back ». En effet, c'est grâce à celui-ci que le pharmacien s'assurera que son conseil a bien été compris.

Le conseil est une obligation incontournable, ses enjeux et objectifs impactant aussi bien la santé publique que le développement de l'officine. Comme nous l'avons démontré, le conseil permet d'améliorer l'observance, de lutter contre la iatrogénie et donc, de renforcer la qualité de vie de nos patients. Pour cela le pharmacien va devoir adapter son conseil et donner à ses patients un rôle actif dans leur prise en charge en utilisant des compétences tel que l'écoute, le « feed-back » et les différents outils mis à sa disposition. Le conseil va également permettre le bon

développement de l'officine, en fidélisant la patientèle. En multipliant ainsi les échanges, la fidélisation renforcera la relation patient / pharmacien et donc améliorera la qualité du conseil.

Le pharmacien va également devoir faire évoluer son conseil pour l'adapter aux nouveaux besoins et attentes des patients. Grâce à nos trois exemples portant sur le vieillissement de la population, l'augmentation du maintien à domicile et la complexification des traitements disponibles en officine, nous avons insisté sur cette nécessité d'évolution. En effet, le vieillissement de la population provoque une augmentation de la proportion de la population à risque de mauvaise observance et de iatrogénie. L'augmentation du maintien à domicile oblige le pharmacien à diversifier son activité pour améliorer la qualité de vie de ses patients. La complexification des traitements et protocoles en ville peuvent également augmenter les risques de iatrogénie et de mauvaise observance.

Heureusement, avec l'essor des nouveaux moyens de communication (internet, digitalisation) le pharmacien dispose de nombreux outils pour améliorer son conseil. Ces outils permettent de faciliter l'accès à l'information aussi bien aux professionnels de santé qu'aux patients et peuvent être perçus par les professionnels comme une menace. En effet, comme nous l'avons évoqué, nous pouvons retrouver des informations incomplètes, voire erronées. Il faut donc utiliser ces outils avec un regard critique, ce qui peut faire défaut aux patients maîtrisant mal ces sujets. Le pharmacien se doit donc d'être pro-actif et de conseiller ces outils de manière pédagogique pour que leur utilisation soit la plus efficiente. Car, comme nous l'avons démontré, ces outils permettent d'améliorer la communication (en favorisant la recherche d'information) et la qualité de vie. Ainsi, en améliorant sa communication et en utilisant tous les outils mis à sa disposition, le pharmacien pourra délivrer un conseil de qualité adapté et personnalisé pour son patient.

Par son importance et sa complexité, le conseil pharmaceutique doit être considéré comme un acte médical à part entière et se doit d'être mieux valorisé. Aujourd'hui, le conseil n'est reconnu que lors de la délivrance d'ordonnances, par le biais d'honoraires de dispensation. Or, comme nous l'avons vu, le conseil pharmaceutique n'est pas toujours associé à une ordonnance ni à la délivrance d'un médicament. Nous avons démontré que les patients attachaient beaucoup d'importance aux conseils et à la communication lors de leur choix

d'officine, il appartient donc aux pharmaciens de mettre cette compétence en avant pour répondre aux besoins de leurs patient et assurer la qualité de leur exercice.

# Annexes

Annexe 1 : Liste stop/start, version.2 par : O. Dalleur, A. Mouton, S. Martien, B. Bolan

Table 1a. Liste complète des critères STOPP.v2 (Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2), regroupés par médicaments

STOPP.v2 : médicament	& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
médicament sans indication, de durée trop longue, dupliqué (2 de même classe)	Dans tous les cas
benzodiazépine	Dans tous les cas <i>a fortiori</i> si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété (à diminuer progressivement) si insuffisance respiratoire
Z-drug (sommifère)	Dans tous les cas (zolpidem, zopiclone)
neuroleptique	Dans tous les cas <i>a fortiori</i> si prostatisme/ globe vésical & effet anticholinergique modéré à marqué syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (sauf pour clozapine et quétiapine) symptômes psycho-comportementaux (sauf si sévères et échec non-pharmacologique) insomnies (sauf si dues à psychose ou démence) phénothiazine comme neuroleptique de 1 <sup>ère</sup> ligne
antidépresseur tricyclique	& dépression, en 1 <sup>ère</sup> ligne
vu effet anticholinergique	& démence, glaucome angle aigu, trouble de conduction, ou prostatisme/globe vésical
antidépresseur ISRS	& hyponatrémie (Na <sup>+</sup> < 130mmol/l) concomitante ou récente
inhib. acétylcholinestérase	& asthme, bradycardie, bloc de conduction cardiaque, ou syncopes inexplicables
L-dopa / agoniste dopamine	& tremblements essentiels bénins
opiacé fort	& douleur légère, en 1 <sup>ère</sup> ligne
aspirine	& à dose > 160 mg/j & antécédent d'ulcère gastroduodénal sans IPP & anticoagulant oral pour une fibrillation atriale & clopidogrel en prévention 2 <sup>ème</sup> de l'AVC (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis < 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique)
antiagrégant plaquettaire dont aspirine	& risque hémorragique significatif * & anticoagulant oral, si artériopathie stable Dans tous les cas, la ticlopidine
anticoagulant oral	& risque hémorragique significatif* & TVP/EP: > 6 mois pour 1er épisode TVP; >12 mois pour 1er épisode d'EP dabigatran & insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min) rivaroxaban, apixaban & insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/min)
digoxine	& décompensation d'une insuffisance cardiaque avec FEVG conservée & dose ≥ 250 µg/j si insuffisance rénale sévère (DFG < 30ml/min)
amiodarone	& tachy-arythmie supra-ventriculaire, en 1 <sup>ère</sup> ligne
β-bloquant	& asthme sous bronchodilatateur si β-bloquant non-cardiosélectif (carvedilol, sotalol) & anticalcique bradycardisant (vérapamil ou diltiazem) & bradycardie (< 50 bpm), bloc AV (2° ou 3° degré) & diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques
diltiazem/vérapamil	& décompensation cardiaque de classe III ou IV
IECA ou ARA II	& antécédent d'hyperkaliémie
antagoniste de l'aldostérone	& épargne potassique (IECA, ARA II, amiloride, triamtèrene) sans suivi de la kaliémie
diurétique thiazidique	& trouble électrolytique (K <sup>+</sup> < 3,0 mmol/l ; Na <sup>+</sup> < 130mmol/l ; ou Ca <sup>++</sup> corrigé > 2,65mmol/l) & arthrite microcristalline (goutte, chondrocalcinose)
diurétique de l'anse	& hypertension artérielle, en 1 <sup>ère</sup> ligne, ou en présence d'une incontinence urinaire & OMI d'origine périphérique (pas d'insuffisance cardiaque, hépatique, rénale)
antihypertenseurs centraux	& absence d'intolérance/inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs
sildénafil/tadalafil/vardénafil	& décompensation cardiaque sévère avec hypotension ou angor traité par nitrés
vasodilatateur	& hypotension orthostatique persistante (anti-calcique, α <sub>1</sub> -bloquant, nitré)
metformine	& insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min)
sulphonylurée à longue durée	Dans tous les cas de diabète type 2 (glibenclamide, chlorpropamide, glimépiride, gliclazide)
thiazolidinédione	& décompensation cardiaque
oestrogènes	& antécédent de cancer de sein ou d'épisode thromboembolique veineux
(voie orale ou transdermique)	& utérus présent, sans traitement progestatif
androgènes	& hypogonadisme non-confirmé

\*risque hémorragique significatif : récent saignement spontané important, diathèse hémorragique, HTA sévère

**Abréviations :** anti-H2 : anti-histaminique H2 ; ARAII : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II ; AV : atrio-ventriculaire ; AVK : anti-vitamine K ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive, bpm : battements par minute ; CI : contre-indication ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; EP : embolie pulmonaire ; FA : fibrillation atriale ; FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche ; gén. : génération ; HTA : hypertension artérielle ; IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; inhib. : inhibiteur ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons ; IR : insuffisance rénale ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; OMI : oedèmes des membres inférieurs ; TVP : thrombose veineuse profonde

	STOPP.v2 : médicament	& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
D	IPP	& dose max > 8 semaines pour œsophagite ou ulcère gastroduodénal non-complicé
	fer	& dose > 200 mg/j de Fer élémentaire par voie orale
G	métoclopramide	& syndrome parkinsonien
	médicament à effet constipant	& constipation chronique, lorsque des alternatives existent
R H U M A T O	AINS	& insuffisance rénale modérée (DFG < 50 ml/min) & hypertension artérielle sévère ou insuffisance cardiaque sévère & ischémie cardiaque non-contrôlée & anticoagulant oral ; ou antiagrégant plaquettaire sans IPP & antécédent d'ulcère gastroduodénal/saignement digestif, sans IPP ou anti-H2 & corticothérapie sans IPP & arthrose, plus de 3 mois, en 1 <sup>ère</sup> ligne & goutte, plus de 3 mois, sans inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol, febuxosol)
	biphosphonate (voie orale)	& atteinte du tractus digestif supérieur (inflammation, ulcère, ...)
	colchicine	& insuffisance rénale terminale (DFG < 10 ml/min) & goutte, plus de 3 mois, sans allopurinol ou febuxosol
	corticothérapie	& douleur d'arthrose (par voie orale ou locale) (injection intra-articulaire admise) & polyarthrite rhumatoïde, en monothérapie, plus de 3 mois
	corticothérapie	& BPCO modérée à sévère, au long cours, par voie systémique plutôt que par voie inhalée
	théophylline	& BPCO, en monothérapie
R E S P I	bronchodilatateur	& glaucome à angle aigu
	anticholinergique	& obstacle à la vidange de la vessie
	antihistaminique 1 <sup>ère</sup> gén.	Dans tous les cas
	anticholinergique (bronchodilatateur, antiH <sub>1</sub> , antispasmodique,...)	& démence, délirium, prostatisme, glaucome à angle fermé & effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique ≥ 2 en même temps

Table 1b. Liste des critères START.v2 (Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2), regroupés par situations médicales

	START.v2 : situation médicale	→ médicament : envisager de le débiter
L O C O M	chutes, ostéopénie, confinement	→ vitamine D (minimum 800 à 1000 /j)
	ostéoporose ± fracture de fragilité	→ vitamine D + calcium + inhibiteur de la résorption osseuse /anabolique osseux
	corticothérapie systémique (>3mois)	→ vitamine D + calcium + biphosphonate
	polyarthrite rhumatoïde active	→ inducteur de rémission (méthotrexate, rituximab, etanercept...)
	méthotrexate	→ acide folique
C A R D I O	goutte clinique ou radiographique	→ inhibiteur de la xanthine oxydase, en traitement de fond
	hypertension persistante (>160/90)	→ antihypertenseur, à initier ou majorer
	fibrillation auriculaire	→ anticoagulant oral (si CI majeure: aspirine 75 à 160 mg/jour)
	athérosclérose clinique	→ antiagrégant plaquettaire + statine si < 85 ans
	cardiopathie ischémique	→ IECA + β-bloquant
	insuffisance cardiaque systolique	→ IECA + β-bloquant si stabilisée (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol)
	diabète avec néphropathie	→ IECA (si intolérance aux IECA : ARAII)
	anxiété sévère persistante	→ ISRS [pas une benzodiazépine] (si CI aux ISRS : duloxetine, venlafaxine, ou prégabaline)
	symptômes dépressifs majeurs	→ antidépresseur (non-tricyclique), si symptômes persistants
	maladie de Parkinson	→ L-DOPA ou agoniste dopaminergique
N E U R O	maladie d'Alzheimer, légère-moderée	→ inhib. acétylcholinestérase (donepézil, rivastigmine, galantamine)
	maladie à corps de Lewy	→ rivastigmine
	syndrome des jambes sans repos	→ agoniste dopaminergique, si pas de carence martiale ni d'IR sévère
	opiacés régulièrement	→ laxatif
	douleurs modérées à sévères	→ agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs
R E S P I D I G U	pics douloureux non-couverts	→ opiacé à action rapide
	glaucome primaire à angle ouvert	→ traitement topique (analogue des prostaglandines, prostamide ou β-bloquant)
	asthme ou BPCO	→ bronchodilatateur (β2-adrénergique ou anti-muscarinique) si léger à modéré → corticostéroïde inhalé de manière régulière si modéré à sévère
	hypoxie chronique	→ oxygénothérapie
	vaccination	→ anti-grippe, chaque début d'automne + anti-pneumocoque
	reflux/sténose œsophagien sévère	→ IPP
	maladie diverticulaire	→ si constipation chronique: supplémentation en fibres
	vaginite atrophique symptomatique	→ oestrogènes locaux
	prostatisme symptomatique	→ α1-bloquant & inhib. de la 5α-réductase, si résection de prostate non-justifiée

## Annexe 2 : Grille d'évaluation d'autonomie AGGIR.

## 5 – GRILLE D'ÉVALUATION D'AUTONOMIE AGGIR

ITEM	EVALUATION	COTATION		PRECISIONS
<b>COHERENCE ET COMMUNICATION</b>	A - pas de trouble visible	A		<input type="checkbox"/> Déambulation
	B - troubles légers, besoin de stimulations	B		<input type="checkbox"/> Fugues
	C - confusion, incohérence, agressivité	C		<input type="checkbox"/> Agressivité
<b>ORIENTATION</b>	A - repères corrects	A		
	B - désorientation épisodique	B		
	C - perte des repères (temps, espace)	C		
<b>TOILETTE</b>	A - pas d'aide	A		
	B - aide partielle à la réalisation	B		
	C - assistance complète	C		
<b>HABILLAGE</b>	A - correct sans ou presque sans aide	A		
	B - doit être aidé ou stimulé	B		
	C - se trompe systématiquement, ne s'habille pas	C		
<b>ALIMENTATION</b>	A - sans aide	A		<input type="checkbox"/> troubles de la déglutition
	B - aide partielle se servir <input type="checkbox"/> manger <input type="checkbox"/>	B		<input type="checkbox"/> hachée
	C - aide totale ou alimentation artificielle	C		<input type="checkbox"/> mixée
<b>HYGIENE DE L'ÉLIMINATION</b>	A - pas d'aide	A		<input type="checkbox"/> accompagnement aux toilettes
	B - aide partielle urinaire <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/>	B		<input type="checkbox"/> protection(s) de jour
	C - aide totale urinaire <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/>	C		<input type="checkbox"/> protection(s) de nuit
<b>TRANSFERTS</b>	A - pas d'aide	A		<input type="checkbox"/> aide humaine
	B - aide légère	B		<input type="checkbox"/> aide technique
	C - aide totale	C		<input type="checkbox"/>
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b>	A - seul, sans aide	A		<input type="checkbox"/> aide humaine
	B - aide occasionnelle ou partielle	B		<input type="checkbox"/> aide technique
	C - aide totale	C		
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b>	A - sort seul, sans aide	A		<input type="checkbox"/> aide humaine
	B - doit être aidé, stimulé	B		<input type="checkbox"/> aide technique
	C - ne sort pas seul spontanément	C		
<b>ALERTER</b>	A - utilise seul les différents systèmes d'alerte	A		
	B - utilisation inconstante	B		
	C - ne sait pas ou ne peut pas appeler	C		

## Cadre réservé à l'administration

Date : .....GIR médical

Date : .....Pré-validation

Date : .....GIR validé

## Annexe 3 : Fiche conseils patient OMEDIT

### Interactions médicamenteuses      Contacts      Fiche conseils patient

Ce médicament peut interagir avec d'autres molécules.

N'oubliez pas de donner la liste complète des médicaments, même ceux vendus sans ordonnance, à base de plantes et les produits naturels à votre médecin.



## Vemurafenib

ZELBORAF®

### À quoi sert ce médicament ?

Ce médicament est utilisé dans le traitement de certaines formes de mélanomes

Il est prescrit par un médecin spécialiste en oncologie ou par un médecin compétent en cancérologie.  
Il est disponible en pharmacie de ville.

Il est présenté par boîtes de 56 comprimés conditionnés à l'unité.

Il n'existe qu'un seul dosage:  
• ZELBORAF® 240 mg



Version d'avril 2018  
Validée par experts régionaux



### Posologie      Vémurafénib      Principaux effets indésirables

Conseils de prise      ZELBORAF®

#### Plan de prise



La posologie est de 4 comprimés le matin et 4 comprimés le soir, avalés avec un grand verre d'eau. Les comprimés ne doivent pas être croqués ni écrasés.

La prise doit se faire de la même façon le matin et le soir, soit toujours pendant les repas, soit toujours en dehors des repas. Il faut éviter de faire la prise du matin ET du soir en dehors des repas.



**Conservez hors de portée des enfants.**



**Contactez rapidement votre médecin en cas de :**

- Réaction oculaire ou cutanée importante
- De lésions suite à une radiothérapie: rougeur de la peau, ulcères, vésicules, eczémas, hyperkératose.

#### Quelques conseils



Les comprimés sont à prendre de la même façon le matin et le soir, soit toujours pendant les repas, soit toujours en dehors des repas. Les comprimés ne doivent pas être croqués ni écrasés.



Se laver soigneusement les mains avant et après chaque manipulation des gélules.



En cas de souillure des draps ou des vêtements (vomissements...), laver ce linge immédiatement et séparément, en machine à température élevée (60-90°C).



Effectuez les examens de contrôle prescrits par votre médecin.



Ne jetez pas les emballages ni les comprimés dans votre poubelle. Rapportez-les à votre pharmacien.



**N'arrêtez jamais votre traitement et ne modifiez jamais le rythme d'administration sans avis du prescripteur.**



**Si vous avez oublié une prise**, la dose oubliée peut être prise jusqu'à 4h avant la prochaine prise. Passer ce délai, il est préférable de sauter la prise: ne pas prendre 2 doses simultanément (donc ne pas prendre plus de 4 comprimés à la fois).

**En cas de vomissements**, ne pas prendre de dose supplémentaire et continuer le traitement de façon habituelle



ZELBORAF® n'est pas recommandé pendant la grossesse et l'allaitement. Utiliser une contraception efficace chez la femme pendant le traitement et au moins 6 mois après l'arrêt.

#### Principaux effets indésirables

	Réactions au soleil	Limitez les expositions au soleil, porter des vêtements couvrants, mettez de l'écran solaire total et du baume pour les lèvres. Contactez le médecin en cas de réactions importantes.
	Réactions cutanées	Effectuez vos examens dermatologiques de contrôle. Soyez vigilants à l'apparition de signes cutanés (plaques, grain de beauté, taches...) et faites en part à votre médecin.
	Réactions oculaires	Effectuez vos examens de contrôle. En cas de symptômes oculaires, contactez votre médecin.
	Nausées, vomissements, baisse de l'appétit	Buvez entre les repas. Évitez les aliments frits, gras ou épicés. Mangez lentement. Faites plusieurs petits repas légers. En cas de symptômes persistants prévenez le médecin.
	Diarrhées, constipation	<b>Diarrhée:</b> Évitez le café, les boissons glacées, le lait, les fruits et légumes crus, les céréales, le pain complet et l'alcool. Buvez au moins 2 litres par jour (eau, thé, tisanes, bouillons, boissons gazeuses) et privilégiez les féculents (riz, pâtes...), les carottes, bananes. <b>Constipation:</b> Privilégiez une bonne hydratation, une alimentation riche en fibre et une activité physique régulière
	Autres	Maux de tête, douleur, fatigue Œdèmes périphériques

Si ces effets indésirables persistent, prévenez votre médecin.

Si vous présentez des **effets indésirables non mentionnés**, veuillez en **informer votre médecin ou pharmacien**

## Annexe 4 : Fiche conseil destiné aux professionnels de santé, OMEDIT.

### SURVEILLER VOTRE PATIENT

À adapter au patient et à la situation, et en l'absence de recommandation particulière du médecin prescripteur

#### Examens cliniques et interrogatoire

Un suivi réalisé par un professionnel de santé 15 jours après l'instauration peut être utile pour détecter précocement les effets indésirables (notamment les effets cutanés et ophtalmologiques):

- Interrogatoire régulier sur la survenue de signes et symptômes visuels;
- examen dermatologique mensuel pendant les 6 premiers mois puis régulièrement.

#### Suivi biologique

- Surveillance de la kaliémie et de la calcémie corrigée tous les 3 mois ou en cas de facteurs favorisant une hypokaliémie.
- Dosage sérique des transaminases, phosphatases alcalines et bilirubine toutes les 4 semaines pendant 6 mois puis régulièrement.

#### Suivi cardiologique

- Mesure régulière de la pression artérielle.
- ECG de référence (avant l'instauration et contrôlé à la première consultation de suivi) puis en cas de complications cardiaques ou ajustements de dose, et mensuellement en cas de co-prescription d'un médicament allongeant le QTc (sétrons...).
- Chez les patients ayant une cardiopathie sous-jacente:
  - bilan cardiaque et échographie cardiaque à 1 mois;
  - puis tous les 3 mois pendant la 1<sup>re</sup> année;
  - puis régulièrement.

#### DÉTECTER DES INTERACTIONS

Pour plus d'informations, se référer aux RCP des médicaments et au **thésaurus des interactions médicamenteuses de l'ANSM**. Il est conseillé que le pharmacien réalise une analyse des interactions.

**Risque d'augmentation de la toxicité**

- Molécules torsadogènes ou susceptibles d'allonger le QTc (sétrons, quinolones, amiodarone...), bradycardisantes (y compris bêta-bloquants, collyres), hypokaliémiantes; molécules photo-sensibilisantes (AINS, antistaminiques...); molécules pouvant induire des atteintes musculaires (fibrates, glucocorticoïdes...); inhibiteurs puissants CYP3A4 (dont jus de pamplemousse, conazoles antifongiques, certains macrolides comme l'érythromycine...); inhibiteurs de la P-gp tels que ciclosporine (mais uniquement pour le cobimétinib).

**Risque de diminution de l'efficacité**

- inducteurs puissants CYP450 (Mélipertuis, carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, rifampicine, rifabutine).
- Le vemurafénib peut diminuer l'efficacité des contraceptifs hormonaux, augmenter le risque hémorragique avec la warfarine, et augmenter la toxicité des substrats de la P-gp.



FÉVRIER 2017



### INFORMER VOTRE PATIENT

#### Ce qui peut gêner le patient

- Troubles ophtalmiques.
- Eruptions cutanées, sécheresse de la peau et prurit, érythèmes solaires (photosensibilité), fissures, syndrome main-pied, tumeurs cutanées (bénignes ou malignes).
- Alopécie ou modification de la texture des cheveux.
- Troubles digestifs.
- Arthralgies et myalgies.
- Fièvre, fatigue.

#### Autosurveillance et prévention

- Photoprotection vis-à-vis des UVA:
  - crème solaire avec haute protection sur les UVA à appliquer toutes les 2 heures y compris sur les lèvres;
  - protection vestimentaire incluant l'utilisation de lunettes avec filtres UVA et port d'un chapeau.
- Soins de dermatocosmétique puis émollient 1 à 2 fois par jour.

#### Ce que le patient doit signaler sans délai à son médecin

- Diminution de la vision centrale, vision floue ou perte de l'acuité visuelle, œil rouge et douloureux.
- Symptômes évocateurs d'une insuffisance cardiaque (dyspnée et œdèmes des membres inférieurs).
- Eruption ou nouvelle lésion cutanée.
- Symptômes pulmonaires: dyspnée, toux, fièvre (apparition aiguë et/ou aggravation inexpliquée).
- Fièvre.
- Douleur abdominale inexpliquée (suspicion de pancréatite).

Ainsi que tout autre événement grave ou particulièrement gênant.

#### Grossesse et fertilité

- Pour les femmes en âge de procréer, une contraception efficace doit être utilisée pendant toute la durée du traitement et pendant au moins 3 mois après la dernière prise pour le cobimétinib et au moins 6 mois après la dernière prise pour le vemurafénib. Le vemurafénib et le cobimétinib sont non recommandés pendant la grossesse. Leurs effets sur la fertilité humaine ne sont pas connus.

#### Allaitement

- La décision d'interrompre l'allaitement ou d'interrompre le traitement avec le vemurafénib et/ou le cobimétinib doit être prise en tenant compte du bénéfice de l'allaitement pour l'enfant au regard du bénéfice du traitement pour la mère.

#### Informations générales

- Le patient doit signaler la prise de ces médicaments à l'ensemble des professionnels de santé.
- L'automédication n'est pas recommandée.
- Les patients peuvent déclarer eux-mêmes un effet indésirable auprès de l'ANSM (<http://www.ansm.sante.fr>).

**e-cancer.fr** L'intégralité des recommandations est disponible sur le site de l'INCa

N° du médecin prescripteur : \_\_\_\_\_

ISBN: 978-2-37219-296-5 / ISBN NET: 978-2-37219-297-2

RÉF. FICVEMURAF17

**FICHE MÉDICAMENTS**  
INFORMER, PRÉVENIR ET GÉRER LES EFFETS INDÉSIRABLES

### VEMURAFÉNIB ± COBIMÉTINIB

**[ZELBORAF® ± COTELLIC®]**  
Inhibiteurs de protéine kinase (IPK) ciblant respectivement BRAF et MEK

#### Traitement du mélanome métastatique avec mutation BRAF

#### VEMURAFÉNIB

- Traitement en deux prises par jour, tous les jours.
- À prendre avec ou sans nourriture en évitant les prises systématiquement à jeun. Les comprimés ne doivent pas être croqués ni écrasés.

Si une dose est omise, elle peut être prise jusqu'à 4 heures avant la dose suivante. En cas de vomissements suite à l'administration, ne pas prendre de dose supplémentaire et prendre la dose suivante à l'heure habituelle.

#### COBIMÉTINIB

- Traitement en une prise par jour, pendant 21 jours puis arrêt pendant 7 jours (cycle de 28 jours).
- À prendre avec ou sans nourriture, à avaler entier.

Si une dose est omise, elle peut être prise jusqu'à 12 heures avant la dose suivante. En cas de vomissements suite à l'administration, ne pas prendre de dose supplémentaire et prendre la dose suivante à l'heure habituelle.

Une mauvaise observance peut nuire à l'efficacité du traitement.

Prescription hospitalière, réservée aux spécialistes cancérologie et oncologie médicale.

Dispensation en pharmacie de ville du vemurafénib/dispensation en pharmacie hospitalière du cobimétinib.

Tous les effets indésirables ne sont pas décrits dans cette fiche. Une information plus complète est disponible sur le « Résumé Caractéristique Produit » (RCP), disponibles sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

Plus d'informations sur les cancers, à destination des professionnels de santé et des patients sur: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr) rubriques « Professionnels de santé » et « Patients et proches ».

Déclarer les effets indésirables auprès de l'ANSM (<http://ansm.sante.fr>)

Thésaurus des interactions médicamenteuses <http://ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses>







## **Bibliographie**

1. ALGhurair S., Simpson S., Guirguis L. (2012). What elements of the patient–pharmacist relationship are associated with patient satisfaction? *Patient prefer adher*, 6, 663-676.
2. Babaei M., Mohammadian M., Abdollahi M., Hatami A. (2018). Relationship between Big Five Personality Factors, Problem Solving and Medical Errors. *Heliyon*, 4(9),789-803.
3. Beck F., Nguyen-Thanh V., Richard J.B., Renahy E. (2013). Usage d'internet : les jeunes, acteurs de leur santé ? *Agora débats/jeunesses*, 63(1), 102-112.
4. Berne E. *Analyse transactionnelle et psychothérapie*. Paris, Payot, 2001.
5. Berry D., Raynor D., Knapp P., Bersellini E. (2003). Patients' Understanding of Risk Associated with Medication Use: Impact of European Commission Guidelines and Other Risk Scales. *Drug Safety*, 26(1), 1-11.
6. Brunel V. *Les managers de l'âme*. Paris, La Découverte, 2008.
7. Daval R. (2008). Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. *Approche Centree sur la Personne. Pratique et recherche*, 8(2), 5-20.
8. Egan G. *Skilled Helper*. 6<sup>ème</sup> éd. Pacific Grove, International Thomson Publishing, 1998.
9. Ennuyer B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». *Gerontologie et societe*, 30(123), 153-167.
10. Findik U.Y., Ozbaş A., Cavdar I., Erkan T., Topcu, S.Y. (2012). Effects of the Contact Isolation Application on Anxiety and Depression Levels of the Patients. *Int J Nurs Pract*, 18(4), 340-346.
11. Gendre T. Attentes des patients vis-à-vis de la pharmacie d'officine : critères de choix d'une officine et de satisfaction des patients. Th D Pharm, Nancy, 2015.
12. Girerd X., Hanon O., Anagnostopoulos K., Ciupek C., Mourad J.J., Consoli S. (2001) Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic. *Presse Med*, 30(21), 1044-1048.
13. Goldberg L.R. (1990) An Alternative « Description of Personality »: The Big-Five Factor Structure. *J Pers Soc Psychol*, 59(6), 1216-1229.

14. Marbot C., Roy D. (2015). Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie. *Economie et Statistique*, 481(1), 185-209.
15. Maslow A. *L'accomplissement de soi : De la motivation à la plénitude*. 7<sup>ème</sup> éd. Paris, Eyrolles, 2013.
16. Morris L., Tabak E., Olins N. (1992) A Segmentation Analysis of Prescription Drug Information-Seeking Motives among the Elderly. *Journal of Public Policy & Marketing*, 11(2), 115-125.
17. Myers-Briggs I., Myers P. *Comprendre les types de personnalité avec la typologie Myers-Briggs*. 1<sup>er</sup> éd. Montreal, Les éditions de l'Homme, 2016.
18. Myers-Briggs I. *The Myers-Briggs Type Indicator: Manual*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1962.
19. Nichol M.B., McCombs J.S., Johnson K.A., Spacapan S., Sclar D.A. (1992). The Effects of Consultation on Over-the-Counter Medication Purchasing Decisions. *Med Care*, 30(11), 989-1003.
20. Rantucci M. *Le dialogue pharmacien-patient*. 2<sup>ème</sup> éd. Rueil-Malmaison, Pro-Officina, 2008.
21. Rogers C. (1989) The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *TACD Journal*, 17(1), 53-65.
22. Roter D.L. (1977) Patient Participation in the Patient-Provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance. *Health Educ Monogr*, 5(4), 281-315.
23. Ruiz M.E. (2010). Risks of Self-Medication Practices. *Curr Drug Saf*, 5(4), 315-323.
24. Scheen A.J., Giet D. (2010). Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Revue médicale de Liège*, 65(5), 239-245.
25. Schommer J.C. (1997). Patients' Expectations And Knowledge of Patient Counseling Services That Are Available From Pharmacists. *Am J Pharm Educ*, 61, 402-406.
26. Schwartz S.H. (2006). Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Rev fr de sociol*, 47(4), 929-968.
27. Skinner B.F. *Science et comportement humain*. 3<sup>ème</sup> éd. Paris, In Press, 2011.

28. Tang P.C., Newcomb C., Gorden S., Kreider N. (1997). Meeting the Information Needs of Patients: Results from a Patient Focus Group. *Proceedings: A Conference of the American Medical Informatics Association. AMIA Fall Symposium*, 672-676.
29. Vandesrasier A., Thoër C., Lussier M.T. (2016). Vers une communication efficace en pharmacie : une approche par contextualisation de l'interaction pharmacien-patient. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, 17, 25-40.
30. Vidal. *Vidal 2019 : Le dictionnaire*. 95<sup>ème</sup> éd. Issy les moulineaux, Vidal, 2019.
31. Wable T. *La communication à l'officine*. 1<sup>er</sup> éd. Puteaux, Le moniteur des pharmacies, Pro-officina, 2018.

## Sitographie

1. Académie nationale de Pharmacie, La préparation des doses à administrer - PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament - rapport & recommandations de l'Académie nationale de Pharmacie.  
[https://www.acadpharm.org/dos\\_public/Rapport\\_PDA\\_Recommandations\\_.pdf](https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_PDA_Recommandations_.pdf). Consulté le 22 décembre 2020.  
Académie nationale de Pharmacie, Observance des traitements médicamenteux en France.  
[https://www.acadpharm.org/dos\\_public/Rapport\\_I\\_observance\\_medicamenteuse\\_VF\\_CORR\\_DGS\\_2016.02.09.pdf](https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_I_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf). Consulté le 22 décembre 2020.
2. Allinson M., Char B. (2016). How to Build and Maintain Trust with Patients. *Pharm J*, 297(7895).  
<https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/how-to-build-and-maintain-trust-with-patients>. Consulté le 22 décembre 2020.
3. ANS, Label « e-santé logiciel maisons et centres de santé ».  
<https://esante.gouv.fr/labels-certifications/label-e-sante-logiciel-maisons-centres-de-sante>. Consulté le 22 décembre 2020.
4. Apple, Enregistrement d'un ECG à l'aide de l'app ECG sur l'Apple Watch Series 4, Series 5 ou Series 6.  
<https://support.apple.com/fr-fr/HT208955>. Consulté le 22 décembre 2020.
5. Fondation Arc, Le cancer en chiffre.  
<https://www.fondation-arc.org/actualites/2018/les-cancers-en-france-des-estimations-chiffrees-pour-2017>. Consulté le 22 décembre 2020
6. Arcep. Baromètre du numérique 2019.  
[https://www.arcep.fr/uploads/tx\\_gspublication/rapport-barometre-num-2019.pdf](https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/rapport-barometre-num-2019.pdf). Consulté le 22 décembre 2020.

7. ARS PACA, Guide pour la préparation des doses à administrer en Ehpad et autres établissements médico-sociaux.  
<https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Guide-Ehpad-V7.pdf>. Consulté le 22 décembre 2020.
8. Chevalier C. *Un renoncement aux soins toujours plus important*. 2013.  
<http://www.emevia.com/actualites/acces-aux-soins-des-etudiants-8eme-enquete-nationale>. Consulté le 22 décembre 2020.
9. CIRC, Monographies du CIRC sur l'identification des dangers cancérigènes pour l'Homme.  
<https://monographs.iarc.fr/fr/>. Consulté le 22 décembre 2020.
10. Coeffe, T. Chiffres Internet.  
<https://www.blogdumoderateur.com/chiffres-internet/>. Consulté le 22 décembre 2020.
11. Coiffard L., Couteau C. Regard sur les cosmétiques.  
<https://www.regard-sur-les-cosmetiques.fr/>. Consulté le 22 décembre 2020.
12. Dalleur O., Mouton A., Marien S., Boland B. *Stop / start, version 2*.  
<https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content-site/tap-dalleur-startstopp-v03-mn.pdf>. Consulté le 22 décembre 2020.
13. EmeVia – réseau national des mutuelles étudiante de proximité, Accès aux soins des étudiants, 8ème enquête, 2013.  
<http://www.emevia.com/actualites/acces-aux-soins-des-etudiants-8eme-enquete-nationale>. Consulté le 22 décembre 2020.
14. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, Chiffre clé.  
<https://www.fnehad.fr/chiffres-cles/>. Consulté le 22 décembre 2020.
15. France Inter, Un tiers des Français a déjà renoncé à se soigner, faute de moyens.  
<https://www.franceinter.fr/societe/un-tiers-des-francais-a-deja-renonce-a-se-soigner-faute-de-moyens>. Consulté le 22 décembre 2020.
16. Guide de Prescription et rein.  
<http://sitegpr.com/fr/>. Consulté le 22 décembre 2020.

17. HAS, Information des patients recommandations destinées aux médecins.  
<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/inforecos.pdf>.  
Consulté le 22 décembre 2020.
18. HAS, Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_modele\\_prochaska\\_et\\_diclemente.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf). Consulté le 22 décembre 2020.
19. HAS, Qualité de vie des personnes malades.  
[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201805/fiche\\_19\\_soins\\_qualite\\_de\\_vie.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201805/fiche_19_soins_qualite_de_vie.pdf) Consulté le 22 décembre 2020.
20. HAS, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_guide_version_finale_2_pdf.pdf).  
Consulté le 22 décembre 2020.
21. Ined - Institut national d'études démographiques, La durée de vie en France.  
<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-duree-de-vie-en-france/>. Consulté le 22 décembre 2020.
22. TNS Sofres, Baromètre 55+ : Les seniors et le digital.  
<https://www.offremedia.com/infographie-tns-sofres-ladoption-du-digital-par-les-seniors>. Consulté le 22 décembre 2020.
23. Lannoy D. La iatrogénie médicamenteuse.  
<http://www.aphnep.org/pdf/Journee/2012/8iatrogenie.pdf>. Consulté le 22 décembre 2020.
24. Le Moniteur des pharmacies.fr.  
<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/>. Consulté le 22 décembre 2020.
25. Legifrance « Article R4235-48 - Code de la santé publique - Légifrance ».  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913703/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913703/).  
Consulté le 22 décembre 2020.

26. Legifrance « Article R5125-27 - Code de la santé publique - Légifrance ». [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006915204/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006915204/). Consulté le 22 décembre 2020.
27. Legifrance, « Paragraphe 4 : Règles à observer dans les relations avec le public. (Articles R4235-61 à R4235-67) », 2004, <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006913721/2004-08-08/> Consulté le 22 décembre 2020.
28. Mathey L. Honne & Tatemaë, dualité de l'esprit à la japonaise ? <https://culture-communication.fr/fr/honne-tatemaë-dualite-de-lesprit-a-la-japonaise/>. Consulté le 22 décembre 2020.
29. Medappcare, Baromètre du Pharmacie connecté. <https://www.dekra-certification.fr/media/telechargement-produits/docs-ajoutes/infographies-barometre-pharmacien-connect-applis-2020.pdf>. Consulté le 22 décembre 2020.
30. OCIRP, Quelle autonomie pour demain ? <https://www.ocirp.fr/sites/default/files/ocirpdebat2017quelleautonomiedemain.pdf>. Consulté le 22 décembre 2020.
31. OMEDIT Centre-Val de Loire, Les bonnes pratiques de réalisation des piluliers dans les établissements médicosociaux approvisionnés par une pharmacie à usage intérieur. [http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/5062/5189.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5189.pdf). Consulté le 22 décembre 2020.
32. OMEDIT Normandie, Médicaments écrasables. <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/19803/medicaments-ecrasables-2019-mise-a-jour-.pdf>. Consulté le 22 décembre 2020.
33. Ordre National des pharmaciens, Bonnes pratiques de dispensation des médicaments – Communication. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Bonnes-pratiques-de-dispensation-des-medicaments>.

34. Ordre National des Pharmaciens, Livraison et dispensation à domicile de médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L4211-1 du Code de la santé publique.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/Livraison-et-dispensation-a-domicile-de-medicaments-produits-ou-objets-mentionnes-a-l-article-L4211-1-du-Code-de-la-sante-publique>. Consulté le 22 décembre 2020.

## SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



## **SAELLES Lucas**

**Le conseil pharmaceutique : une obligation incontournable. *Personnalisation, individualisation, enjeux et perspectives d'évolution.***

Th. D. Pharm., Rouen, 2021, 119 p.

---

### **RESUME**

Le conseil pharmaceutique occupe une place prépondérante dans l'exercice du pharmacien d'officine. Sa délivrance est un acte ciblé et spontané devant répondre aux exigences du code de la santé publique et du code de déontologie de la profession. Par son conseil le pharmacien doit délivrer une information « loyale, claire et appropriée » à son patient afin de lutter contre la iatrogénie, d'améliorer l'observance, d'établir une relation de confiance et de renforcer la qualité de vie du patient.

Il appartient donc au pharmacien de personnaliser et d'individualiser sa délivrance. Pour ceci le pharmacien doit avoir notion des différents facteurs pouvant influencer sur la délivrance et, plus généralement, sur son interaction avec le patient. Ces facteurs peuvent être externes (tel que l'environnement de l'officine, la confidentialité...) ou internes (tel que la communication).

L'évolution des besoins et demandes de la société, va également pouvoir influencer sur le conseil pharmaceutique, en amenant de nouvelles problématiques mais également de nouveaux outils pour améliorer la délivrance.

---

**MOTS CLES** : Conseil pharmaceutique – Communication – Observance – Iatrogénie – Internet – Numérique

---

### **JURY**

Président : Mme SKIBA Malika, Maître de conférences

Membres : Mr WABLE Thierry, Professeur

Mr BOUNOURE Frederic, Maître de conférences

Mme BOURHIS Françoise, Docteur en Pharmacie

Mr MABILAIS Guillaume, Docteur en Pharmacie

---

**DATE DE SOUTENANCE** : 19 mars 2021