

Le pharmacien d'officine : une collaboration efficace avec le médecin généraliste au service de la personne âgée

The dispensing pharmacist: working effectively with the general practitioner to help the elderly

CHASPIERRE A.

Directeur Société scientifique des Pharmaciens francophones (SSPF)

Membre de l'Académie française de Pharmacie.

RÉSUMÉ

La profession de pharmacien d'officine évolue et de nouveaux services voient le jour dans les officines ouvertes au public. Vu sa position singulière dans les soins de santé et ses compétences spécifiques, le pharmacien peut contribuer à des soins de qualité. Cette évolution ne peut se faire que dans un cadre collaboratif harmonieux avec les autres acteurs de soins et le médecin généraliste en particulier. Cet article vise à étayer au travers d'exemples pratiques ces contributions et leurs pertinences dans un cadre multidisciplinaire.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 318-323

Mots-clés : nouveaux services, collaboration multidisciplinaire, pharmacien, soins de santé

ABSTRACT

The profession of community pharmacist is evolving, and new services are emerging in pharmacies open to the public. Given their unique position in healthcare and their specific skills, pharmacists can contribute to quality care. This evolution can only occur within a harmonious collaborative framework with other healthcare providers, particularly general practitioners. This article aims to support these contributions and their relevance in a multidisciplinary setting through practical examples.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 318-323

Keywords : new services, multidisciplinary collaboration, pharmacist, health care



**Vous étiez inscrit au congrès ?
SCANNEZ ce QR-Code pour accéder
aux diapositives des présentations**

Si vous n'avez pas pu assister au congrès, retrouvez ces séances en e-learning (avec accréditation INAMI)

Plus d'infos sur notre site internet : <https://www.amub-ulb.be/evenement/59e-congres-de-l-amub>

INTRODUCTION

Par leur position singulière dans les soins de santé de première ligne, qui se caractérise entre autres par des compétences spécifiques et un bas seuil d'accessibilité pour l'ensemble de la population, la profession de pharmacien d'officine connaît une mutation qui tend à répondre à des besoins en santé publique. Parmi ceux-ci, il en existe qui touchent plus particulièrement les personnes âgées comme les problèmes iatrogéniques liés à la polymédication, le niveau de littératie en santé, le déficit d'adhésion thérapeutique ou de la couverture vaccinale. Début 2023, la Belgique comptait environ 2,3 millions de personnes âgées de 65 ans et plus. Cette part de la population est en croissance. En 2040, en Belgique, il y aura 37 % de personnes âgées de 65 ans et plus parmi la population adulte¹ (avec une espérance de vie estimée en 2070 à 89,8 ans pour les femmes et 88,1 ans pour les hommes). Les besoins en soins vont donc continuer de croître ainsi que les dépenses publiques qui y sont associées². Près d'une personne âgée de 65 ans et plus sur trois vit seule (la moitié à Bruxelles)³.

Ceci va demander une approche plus rationnelle, plus efficiente et plus collaborative en première ligne où le binôme médecin-pharmacien occupera une place importante. Cette évolution sera soutenue par le développement de l'e-santé et le partage sécurisé des données.

Quelques chiffres

Iatrogénie

Au niveau de l'OCDE⁴, jusqu'à un quart des soins (tests de laboratoires, tests diagnostiques, médicaments) sont inutiles ou potentiellement délétères. Un à deux tiers des médicaments prescrits aux personnes âgées ont un rapport bénéfice-risque défavorable (médicament pas efficace, médicament critère STOPP, durée de traitement trop longue)⁵.

L'âge et la polymédication sont deux facteurs majeurs de l'iatrogénie médicamenteuse. La polymédication peut nuire à la capacité de fonctionner normalement dans la vie quotidienne et accroître la fragilité⁶.

En 2022 en Belgique, 42 % des personnes de 65 ans et plus étaient considérées comme polymédiquées (>50 % pour les personnes de 80 ans et plus)¹. Les causes d'une polymédication sont le nombre de pathologies chroniques, de médecins prescripteurs, la cascade médicamenteuse et l'absence de revue de médication. Cette polymédication conduit à une augmentation des effets iatrogéniques, une augmentation des interactions médicamenteuses et une diminution de l'adhésion thérapeutique. L'absence de révision de la médication conduit à des médicaments inappropriés et à une sur-prescription. Les événements iatrogéniques les plus fréquemment répertoriés sont des altérations cognitives, des chutes, des troubles gastro-intestinaux,

des problèmes cutanés, des hémorragies et des effets extrapyramidaux.

On estime qu'il y a, chaque année dans notre pays, 42.000 hospitalisations liées à des problèmes iatrogéniques qui conduisent à 200 Mio € de dépenses publiques⁷. Il est établi que la moitié à 2/3 de ces hospitalisations sont prévisibles et évitables⁸ car les mécanismes qui les génèrent sont connus (accident par surdosage, interactions médicamenteuses, médicaments inappropriés, cascade médicamenteuse...).

D'autre part, on peut aussi relever les problèmes liés à la sous-prescription qui concernent les personnes âgées voire très âgées. Ceci est confirmé dans diverses études. Une étude canadienne de diminution pro-active de la polymédication a conduit à l'arrêt de médicaments essentiels qui a mené à une aggravation de l'état de santé et une augmentation des hospitalisations⁹. Une réduction de la polymédication est positive mais doit se faire de manière rationnelle et encadrée. Les critères START (critères STOPP/START) listent les médicaments proposés qui doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide chez les ≥ 65 ans.

Adhésion thérapeutique

L'Organisation mondiale de la Santé estime que, dans les pays développés et pour l'ensemble des pathologies chroniques, près d'un patient sur deux ne suit pas correctement le traitement prescrit¹⁰. Le déficit d'adhésion thérapeutique est fréquent en gériatrie¹¹. Parmi les patients qui ne prennent pas le médicament comme prescrit, un tiers des patients ne l'initie pas, un tiers l'oublie régulièrement ou prend plus de doses que prévu et un tiers l'arrête après un moment¹². Les causes sont diverses et très personnelles. On distingue des causes intentionnelles (volonté du patient, croyances, informations erronées...) et des causes non intentionnelles (oubli, déficit cognitif, galénique non adaptée, conditionnement ou dispositif d'administration complexe...). D'autres causes peuvent être citées comme un schéma de médication multiple ou trop complexe, une mauvaise compréhension des instructions, des instructions trop contraignantes, une perception erronée de l'intérêt du médicament, la peur de devenir dépendant au médicament, une déception quant aux résultats obtenus sur les symptômes...

Toutefois, augmenter l'adhésion thérapeutique à tout prix n'est pas une démarche rationnelle. D'abord parce qu'il faut tenir compte de l'avis du patient, ensuite parce que cette action n'est pas toujours positive. Ainsi, l'adhésion thérapeutique aux traitements chroniques a un impact positif important sur la morbi-mortalité. La bonne adhésion à une hygiène de vie saine diminue la mortalité. L'adhésion thérapeutique à des médicaments de balance bénéfice-risque défavorable augmente la mortalité¹³.

(i) L'indicateur retenu est : personne de 65 ans et plus ayant pris au moins 80 doses quotidiennes de 5 médicaments ou plus au cours d'une année.

Littératie en santé

En Belgique, un tiers de la population âgée de 15 ans et plus (33 %) a un faible niveau de connaissance en matière de santé, ce qui signifie qu'elle ne dispose pas de compétences suffisantes pour prendre des décisions concernant sa santé¹⁴. Les personnes en mauvaise santé et les personnes âgées ont un niveau de littératie en santé encore plus faible. C'est dans cette partie de la population qu'on observe une grande consommation en soins, un déficit d'adhésion thérapeutique et un taux de mortalité supérieur.

Couverture vaccinale contre la grippe

La couverture vaccinale contre la grippe des personnes de 65 ans et plus en Belgique a diminué de 2010 à 2019. Elle a connu un rebond en 2020 mais une chute en 2021 pour s'établir à 57,3 % (la couverture vaccinale est plus élevée en Flandre (64,7 %) qu'en Wallonie (49,1 %) et à Bruxelles (46,3 %)). Ce niveau de vaccination est inférieur aux recommandations de l'OMS adoptées par le Conseil de l'Union européenne qui visent à atteindre un taux de vaccination de cette population de 75 % (personnes âgées de ≥ 65 ans et malades chroniques).

DE NOUVEAUX SERVICES EN PHARMACIE

L'exercice de la profession de pharmacien d'officine a connu une transformation importante. Cette évolution tend à considérer le pharmacien comme un professionnel de la santé à part entière avec des compétences spécifiques utiles pour des soins de qualité dans le cadre d'une relation multidisciplinaire. Les pharmaciens ont ainsi engagé avec les pouvoirs publics une réflexion sur les besoins en santé où ils pourraient apporter une contribution positive. Il s'en est suivi la mise en œuvre d'un système de rémunération qui valorise l'acte de soins et non la dispensation de boîtes, ainsi que la mise en œuvre de nouveaux services répondant à des besoins en santé publique. Cette évolution a été constatée dans l'ensemble des pays européens et même au niveau mondial. En Belgique, ces différents services doivent être réalisés dans l'espace de confidentialité de l'officine.

Pharmacien de référence

La fonction de pharmacien de référence a été mise en œuvre le 1^{er} octobre 2017. Elle donne la possibilité aux patients chroniques de formaliser la relation de confiance qu'ils ont avec le pharmacien de leur choix pour assurer l'accompagnement et le suivi de leur traitement médicamenteux. Le pharmacien de référence est ainsi bien placé pour identifier des problèmes liés aux médicaments utilisés par le patient et proposer des services spécifiques (appelés BUM pour « Bon Usage des Médicaments ») en collaboration avec le médecin traitant. Cette fonction se formalise par la signature d'une convention avec le patient qui autorise le pharmacien de référence à engager le suivi des soins pharmaceutiques et à accéder au Dossier

Pharmaceutique Partagé (DPP) du patient. Le rôle du pharmacien de référence est également d'éditer un schéma de médication pharmaceutique complet (médicaments prescrits et non prescrits) pour le patient et de l'actualiser.

BUM asthme et BUM BPCO

L'asthme et la BPCO sont les maladies pulmonaires les plus fréquentes. En Belgique, environ un million et demi de personnes utilisent des médicaments pour ces deux pathologies¹⁵. Dans notre pays, 4 à 7 % des adultes souffrent d'asthme¹⁶. La BPCO concerne 10 % des personnes âgées de 40 ans et plus mais reste encore sous-diagnostiquée.

Pour ces deux pathologies, une bonne compréhension de la pathologie, de l'intérêt des traitements et de l'adaptation du style de vie ainsi qu'un bon niveau d'adhésion thérapeutique aux traitements (corticoïdes inhalés (CSI) dans l'asthme et LAMA/LABA/CSI seul ou en association dans la BPCO) ont un impact positif sur le contrôle de la pathologie et le nombre d'exacerbations.

Ceci a conduit à la mise en œuvre en pharmacie du BUM Asthme et du BUM BPCO remboursés par l'INAMI. Chaque BUM consiste en deux entretiens avec le patient. Le premier entretien consiste à explorer le niveau de compréhension de la pathologie, du traitement, de l'utilisation des dispositifs d'inhalation et de l'hygiène de vie. Le deuxième entretien veille à revenir sur les points identifiés et vérifier si des améliorations ont été obtenues. Ces entretiens peuvent être initiés par le pharmacien, demandés par le patient ou prescrits par le médecin.

Le BUM asthme s'adresse à des patients asthmatiques en ambulatoire qui initient une thérapie par corticoïde inhalé ou à ceux qui sont déjà en traitement mais où l'asthme est insuffisamment contrôlé. Le pharmacien réalise avec le patient un *Asthma Control Test* qui évalue ce niveau de contrôle avant de proposer le service. Un rapport est envoyé au médecin traitant si le service est prescrit par celui-ci ou dans les autres cas, si le patient l'autorise.

Le BUM BPCO s'adresse aux patients de 50 ans et plus en ambulatoire qui sont traités par des LAMA et/ou LABA (éventuellement associés à un corticoïde inhalé). Il a été mis en œuvre en avril 2024.

Des études ont été menées pour évaluer l'impact de ces services en pharmacie. Elles ont démontré un impact positif tant sur le niveau d'adhésion thérapeutique, le niveau de littératie en santé¹⁷ que sur les finances publiques en réduisant le nombre d'exacerbations et d'hospitalisations¹⁸.

Trajet de démarrage diabète

Le trajet de démarrage diabète a été initié en janvier 2024 et consiste en un encadrement multidisciplinaire spécifique prescrit par un médecin généraliste chez des patients diabétiques de type 2 qui ont un DMG et qui ne sont pas inclus dans un trajet de soins diabète ou une convention.

Le BUM trajet de démarrage diabète est prescrit par le médecin généraliste pour des patients chez qui le médecin perçoit un problème lié à l'adhésion thérapeutique aux antidiabétiques oraux. Ce service est réalisé en pharmacie. Le pharmacien réalise un examen de la médication et du niveau d'adhésion thérapeutique du patient et fournit une information adaptée aux besoins relevés du patient sur les médicaments. Il transmet un feedback au médecin prescripteur. Ce service consiste en 2 entretiens que le pharmacien conduit avec le patient.

BUM revue de médication

Depuis le 1^{er} avril 2023, les patients prenant au moins 5 médicaments chroniques remboursés en ambulatoire peuvent bénéficier d'une revue de médication réalisée par le pharmacien de référence du patient. Celle-ci est prise en charge par l'INAMI. Ce service peut être demandé par le patient, initié par le pharmacien ou prescrit par le médecin. Une concertation préalable entre le médecin qui tient le DMG et le pharmacien de référence est souhaitable. Une attention est portée prioritairement aux patients avec une plus grande fragilité et/ou qui prennent des médicaments à risque (anticoagulants, antiagrégants, insulines, antidiabétiques, associations d'antihypertenseurs, AINS, corticostéroïde oral, ...) ou un/plusieurs médicament(s) à marge thérapeutique-toxique étroite.

Ce service comporte 6 volets dont une préparation de l'entretien, un entretien avec le patient, une analyse pharmacothérapeutique (identification des problèmes liés aux médicaments, critères STOPP/START, analyse des interactions potentiellement délétères, ...) et la rédaction d'un rapport transmis au médecin traitant.

Le médecin traitant est bien entendu libre d'adapter le schéma thérapeutique sur base des recommandations émises par le pharmacien de référence. Ces modifications s'opèrent donc en concertation et l'information du patient suit cette étape.

Programme de sevrage aux benzodiazépines et apparentés

La consommation de benzodiazépines et apparentés (BZRA) en Belgique est une des plus élevée d'Europe. En 2022, plus de 2 millions de Belges (soit 1 Belge sur 5) ont pris au moins une benzodiazépine ou apparenté (Z-drug) comme somnifère ou anxiolytique. 83 % des somnifères et calmants délivrés ont été prescrits par des médecins généralistes et 6 % environ par des psychiatres¹⁹. Les BZRA sont responsables, tout particulièrement chez le patient âgé, de chutes avec des conséquences parfois graves (fractures, décès), mais aussi des troubles de la mémoire, de la somnolence, des accidents de roulage ou des

réactions paradoxales. La consommation de BZRA induit de la tolérance et de la dépendance psychique et physique. L'arrêt de la consommation, notamment dans le cadre de l'insomnie, est souvent souhaitable mais doit se faire de manière progressive. Ce service a été lancé en 2023 dans le cadre d'un projet pilote. Il vient d'être pérennisé en mars 2025. Il s'adresse aux patients de plus de 18 ans en ambulatoire qui utilisent depuis 3 mois ou plus une seule BZRA en une prise par jour. Le programme de sevrage est prescrit par le médecin généraliste. Si le patient utilise plusieurs benzodiazépines, une réduction par fraction de comprimé peut être envisagée afin d'arriver à la prise d'une seule BZRA et commencer le programme de sevrage. Ce programme de réduction de doses par palier est défini par le médecin en concertation avec le patient (% de réduction des doses, nombre et durée des paliers) et peut durer jusqu'à un an. Le nombre de paliers varie de 5 à 10 et le pourcentage de réduction de dose de 10 à 20 %. La durée de chaque palier est de 10, 20 ou 30 jours. Le patient peut demander deux fois par programme un palier de stabilisation lorsqu'il éprouve des difficultés à passer à un dosage inférieur. Le pharmacien réalise les réductions de dose en fonction des paliers définis par le médecin via une préparation magistrale et conduit durant le plan de sevrage deux entretiens avec le patient (un entretien d'initiation et un entretien de suivi).

La vaccination antigrippale et contre la COVID en pharmacie

Même si de nombreux pays européens avaient déjà franchi le cap, l'acte vaccinal réalisé par le pharmacien d'officine a suscité beaucoup d'opposition parmi les médecins. Pourtant en 2019, l'Académie royale de Médecine a remis un avis positif concernant cet élargissement de compétences aux pharmaciens d'officine. Et en février 2022, la Belgique autorisait les pharmaciens à vacciner contre la COVID, suivi un an plus tard par celle de vacciner contre la grippe. Cet acte peut être réalisé moyennant le suivi d'une formation de 8 heures renouvelable tous les 3 ans. L'objectif était d'augmenter l'accessibilité à la vaccination pour atteindre de meilleurs standards de couverture vaccinale. Toutefois, en 2023, aucun des groupes à risque n'a atteint l'objectif d'un taux de vaccination d'au moins 75 %.

Dans la dernière campagne de vaccination, 78 % des pharmaciens belges ont pris part à la vaccination contre la grippe saisonnière (81 % en Flandre, 76 % en Wallonie et 69 % à Bruxelles) et plus de 1 vaccin sur 4 a été administré en officine (presque le double de l'an dernier). Pour la vaccination contre la COVID-19, plus de 1 vaccin sur 3 a été administré en officineⁱⁱ.

(ii) Le « Valentine's Award » décerné aux pharmaciens pour leur rôle récent dans la vaccination contre la COVID-19 et la grippe. APB - news 07/02/2025. <https://www.apb.be/fr-BE/Article/un-cadeau-de-saint-valentin-avant-lheure~2154FR>

Pour la grippe saisonnière, la collaboration de l'ensemble des vaccinateurs (médecins, infirmiers et pharmaciens) a conduit à vacciner 2 millions de personnes.

LA CONCERTATION MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

La collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens est essentielle dans le trajet des patients mais aussi pour optimiser l'utilisation des médicaments par les patients.

La mise en œuvre de ces nouveaux BUM a suscité des réactions tant positives que négatives dans le corps médical, mais la plupart des réactions négatives émanaient d'un manque de compréhension de la teneur de ces services ou d'une désinformation.

La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge. 44 % des patients de 75 ans et plus déclarent vivre avec une pathologie chronique et plus de 9 aînés sur dix ont recours au médecin généraliste au moins une fois par an²⁰. La majorité de ces patients ont un contact fréquent avec le médecin qui suit et prescrit la thérapie et le pharmacien qui délivre les médicaments. En Wallonie, sur l'ensemble des patients âgés de 60 ans et plus, seule une petite partie (4,5 %) est en perte d'autonomie. Ces patients font appel à de l'aide à domicile et voient régulièrement d'autres prestataires de soins paramédicaux (infirmières, logopèdes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, aides-soignantes, ...)²¹.

Le binôme médecin-pharmacien est donc important dans les soins de première ligne par le nombre de patients qu'il côtoie. Agir ensemble sur le niveau d'adhésion thérapeutique, la revue de médication et le niveau de littératie en santé peut contribuer à maintenir l'autonomie des patients chroniques et améliorer leur qualité de vie.

Cette collaboration est soutenue par les pouvoirs publics qui financent, via l'INAMI, les projets de concertations médico-pharmaceutiques développés au niveau local (jusqu'à 1.900 € par projet). Ainsi un médecin et un pharmacien peuvent décider d'organiser une réunion de concertation sur une thématique validée par l'INAMI. L'objectif principal est d'optimiser les soins dispensés aux patients. Les médecins et pharmaciens débattent d'une thématique, déterminent un objectif à atteindre au niveau local pour l'amélioration des pratiques et définissent un ou plusieurs indicateurs qui permettront d'évaluer l'atteinte de l'objectif défini. Un animateur lié au programme est chargé d'aider à mener à bien la première réunion. Une réunion d'évaluation est idéalement fixée après une période définie par les participants.

C'est évidemment un lieu idéal pour discuter des services BUM, des modalités optimales de leur mise en œuvre et de lever les éventuels freins ou incompréhensions dans la pratique des métiers respectifs.

CONCLUSION

La collaboration harmonieuse entre médecins généralistes et pharmaciens est un atout pour la qualité des soins aux patients et aux patients âgés en particulier. De nombreux services ont été développés en pharmacie qui visent à agir sur des déterminants de santé comme l'adhésion thérapeutique, le niveau de littératie en santé ou les problèmes liés aux médicaments. Vu la proportion croissante des patients chroniques, l'intérêt d'une collaboration multidisciplinaire n'est plus à démontrer et devra évoluer vers plus d'efficacité dans les soins vu les moyens limités dans les soins de santé. Cela nécessite de maintenir un dialogue permanent entre les acteurs de soins et en particulier entre les médecins prescripteurs et les pharmaciens dispensateurs. La concertation médico-pharmaceutique soutenue financièrement par l'INAMI est un bon moyen d'y parvenir.

Conflits d'intérêt : néant.



Implications pratiques (*take-home messages*)

- Différents indicateurs en santé sont aujourd'hui identifiés dans notre pays sur lesquels médecins et pharmaciens peuvent agir en collaboration ;
- Le niveau d'adhésion thérapeutique, de littératie en santé, de problèmes liés aux médicaments, de surconsommation médicamenteuse ou de couverture vaccinale sont quelques exemples qui concernent particulièrement les personnes âgées ;
- Des services ont été développés en pharmacies ouvertes au public pour tenter d'y apporter une réponse ;
- Ces services ne peuvent s'envisager que dans le cadre d'une relation de travail harmonieuse avec le médecin traitant ;
- Les projets de concertation médico-pharmaceutiques soutenus par l'INAMI sont certainement des lieux propices pour discuter de ces collaborations et de leur mise en œuvre harmonieuse au niveau de la première ligne ;
- Cette collaboration est positive pour la Santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Statbel (consulté le 4 avril 2025). Le vieillissement de la population s'accélère, en particulier au cours des 10 prochaines années [Internet] <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/le-vieillissement-de-la-population-sacelere-en-particulier-au-cours-des-10-prochaines>
2. For Health Belgium (consulté le 3 avril 2025). Soutenabilité financière <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/soutenabilite-du-systeme-de-sante/soutenabilite-financiere#S-20>
3. Ackaert K, Avalosse H, Verniest R. Profil de santé de nos aîné-es. Service d'études Mutualités chrétiennes Santé & Société ; 9 avril 2024
4. OCDE, Union européenne (UE) (Consulté le 02/04/2025). Health at a Glance: Europe 2020. State Of Health In The Eu Cycle. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2020_82129230
5. Spinewine A, Tokandji A. Consommer moins de médicaments et mieux. Un impératif éducationnel et environnemental. Louvain Med. 2024;143(01):63-7.
6. For Health Belgium (consulté le 3 avril 2025). Soins aux personnes âgées [Internet] <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees#OLD-10>
7. Aitken M, Gorokhovich L. IMS Institute for Healthcare Informatics. IMS Health Report: Advancing the Responsible Use of Medicines in Belgium - Applying Levers for Change ; 10/2012.
8. Scheen A. Prevention de l'iatrogénie médicamenteuse. Rev Med Liege. 2024;79(5-6):455-61.
9. Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N *et al.* Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. JAMA. 2001;285(4):421-9. doi: 10.1001/jama.285.4.421.
10. World Health Organization (Consulté le 4 avril 2025). Adherence to long-term therapies : evidence for action. World Health Organization. [Internet] <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
11. Petermans J, Suarez AS, Van Hees T. Observance thérapeutique en gériatrie [Therapeutic adherence in elderly]. Rev Med Liege. 2010;65(5-6):261-6.
12. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T *et al* ; ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Br J Clin Pharmacol. 2012 May;73(5):691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x.
13. Scot H Simpson 1, Dean T Eurich, Sumit R Majumdar, Rajdeep S Padwal, Ross T Tsuyuki, Janice Varney, Jeffrey A Johnson. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ. 2006. 1;333(7557):15.
14. For Health Belgium (consulté le 4 avril 2025). Littérature en santé [Internet] <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/litterature-en-sante>
15. INAMI (consulté le 2 avril 2025). BPCO Que devez-vous savoir. Service des soins de santé [Internet] <https://www.inami.fgov.be/fr/publications/bien-utiliser-les-medicaments-dans-le-traitement-de-fond-de-la-bpc-recommandations-aux-patients>
16. Fares (consulté le 2 avril 2025). L'asthme en bref [Internet] <https://fares.be/autres-affections-respiratoires/asthme-et-allergies/l'asthme-en-bref>
17. Tommelein E, Mehuys E, Van Hees T, Adriaens E, Van Bortel L, Christiaens T *et al.* Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP): a randomized controlled trial. Br J Clin Pharmacol. 2014;77(5):756-66. doi: 10.1111/bcp.12242.
18. Cutler RL, Torres-Robles A, Wiecek E, Drake B, Van der Linden N, Benrimoj SIC *et al.* Pharmacist-led medication non-adherence intervention: reducing the economic burden placed on the Australian health care system. Patient Prefer Adherence. 2019;13:853-62. doi: 10.2147/PPA.S191482.
19. Santé publique Sécurité de la chaîne alimentaire Environnement (Consulté le 3 avril 2025). Benzodiazépines et Z-drugs : chiffres et tendances 2022 [Internet] <https://www.usagepsychotropes.be/benzodiazepines-et-z-drugs-chiffres-et-tendances-2022>
20. For Health Belgium (consulté le 3 avril 2025). Vue d'ensemble [Internet] <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/diseases/vue-d-ensemble>
21. Dubour D. Les services pour personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation. Wallonie Santé N°5, 2014.

Travail reçu le 14 avril 2025 ; accepté dans sa version définitive le 28 juin 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :

A. CHASPIERRE

Société scientifique des Pharmaciens francophones (SSPF)

Rue des Dames Blanches, 1 - 5000 Namur

E-mail : alain.chaspierre@sspf.be