

UNIVERSITE DE NANTES
UFR SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

ANNEE 2016

N° 046

MEMOIRE
DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE
PHARMACIE HOSPITALIERE

Soutenu devant le jury interrégional

Le 28 Octobre 2016

Par Valentin CONTET

Conformément aux dispositions du Décret n° 2012-172 du 3 février

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**Pharmacien de maison de santé
pluriprofessionnelle : projet d'amélioration du lien
ville hôpital à travers l'exemple de la conciliation**

Président : M Alain Pineau, PU-Ph, Pharmacologie clinique, Nantes

Directeur : M Jean Beuchard, Ph, Pharmacie, Les Sables d'Olonnes

Co-directeur : M Mahe Julien, Ph, Pharmacologie clinique, Nantes

Membres du jury : Mme Burgot Gwénola, PU-Ph, Pharmacie, Rennes

M Sellal Olivier, Ph, Pharmacie centrale, Nantes

M Prévost Nicolas, Assistant Omédit, Nantes

M Prioux Antoine, Pharmacien d'officine, Bugeat

Tables des matières

Première partie : le parcours de soins, théâtre des erreurs médicamenteuses	9
1) Quelques définitions fondamentales	9
2) Contexte de la iatrogénie médicamenteuse	10
3) Parcours et continuité de soins	12
3.1) Définitions	12
3.2) Problématiques.....	12
Deuxième partie : la conciliation médicamenteuse, une lutte efficace contre les erreurs médicamenteuses.	14
1) Contexte	14
2) La conciliation médicamenteuse	15
2.1) Définition	15
2.2) Processus de conciliation à l'admission : les étapes	15
2.2.1) Le Bilan médicamenteux optimisé (BMO).....	15
2.2.2) La conciliation médicamenteuse.....	16
2.3) Processus de conciliation à la sortie.....	17
2.4) Processus de conciliation lors d'un transfert.....	17

3) Retour d'expérimentation : Projet Med'Rec en résumé [10] 18

3.1) Objectifs 18

3.2) Méthodologie 18

3.3) Résultats 19

3.4) Discussion et conclusion 20

Troisième partie : la conciliation médicamenteuse au Centre Hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne (CHCL).....21

1) Objectif.....21

2) Méthode.....21

3) Résultats23

3.1) Profil de la population étudiée..... 23

3.2) Le BMO..... 24

3.3) La conciliation 26

3.4) Caractérisation des erreurs médicamenteuses 28

4) Discussion / Conclusion	34
4.1) Comparaison des résultats de l'étude du CHCL et ceux disponibles du projet Med'Rec dans le rapport de la HAS [10]	34
4.2) La conciliation au CHCL	35
4.3) Les limites de l'étude, de la conciliation et les points à améliorer	36
Quatrième partie : bonnes pratiques hospitalières au service des missions du pharmacien d'officine pour renforcer le lien ville hôpital	39
1) Le métier pharmacien	39
1.1) Le pharmacien hospitalier	39
1.2) Le pharmacien d'officine	41
2) Maison santé pluriprofessionnelle (MSP)	43
2.1) Définition	43
2.2) Etat des lieux	44
2.3) Les missions des MSP [34-35]	46
2.4) Conception du projet de santé la de MSP [34-35]	47
2.5) Les nouveaux modes de rémunérations (NMR)	50
2.5.1) Naissance des NMR	50
2.5.2) Attribution des NMR	51

3) Discussion : Le métier de « pharmacien de maison de santé pluriprofessionnelle »	52
3.1) Etats des lieux : les pharmaciens dans les maisons de santé en France en 2016.....	52
3.2) Les missions du pharmacien de la MSP.....	54
3.2.1) L'analyse pharmaceutique	54
3.2.2) Interaction entre les différents professionnels de santé	56
3.2.3) Réunions pluri-professionnelles	57
3.2.3.1) et protocoles de soins pluridisciplinaires.....	57
3.2.3.2) et COMEDIMS	58
3.2.4) Mise en place d'un système qualité	62
3.2.4.1) La pharmacovigilance	63
3.2.4.2) La matériovigilance	64
3.2.4.3) Comité de retour d'expérience	65
3.2.4.4) EPP et OMEDIT	66
3.2.5) Education thérapeutique du patient et entretien pharmaceutique	69
3.2.6) Devenir maître de stage	73
3.2.7) Recherche en soins primaire	74
3.2.8) Coordinateur de la MSP	75
4) Les limites du projet	78
Conclusion	80

Bibliographie.....	81
Liste des abréviations.....	89
Liste des figures.....	91
Liste des tableaux.....	92
Annexes.....	93

Remerciements

Merci à tous les membres du jury d'avoir accepté de juger mon travail.

Merci à tous les membres du jury pour vos connaissances et vos disponibilités, que vous mettez à contribution pour former la future génération de pharmacien.

Merci M Pineau et Me Burgot d'avoir pris le temps d'analyser mon travail alors que l'on ne se connaît pas. J'espère que vous allez passer un agréable moment au coin du feu à lire cette thèse.

Merci à mon directeur de thèse de m'avoir soutenu et épaulé dans la réalisation de mon travail et de m'avoir fait confiance dans la mise en place de l'étude au sein des services de l'hôpital.

Merci Jean pour ta sympathie, ta volonté de bien faire, ton dévouement pour l'univers hospitalier et pour les parties de ping-pong enflammées où sur ce domaine, l'élève a dépassé le maître...

Merci Julien pour ta disponibilité et ton intelligence de travail. Je suis très content de t'avoir rencontré et d'avoir appris à tes côtés. Comme quoi on peut venir de l'officine et être un bon praticien hospitalier...

Merci M Sellal pour la rigueur et la volonté de travail que vous avez pu me montrer. J'en suis encore un peu loin mais j'espère m'en rapprocher avant la retraite. Merci également pour la personne bienveillante que vous êtes. Je vous attends au printemps prochain pour aller surfer la vague sous le soleil vendéen.

Merci Nicolas pour m'avoir dit cette phrase « je veux bien faire partie de ton jury car ta thèse me semble intéressante ». J'espère ne pas trop te décevoir et au pire c'est l'occasion de me voir mouiller la chemise, de boire une coupe de champagne et de se faire une entorse !

Merci Antoine, père spirituel des « Gardiens des poisons ». Changer le système est possible car tu en es la preuve et la dynamique. J'espère pouvoir t'épauler dans tes futurs projets car j'y crois. Ma thèse est la continuité de ton travail, j'espère qu'elle pourra contribuer à la construction d'un autre avenir basé avant tout sur la santé et non sur l'économie. La révolution approche, le combat arrive mais ne nous arrêtons pas en route quand « les vieux du système » feront tout pour protéger leurs intérêts.

Merci mes amis. Bon je vous ai déjà fait une déclaration d'amour il y a 1 mois et 25 jours lors de mon mariage alors je ne vais pas recommencer. Mais sachez que vous êtes une grande partie de ma vie. Bon ok je sens déjà les reproches de certains qui potentiellement vont lire ma thèse. Alors merci à la dream team pharmaceutique : Aurélie, Charles-Henri, Mehdi, Rémi et son chien sans qui mes études à la fac n'auraient pas été si lumineuses. Et pour les autres et bien je vous aime.

Merci à mes co-internes pour tous les bons moments durant ces 4 années. N'oubliez pas dans une équipe de pharmacien, il y en a toujours un bizarre... J'espère que se ne sera jamais vous !

Merci Nany, merci Papy, merci Maman, merci Papa, merci ma Sœur, merci mon Frère, merci Pomme pour l'amour que vous me donnez et la confiance que vous m'avez toujours accordée (sauf en terminale...). Vous êtes en partie les architectes de mes pensées.

Merci ma belle-famille pour vos belles valeurs et surtout merci d'avoir créé un être d'exception.

Merci ma Pauline, ma femme, d'avoir acceptée de construire une vie à mes côtés. Merci pour l'amour que tu m'offres chaque jour. Merci pour l'énergie et la confiance que tu m'apportes, cela me donne envie d'aller plus loin, de me battre pour construire un avenir meilleur. Tu es maintenant médecin généraliste et je suis très fier de toi. Tu as choisi la spécialité médicale la plus difficile mais la plus humaine. Alors courage car tu auras des moments de doute mais je serai là pour que l'on avance ensemble. Je sais aussi que je suis pharmacien et non médecin...Je t'aime.

Bonne lecture à toutes et à tous

Introduction

La fin de l'internat approchant, il était temps de sortir sa plume ou plutôt son clavier pour écrire ce fameux mémoire-thèse, sanctionnant notre fin de cursus en tant qu'interne en pharmacie hospitalière. Sanctionner...non, j'avais plutôt envi de finir ces 4 années avec un travail qui me ressemble où mes idées peuvent s'étaler sur le papier sans que l'on me reproche le style mais j'ai quand même été un peu censuré. Je me suis donc lancé dans la recherche de mon sujet et je me suis dit qu'il serait plutôt intéressant de trouver un sujet qui me permettrait potentiellement d'obtenir un poste d'assistant. La conciliation médicamenteuse était le sujet idéal, sujet récent de la pharmacie clinique et en plein essor. Seul petit bémol, le sujet n'était pas très original mais monter un projet de conciliation dans les services d'un hôpital demandeur me motivait. Une autre question restait en suspens, pourquoi ne pas travailler en officine pour expérimenter une autre voie de la pharmacie ? Certains diront que c'est un autre métier mais pour ma part je ne pense pas, nous sommes tous des experts du médicament, c'est juste une approche différente avec des contraintes économiques différentes. L'officine me fait peur par son devoir de rentabilité et de compétitivité vis-à-vis des autres pharmacies. Mais l'officine c'est surtout le contact avec les patients qui manque cruellement à l'hôpital. Une autre idée germe quand un ami officinal me parle des nouvelles structures de santé pour lutter contre la désertification médicale, « les maisons ou pôles de santé professionnels » et qu'il a comme projet de travailler avec celle de son secteur. J'ai rapidement fait le lien entre ces maisons et l'hôpital, la fragilité du lien ville-hôpital qui pourrait être renforcé grâce à la coopération de ces 2 structures et, étant interne en pharmacie, le rôle que pourrait avoir le pharmacien d'une maison de santé pluriprofessionnelle en m'inspirant de mes 4 années d'expérience hospitalière. Pour illustrer le lien ville hôpital, la conciliation semblait l'exemple idéal pour lancer mon sujet. Je vais donc développer dans un premier temps le processus de la conciliation et l'étude pilote de sa mise en place au sein du centre hospitalier des Sables d'Olonne. Dans un deuxième temps, je partirai des limites rencontrées afin de mettre en avant une proposition d'amélioration du lien ville hôpital via les maisons de santé pluriprofessionnelles et notamment par les missions que pourrait réaliser un pharmacien de maison de santé pluriprofessionnelle.

Première partie : le parcours de soins, théâtre des erreurs médicamenteuses

1) Quelques définitions fondamentales

Iatrogénie : toute conséquence indésirable ou négative sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé [1].

Iatrogénie médicamenteuse : manifestation clinique indésirable ou pathologique, non recherchée, directement induite par l'utilisation ou l'oubli d'un ou plusieurs médicaments. Tout médicament a des effets bénéfiques mais aussi des effets indésirables. Ils peuvent provenir du médicament lui-même, de son association avec un autre médicament, de son incompatibilité avec le malade ou d'une erreur de prise [1].

Effet indésirable médicamenteux : réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique ou résultant d'un mésusage du médicament ou produit [2].

Effet indésirable grave : un effet indésirable létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale [2].

Événement indésirable : dommage survenant chez le patient au cours de sa prise en charge, qu'il soit lié aux activités de soins ou aux conditions de vie en établissement de santé. Un événement indésirable lié aux soins est consécutif aux stratégies et actes de prévention, de diagnostic, de traitement ou de surveillance [1].

Événement indésirable grave : dommage survenant chez le patient, lié aux soins plutôt qu'à sa maladie sous-jacente et répondant à certains caractères de gravité, tels que décès, mise en danger de la vie du patient, hospitalisation ou prolongation de l'hospitalisation, entraînant une incapacité ou un handicap à la fin de l'hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale [1].

Événement indésirable médicamenteux : dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins. L'événement indésirable médicamenteux peut se traduire, notamment : par l'aggravation de la pathologie existante, l'absence d'amélioration attendue de l'état de santé, la survenue d'une pathologie nouvelle ou prévenue, l'altération d'une fonction de l'organisme, une réaction nocive due à la prise d'un médicament [1].

Erreur médicamenteuse : écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. L'erreur médicamenteuse peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que : sélection au livret du médicament, prescription, dispensation, analyse des ordonnances, préparation galénique, stockage, délivrance, administration, information, suivi thérapeutique ; mais aussi ses interfaces, telles que les transmissions ou les transcriptions [1].

L'erreur médicamenteuse est caractérisée par :

- son type : omission, erreur de dose, posologie, concentration, médicament, voie d'administration...
- sa nature : elle peut être avérée si le médicament a été administré ; potentielle si l'erreur a été interceptée avant l'administration du médicament ou latente s'il s'agit d'une observation témoignant d'un danger pour le patient.
- son étape de survenue au sein du circuit du médicament : prescription, dispensation, préparation, administration, suivi thérapeutique
- la gravité de ses conséquences : prolongation d'hospitalisation, invalidité, décès...
- sa cause

2) Contexte de la iatrogénie médicamenteuse

La notion d'erreur dans les systèmes de soins a pris de l'importance en novembre 1999 avec la publication du rapport de l'Institute of Medicine, intitulé : « To err is human: building a safer healthcare system » [3]. En résumé il dénonçait que sur l'ensemble des hôpitaux américains il y avait entre 50 000 et 100 000 morts évitables chaque année, causées par des erreurs médicales. Pour donner un ordre d'idée, cela équivaut à un Boeing 747 qui s'écraserait tous les deux jours sur le territoire des USA. La publication de ce rapport a été à l'origine de la plupart des initiatives prises dans les établissements de santé, visant à sécuriser la prise en charge des patients.

En France, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a mis en place 2 Enquêtes Nationales en 2004 et 2009 sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) [4]. Elles font un état des lieux des événements indésirables graves (EIG) survenant en milieu hospitalier. **Les résultats positionnent les erreurs liées aux médicaments à la troisième place après les événements liés aux actes invasifs et les infections nosocomiales.** Il est important de noter que les densités d'incidence des EIG entre 2004 et 2009 n'ont pas été statistiquement différentes sauf une augmentation significative des EIG associés aux produits de santé en chirurgie ; elle correspond à une augmentation des EIG associés à des dispositifs médicaux non implantables (ex : sonde urinaire, sonde nasojéjunale...) qui sont peut-être liés à des différences minimes de codage [5].

L'enquête 2009 montre que la fréquence des événements indésirables graves (EIG) survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine), soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Par ailleurs, 4,5 % des séjours étaient causés par un EIG, dont 2,6 % par un EIG évitable. Les EIG survenant pendant l'hospitalisation sont le plus souvent associés aux actes invasifs et les EIG à l'origine d'admissions, aux produits de santé [6].

En extrapolant les résultats de l'enquête ENEIS 2 sur l'ensemble des établissements de santé en France, il est estimé entre 275 000 à 395 000 évènements indésirables graves par an survenus durant l'hospitalisation dont entre 30 000 et 45 000 causés par un médicament.

On évalue entre 330 000 et 490 000 séjours/an causés par des EIG dont entre 95 000 et 140 000 séjours causés par un médicament. Rapporté au nombre de journées d'hospitalisation, ce risque peut paraître minime puisqu'il est de l'ordre de 0,7 pour 1000 journées, mais l'événement grave est intolérable, d'autant plus que cette étude montre que la moitié des erreurs médicamenteuses étaient évitables. Un événement indésirable évitable se définit comme un événement indésirable qui n'aurait pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue. Le caractère évitable est apprécié à l'issue d'une évaluation précise de la situation clinique du patient et des conditions de sa prise en charge par le système de soins.

L'erreur médicamenteuse est un fait, une situation, un écart à un standard de pratique. Elle est susceptible de provoquer un dommage ou un événement indésirable médicamenteux chez le patient. Depuis peu, il en est admis l'existence et, plus récemment, la gravité de ses conséquences [6-7]. Voici quelques exemples d'évènements tragiques qui ont parfois défrayé la chronique :

- un patient âgé de 61 ans est admis dans un centre régional de lutte contre le cancer et décède des suites d'une détresse cardio-respiratoire. Cette défaillance n'a malheureusement rien à voir avec sa maladie mais a été la conséquence d'une erreur d'administration de chlorure de potassium par voie intraveineuse, prévu initialement pour un autre patient.
- un enfant de 3 ans est admis dans un hôpital pour une simple angine. Dans la soirée, l'enfant décède malheureusement dans les bras de son père, victime d'un malaise cardiaque. A l'origine de ce décès, une erreur d'administration de produit puisque l'enfant reçoit une perfusion de chlorure de magnésium à la place d'un soluté glucosé.

Ces quelques exemples illustrent bien la gravité de ces évènements qui conduisent les autorités de santé à prendre des mesures rythmées par leur survenue : La loi de Santé Publique du 09 août 2004 qui a inscrit la iatrogénie médicamenteuse comme une priorité de santé publique avec des objectifs de renforcement de la qualité des soins et de réduction de la iatrogénie liée aux produits de santé ; La Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009 qui met la qualité et la sécurité des soins au cœur des missions des établissements de santé. Dans ce cadre, les établissements de santé organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogène; la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé qui a pour objet de refondre le système de sécurité sanitaire des produits de santé en conciliant sécurité des patients et accès au progrès thérapeutique.

Malgré ces mesures, peu de patients traités, qu'ils soient hospitalisés, résidents ou ambulatoires, qu'ils soient dans le secteur public ou privé, dans le secteur sanitaire ou social, échappent à l'erreur médicamenteuse dans notre système de santé.

L'erreur médicamenteuse est rarement un acte isolé et elle ne survient pas seule. Elle est l'enchaînement imprévu, mais souvent prévisible, de divers événements auxquels contribuent différents acteurs, chaque événement étant nécessaire mais insuffisant à lui tout seul. Nul n'est à l'abri d'une erreur médicamenteuse. Chacun est faillible dans ses connaissances et dans la mise en œuvre de celles-ci. Les erreurs médicamenteuses trouvent autant leur origine auprès des médecins, pharmaciens, préparateurs, infirmiers... qu'auprès de nos managers dans les décisions prises au niveau de la conception, la gestion et l'évaluation du circuit du médicament. Néanmoins les soignants sont en première ligne, en interface directe avec le patient. De ce fait, ils endossent encore seuls, et malgré eux, l'erreur médicamenteuse alors qu'ils héritent en grande partie des défauts dans l'organisation de la prise en charge thérapeutique du patient. **L'erreur est d'autant plus présente et se répète qu'elle représente encore dans notre société une «faute». La peur du jugement d'autrui transforme cette erreur en secret alors que révélée elle permettrait une meilleure sécurisation du circuit médicamenteux.**

3) Parcours et continuité de soins

3.1) Définitions

Selon l'ARS, le parcours de soin se définit comme **la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé**, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Plus précisément, le parcours de soin d'un patient représente l'enchaînement des étapes de la prise en charge de sa maladie au sein du système de soin. C'est le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus... Pour garantir une qualité et une sécurité du parcours de soin il est nécessaire de pouvoir assurer une bonne continuité de soins. La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. La continuité des soins permet d'assurer le suivi dans la durée des problèmes de santé d'un patient sans rompre la chaîne des soins et en s'assurant du transfert interdisciplinaire des données le concernant.

3.2) Problématiques

La notion de parcours répond à la nécessaire évolution de notre système de santé : allongement de l'espérance de vie, progression des maladies chroniques et progrès médical. La prise en charge des patients est transversale et implique de multiples intervenants dont la spécialisation croissante amplifie le phénomène. En tenant compte en plus de la politique de santé actuelle qui conduit à un raccourcissement des durées de séjour hospitalier qu'il existe un risque important de rupture de la continuité des soins. Pour garantir cette continuité des soins, la coordination entre professionnels de santé semble indispensable.

La coordination des soins est un concept à la mode dont les contours sont souvent flous. Chaque professionnel, chaque institution, pense travailler en réseau et que ses actions sont coordonnées avec les autres prestataires de soins. Pourtant, le constat sur le terrain est autre. Il est fréquent d'entendre des professionnels se plaindre de la mauvaise collaboration avec d'autres groupes professionnels. L'infirmière n'arrive pas à joindre le médecin, ce dernier regrette le peu d'initiatives des autres soignants, le pharmacien estime que ses compétences ne sont pas assez mises à contribution...L'hôpital n'a pas, parfois, connaissance des investigations et des traitements des médecins de ville et inversement [8].

Le processus de soins est fragile et régulièrement il se fragmente par manque de coordination entre les acteurs du système de santé. Il existe un vrai cloisonnement entre le monde hospitalier et le monde ambulatoire mais également en intra hospitalier entre les différents services de l'établissement. Ces dysfonctionnements augmentent les chances du patient d'être victime d'événements indésirables pouvant affecter sa santé. Il est donc nécessaire pour garantir un processus idéal « parcours et continuité de soin », d'une collaboration efficace entre les différents acteurs du système de santé à l'aide d'outils appropriés.

D'un point de vue pharmaceutique, la bonne gestion du médicament est une composante essentielle de la continuité des soins afin de diminuer les risques d'évènements indésirables liés aux médicaments. Depuis quelques années la pharmacie hospitalière à travers la pharmacie clinique développe la « conciliation médicamenteuse » pour lutter contre la iatrogène médicamenteuse et permettre une meilleure coopération entre les différents professionnels de santé. Elle va s'intéresser notamment à la rupture du lieu « ville-hôpital » qui est et qui sera l'enjeu des futures politiques de santé.

Deuxième partie : la conciliation médicamenteuse, une lutte efficace contre les erreurs médicamenteuses.

1) Contexte

En décembre 2006 lors du symposium du Commonwealth Fund, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutenue par l'engagement officiel des ministres de la santé de plusieurs pays, annonçait la création d'un projet collaboratif international s'inscrivant dans son programme sur la sécurité des patients « High5s ». Ce projet vise à prévenir les accidents évitables à l'hôpital grâce à des solutions standardisées répondant à des problèmes majeurs en termes de sécurité des patients dans le monde [9]. Le nom High 5s (Cinq solutions de sécurité prioritaires) découle de la volonté initiale des pays fondateurs du projet de réduire de manière significative, soutenue et mesurable la fréquence de 5 problèmes de sécurité pour le patient, prioritaires pour l'OMS dans 5 pays, sur une période de 5 ans.

Les 5 problèmes abordés sont :

- les médicaments concentrés injectables,
- la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins,
- la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie,
- les erreurs de communication au cours du transfert des patients,
- la lutte contre les infections associées aux soins.

La Haute Autorité de Santé (HAS), qui coordonne ce projet pour la France, s'est engagée en 2009 dans le projet High5s avec l'appui du Ministère de la santé. Elle a retenu deux pratiques prioritaires d'amélioration de la sécurité des soins :

- la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie
- la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours des soins encore appelée MedRec ou Réconciliation Médicamenteuse.

En 2012, la France se lance dans le projet MedRec avec 9 établissements pilotes : Centre Hospitalier (CH) de Lunéville, de Compiègne, de St Marcellin, d'Aubusson, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nîmes, de Strasbourg, de Paris-Bichat, de Grenoble et de Bordeaux [10]. Au niveau international, 50 hôpitaux volontaires participent au projet dans 5 pays : Allemagne – USA – Australie – Pays Bas – France.

L'objectif du projet est de prévenir et d'intercepter des erreurs médicamenteuses susceptibles de survenir au point de transition qu'est l'admission du patient dans un établissement de santé. Les erreurs médicamenteuses sont des erreurs par omission, ajout, des erreurs de médicament, de dose, de modalité d'administration ou de moment d'administration, qui résultent d'informations mal communiquées entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

En France, toujours dans le contexte de garantir plus de sécurité pour le patient, l'arrêté du 6 avril 2011 oblige les établissements de santé à mettre en place un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse [11]. Pour contrôler ces politiques de sécurisation des soins et de gestion des risques, les établissements doivent répondre à des normes. Ainsi, dans la certification HAS V2010 et V2014, le critère 20a bis, classé comme pratique exigible prioritaire, stipule que la continuité du traitement médicamenteux doit être organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus [12]. L'ensemble de ces démarches est propice à la mise en place et au développement de la conciliation médicamenteuse au sein des établissements de santé français.

2) La conciliation médicamenteuse

2.1) Définition

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus interactif et pluri-professionnel qui garantit la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours du patient [13].

Le Collège de la HAS a défini en 2015 la conciliation des traitements médicamenteux comme un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts [12].

Elle faisait déjà partie de la pratique médicale mais sans être réellement structurée ou bien appréhendée. Il va de soi que la question des antécédents médicaux, de la prise ou non prise de médicament par le patient se pose depuis déjà bien longtemps lors de la prescription d'une nouvelle ordonnance. En revanche, si le raisonnement existe, c'est la méthode et les résultats qui sont nouveaux.

2.2) Processus de conciliation à l'admission : les étapes

2.2.1) Le Bilan médicamenteux optimisé (BMO)

Le BMO correspond à la liste la plus exhaustive et complète possible des médicaments prescrits ou non et pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation. C'est une démarche structurée qui permet d'établir la « vraie liste » complète des médicaments pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation :

- soit prescrits par le médecin traitant ou spécialiste ;
- soit pris en automédication.

Le bilan médicamenteux optimisé est le résultat d'une synthèse des informations sur tous les médicaments identifiés ; il comporte pour chaque médicament le nom commercial ou la dénomination commune internationale, le dosage, la forme galénique, la posologie (dose, rythme, horaires) et la voie d'administration si besoin. Il peut être complété de tout autre produit de santé (produit diététique, dispositif médical, etc.).

Le bilan médicamenteux optimisé est un état des lieux des médicaments d'un patient à un instant donné, contrairement à l'historique médicamenteux qui trace l'évolution des médicaments d'un patient sur une période donnée.

Il est pertinent de croiser au moins 3 sources d'information, voire plus, pour garantir l'obtention du bilan le plus optimisé possible. Plusieurs sources peuvent être exploitables :

- un entretien direct avec le patient et/ou son entourage,
- un contact téléphonique avec les professionnels de santé de ville (médecin traitant, pharmacien, spécialiste(s) ou d'autres établissements de soins le cas échéant),
- les ordonnances, les courriers des médecins, ainsi que les bases de données telles que le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique,
- les différentes données des séjours hospitaliers précédents disponibles via le logiciel informatique de l'établissement,
- les médicaments du domicile apportés par le patient.

La littérature ne permet pas de déterminer des combinaisons préférentielles. Une démarche d'investigation structurée peut néanmoins être suivie. Elle s'appuie sur la consultation du dossier patient, un entretien avec le patient puis un contact avec le pharmacien d'officine et/ou le médecin traitant. Chaque étape permet d'identifier des sources d'informations complémentaires pouvant être accessibles [14].

En résumé, le bilan médicamenteux optimisé est un bilan des médicaments le plus exhaustif et le plus complet possible.

2.2.2) La conciliation médicamenteuse

Il est défini deux types de conciliation :

- **Proactive** : la conciliation est dite proactive lorsque le bilan médicamenteux optimisé est établi avant la rédaction de toute ordonnance. Le médecin hospitalier prend alors le bilan en compte dans sa première prescription. La conciliation proactive permet de prévenir la survenue d'erreur médicamenteuse.

- **Rétroactive** : la conciliation est dite rétroactive lorsque le bilan médicamenteux optimisé est établi et pris en compte après la rédaction de toute ordonnance. Dans un premier temps le BMO va être comparé à l'ordonnance afin d'identifier les divergences. Une fois identifiées, un entretien collaboratif entre le pharmacien ayant réalisé ou validé le BMO et le médecin est réalisé. Chaque divergence est qualifiée par le médecin prescripteur d'intentionnelle ou de non intentionnelle puis fait l'objet d'une correction. Les divergences intentionnelles correspondent à des modifications volontaires de traitement dont les raisons ne sont pas renseignées dans le dossier patient. Il peut s'agir d'un ajout, d'une modification ou de l'interruption d'un médicament. Les divergences non intentionnelles ou erreurs médicamenteuses correspondent à des modifications de traitement involontaires (erreur de molécule, de posologie, de rythme et de voie d'administration, oubli...).

Elles sont susceptibles de générer un événement indésirable pour le patient. La conciliation rétroactive permet alors d'intercepter et de corriger d'éventuelles divergences entre le bilan et l'ordonnance en cours.

Ce temps d'échange permet également de gérer une intervention pharmaceutique issue de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance en cours du patient. Il est bien évident que la conciliation médicamenteuse et l'analyse pharmaceutique sont étroitement liées.

2.3) Processus de conciliation à la sortie

La conciliation de sortie organise la transmission d'une information juste et validée relative au traitement global du patient vers :

- les professionnels de santé d'aval : médecin traitant, pharmacien d'officine, établissement de santé, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
- le patient si ses capacités cognitives et son état de conscience le permettent.

Elle est complémentaire aux informations communiquées par la fiche de liaison ou le courrier de sortie.

Il faut commencer par collecter toutes les informations concernant le traitement médicamenteux du patient à partir du BMO à l'admission, des traitements en cours d'hospitalisation, et éventuellement du courrier de sortie et de l'ordonnance de sortie en cas de conciliation rétroactive. Cette première étape permet de réaliser un nouveau bilan médicamenteux qui va définir la stratégie thérapeutique médicamenteuse du patient. Il consiste à formaliser la liste exhaustive et complète des médicaments à poursuivre à la sortie du patient hospitalisé. Le bilan médicamenteux mentionne les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation (ajout, arrêt, modification de posologie...). Il est possible d'y associer des commentaires thérapeutiques destinés à la bonne compréhension du patient (indications, recommandations de prise...). Le bilan médicamenteux sert de support à la rédaction de l'ordonnance de sortie sauf dans le cas d'une conciliation rétroactive où une étape d'identification et de correction des divergences est réalisée en collaboration avec le médecin. Dans ce cas une nouvelle ordonnance de sortie pourra être réalisée. Le bilan est adressé au médecin traitant et au pharmacien d'officine. Il est remis au patient lors d'un entretien si ses capacités cognitives et son état de conscience le permettent. A défaut, un document lui est remis afin de le communiquer à d'autres interlocuteurs (aidants, familles, médecin spécialiste, infirmières libérales...).

2.4) Processus de conciliation lors d'un transfert

Elle s'apparente à une conciliation des traitements médicamenteux de sortie avec une recherche active des informations concernant le traitement médicamenteux, la réalisation d'un bilan médicamenteux et la collaboration avec le médecin prescripteur. Les données relatives aux médicaments à poursuivre à la sortie de l'unité d'hospitalisation et leurs informations associées sont communiquées aux professionnels médicaux et paramédicaux de manière à permettre une continuité du traitement médicamenteux.

3) Retour d'expérimentation : Projet Med'Rec en résumé [10]

3.1) Objectifs

Prévenir ou corriger les erreurs médicamenteuses des patients entrant en hospitalisation dans l'un des établissements concernés par le projet afin de garantir la continuité de qualité, de la sécurité et de l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse.

3.2) Méthodologie

- Neuf établissements de santé ont été sélectionnés pour participer à l'expérimentation Med'Rec d'une durée de cinq ans après appel à candidatures.

Tableau 1 : Les neufs établissements de santé français de l'expérimentation Med'Rec [10]

Établissement de santé	Région	Date d'entrée dans Med'Rec*	Date d'arrêt de Med'Rec**
CHU Bordeaux	Aquitaine	Octobre 2013	Octobre 2014
CH Compiègne-Noyon	Picardie	Juillet 2011	Octobre 2014
CHU Grenoble	Rhône-Alpes	Juillet 2011	Octobre 2014
CH Lunéville	Lorraine	Février 2010	Octobre 2014
Clinique de Moutier-Rozeille	Limousin	Juillet 2011	Mars 2013
CHU Nîmes	Languedoc-Roussillon	Juillet 2011	Octobre 2014
GH-AP HP Paris Nord Val de Seine Hôpital Bichat-Claude Bernard	Ile-de-France	Juillet 2011	Octobre 2014
CH Saint-Marcellin	Rhône-Alpes	Juillet 2011	Octobre 2014
HU de Strasbourg	Alsace	Juillet 2011	Octobre 2014

*Date d'enregistrement dans la base OMS des indicateurs MR

**Date d'arrêt de la collecte des indicateurs MR dans la base OMS

À noter : La clinique de Moutier-Rozeille a quitté le projet en 2013, suite à sa fusion avec le CH d'Aubusson ; le CHU de Bordeaux n'a intégré le projet Med'Rec qu'en 2013.

- Les patients éligibles à l'expérimentation Med'Rec correspondaient aux patients âgés de plus de 65 ans admis par les urgences, puis hospitalisés en court séjour.
- Les patients ont eu le droit à une conciliation d'admission rétroactive dans les 24h suivant leur entrée en hospitalisation.
- Utilisation de 4 indicateurs (MR) afin de mesurer la performance du processus dans les établissements de santé, ainsi que l'impact de la conciliation des traitements médicamenteux dans la prise en charge du patient.

Tableau 2 : Description des indicateurs utilisés dans le projet Med'Rec [10].

Indicateur		Description ⁷	Objectif	Cible à atteindre ⁸
MR1	<i>Pourcentage de patients ayant bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux dans les 24H de l'admission</i>	<i>Numérateur : Nombre de patients conciliés dans les 24h Dénominateur : Nombre de patients éligibles</i>	Permet de mesurer la performance du SOP Med'Rec.	100%
MR2	<i>Nombre moyen de divergences non documentées intentionnelles, non résolues par patient</i>	<i>Numérateur : Nombre de divergences non documentées intentionnelles non résolues après conciliation Dénominateur : Nombre de patients conciliés dans les 24h</i>	Mesure la traçabilité de l'information associée à l'OMA	0
MR3	<i>Nombre moyen de divergences non documentées non intentionnelles non résolues par patient</i>	<i>Numérateur : Nombre de divergences non documentées non intentionnelles non résolues après conciliation Dénominateur : Nombre de patients conciliés dans les 24h</i>	Mesure l'impact de la conciliation	< 0.3 EM/patient
MR4	<i>Pourcentage de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle</i>	<i>Numérateur : Nombre de patients ayant au moins 1 divergence non documentée non intentionnelle non résolue Dénominateur : Nombre de patients conciliés dans les 24h</i>	Mesure l'impact de la conciliation	0

7. Med'Rec. Assuring Medication Accuracy at Transition in Care : Medication Reconciliation. High 5s : Action on Patient Safety Getting Started Kit. November 2009 : 44.

8. Les cibles renseignées pour chacun des indicateurs représentent les indicateurs optimaux d'impact.

SOP = Standard Operating Protocol = protocole opérationnel standardisé au niveau international testé dans l'établissement, à savoir ici le protocole concernant la conciliation. Un SOP est une pratique organisationnelle standardisée développée sur la base de travaux de recherche et sur l'expertise de spécialistes internationaux. Il s'agit d'un ensemble d'instructions concrètes permettant la mise en œuvre par les professionnels d'un processus défini d'une prise en charge spécifique pour un patient de façon régulière et mesurable.

3.3) Résultats

- Sur l'ensemble des établissements Med'Rec, le nombre de patients conciliés dans les 24 heures a augmenté au cours de l'expérimentation : 2 258 patients en 2011 *versus* 6 470 en 2014.
- La réalisation du bilan médicamenteux optimisé varie en moyenne de 15 à 51 minutes.
- L'échange collaboratif médecin/pharmacien relatif à la résolution des divergences varie de 2 à 15 minutes selon les établissements.
- MR1 varie entre 2.6 et 64.9 % en 2014. Les écarts sont notamment justifiés par le nombre de patients éligibles aux critères Med'Rec d'un établissement à l'autre et par les ressources affectées qui n'ont pas été systématiquement proportionnelles au nombre de patients conciliés.
- Les résultats des indicateurs MR2, MR3, MR4, mesurant la qualité de la conciliation, sont proches de 0 pour l'ensemble des établissements Med'Rec. Cela signifie que la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en France est réalisée efficacement : très peu de divergences sont non résolues après conciliation. La cible de ces indicateurs étant atteinte précocement, le suivi de ces indicateurs avait suscité peu d'intérêt pour la pratique française.
- En 2014, le nombre de divergences non documentées intentionnelles par patient varie entre 0,2 et 5,8 par patient. La même année, le nombre d'erreurs médicamenteuses ou

divergences non documentées non intentionnelles, varie de 0,4 à 2,7 erreurs médicamenteuses par patient.

- **Sur 22 863 patients conciliés** par ces 8 établissements pendant la durée de l'expérience :
 - **21 320 erreurs médicamenteuses avérées** ont été interceptées et corrigées par la conciliation,
 - **23 381 divergences non documentées intentionnelles** ont été détectées et renseignées dans le dossier « patient ».

3.4) Discussion et conclusion

En moyenne, un patient entrant en hospitalisation dans un établissement de santé Med'Rec a 100% de risque d'avoir une erreur médicamenteuse et un changement de traitement non documenté. Ces divergences ont pu être interceptées grâce à la conciliation médicamenteuse qui apparaît comme un moyen efficace de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses.

Le projet d'expérimentation Med'Rec sur la conciliation a permis de prévenir les erreurs médicamenteuses mais également d'impulser une démarche d'équipe pluri professionnelle, d'améliorer l'information et la compréhension du traitement par le patient et d'optimiser l'analyse pharmaceutique.

Les résultats intéressants de l'étude ont permis de donner naissance à de nombreux projets satellites dont Med'Rec Kappa [15]. Ce projet comporte 3 phases dont la première a permis de créer un outil de cotation de la gravité des erreurs médicamenteuses interceptées grâce à la conciliation. La deuxième phase testera l'outil dans les mêmes établissements Med'Rec et la dernière phase sera une étude médico-économique qui tentera de mettre en perspective les résultats de la conciliation en termes de sinistralité évitée en regard des ressources humaines déployées.

Le projet Med'Rec s'est intéressé uniquement à la conciliation d'admission mais la conciliation en sortie est un point essentiel de la continuité de soins et du lien ville hôpital. Dans la littérature il existe quelques petites études locales [16-17] mais cette thématique mériterait une étude de la même ampleur que Med'Rec afin de mettre en place et de valider des outils standardisés de communication et de diffusion entre la ville et l'hôpital afin de garantir toujours cette continuité et sécurité de soins pour le patient.

Aucune réglementation ne contraint les établissements de santé français à mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux mais étant donné les résultats de l'étude il semble pertinent de développer une telle pratique et notamment au Centre Hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne.

Troisième partie : la conciliation médicamenteuse au Centre Hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne (CHCL).

1) Objectif

Mise en place d'un processus de conciliation médicamenteuse au sein des différents services de l'hôpital des Sables d'Olonne afin de garantir la qualité et la sécurité des soins pour le patient et d'améliorer le lien ville-hôpital.

C'est une étude pilote qui servira de base, de modèle à la mise en place à long terme de ce processus dans tous les services de court séjour de l'hôpital. Elle va permettre d'identifier les avantages et les limites de ce processus.

2) Méthode

L'expérimentation a été initiée dans 5 services de MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) : la pneumologie, l'hépatogastrologie, la cardiologie, la médecine interne polyvalente et la gériatrie. Cette étude peut être considérée comme **une étude de cohorte descriptive** dans laquelle nous allons définir des critères d'exclusions et d'inclusions.

Critères d'exclusions :

Nous avons volontairement exclu le service des urgences où le turn over des patients est très important et rend l'exercice compliqué étant donné l'impossibilité d'avoir une présence pharmaceutique en continu dans le service. Nous avons également exclu le service de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) qui n'est pas un service de court séjour et les services de gynécologie et de pédiatrie étant donné que nous nous intéressons dans un premier temps à la conciliation chez les patients adultes présentant plusieurs lignes de traitement.

Critères d'inclusions :

Les patients éligibles sont ceux qui ont été hospitalisés dans les moins de 24h avec ou sans passage par les urgences et ayant plus de 18 ans. Chaque jour le service de pharmacie (l'interne pour le moment) est passé dans un ou plusieurs services, entre 14h et 17h, afin de concilier les nouveaux patients.

Période de recueil :

L'inclusion des patients s'est déroulée entre le 01/06/2016 et le 31/08/2016.

Champs investigués :

- Critère de jugement principal : nombre d'erreurs médicamenteuses par patient concilié.
- Critères secondaires : nombre de médicaments par ordonnance, nombre de divergences, caractérisation et gravité de l'erreur médicamenteuse.

Description de l'étude

Dans un premier temps nous avons réalisé le BMO en utilisant au minimum 3 sources différentes d'informations pour obtenir le traitement médicamenteux le plus exhaustif possible avant l'hospitalisation. Les sources utilisées par ordre de priorité, si disponibles, étaient : l'(les)ordonnances avec laquelle (lesquelles) le patient est venu, l'entretien avec le patient et/ou sa famille, les anciens comptes rendus d'hospitalisation, le contact avec l'officine et le médecin traitant. Le support pour réaliser le BMO est fortement inspiré de celui utilisé dans l'étude Med'Rec (Annexe1).

Dans un deuxième temps, une conciliation rétroactive des traitements médicamenteux en comparant le BMO avec l'ordonnance hospitalière prescrite dans le logiciel Dx Care a été réalisée. Les divergences existantes sont tracées et caractérisées si l'information est disponible : arrêt du traitement durant l'hospitalisation car médicament non détenu à l'hôpital et non essentiel, substitution du médicament car non référencé dans le livret thérapeutique du CHCL, prise en charge de la pathologie pour laquelle le patient est hospitalisé etc. Pour les autres divergences un entretien collaboratif est réalisé avec le médecin ou l'interne qui a effectué la prescription informatique. Soit la divergence est caractérisée d'intentionnelle due à la modification du traitement relatif à l'entrée en hospitalisation ou à un réajustement du traitement après un bilan médical. Soit la divergence est dite non intentionnelle due à une omission, à un manque d'informations, à une erreur de transcription (erreur de posologie, de rythme d'administration, de voie) etc. Nous parlerons à ce moment là d'erreur médicamenteuse qu'il faudra donc corriger en accord avec le médecin ou l'interne. Le support de conciliation utilisé est également inspiré du projet Med'Rec (Annexe 2). L'analyse des résultats est effectuée avec la fiche de conciliation du traitement mais dans l'avenir elle agrémentera le dossier patient et nous facilitera la conciliation de sortie.

Dans un troisième temps, nous avons analysé la gravité potentielle de ces erreurs interceptées. Nous avons utilisé l'algorithme de cotation de la gravité potentielle (Annexe 3) élaboré durant le projet Med'Rec kappa [15] (projet satellite de Med'Rec). Il s'appuie sur une collaboration médecin-pharmacien et sur :

- la nature de l'EM (caractérisation selon la REMED SFPC 2013-2014 [18]) ;
- l'appartenance ou non du médicament en cause à une liste de médicaments à haut niveau de risque (Annexe 4) ;
- la connaissance du contexte clinique et des données biologiques des patients ;
- la connaissance des médicaments associés et le cas échéant des EM identifiées ;
- l'échelle de cotation de la gravité des EM selon la REMED SFPC 2013-2014 [18].

Si le médecin et le pharmacien sont d'accord sur la cotation de l'erreur, la gravité est enregistrée sinon l'avis d'un deuxième médecin est demandé. En l'occurrence dans notre étude un seul médecin a été sollicité.

3) Résultats

3.1) Profil de la population étudiée

Au total, 75 patients ont été inclus durant cette période, à savoir 15 patients dans chacun des 5 services participant à cette étude pilote.

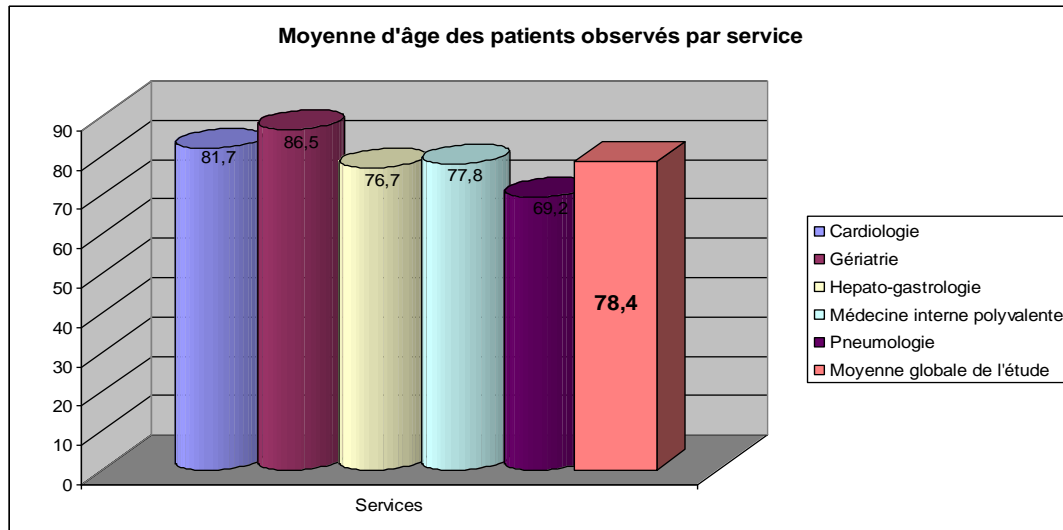


Figure 1

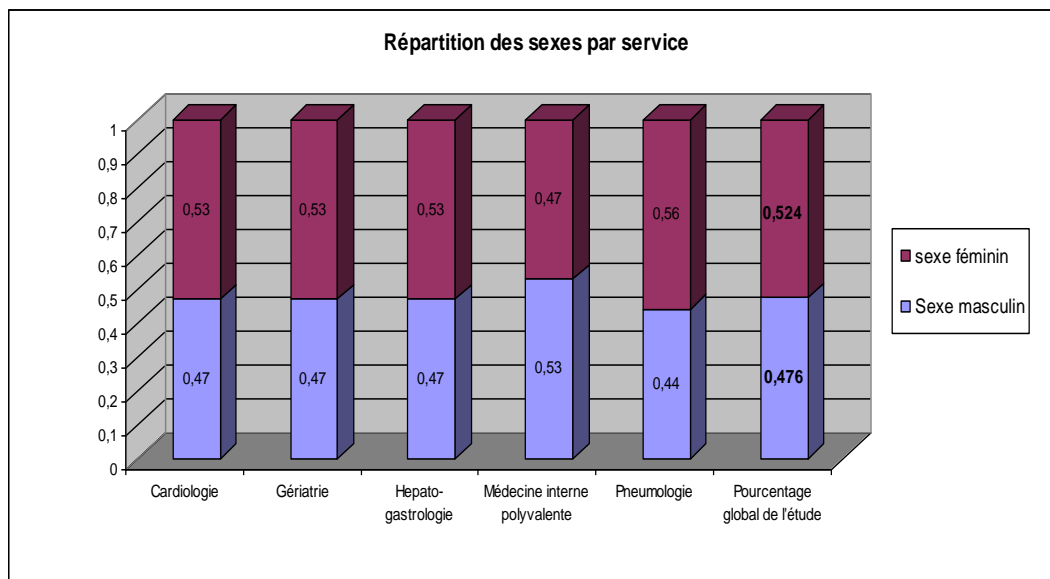


Figure 2

Les personnes hospitalisées au CHCL au sein des différents services de MCO ont **une moyenne d'âge de 78,4 ans**. La répartition des sexes est relativement équilibrée avec un ratio de 1.1 en faveur des femmes.

3.2) Le BMO

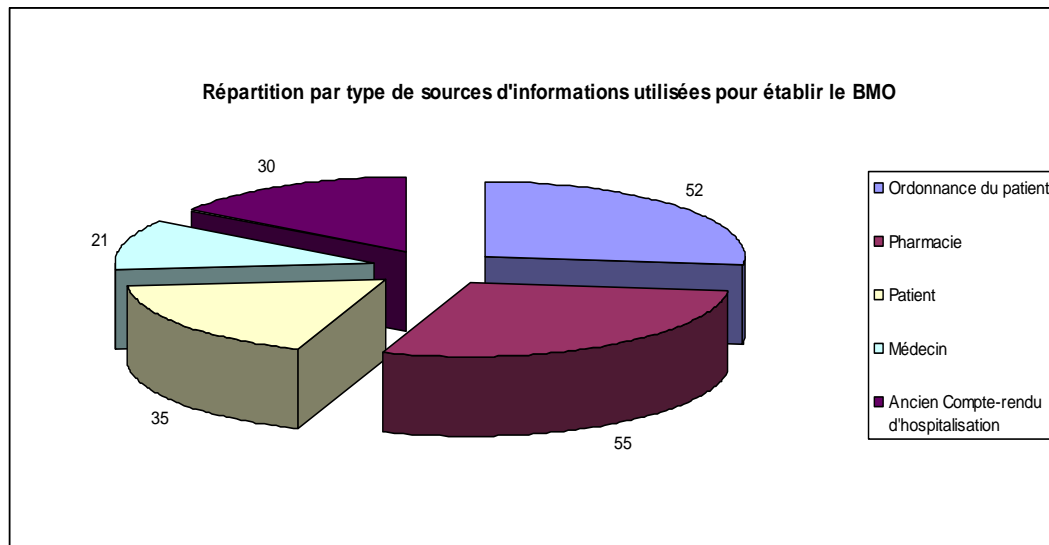


Figure 3

Concernant les contacts téléphoniques, **100% des pharmacies de ville étaient disponibles** et ont pu répondre aux questions alors que **seulement 67% (21/31) des cabinets médicaux contactés ont donné suite à l'enquête** (médecins ne répondant pas après plusieurs appels à différents moments de la journée). Les patients venant de certains EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ont des dossiers informatisés très complets avec tous les traitements en cours, les difficultés d'observance (difficulté à avaler, fausse route etc.), les antécédents, ce qui permet d'avoir une source très fiable pour réaliser le BMO. D'autant plus que les 5 personnes de l'étude venant d'EHPAD ne connaissaient pas leur traitement.

Seulement 35 patients connaissaient leur traitement par cœur. Les 40 autres patients ne le connaissaient pas soit par déficit cognitif (15 patients) soit par désintéressement total (25 patients).

Parmi les ordonnances 45 provenaient des médecins traitants, 6 d'ophtalmologistes et 1 d'un psychiatre.

Les anciens comptes rendus d'hospitalisation provenaient de séjours hospitaliers du CHCL ou du centre hospitalier départemental de La Roche sur Yon.

Il est intéressant de signaler que toutes les pharmacies possédaient systématiquement un double de l'ordonnance du patient, enregistrée informatiquement.

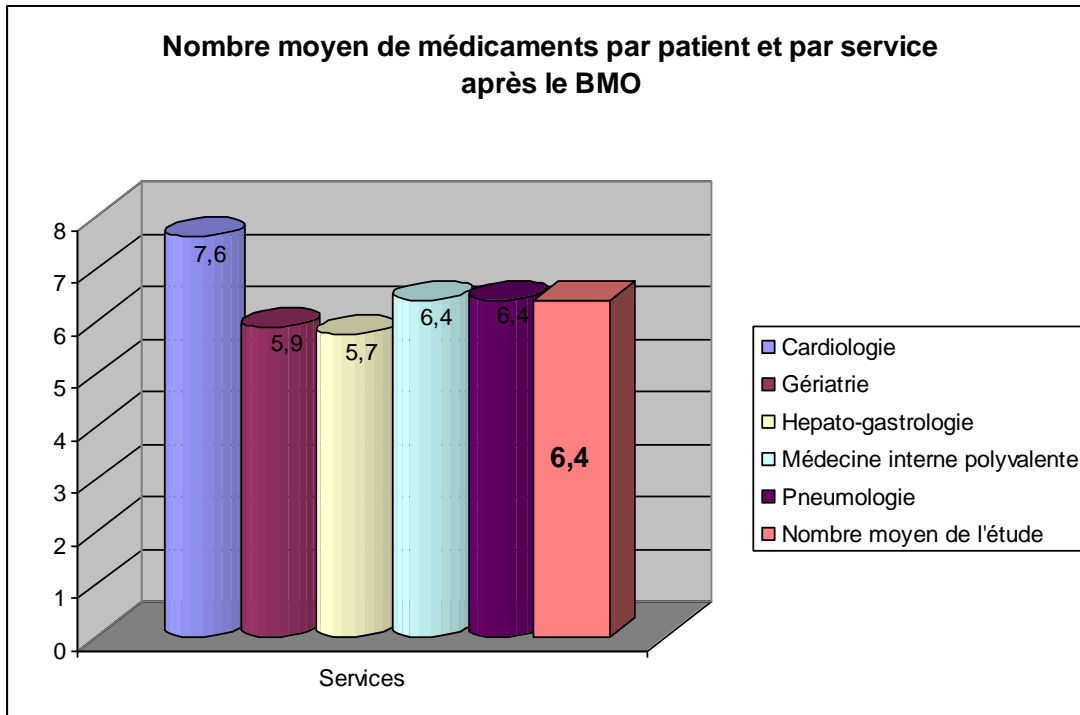


Figure 4

La population de CHCL est donc **âgée et polymédiquée** avec un nombre moyen de médicaments par patient de **6,4**.

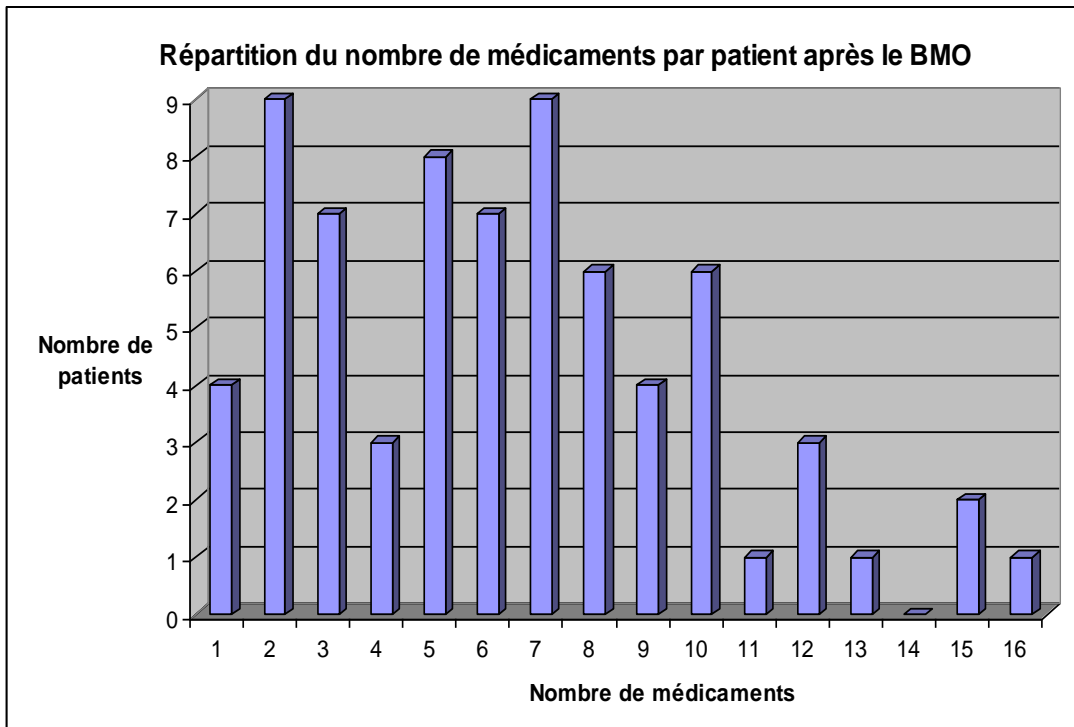


Figure 5

A noter que 4 patients ne possèdent aucun traitement avant leur hospitalisation.

3.3) La conciliation

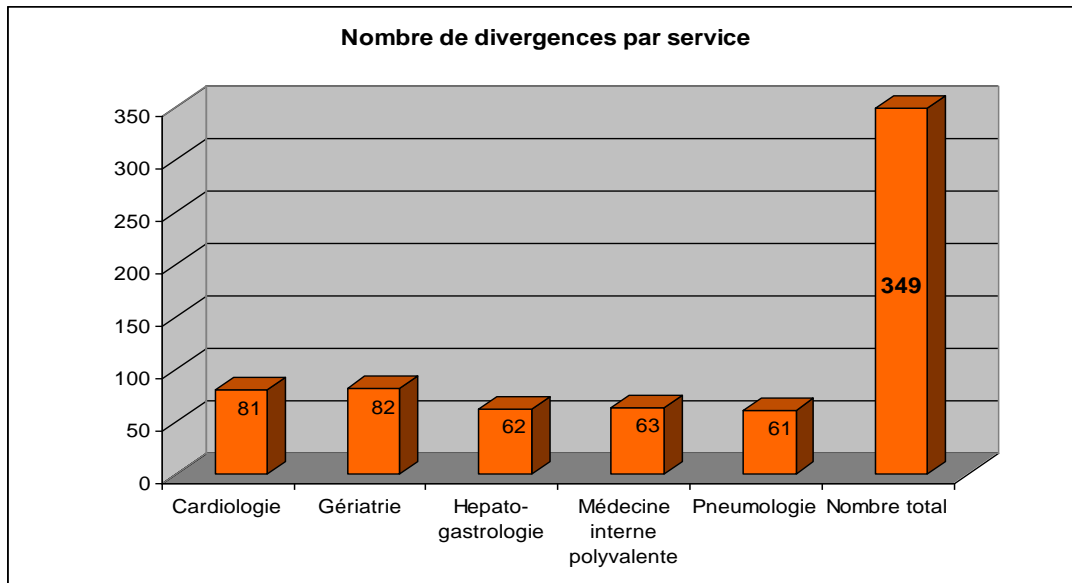


Figure 6

Après réalisation du BMO et comparaison de ce dernier à l'ordonnance d'hospitalisation, il est relevé un nombre moyen de divergences de 69,8 par service et de 4.7 pour les patients inclus dans l'étude. Parmi ces divergences il est important de différencier les divergences intentionnelles (DI) et les non intentionnelles qui sont des erreurs médicamenteuses (EM).

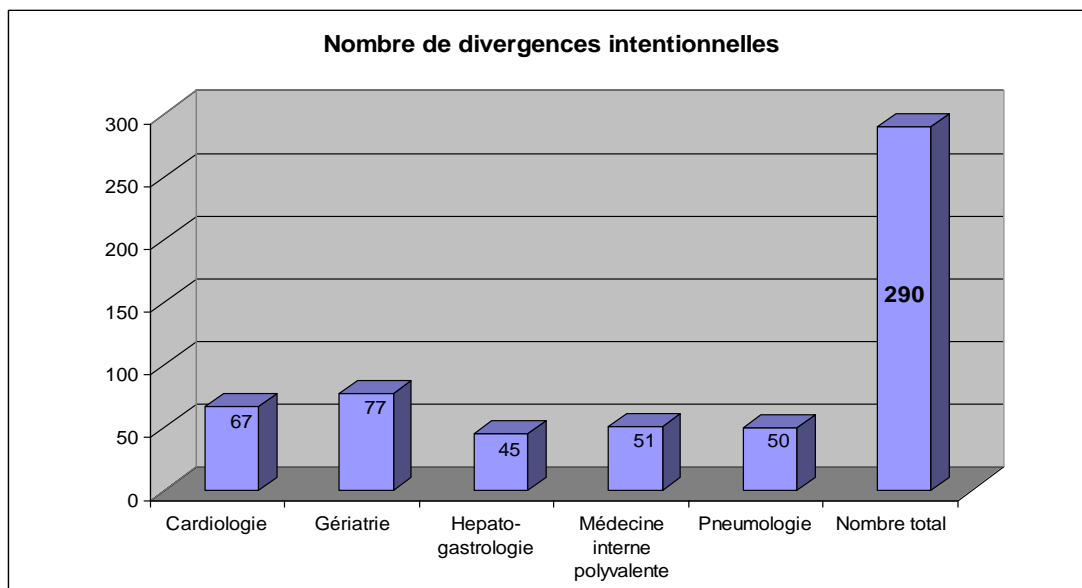


Figure 7

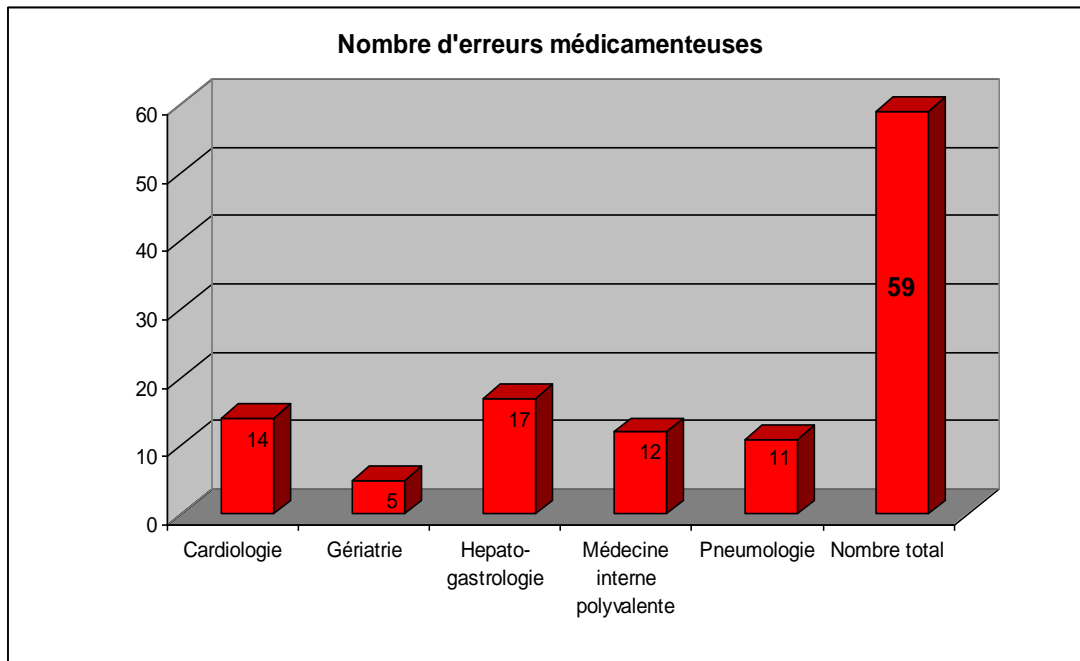


Figure 8

Le nombre d'EM identifiées sur l'ensemble des prescriptions hospitalières de l'étude est de 59 soit une moyenne de 11.8 par service.

Le ratio nombre d'EM / nombre de patients conciliés est de 0.79.

Le nombre de personne ayant au moins une EM sur leur prescription hospitalière est de 34 personnes.

D'après les résultats de l'étude 45% des patients conciliés ont au moins une erreur médicamenteuse. Autrement dit, lorsqu'un médecin prescrit le traitement d'un patient entrant en hospitalisation il a 45% de risque d'introduire au moins une erreur sur son ordonnance.

Le temps moyen nécessaire pour réaliser la conciliation à l'admission d'un patient en prenant en compte l'élaboration du BMO (avec l'entretien patient), la conciliation et la discussion collaborative avec le médecin, est de 40 minutes.

3.4) Caractérisation des erreurs médicamenteuses

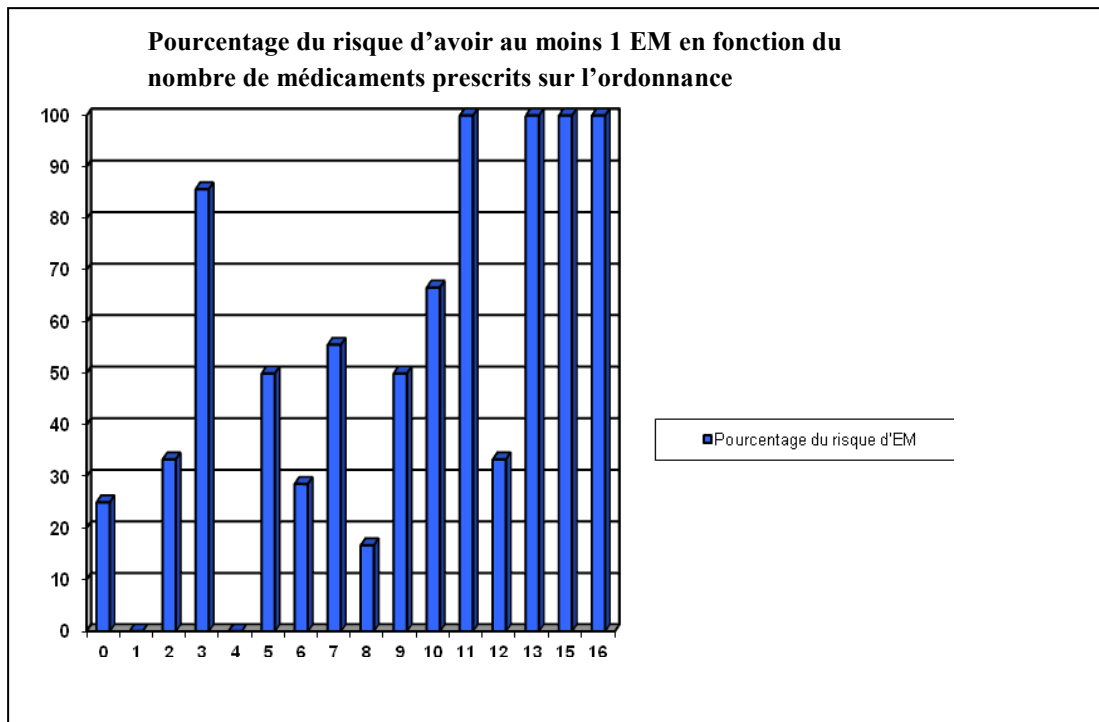


Figure 9

Pour chaque ordonnance dès qu'il y a prescription d'au moins deux médicaments il existe un risque d'EM. Il faut également noter qu'en règle générale, plus le patient possède des médicaments sur l'ordonnance plus le risque d'avoir une mauvaise retranscription à l'hôpital est important. **A partir de 13 médicaments le risque est même de 100%**. Il y a 4 patients qui ne possédaient aucun traitement avant l'hospitalisation mais grâce à la conciliation qui parallèlement permet d'analyser les prescriptions, une erreur médicamenteuse significative a été détectée, à savoir une double anti coagulation curative dans la prise en charge d'une embolie pulmonaire (héparine de bas poids moléculaires / anticoagulant direct).

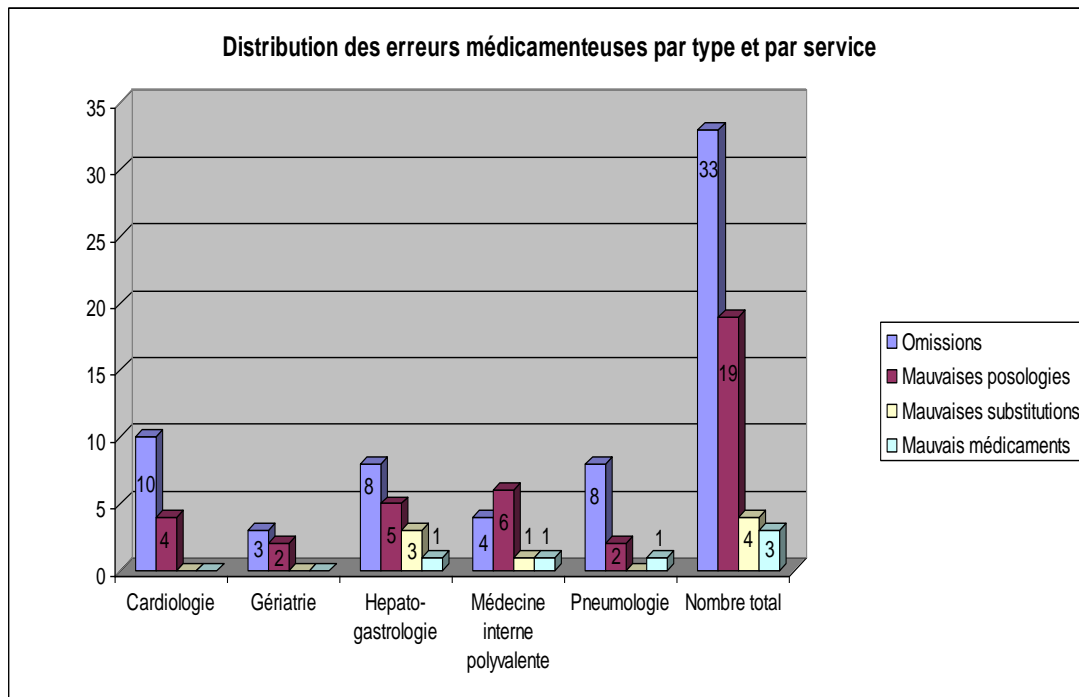


Figure 10

L'EM la plus rencontrée est l'omission de certains traitements (56%) et dans 36% des cas ce sont des **collyres** qui sont oubliés. Dans la majorité des situations, l'information venait du patient et/ou de la pharmacie. Par contre le médecin traitant n'évoquait jamais la notion de collyre.

La deuxième place est attribuée à **l'erreur de posologie avec un taux à 32%**. Dans environ 10% des cas l'erreur de posologie provenaient du service des urgences et étaient poursuivie dans le service d'hospitalisation.

En troisième position, **la substitution** des médicaments est responsable d'environ **7%** des EM.

Remarque : l'hôpital ne possède pas tous les médicaments présents sur le marché français mais seulement une partie car il existe un grand nombre de molécules ayant des propriétés identiques produites par différents laboratoires sous différentes formes pharmaceutique et différents dosages. En 2013, le nombre de dossiers d'Autorisations de Mises sur le Marché (AMM) distincts (toute AMM délivrée prend en compte la substance active, le dosage et la forme pharmaceutique), s'élève à 11 200 [19]. Au CHCL en 2016, le nombre de médicaments référencés, est de 1235. Il existe donc une sélection qui est faite par les pharmaciens et les médecins de l'hôpital au sein des réunions du comité des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. Le choix porte sur les pratiques professionnelles, les recommandations des sociétés savantes, les études de mise sur le marché et sur des critères économiques.

L'erreur de mauvais médicament correspond à une erreur de classe pharmacologique ou à la prescription d'un médicament qui ne devait pas l'être.

Il est important de préciser que 100% des EM constatées ont été acceptées et corrigées par les prescripteurs.

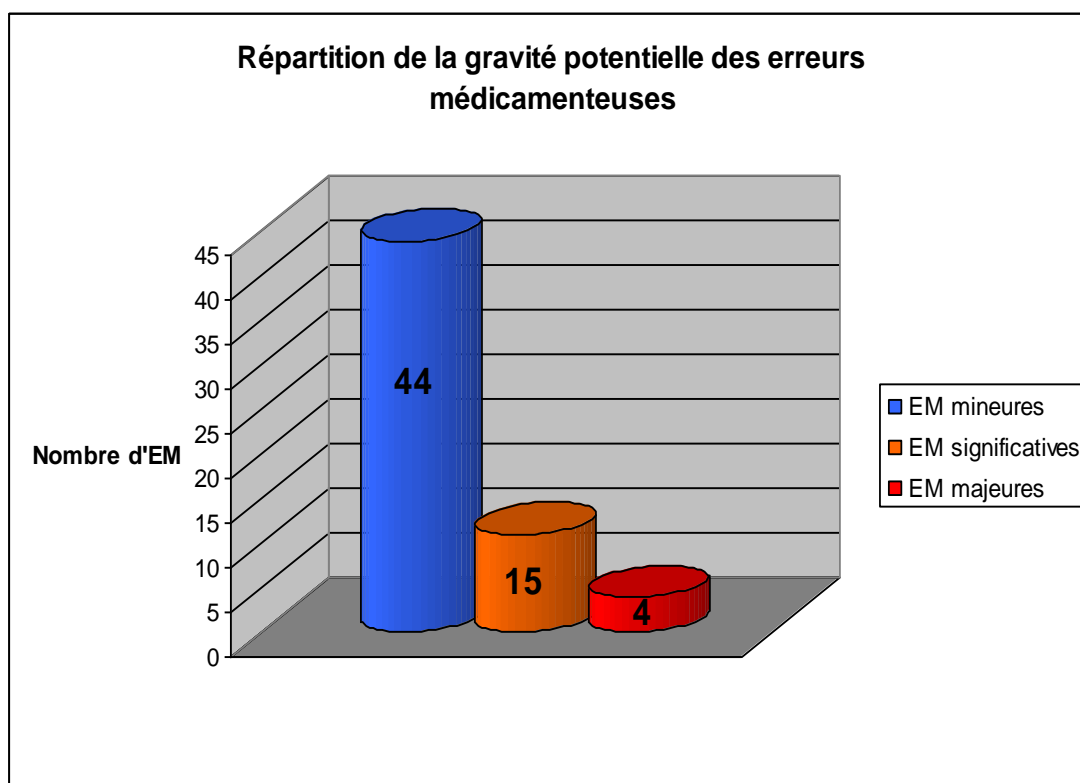


Figure 11

Tableau 3 : les erreurs médicamenteuses de l'étude du CHCL et leur gravité potentielle

Cas	Services	Description de l'EM	Gravité potentielle
1 EM par patient			
1	Cardiologie	Omission collyre	mineure
2	Cardiologie	Omission collyre	mineure
3	Cardiologie	Omission collyre	mineure
4	Cardiologie	Erreur de posologie Anticoagulant direct	majeure
5	Cardiologie	Omission patch trinitrine	mineure
6	Gériatrie	Omission pommade Anti inflammatoire	mineure
7	Gériatrie	Erreur posologie collyre	mineure
8	Gériatrie	Erreur posologie Beta bloquant	significative
9	Hépatologie gastrologie	Erreur de posologie Anti acide	mineure
10	Médecin interne polyvalente	Omission Statine	mineure

11	Médecin interne polyvalente	Erreur posologie stupéfiant	significative
12	Médecin interne polyvalente	Erreur de substitution Inhibiteur de l'enzyme de conversion	mineure
13	Médecin interne polyvalente	Erreur posologie Béta bloquant	mineure
14	Médecin interne polyvalente	Erreur posologie ivabradine	significative
15	Médecin interne polyvalente	Omission Hypnotique	mineure
16	Pneumologie	Double anticoagulation sur embolie pulmonaire	majeure
17	Pneumologie	Omission traitement Antibiotique longue durée	significative
18	Pneumologie	Omission patch trinitrine	mineure
19	Pneumologie	Omission Antidépresseur	mineure
20	Pneumologie	Erreur posologie Antidépresseur	mineure
2 EM par patient			
21	Cardiologie	Omission collyre	mineure
22		Omission collyre	mineure
23	Cardiologie	Erreur de posologie Antidiabétique sous cutané (mL au lieu de mg)	significative
24		Omission antihistaminique	mineure
25	Cardiologie	Omission collyre	mineure
26		Omission collyre	mineure
27	Gériatrie	Omission collyre	mineure
28		Omission collyre	mineure
29	Hépatologie gastrologie	Omission collyre	mineure
30		Omission bain de bouche	mineure
31	Médecin interne polyvalente	Erreur posologie Antidépresseur	mineure
32		Omission médicament urologique	mineure
33	Pneumologie	Omission Antiépileptique	majeure
34		Omission anti acide	mineure
3 EM par patient			
35	Cardiologie	Erreur de posologie médicament de l'hyperkaliémie	significative

36		Erreur posologie Antidépresseur	mineure
37		Omission collyre	mineure
38	Hepatologie gastrologie	Erreur de substitution Inhibiteur de l'enzyme de conversion	mineure
39		Erreur de posologie collyre	mineure
40		Erreur de médicament dorzolamide / acetazolamide (collyre / comprimé)	majeure
41	Hepatologie gastrologie	Erreur de posologie Antidiabétique oral	significative
42		Omission collyre	mineure
43		Erreur posologie collyre	mineure
44	Hepatologie gastrologie	Erreur posologie Beta bloquant	significative
45		Omission Diurétique	mineure
46		Omission collyre	mineure
4 EM par patient			
47	Médecin interne polyvalente	Erreur de posologie Hormone thyroïdienne	mineure
48		Erreur de médicament Fibrate / Statine	mineure
49		Erreur de posologie Beta bloquant	mineure
50		Erreur de posologie Anti inflammatoire	mineure
51	Pneumologie	Erreur de posologie Veinotonique	mineure
52		Omission collyre	mineure
53		Omission collyre	mineure
54		Erreur posologie Hypnotique	mineure
5 EM par patient			
55	Hepatologie gastrologie	Omission antiagrégant plaquettaire	significative
56		Erreur posologie Beta bloquant	significative
57		Erreur posologie Anti arythmique	significative
58		Omission Antidépresseur	mineure
59		Omission collyre	mineure

➤ Description des 4 erreurs médicamenteuses majeures (potentiellement graves)

- Cas numéro 1 : Femme de 85 ans, entrant aux urgences pour polypnée et dyspnée associées à une douleur thoracique compressive sans irradiation. Prise en charge de sa décompensation cardiaque en service de cardiologie. La patiente possède comme antécédents de l'hypertension artérielle, une dyslipidémie, une fibrillation auriculaire (FA) et un infarctus du myocarde (IDM) récent. Après le BMO, mise en évidence d'une anomalie de posologie du rivaroxaban (anticoagulant oral direct). La dose recommandée dans l'indication « prévention du risque thromboembolique chez une patiente en FA » et non insuffisante rénale est de 20 mg. Dans le BMO et dans la prescription hospitalière la dose prescrite était de 10 mg. Sachant que cette patiente a eu un IDM nécessitant une angioplastie quelques mois auparavant, il est possible d'imaginer qu'avec une anti coagulation efficace il aurait potentiellement pu être évité.

- Cas numéro 2 : Homme de 53 ans ayant comme antécédent une hypertension artérielle non traitée. Il consulte les urgences pour douleur thoracique aiguë et dyspnée. Il est par la suite hospitalisé en pneumologie pour la prise en charge d'une embolie pulmonaire (EP). L'enoxaparine (anticoagulant sous cutané), à dose curative, instaurée aux urgences, pour la suspicion de l'EP, est continuée dans le service de pneumologie mais parallèlement un traitement par anticoagulant oral direct (rivaroxaban), à dose curative également, est instauré. L'analyse pharmaceutique toujours couplée à la conciliation, a permis d'intercepter cette double anti coagulation et donc de diminuer le risque hémorragique pour le patient.

- Cas numéro 3 : Patiente de 63 ans, ayant comme antécédents une arriération mentale profonde, un diabète et une épilepsie. Elle vit en foyer spécialisé non autonome. Elle est adressée aux urgences pour dyspnée fébrile puis est prise en charge en pneumologie pour broncho-pneumopathie droite. Après comparaison de son BMO et de l'ordonnance hospitalière, il est détecté une omission de son traitement antiépileptique. L'erreur est rapidement corrigée mais la prescription de l'antiépileptique est erronée nécessitant une deuxième intervention pharmaceutique. Etant donnée le type de médicament et le profil de la personne le risque était réel.

- Cas numéro 4 : Patient de 53 ans rentrant en hospitalisation directe pour pancréatite aiguë (transfert du service de post-urgence d'un autre centre hospitalier). Quelques antécédents sont à noter comme une hypertension intra oculaire, une hypertryglicéridémie sous régime uniquement et une hypertension artérielle. Le patient possède, d'après son BMO, 3 médicaments dont 2 collyres. Sur ces 3 lignes retranscrites sur l'ordonnance informatisée, il y a 1 erreur par ligne. La première EM est une erreur de posologie avec augmentation de la dose de son antihypertenseur, la deuxième est une erreur de médicament avec prescription du Xalatan® (latanoprost) à la place du Xalacom® (latanoprost + timolol) et la troisième est une erreur de substitution de la spécialité « Trusopt® » avec le générique « dorzolamide ». En effet le médecin a prescrit au lieu d'un collyre à base de dorzolamide, des comprimés d'acétazolamide. L'enchaînement de ces 3 EM et notamment de la dernière constitue un risque important pour le patient.

4) Discussion / Conclusion

4.1) Comparaison des résultats de l'étude du CHCL et ceux disponibles du projet Med'Rec dans le rapport de la HAS [10]

Tableau 4 : Comparaison des résultats de l'étude du CHCL et ceux du projet Med'Rec [10]

	Résultats du CHCL	Résultats du projet Med'Rec [10]
Population concernée	tous les patients mais l'âge moyen de l'étude est de 78,4 ans	patient de plus de 65 ans
Nombre de patients conciliés	75	22863
Nombre moyen de médicaments par patient concilié	6,4	7
Nombre d'EM total	59	21320
Nombre d'EM / Nombre de patients conciliés	0,79	0,93
Temps moyen pour réaliser la conciliation	40 minutes	35 minutes
Caractérisation des erreurs médicamenteuses		
Nombre d'EM caractérisées	59	145*
Nom de patients conciliés	75	70*
Erreurs par omission	56%	73%
Erreurs de posologie	32%	20%
Erreurs de médicament (+ erreurs de substitution)	12%	7%
Nombre de patients avec au moins 1 EM de gravité potentielle majeure	4	17

*Les 145 EM des 70 patients ont été sélectionnées sur 8 établissements du projet Med'Rec pour évaluer et valider l'outil de cotation, de caractérisation des EM de l'étude kappa. Les dossiers ont été sélectionnés mais sans tirage au sort donc les 70 patients ont tous des EM sur leur prescription. Les résultats ne sont donc pas comparables à ceux de l'étude du CHCL.

Au regard des résultats du CHCL et du projet Med'Rec nous pouvons conclure que nous présentons le même profil de résultat.

La différence du ratio nombre d'EM sur nombre de patients conciliés peut s'expliquer par le fait que le nombre moyen de médicaments est légèrement plus faible dans l'étude du CHCL et comme décrit dans les résultats « plus le patient possède des médicaments plus le risque d'EM est importante ». Il faut également remarquer que dans l'étude, l'âge n'est pas un critère d'exclusion, 9 patients ont moins de 65 ans dont 2 sans aucun traitement et 2 avec un seul médicament.

Du point de vue de la caractérisation des EM, il n'est donc pas possible de comparer les résultats sauf pour la typologie des EM. Dans les 2 études, le classement est identique, à savoir omission en premier puis erreur de posologie et enfin erreur de médicament.

Les temps de conciliation sont légèrement différents mais cela est très opérateur et établissement dépendants.

4.2) La conciliation au CHCL

S'il faut retenir un chiffre de toute cette étude, c'est qu'un patient hospitalisé en service de court séjour (Cardiologie, Gériatrie, Hépato-gastrologie, Pneumologie et Médecine interne polyvalente) au CHCL, qu'il soit passé ou non par les urgences, quelque soit ses antécédents, son traitement d'entrée et son âge, a **45% de risque d'avoir au moins une erreur médicamenteuse sur sa prescription hospitalière. C'est-à-dire qu'un patient entrant au CHCL peut jouer à pile ou face pour savoir si sa prise en charge médicamenteuse est optimale.**

Il est bien évident qu'il faut rester critique sur ce résultat, la caractérisation de l'EM est essentielle pour juger de sa gravité potentielle. Dans l'étude, 4 EM ont été jugées potentiellement majeures c'est-à-dire qu'elles auraient pu avoir des conséquences cliniques temporaires pour le malade (allongement du séjour, transfert dans un autre service, à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible). **Avec cette donnée, un patient entrant au CHCL a 3% de risque d'avoir une EM potentiellement grave.** Toutes les EM ont été jugées avec un impact clinique à court terme mais si l'on s'intéresse sur la conséquence à long terme, la majorité de ces erreurs pourrait devenir potentiellement grave.

Prenons l'exemple des collyres qui traitent le glaucome (hypertension intra oculaire de l'œil). En hospitalisation comme nous avons pu le constater, ils sont fréquemment oubliés sur la prescription car ils sont souvent prescrits par l'ophtalmologue sur une autre ordonnance que celle du médecin traitant (lui-même rarement au courant de la molécule et de la posologie que possède son patient). Si le séjour est court, l'absence de collyre pour le patient n'aura pas ou très peu d'impact clinique pour le patient s'il le reprend en sortie d'hospitalisation. Si le séjour se complique, devient plus long, le fait de ne pas traiter cette maladie chronique entraîne un risque accru de cécité pour le patient. Par contre si durant l'hospitalisation le patient prend son collyre en autonomie sans que le médecin soit informé, il y a un risque que le médecin prescrive des médicaments contre indiqués avec le collyre ou que la situation clinique du patient soit contre indiquée avec la prise du collyre. Toute prise en charge médicamenteuse est différente, toute situation clinique est différente, toute EM est différente et même si elle est jugée mineure elle doit être interceptée et corrigée afin de ne pas s'aggraver et de garantir une sécurité maximale pour le patient.

Pour aller plus loin avec les données de l'étude il semble pertinent d'extrapoler ces résultats étant donné le faible nombre de patients. En 2015 le nombre total de courts séjours s'est élevé à 4838 patients (877 en cardiologie, 1012 en pneumologie, 955 en hépato-gastrologie, 923 en médecine interne polyvalente et 1071 en gériatrie). Si les résultats de l'étude sont transposés à l'échelle d'une année, le nombre de patient entrant en hospitalisation qui auraient au moins une erreur médicamenteuse serait de **2177 et totaliseraient environ 4078 EM. Sur ces patients 145 d'entre eux seraient potentiellement victime d'une EM majeure.**

La conciliation permet donc d'intercepter toutes ces EM qui potentiellement à court, à moyen ou à long terme pourraient avoir des conséquences néfastes pour les patients.

L'étude du CHCL a donc démontré que pour sa population, la conciliation est essentielle si l'hôpital veut garantir une qualité et une sécurité des soins pour ces patients. Elle permettrait également de sécuriser, d'épauler les médecins dans leurs pratiques professionnelles, comme le fait déjà l'analyse pharmaceutique (la conciliation est bien évidemment efficace si elle est couplée à l'analyse pharmaceutique), et en terme d'économie de santé elle pourrait se montrer efficace par réduction des complications liées aux EM et donc des coûts hospitaliers (diminutions des séjours hospitaliers et / ou des réadmissions aux urgences).

La conciliation semble être l'avenir d'une pharmacie clinique réfléchie mais des limites semblent se dessiner.

4.3) Les limites de l'étude, de la conciliation et les points à améliorer

Le premier point à soulever est le temps. En effet le temps moyen pour concilier un patient est de 40 minutes ce qui est extrêmement chronophage sachant qu'en moyenne chaque jour est hospitalisé au CHCL 14 patients. Il faudrait donc deux équivalents temps plein pour réaliser la conciliation à l'admission dans tous les services de court séjour. De plus la conciliation à l'admission est simplement le début du projet car il serait très intéressant de développer la conciliation à la sortie pour améliorer l'observance du patient et renforcer le lien hôpital-ville.

Ce temps pharmacien a un coût mais pourrait être associé à un temps préparateur. La conciliation serait alors réalisée par un binôme pharmacien-préparateur. Le préparateur pourrait réaliser le BMO et mettre en évidence les divergences pendant que le pharmacien analyserait la prescription et collaborait avec le médecin pour corriger les éventuelles erreurs.

A l'hôpital outre la qualité et la sécurité des soins un autre mot règne en maître « économie ». Comment financer des postes alors qu'ils ne vont pas réaliser directement des actes remboursés par la sécurité sociale ? Certains hôpitaux ont pris le pari du bénéfice sur le long terme et ont financé des postes pour la conciliation. En novembre 2014, le CHU de Nîmes a déployé une équipe mobile de 17 pharmaciens cliniciens dans les services médecine et de chirurgie, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse à travers la conciliation.

Pour valider et justifier des postes de conciliation il faudrait mener une étude d'impact au long court sur le taux de ré hospitalisation des patients conciliés à l'admission et à la sortie versus des patients non conciliés. Le projet MEDISIS, satellite du projet Med'Rec, est un programme mettant en œuvre six actions complémentaires, parmi lesquelles l'activité de conciliation, pour diminuer le recours à la réhospitalisation précoce du patient hospitalisé. Au centre hospitalier de Lunéville le projet est en cours depuis 2014 et devrait se terminer en 2017. Une étude antérieure, menée à Lunéville de mai 2010 à avril 2012, a concilié les patients de plus de 65 ans hospitalisés après passage par les urgences. Cent trente six patients n'ont pas été conciliés versus 215 patients conciliés. **Au final, le pourcentage de réhospitalisation à 30 jours est réciproquement de 12.5% versus 8.9% soit une diminution du taux de réhospitalisation de 29.3% [20].** Une fois le projet de conciliation de sortie opérationnel au CHCL il ne restera plus qu'à faire cette étude d'impact.

Une autre limite à citer pourrait être également la non volonté des médecins à travailler en synergie avec le pharmacien (ou l'inverse) mais heureusement au CHCL les relations entre les professionnels de santé sont bonnes.

Au niveau matériel, il serait nécessaire de changer de support. En effet le papier n'est plus vraiment d'actualité dans l'ère du tout numérique. Un support informatique serait le bienvenu pour enregistrer les informations de la conciliation dans le dossier patient et pour transmettre plus facilement ces informations via internet, par messagerie sécurisée, aux médecins traitants et aux pharmaciens officinaux.

Dans notre étude nous n'avons pas pu utiliser le dossier pharmaceutique (DP) qui permet d'accéder via la carte vitale du patient à tous les médicaments dispensés au cours des 4 derniers mois. Cet historique général de 4 mois est porté à 3 ans pour les médicaments biologiques et à 21 ans pour les vaccins. A l'heure actuelle notre logiciel de prescription n'est pas DP compatible. Si l'on regarde sur l'ensemble du territoire seulement 9% des PUI sont connectées au DP versus 99.8% des pharmacies officinales [21].

La conciliation semble un outil efficace mais est ce que toute l'énergie dépensée, le temps et l'argent investis ne sont pas qu'une goutte d'eau dans un océan. Sûrement mais comme une révolution, il faut y croire et tenter d'améliorer ce processus pour le rendre plus facile, plus rentable et surtout plus pérenne.

La conciliation pourrait être l'une des possibilités pour renforcer le lien ville hôpital mais comment la poursuivre en sortie d'hospitalisation pour être sûr qu'il n'y est pas de phénomène de rupture ? La transmission par messagerie sécurisée n'est pas encore assez développée, les différentes professions de santé en ville dialoguent très peu entre elles et ont un temps limité pour s'investir dans des projets de conciliation d'autant plus que ce ne sont pas des activités rémunérées. Pour être réellement efficace, la conciliation à l'hôpital devrait être également réalisée en ville par les pharmaciens officinaux en collaboration avec les médecins traitants.

Faire de la conciliation à l'hôpital est une chose motivante mais la réalisation du BMO est chronophage et constitue un frein important à sa réalisation, sachant qu'en ville si les informations sont perdues ou faute de temps, non utilisées, il faudrait recommencer lors d'une nouvelle hospitalisation. Pour réduire ce temps il faudrait comme pour les dossiers de certains EHPAD que toutes les informations médicales soient centralisées informatiquement dans une même structure. Une seule source d'information serait utilisée directement pour réaliser la conciliation. Comme l'hôpital il faudrait des structures en ville qui regrouperaient plusieurs professionnels de santé différents (médecins, infirmiers, pharmaciens ...) qui travailleraient avec un logiciel commun donnant accès à tous les traitements et les antécédents des patients. Pour réaliser la conciliation à l'admission il suffirait de contacter directement cette structure, en l'occurrence le pharmacien, qui transmettrait le dernier traitement du patient, concilié avec le médecin traitant. Le dialogue s'effectuerait dans l'autre sens à la sortie d'hospitalisation du patient. Ainsi la conciliation serait facilitée et le lien ville hôpital renforcé.

La conciliation doit donc être réfléchie en tenant compte des limites de l'hôpital mais surtout des contraintes provenant de la ville. Pour que notre système de santé assure une qualité et une sécurité des soins optimales à l'ensemble de ces usagers il faut penser coopération entre professionnels de santé, entre ville et hôpital et non individualité.

C'est dans cette logique que des projets de regroupement pluri professionnels en ville ont vu le jour depuis quelques années : « les maisons et pôle de santé pluri professionnelle ».

C'est dans cette démarche que la deuxième partie de ma thèse va s'attacher au rôle que pourrait avoir le pharmacien dans ces structures. Le seul but recherché étant de « proposer des idées pour garantir la qualité et la continuité des soins et en espérant pouvoir améliorer le lien ville-hôpital ».

Quatrième partie : bonnes pratiques hospitalières au service des missions du pharmacien d'officine pour renforcer le lien ville hôpital

Le monde change et l'environnement professionnel des pharmaciens est inévitablement associé à ces mutations qu'elles soient sociétales, structurelles, scientifiques ou technologiques. Après avoir présenté dans les parties précédentes les enjeux sécuritaires associés au parcours de soins à travers l'exemple de la conciliation médicamenteuse, il apparaît indispensable de se consacrer à une réflexion prospective sur le rôle du pharmacien dans ces nouvelles organisations.

Cette partie se veut donc un travail prospectif dans lequel j'expose un projet d'amélioration du lien ville hôpital dans lequel le pharmacien contribue à promouvoir la qualité et la sécurité des soins.

1) Le métier pharmacien

1.1) Le pharmacien hospitalier

Le pharmacien hospitalier exerce son activité au sein des différents services de l'hôpital et dans la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'établissement de santé. La PUI fait l'objet d'un chapitre entier du Code de la Santé Publique (CSP) [22]. Y sont abordées les conditions d'ouverture d'une PUI, d'approvisionnement, de gérance mais également ces missions. Il est important de noter que la notion de PUI se conçoit en fonction de l'entité juridique et non en fonction de l'entité physique. D'après le Code de Santé Publique, les missions sont attribuées à la PUI et c'est le pharmacien qui doit les appliquer. En pratique nous parlons plus facilement d'entité physique pour une PUI et des missions du pharmacien hospitalier.

D'après INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en 2013, la France est dotée de 1165 centres hospitaliers (CHU/CHR : 183) et au total 3193 établissements de santé sont présents sur le territoire pour 2537 PUI.

Les pharmaciens hospitaliers ont vu le champ de leurs missions s'élargir considérablement au cours des dernières années, les plaçant au cœur d'enjeux majeurs, à l'interface des services cliniques et administratifs, en vue de garantir à la fois le meilleur usage des produits de santé et des ressources de l'établissement [23].

Le Code de la Santé Publique décrit les « besoins pharmaceutiques » de l'établissement auxquels sa pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre et par conséquent les missions qui lui sont dévolues.

Selon les produits de santé et leur destination, certaines activités sont obligatoires pour toutes les pharmacies à usage intérieur et d'autres sont optionnelles. Elles sont toutes autorisées par le directeur de l'Agence Régionale Santé (ARS) en fonction d'un certain nombre de critères en termes de locaux, personnels, équipements et systèmes d'information.

Les activités obligatoires sont la gestion, l'approvisionnement, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, dispositifs médicaux stériles et autres produits de santé «réservés aux pharmaciens», la réalisation des préparations magistrales et la division des produits officinaux [24].

D'autres missions optionnelles peuvent s'ajouter aux missions de base, parmi lesquelles figure :

- la préparation des dispositifs médicaux stériles,
- la réalisation de préparations hospitalières,
- la préparation de médicaments radiopharmaceutiques,
- la reconstitution des produits de chimiothérapie,
- la réalisation de préparations rendues nécessaires par les recherches biomédicales,
- l'importation de médicaments expérimentaux,
- la vente de médicaments au public (rétrocession)
- la délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales [25].

La réalisation de préparations magistrales ou hospitalières, la reconstitution de spécialités pharmaceutiques ainsi que la préparation des dispositifs médicaux stériles (DMS) peuvent être effectuées pour le compte d'autres établissements ou de professionnels de santé libéraux dans le cadre de conventions soumises à autorisation (sous-traitance) sans pour autant exonérer le donneur d'ordre de ses responsabilités.

En complément de ces missions, le code de la santé publique en confie d'autres aux pharmacies hospitalières :

- mener ou participer à toutes actions d'information sur les produits de santé et de promotion et d'évaluation de leur bon usage, contribuer à leur évaluation,
- concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- mener ou participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

Selon l'établissement et ses orientations, les pharmaciens hospitaliers peuvent aussi être impliqués dans d'autres activités telles que :

- dosages et analyses pharmacocinétiques des médicaments,
- activités de gestion de produits de santé « hors monopôle »,
- activités transversales d'hygiène,
- activités transversales de gestion des risques [26].

La gérance de chaque pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien nommé par le représentant légal de l'établissement. Il est notamment responsable du respect de toutes les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'activité pharmaceutique.

La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité.

Le pharmacien hospitalier intervient également dans la formation et l'enseignement des étudiants et des internes en pharmacie. Il peut également être amené à dispenser des cours aux différentes filières médicales et paramédicales.

En ce qui concerne la recherche, le pharmacien intervient dans les recherches biomédicales organisées à l'hôpital en assurant les prestations pharmaceutiques et en apportant, si besoin, son expertise personnelle. Il participe de manière active aux programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) et aux autres activités de recherche institutionnelle.

Le pharmacien participe à la permanence des soins par la mise en place au sein de l'établissement d'astreintes ou de gardes.

1.2) Le pharmacien d'officine

Il exerce son art pharmaceutique au sein de l'officine de pharmacie : établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets dont la préparation et la vente sont réservées aux pharmaciens, ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales. En plus des médicaments et des produits dont la dispensation relève exclusivement de l'officine, cette dernière peut également vendre diverses marchandises dont la liste est fixée par arrêté ministériel [27].

En 2015 le conseil de l'ordre a recensé 21772 pharmacies d'officine sur le territoire français.

Le cœur du métier de pharmacien est la dispensation médicamenteuse, appelée également acte pharmaceutique.

Il est réalisé par un pharmacien titulaire, adjoint ou remplaçant ou par une personne titulaire du brevet professionnel de préparateur en pharmacie mais sous contrôle du pharmacien. Cet acte de dispensation correspond à l'analyse pharmaceutique de plusieurs éléments aboutissant à la délivrance du médicament :

- validité de l'ordonnance (identification du patient, du prescripteur, date et signature)
- contrôle de la durée de traitement et du renouvellement éventuel de l'ordonnance,
- vérification pour chaque médicament de la posologie correspondante à l'indication thérapeutique mentionnée dans l'AMM (Autorisation de mise sur le marché) de celui-ci,
- contrôle du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance inhérentes aux médicaments prescrits,
- recherche d'interactions médicamenteuses et des effets indésirables si renouvellement,
- information et conseil au patient concernant les spécificités du traitement, l'observance et le bon usage des produits de santé,
- assurer le suivi des traitements chez des patients qui le sollicitent régulièrement. Ceci afin d'écartier tout mésusage et d'assurer la concordance des quantités délivrées lors des dispensations successives.

A travers cet acte, le pharmacien se doit d'intégrer les particularités propres à chaque patient, de le conseiller, même pour des médicaments ne nécessitant pas de prescription médicale. S'il estime la raison légitime dans l'intérêt du patient, le pharmacien a le devoir de refuser la délivrance du médicament et d'en informer le prescripteur.

Outre la dispensation de médicaments à usage humain et vétérinaire, les activités du pharmacien sont très variées, elles comprennent entre autres :

- la réalisation et/ou le contrôle de préparations magistrales ou officinales,
- la gestion et l'approvisionnement des stocks de médicaments
- la responsabilité d'encadrement et de formation de l'équipe officinale,
- la participation à la veille sanitaire, aux campagnes de dépistages, aux actions de prévention et d'éducation sur des thèmes de santé publique comme l'obésité, les toxicomanies, les maladies sexuellement transmissibles,
- la participation au système national de pharmacovigilance et de matériovigilance qui permet de notifier des effets indésirables causés par la prise de médicaments ou l'utilisation de dispositifs médicaux,
- comme les médecins, le pharmacien doit obligatoirement participer à la permanence des soins par la mise en place confraternelle de services de garde.

Le 21 juillet 2009, la loi HPST amorce des changements sans précédents au chapitre « Pharmacie d'officine » du CSP.

Cette loi n° 2009-879 aussi dénommée « Loi Bachelot », relative à l'Hôpital, au Patient, à la Santé et aux Territoires a pour projet la mise en place d'un système sanitaire basé sur une offre de soins graduée, de qualité, accessible à tous et répondant à l'ensemble des besoins de santé. Constituée en quatre parties, elle développe de nouvelles approches concernant la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès aux soins et leur qualité, la prévention, la santé publique, et l'organisation territoriale du système de santé.

Elle aborde prioritairement la lutte contre la désertification médicale, les besoins de coordination entre soins ambulatoires, hospitaliers, secteur médico-social et système de santé en général. Les ARS ont été créées par cette loi et en ce sens.

Sur le plan pharmaceutique, cette loi a permis de replacer le pharmacien au cœur du système de santé et lui a donné l'opportunité d'élargir ses compétences, chose que n'abordait pas le CSP qui cantonnait le champ d'activité du pharmacien à la dispensation et la préparation de médicaments.

L'article 38 de cette loi HPST énonce les missions, obligatoires ou non, octroyées aux pharmaciens d'officine.

□ Missions obligatoires :

- contribuer aux soins de premier recours,
- participer à la coopération entre professionnels de santé,
- participer à la mission de service public de permanence des soins,
- concourir aux actions de veille et de protection sanitaire.

□ Missions non obligatoires, nécessitant pour la plupart la mise en place de protocoles nécessitant une validation de l'ARS :

- participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients, surtout ceux atteints de pathologies chroniques ;
- assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement de santé ou assimilé ne disposant pas de PUI et n'étant pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une PUI ;
- être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient, dans le cadre de la coopération inter professionnelle. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets ;
- pouvoir proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

2) Maison santé pluriprofessionnelle (MSP)

2.1) Définition

Une première reconnaissance légale des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) a été apportée par la loi 2007-1786 du 19/12/2007 (art. 44), avec la création de l'article L.6323-3 du code de la santé publique. Des modifications ont ensuite été apportées par la loi n°2009-879 du 21/07/2009 (article 39) et par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 (dite "Loi Fourcade").

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé ».

Une maison de santé pluridisciplinaire est un lieu regroupant à minima 3 professionnels de santé libéraux, 2 médecins généralistes et 1 paramédical mettant en œuvre un projet de santé commun formalisé [28].

Le projet de santé va au-delà de la communauté de moyens. Il se propose de développer notamment la coordination des soins et de promouvoir des actions d'éducation à la santé et de prévention.

Les MSP visent à offrir à la population, en un même lieu, un ensemble de services de santé de proximité tant en matière de soins que de prévention et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels de santé, en favorisant également l'ouverture et la coordination des acteurs de prévention et d'éducation à la santé présents sur les territoires. Elles apparaissent comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans des territoires identifiés comme déficitaires ou fragiles.

Il existe aussi des structures appelées "pôle de santé pluriprofessionnel" qui correspondent le plus souvent à des organisations de type maison de santé s'inscrivant dans une logique "hors murs" et ayant choisi la dénomination pôle de santé pour des questions de visibilité. Il s'agit bien dans ce cas d'une maison de santé au sens de l'article L.6323-3 du code de la santé publique, lequel n'impose pas en effet de regroupement physique "sous le même toit".

2.2) Etat des lieux

La loi HPST du 21 juillet 2009 a eu pour objectif d'apporter une solution innovante d'organisation des dispositifs de premier recours face au constat d'épuisement des médecins libéraux dans leur mode d'exercice habituel. Elle introduit donc cette préoccupation d'organisation du dispositif de premier recours via les schémas régionaux d'organisation sanitaire volet ambulatoire.

Elle définit les quatre grandes missions des soins de premier recours, à savoir [29] :

- 1 - La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2 - La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3 - L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4 - L'éducation pour la santé.

L'organisation pluriprofessionnelle permet de maîtriser le temps de travail, et ainsi de mieux répondre à l'évolution de ces missions de la médecine générale vers la coordination du parcours du patient et le relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation à la santé). Cette volonté d'exercice pluriprofessionnel s'inscrit dans un constat multiple :

- Une féminisation du corps médical : Les femmes représentent aujourd'hui 41% de l'ensemble des médecins (+ 11 points en 20 ans) et six internes en formation sur dix en 2010. D'après les projections démographiques de la DREES, elles seront plus nombreuses que les hommes à partir de 2022 [30] ;
- Le manque d'attractivité pour l'exercice de la médecine générale : Seuls 9.5% des nouveaux médecins choisissent l'exercice libéral exclusif à l'issue de leurs études [31] ;
- Une augmentation du besoin de temps libre revendiqué par la nouvelle génération.

Ces constats ont donc amené une refonte des principes d'exercice de la médecine générale libérale, avec une promotion de ces regroupements type Maison de Santé prioritairement en zone rurale et en zone urbaine sensible, pour devenir l'un des modèles futurs d'organisation sur tout le territoire.

D'après une étude menée par la FFMPS (fédération française des maisons et pôles de santé), le nombre des Pôles et Maisons de Santé a largement cru depuis 2013 : en deux ans, 373 nouvelles structures ont vu le jour. On compte donc, en mars 2015, un total de plus de 1023 Maisons de Santé actives ou en projet, contre 929 à la même époque l'année dernière. Au sein de chaque Maison de santé pluridisciplinaire on retrouve en moyenne 5.1 médecins et 9.2 professionnels paramédicaux qui exercent en libéral [32].

Contrairement aux idées reçues, les maisons de santé ne se retrouvent pas qu'en milieu rural : les Pôles et Maisons de Santé conservent une répartition plutôt homogène à travers la France, et seule une petite majorité des MSP (55%) sont installées à la campagne. On observe une répartition homogène des MSP en France, permettant un maillage global du territoire en terme de santé publique.

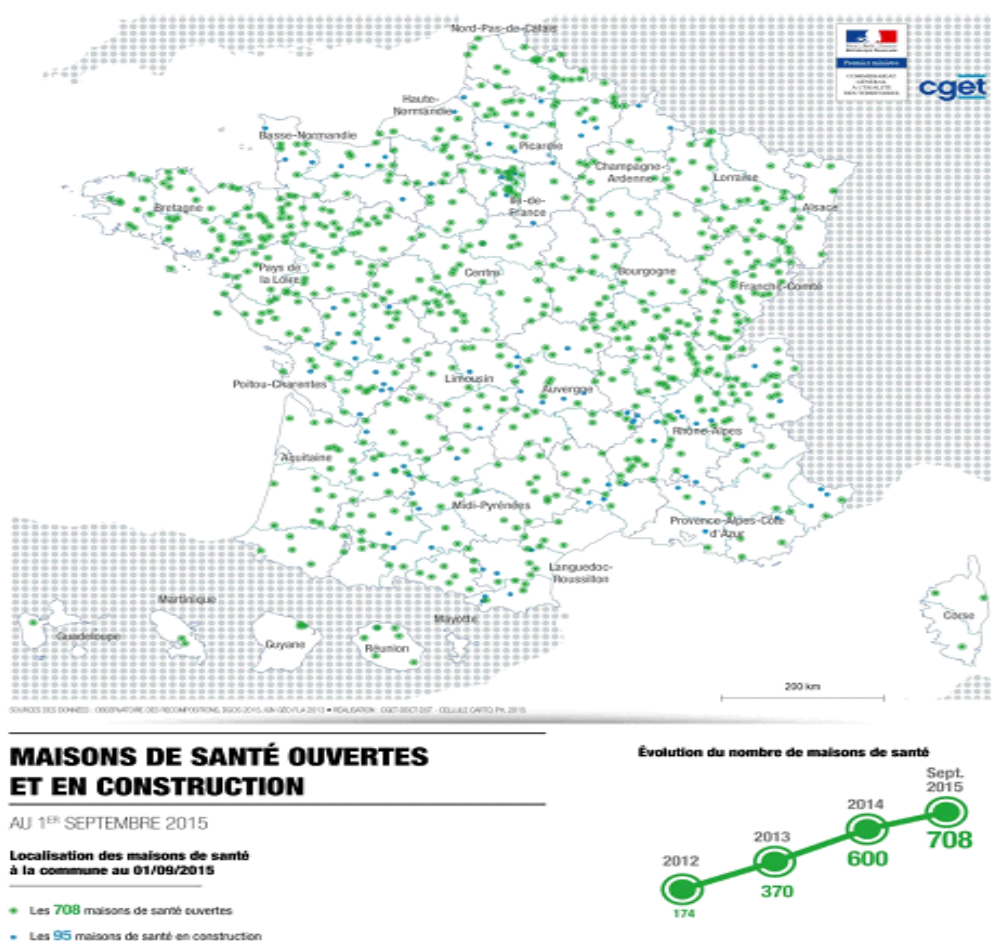


Figure 12 : Répartition des Maisons de Santé ouvertes et en construction en France au 1^{er} septembre 2015. Commissariat Général à l’Egalité des Territoires [33].

De plus en plus de maisons de santé travaillent en étroite collaboration avec les structures sanitaires, les services sociaux, médico-sociaux et des laboratoires d’analyses de leur territoire, ainsi qu’avec les hôpitaux publics locaux. En septembre 2015 ; 708 Pôles et Maisons de Santé déclarent travailler en concertation avec des professionnels de santé externes, contre 436 en mars 2014 [32]. Les maisons de santé s’ouvrent donc sur leur territoire, et facilitent la relation ville hôpital.

2.3) Les missions des MSP [34-35]

- Améliorer les conditions d’exercice des professionnels de santé :
 - partager les informations : échange de pratiques dans un cadre multi-professionnel,
 - mettre en place des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours permettant ainsi une prise en charge globale plus optimale des patients et ainsi faciliter la coordination des soins ;
 - mutualiser les coûts des locaux, du personnel, du matériel ;
 - augmenter ses temps libres en mutualisant la charge de travail.

- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients :
 - apporter une réponse de proximité aux populations ;
 - renforcer la coordination et la continuité ville-hôpital des prises en charge notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques ;
 - assurer les soins ambulatoires courants de manière continue. Cela permet également de garantir une présence médicale dans le cadre de la permanence des soins et facilite d'autant l'organisation des gardes. L'objectif est ainsi de permettre un désencombrement des services d'urgence en apportant une réponse alternative de proximité ;
 - développer des actions locales de santé publique et faciliter les interventions des acteurs locaux de santé publique présents sur le territoire.

- Attirer de nouveaux professionnels de santé sur le territoire concerné
 - inciter les futurs médecins à s'installer en médecine de ville en leur proposant une structure, une équipe de travail et un projet de santé.

- Favoriser la prévention et l'éducation à la santé
 - accueillir un espace relais documentation/prévention consistant à mettre à disposition de la documentation (dépliants, affiches...) dans les salles d'attente de la MSP,
 - mettre l'accent sur la prévention et l'éducation à la santé notamment en organisant ou en accueillant des séances collectives d'éducation à la santé et en incitant les patients à participer aux dépistages organisés.

- Être un lieu d'apprentissage
 - accueillir régulièrement des stagiaires sur la structure en facilitant leur venue par la mise à disposition d'un logement (organiser notamment l'accueil des étudiants de troisième cycle, qui peuvent ainsi faire leur stage de 6 mois auprès d'un généraliste référent, en assurant des consultations et des gardes).

- Mettre en place un projet de santé en accord avec les besoins locaux
 - promouvoir la démocratie participative en santé

- Pour les MSP universitaires, création d'une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires.

2.4) Conception du projet de santé la de MSP [34-35]

Le projet de santé est l'élément structurant du projet de regroupement professionnel. Il sert de guide pour l'équipe pluriprofessionnelle qui peut s'y référer à tout moment. Le projet de santé est le fruit d'une réflexion commune de l'équipe pluriprofessionnelle et est élaboré autour de quelques priorités de santé et problématiques d'exercice identifiées par les professionnels de santé.

Il permet d'assurer une transparence vis-à-vis des collectivités locales et de l'Agence Régionale de Santé au regard des moyens humains et financiers mobilisés. L'objectif de la formalisation du projet de santé est donc de distinguer la structure type Maison de Santé du regroupement classique de professionnels de santé.

Le contenu du projet de santé

➤ Etat des lieux et diagnostic territorial

Le projet indique les missions de santé publique mises en place dans la Maison de Santé : suivi des maladies chroniques, prévention, promotion de la santé, éducation thérapeutique du patient, éducation à la santé etc. Le projet de santé doit être adapté à son territoire d'implantation et définir la place de la Maison de Santé dans le maillage territorial.

➤ Présentation globale du projet

Le projet présente la structure envisagée : lieu de l'implantation, nombre de professionnels dans et hors les murs impliqués dans le projet, statut juridique, type de financement, historique du projet, etc.

○ Concernant le statut juridique :

- **Association loi 1901** pour réunir tous les professionnels de la MSP afin d'ouvrir un espace de dialogue.
- Etablir une **charte de fonctionnement et un règlement intérieur de la structure** : l'objectif est de mettre en place les règles pratiques de fonctionnement entre les professionnels de santé exerçant dans la structure (organisation, congés, gestion des tâches quotidiennes).
- Création d'une **Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)**

La loi FOURCADE n° 2011-940 du 10 août 2011 a créé la SISA, Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires, qui présente l'originalité d'être à la fois une structure d'exercice et une société de moyens. Le décret d'application n°2012-407 a été publié au Journal Officiel le 25 mars 2012. La SISA est une forme très proche de la Société Civile de Moyens (SCM) qui permet de gérer l'interprofessionnalité de la Maison de Santé et qui a la particularité de pouvoir percevoir diverses dotations, notamment dans le cadre des facturations forfaitaires à l'Assurance Maladie par le biais des nouveaux modes de rémunération (NMR).

La SISA peut être constituée de professionnels médicaux, d'auxiliaires médicaux ou de pharmaciens inscrits. Elle ne peut être composée que de personnes physiques (L.4041-1 du CSP). La SISA doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical (L.4041-1 du CSP). Les sociétaires de la SISA doivent être des professionnels de santé, au titre du Code de la santé publique : un ostéopathe ou un psychologue faisant partie de l'association pourront signer le projet de santé mais ne pourront être sociétaires. Leurs interventions seront rémunérées par la SISA en vacations.

La SISA a pour objet la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés. Elle reprend donc l'objet habituel de la SCM, structure juridique couramment utilisée par les professionnels de santé pour faciliter leur activité professionnelle. La particularité de la SISA est qu'elle a également pour objet l'exercice en commun par ses associés de certaines activités :

- La coordination thérapeutique, entendue comme les procédures mises en place au sein de la société ou entre la société et des partenaires, visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soins.
- L'éducation thérapeutique du patient, qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de le rendre plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.
- La coopération entre les professionnels de santé : Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis.

La SISA permet la possibilité d'un cadre fiscal simplifié et sécurisé : les rémunérations perçues du fait de cet exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci. Les activités ainsi exercées ne sont pas soumises à l'interdiction du partage d'honoraires. Les associés ne sont donc pas réputés pratiquer du compéage du seul fait de leur appartenance à la société et de l'exercice en commun d'activités. Le montage technique de la SISA est une étape essentielle dans la constitution du projet.

○ Concernant le financement :

Les professionnels de santé peuvent soit louer un local adéquat à leurs besoins et à ceux des usagers soit faire le choix de l'acquisition du lieu d'exercice, dans le cadre de la constitution d'une société civile immobilière (SCI). La SISA a le droit d'être propriétaire des murs mais peut aussi être actionnaire d'une SCI en tant que personne morale. L'investissement nécessaire à la réalisation du projet de Maison de Santé va principalement dépendre du choix immobilier effectué.

Il existe également des aides financières mobilisables diverses et très disparates selon les territoires, voici une liste non exhaustive :

- FSE (Fond Social Européen), FEDER (Fond Européen de Développement Rural)
- DETR (Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux), ACSE (l'Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances)
- FNADT (Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire)
- FIR (Fond d'Intervention Régional)
- Agence régionale de santé, Mairie, Communauté de communes, Conseil général etc.

➤ **Le projet professionnel de la structure**

Le projet détaille les différentes catégories de professionnels (médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, les médico-sociaux et administratifs) qui participent au fonctionnement de la MSP. Il faut également préciser le temps de présence des professionnels concernés : temps plein, temps partiel, consultations avancées (pour les médecins spécialistes).

Il détaille les mesures qui seront mises en place pour assurer une coordination entre les différentes catégories de professionnels de santé.

➤ **Le projet d'organisation de la prise en charge dans la structure**

Le projet indique les mesures prises pour faciliter l'accès de tous aux soins. Il détaille les relations de la structure avec les partenaires du territoire (établissements de santé, établissements médico-sociaux etc.) pour une meilleure prise en charge des patients.

2.5) Les nouveaux modes de rémunérations (NMR)

2.5.1) Naissance des NMR

Aujourd'hui la rémunération des professionnels de santé repose quasi exclusivement sur le paiement à l'acte, pour tout type de soins (excepté pour le pharmacien dont la rémunération est plus complexe). Il existe certaines valorisations au forfait comme pour les gardes, les astreintes, pour certains patients en affection de longue durée. Avec le développement du travail en équipe coordonnée, des temps d'activité se multiplient en dehors de la consultation du patient :

- temps de coordination autour des dossiers de patients en situation complexe,
- temps de création de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge de patients en maladies chroniques et complexes,
- temps de gestion du système d'information,
- temps de gestion d'équipe,
- temps de réunion avec les usagers,
- temps de gestion de la santé sur le territoire...

Il devenait donc urgent de diversifier les modes de rémunération. Afin de trouver la bonne solution et de moderniser l'organisation des soins de santé primaires en France, le Ministère de la Santé a décidé de porter une expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR). Ce projet ne visait pas à supprimer totalement le paiement à l'acte mais à trouver une mixité des formes de paiements (à l'acte et au forfait). Des NMR ont donc été testés entre 2009 à 2014 au sein de MSP volontaires pour enfin aboutir à la généralisation de ces nouveaux modes de rémunération par « l'arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité » paru au JO du 27 février 2015. Dorénavant, chaque équipe en MSP, peut entamer une démarche pour bénéficier des NMR.

2.5.2) Attribution des NMR

L'ARS et la caisse primaire d'assurance maladie signent le contrat avec les structures retenues (MSP constituées en SISA) lorsqu'elles estiment que le projet de santé de la structure est cohérent avec le projet régional de santé.

Pour déclencher les premières rémunérations il faut que la structure réponde à un certain nombre de critères dits « socles » réunis selon 3 axes :

- Accès aux soins :
 - ouverture de 8 à 20h en semaine et le samedi matin toute l'année,
 - accès à des soins non programmés chaque jour ouvré,
 - fonction de coordination (organisation du parcours des patients, gestion des plannings, organisation des interventions...).
- Travail en équipe pluriprofessionnelle :
 - mise en place des protocoles pluriprofessionnels,
 - concertations régulières entre professionnels de santé sur des cas complexes.
- Système d'information :
 - développement des dossiers patients informatisés et partagés entre les différents professionnels de santé.

Si tous ces critères sont remplis la MSP va pouvoir toucher un forfait minimum chaque année. D'autres critères dits « optionnels » vont permettre de débloquer de nouvelles rémunérations. Chaque critère rempli permet de marquer un certain nombre de points et chaque point représente une valeur de 7 euros. Que ce soit pour les critères «socles» ou «optionnels» il existe un nombre de points fixes attribués à chaque critère validé mais également un nombre de points variables qui dépendent de la taille de la patientèle. L'ensemble du dispositif est fondé sur un total de 7 400 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients :

- 5 050 points pour le niveau socle, dont 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable ;
- 2 350 points pour le niveau optionnel, dont 1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable (Annexe 5).

Les ressources nécessaires à la compréhension de la discussion étant définies, il ne reste plus qu'à développer l'idée d'un nouvel acteur dans le paysage pharmaceutique afin d'améliorer le lien ville hôpital.

3) Discussion : Le métier de « pharmacien de maison de santé pluri professionnelle »

Nous allons maintenant nous intéresser à la place d'un nouvel acteur dans le paysage libéral qui serait peut être la clef d'une amélioration du lien ville hôpital. Ce nouvel acteur résulte d'une fusion des missions du pharmacien d'officine et celles du pharmacien hospitalier.

Comme décrit dans la partie précédente les maisons de santé pluri professionnels sont l'avenir de la santé libérale « intelligente ». L'hôpital en France, malgré les économies qu'on lui demande chaque année, est une structure qui reste performante car elle repose sur un principe fondamental qui est la coordination et le regroupement entre les professionnels de santé. On y retrouve ainsi les médecins de différentes spécialités, les infirmiers, les aides soignants, les kinésithérapeutes, les préparateurs en pharmacie, les pharmaciens, les diététiciens, les assistantes sociales, les secrétaires, les administratifs etc. Depuis la loi HPST l'hôpital est une super structure organisée en pôles avec différentes commissions permettant de piloter l'hôpital le plus justement possible. L'hôpital est un lieu où la prise en charge d'un patient est pluridisciplinaire et très protocolaire.

L'un des principes fondamentaux d'une maison de santé pluri professionnelle est la création de protocole pluridisciplinaire personnalisé permettant de garantir la meilleure prise en charge possible pour un patient donné. L'autre principe essentiel est la permanence des soins garantissant l'accès aux soins et indirectement d'aider les hôpitaux à diminuer le nombre d'entrée aux urgences. Les MSP pourraient donc être comparées à des « mini-hôpitaux » à taille humaine car les deux structures ont le même but : réunir et faire travailler ensemble différents professionnels de santé afin de garantir et de préserver la sécurité, l'accessibilité et la gratuité de la santé pour tous.

3.1) des lieux : les pharmaciens dans les maisons de santé en France en 2016

Il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée épidémiologique sur le nombre de pharmaciens travaillant au sein ou en coopération avec des MSP. Le conseil national de l'ordre des pharmaciens ne possède aucun chiffre sur cette activité. Il existera peut être un jour une section de l'ordre réservé à ce nouveau statut. Après avoir contacté la fédération nationale et les fédérations régionales des maisons et pôles de santé pluri professionnels, je n'ai pu avoir aucun chiffre mais j'ai eu une dizaine de réponses de pharmaciens impliqués au sein de ces structures. La majorité venait juste de s'implanter géographiquement à côté de la MSP et n'avait pas encore engagé d'actions communes. Un des pharmaciens était le porteur du projet de la MSP et était en train de poser la première pierre à l'édifice. L'évolution qu'il voyait à court terme pour son métier était la mise en place d'un logiciel patient partagé entre tous les professionnels de la structure. Il allait pouvoir réaliser des analyses pharmaceutiques approfondies. Le dernier contact que j'ai eu avec une pharmacienne de Paris était très intéressant. Elle ne travaillait plus en officine depuis plusieurs années car elle était devenue coordinatrice de deux pôles santé pluriprofessionnels comprenant une vingtaine de pharmaciens répartis dans plusieurs pharmacies.

Ils avaient engagé des missions communes comme le signalement aux médecins du pôle les personnes à risque potentiellement isolés. Les pharmaciens participaient aux réunions pluriprofessionnelles où étaient discutés des cas complexes. Elle avait également créé depuis peu des comités de retour d'expérience.

Il y a donc très peu de données officielles sur le nombre de pharmaciens présents dans les MSP. La thèse d'une étudiante en pharmacie de Grenoble s'est intéressée aux attentes des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes vis-à-vis des pharmaciens dans les MSP. Elle a recensé 75 maisons et pôles de santé sur le territoire et a estimé une présence pharmaceutique de l'ordre de 27,5% [36].

Avant de commencer le descriptif des missions que pourrait avoir le pharmacien de MSP, il est important de connaître les attentes de ces confrères pour les prendre en compte. Voici la liste, selon les médecins généralistes interrogés de la région Rhône Alpes, des missions que devrait réaliser un pharmacien de MSP, par ordre décroissant d'importance [36] :

- 1- Analyse de la sécurité de la prescription (posologies, contre-indications, interactions médicamenteuses) (76%(1)).**
- 2- Analyse et proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients (68%(1)).**
- 3- Analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire (65%(1)).**
- 4- Participation à un dispositif d'éducation thérapeutique (62%(1)).**
- 5- Proposition d'optimisation du plan de prise (53%(1)).**
- 6- Gestion des risques liés aux produits de santé (50%(1)).**
- 7- Analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques (44%(1), 50%(2)).**
- 8- Participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun (44%(1), 41%(2)).**
- 9- Réalisation d'entretien d'observance (35%(1)).**
- 10- Gestion de la structure (29%(1)).**
- 11- Réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique (AVK, Asthme) (26%(1)).**
- 12- Approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure (9%(1)).**

(1) : pourcentage de réponse « tout à fait d'accord » (2) : pourcentage de réponse « assez d'accord »

3.2) Les missions du pharmacien de la MSP

Les missions que nous allons développer sont inspirées des pratiques hospitalières et permettent de répondre aux missions du pharmacien officinal inscrites dans la loi HPST.

3.2.1) L'analyse pharmaceutique

L'analyse pharmaceutique est le cœur de notre métier. Comme décrit précédemment il existe plusieurs étapes pour valider une ordonnance afin de garantir une délivrance des médicaments la plus juste et la plus sécurisée possible. A l'hôpital les pharmaciens exercent avec des logiciels informatiques pluri professionnels qui permettent d'accéder au dossier médical du patient et aux prescriptions médicamenteuses durant l'hospitalisation des patients. Cela permet de connaître les antécédents, les comptes rendus d'hospitalisation essentiels pour valider la cohérence des traitements prescrits avec les pathologies du patient. Le bilan biologique (ionogramme, numération formule sanguine, bilan de coagulation, bilan hépatique et rénal...) du patient est également accessible afin de réaliser une analyse pharmaceutique la plus juste possible.

En effet, la posologie de certains médicaments s'adapte en fonction de l'état rénal ou encore hépatique du patient. Certains médicaments peuvent être contre indiqués en cas de perturbation du ionogramme (notamment la kaliémie) ou à l'inverse peuvent perturber l'ionogramme et doivent alors être arrêtés. D'autres sont hématotoxiques, néphrotoxiques ou encore hépatotoxiques et devront être stoppés vis-à-vis des modifications du bilan qu'ils entraînent. Une délivrance sécurisée de médicaments sans accès à ces données expose le patient à risque supplémentaire : le médicament est une chance mais il reste néanmoins une drogue avec des risques qu'il faut contrôler pour garantir les bénéfices escomptés pour le patient. *Primum non nocere.*

A l'officine, obtenir ces informations reste très difficile voir impossible. Il faudrait compter sur les connaissances du patient envers ses pathologies et la probabilité qu'il dispose avec lui d'un bilan biologique récent. Sinon un appel aux médecins et aux laboratoires d'analyse médicale pourrait être envisagé mais des questions de confidentialité médicale viendraient s'ajouter à la disponibilité de ces différents professionnels de santé.

Les seules informations facilement disponibles pour un pharmacien d'officine à l'heure actuelle sont celles présentées sur le Dossier Pharmaceutique (DP), à savoir tous les médicaments dispensés pour le patient au cours des 4 derniers mois. Des études se sont intéressées à évaluer le DP (IPADAM [37] et DOPI-OFFI [38]). Elles ont montré l'intérêt de ce dernier sur les interventions pharmaceutiques à l'officine et notamment elles ont permis de détecter des risques d'interactions médicamenteuses, des contre-indications liées à l'état physiologique du patient (grossesse par exemple) vis-à-vis des médicaments pris en automédication. Le DP est intéressant mais absolument pas suffisant, ce n'est qu'un historique.

Un des axes d'amélioration pourrait être de coupler le dossier médical partagé (DMP) et le DP. Il pourrait s'appeler Dossier Médical Pharmaceutique (DMP) et être accessible aux différents professionnels de santé sur une plate forme web sécurisée. Ces professionnels seraient autorisés à y accéder seulement avec un accord préalable du patient.

Un des principes des MSP est la mise en commun des informations médicales grâce à un logiciel informatique. Afin d'aider les professionnels de santé dans l'identification de solutions logicielles adaptées à leurs besoins mais également d'apporter aux éditeurs la lisibilité indispensable à la mise au point de solutions standards, il a été décidé de mettre en place un label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé ». Le 31 mars 2016 l'ASIP santé (Agence des Systèmes d'Information Partagé de santé) lance la version V2 du label. Les solutions disposant du label V1 devront s'être mises en conformité avec la V2 du label d'ici le 31 décembre 2016, date à laquelle la version 1 du label ne sera plus valable. A noter que seulement deux logiciels présentent une interface pharmacien (Annexe 6).

Le pharmacien de la MSP pourrait donc avec un logiciel possédant un volet pharmaceutique, réaliser une vraie dispensation sécurisée grâce à une réelle connaissance de son patient.

De nombreuses études menées au sein de différents services hospitaliers ont prouvé que les interventions pharmaceutiques, notamment via l'analyse pharmaceutique, réduisaient le nombre d'évènements indésirables médicamenteux évitables (EIME). En 1999, Leape et al. estiment [39] qu'une présence pharmaceutique lors de la visite médicale quotidienne dans un service de soins intensifs réduit de 66% les EIME. En 2003, Kucukarslan et al. [40] estiment quant à eux à 78% la réduction des EIME. En 2011 Rivkin et al. [41] ont conduit une étude démontrant que la présence pharmaceutique dans les services de soins réduisait les interactions médicamenteuses cliniquement significatives (sur des critères de gravité potentielle définis par les investigateurs) de 65%. Manias et al. [42] ont réalisé en 2012 une méta analyse de 24 études dont le thème était « Evaluer les interventions pour prévenir les erreurs médicamenteuses dans les unités de soins intensifs adulte ». Parmi ces 24 études, quatre évaluaient l'implication de pharmaciens dans la réduction de ces erreurs [39 ; 43-45]. Dans ces quatre études, une baisse notable des EIME a été rapportée (diminution de 66 à 78%). En 2009, une étude suédoise mono centrique menée par Gillepsie et al. ont tenté d'évaluer l'impact des interventions pharmaceutiques sur la réduction de la morbidité de patients hospitalisés âgés de plus de 80 ans [46]. Cette étude clinique prospective sur un an, comparant deux groupes à répartition aléatoire, s'est penchée sur les ré hospitalisations ou les admissions aux urgences. Dans le groupe de patients où le pharmacien exerçait une activité de pharmacie clinique, des réductions du nombre de ré hospitalisations égales à 16% dans les unités traditionnelles et à 47% dans les services de médecine d'urgences ont été observées. Les ré hospitalisations résultant d'évènements médicamenteux ont quant à elles diminuées de 80%.

Des résultats similaires peuvent être attendus avec une présence pharmaceutique au sein des MSP.

Pharmacien MSP

Recommandation N°1 : Analyse des ordonnances à l'aide d'un logiciel pluridisciplinaire

3.2.2) Interaction entre les différents professionnels de santé

Le pharmacien de MSP travaillerait en contact direct avec les autres professionnels de santé étant donné qu'ils exercent dans une structure commune. Il pourrait interagir plus facilement notamment avec les médecins s'il a des doutes sur certaines prises en charge thérapeutiques ou s'il détecte des erreurs médicamenteuses. Il est plus facile d'obtenir du temps de discussion et diverses informations entre différents professionnels de santé s'ils se connaissent et s'ils travaillent au sein d'une même structure, d'une même équipe. Dans l'exemple de la prescription et de la relation médecin-pharmacien, une modification de traitement pourrait avoir lieu pratiquement instantanément comme elle se fait au sein d'un hôpital. Le pharmacien n'aurait pas « l'impression de déranger le médecin » mais au contraire de sécuriser le médecin, d'être un filet de sécurité pour le médecin et pour le patient vis-à-vis du traitement thérapeutique. Quant à lui, le médecin pourrait demander un « avis pharmaceutique » sur le traitement d'un patient qu'il est en train de consulter.

Comme à l'hôpital, le pharmacien de MSP pourrait être sollicité par les infirmiers concernant la stabilité, les modalités de reconstitution, de conservation de certains médicaments notamment ceux administrés en perfusion à domicile. Tous les professionnels prescrivant et/ou utilisant des médicaments, des gaz médicaux ou des dispositifs médicaux pourraient solliciter le ou les pharmaciens travaillant dans leur structure, afin de garantir les bonnes pratiques d'utilisation de ces différents produits et de garantir la sécurité du patient. Ces interactions seront bénéfiques pour les professionnels de la MSP et le seront aussi pour l'hôpital en renforçant le lien ville hôpital. En effet si le pharmacien de l'hôpital (ou inversement) a besoin d'information pour réaliser par exemple une conciliation, il pourra appeler directement le pharmacien de la MSP qui aura toutes les informations nécessaires grâce au dossier patient informatisé et sera en contact direct avec le médecin traitant pour avoir une information supplémentaire rapide si besoin. Il est très facile d'imaginer également qu'un médecin hospitalier appelle directement le pharmacien de la MSP pour le traitement du patient ou pour une autre information disponible dans le dossier patient pour libérer du temps médical au médecin.

La collaboration entre professionnel est un réel atout comme le montre l'étude sur la performance du regroupement pluriprofessionnel au sein des MSP qui a été menée de 2009 à 2012 par IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) [47]. Des indicateurs, mesurables par les données de l'assurance maladie, comme le suivi des patients diabétiques, la vaccination chez les plus de 65 ans, la prévention du risque iatrogénique médicamenteux, la prescription de générique etc., ont été analysés durant ces 3 années. La majorité de ces indicateurs sont meilleurs dans le groupe des médecins MSP que le groupe des médecins isolés. L'implication d'un pharmacien MSP devrait encore améliorer les indicateurs et d'autant plus ceux sur les médicaments.

Pharmacien MSP

Recommandation N°2 : Lien direct médecins de ville – patients – praticiens hospitaliers

3.2.3) Réunions pluri-professionnelles

3.2.3.1) et protocoles de soins pluridisciplinaires

L'autre grand principe des maisons santé pluri-professionnelles est la mise en place de réunions pluriprofessionnelles et de protocoles de soins pluridisciplinaires. Après une périodicité définie par l'équipe de soin, les différents acteurs de la maison de santé se réunissent afin de discuter, de débattre de certaines prises en charges difficiles et de certains patients dans le but de sortir de l'impasse thérapeutique et d'optimiser ces prises en charge. Ainsi l'équipe va établir des recommandations pour uniformiser ses pratiques et adapter un protocole de soins pluridisciplinaire à un patient donné.

Dans l'univers hospitalier, le parallèle peut être fait avec la RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) où différentes spécialités médicales dont la pharmacie et paramédicales se réunissent afin de mettre en place un protocole de soins (une prise en charge pluridisciplinaire) spécifique pour un patient donné, afin de garantir la meilleure et la plus sûre des thérapeutiques possibles. Si le pharmacien est présent dans ces RCP, c'est que son avis sur la prise en charge médicamenteuse est important et qu'il a un rôle incontournable dans la participation de la mise en place des protocoles de soins pluridisciplinaires personnalisés.

Une interne en pharmacie hospitalière a réalisé une thèse sur l'impact d'un RCP concernant la prescription des médicaments potentiellement inapproprié chez la personne âgée dans un EHPAD [48]. La mise en place d'une RCP a permis de diminuer significativement le nombre de prescriptions inappropriés de 58.54%. Puis, après un recul de 3 mois, cette diminution se stabilise à 69.04%. Une autre thèse écrite par un étudiant en médecine mesure l'impact des RCP en oncologie [49]. Il conclut qu'un dossier sur 5 présenté à une RCP fait l'objet d'un débat quant à la thérapeutique puisqu'il existe une divergence dans la proposition thérapeutique entre le médecin référent du dossier et l'équipe pluridisciplinaire. Cela signifie que 20% des patients bénéficient d'un traitement jugé plus approprié à leur pathologie, traitement qu'il n'aurait pas eu en cas d'absence de RCP. Il semble donc logique qu'au sein des MSP, le pharmacien soit acteur indispensable de ces réunions afin de garantir une prise en charge médicamenteuse optimale pour le patient.

Outre ces protocoles de soins personnalisés, il est possible de mettre également en place des protocoles de soins standards à partir des recommandations des sociétés savantes sur des pathologies courantes. Le but étant d'uniformiser, de sécuriser les pratiques et de gagner du temps de prescription, du temps médical afin de répondre aux besoins de tous les usagers. A l'hôpital le pharmacien est souvent considéré comme « l'informaticien » du logiciel de prescription. Il gère les différents soucis, bugs de prescription rencontrés par les praticiens soit par lui-même soit en faisant l'intermédiaire avec l'éditeur. Il intègre les différents médicaments disponibles au livret de l'établissement en y apportant quelques notations qui peuvent s'avérer utiles : ne pas écraser, ne pas mélanger, posologie maximale recommandée, posologie à adapter selon la clairance rénale, prendre de préférence le soir ou pendant les repas...Il va également informatiser des protocoles de soins standards dans différents domaines : prise en charge médicamenteuse de la douleur après une chirurgie, anticoagulation et plâtre, hyperglycémie, crise d'asthme et retour à domicile etc. Le médecin peut alors sélectionner directement le protocole qui apparaîtra dans sa prescription ainsi il gagnera du temps et la sécurité d'avoir un protocole de prise en charge actualisé aux dernières recommandations.

3.2.3.2) et COMEDIMS

En comparaison au système hospitalier, il pourrait être instauré au sein de ces MSP une COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) que le pharmacien animerait durant ces réunions pluri-professionnelles. Dans les établissements publics de santé, une circulaire ministérielle de 1976 est à l'origine de l'instauration des comités du médicament qu'elle définissait comme « un lieu de concertation entre les médecins prescripteurs et le pharmacien de l'hôpital » [50]. Les commissions du médicament et des dispositifs médicaux ont depuis été rendues obligatoires dans le cadre du décret du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Dans tous les établissements de santé, la COMEDIMS participe par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle a en charge de définir la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et d'organiser la lutte contre les affections iatrogènes [51]. La commission prend une part active à l'élaboration de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement. Elle s'associe à l'élaboration des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) la COMEDIMS peut être chargée de mettre en place des enquêtes d'utilisation et un suivi des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. Elle doit également optimiser les dépenses en médicaments et en dispositifs médicaux stériles. La COMEDIMS a un double rôle fondamental dans les domaines de la qualité des soins et de l'efficience économique, dans un souci d'optimisation des ressources mises à la disposition des services de soins. Le rôle stratégique de la COMEDIMS dans les établissements de santé est reconnu. Elle est devenue une instance de pilotage indispensable à l'efficience de la prise en charge thérapeutique des patients hospitalisés.

Une étude parue dans « Le pharmacien hospitalier » explique le rôle complémentaire de la COMEDIMS aux avis de la commission de transparence (CT) de la HAS: « Les objectifs sont différents mais complémentaires: ceux de la CT étant d'évaluer l'intérêt thérapeutique d'un produit au niveau de la population générale, ceux de la COMEDIMS d'évaluer l'intérêt dans le cadre de la prise en charge des patients à l'hôpital » [52].

La CT est une commission consultative de 26 membres, professionnels de santé en exercice. Parmi ses missions, une est de se prononcer sur le bien-fondé de la prise en charge des médicaments par la solidarité nationale et leur agrément aux collectivités via un critère réglementaire d'évaluation appelé Service Médical Rendu ou SMR. Une autre, en cas d'avis favorable à cette prise en charge, est de dire si ce médicament apporte ou non un progrès thérapeutique par rapport à l'existant et de quantifier cet éventuel progrès en utilisant un second critère réglementaire : l'Amélioration du Service Médical Rendu ou ASMR. Le SMR conditionne également le taux de remboursement par la sécurité sociale.

En résumé l'étude montrait qu'en général les nouveaux médicaments étaient référencés au sein de l'hôpital si les ASMR étaient importantes. Si le pharmacien de la MSP en collaboration avec les autres professionnels de santé instaure une COMEDIMS dans une MSP, elle participerait à l'élaboration d'un livret thérapeutique propre à la MSP (médicaments et dispositifs médicaux) ce qui faciliterait les prescriptions par les médecins, l'utilisation de ces produits de santé par les infirmiers et uniformiserait les pratiques.

Le choix de référencer tel médicament ou tel dispositif médical serait basé sur une étude critique du dossier d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour un médicament, sur l'analyse du marquage CE (Conforme aux normes Européennes) pour les dispositifs médicaux. Les dernières recommandations des sociétés savantes, les dernières études concernant ces produits de santé ainsi que le prix des thérapeutiques seraient bien évidemment analysés. Le pharmacien MSP serait la personne la plus légitime à réaliser ce travail. Il est évident que le référencement d'un produit de santé est également basé sur l'avis des autres professionnels de santé (notamment médecins et infirmiers). Si nous prenons l'exemple des médicaments sur le marché français, nous nous rendons compte que pour certaines classes de médicament il existe une pléiade de molécule qui va traiter le(s) même(s) symptôme(s). Si les efficacités sont différentes il va de soit que l'on favorisera la meilleure molécule mais si les efficacités sont comparables (même SMR et ASMR), il faudra analyser le rapport bénéfice/risque et le prix. Dans certains cas, quand le choix sera financier, il sera possible de mettre les laboratoires en concurrence et ainsi faire diminuer le prix d'achat de ces molécules et indirectement contribuer à une économie de santé. Ce système fonctionne à l'hôpital, il pourrait donc très bien fonctionner dans une MSP où il y aurait un pharmacien et une pharmacie intégrée ou rattachée à la structure.

Une chose importante à soulever avec un système de livret thérapeutique est l'impossibilité pour le laboratoire de faire du lobbying pharmaceutique sauf si le pharmacien de MSP ne respecte pas les règles de sa profession. En effet les laboratoires pharmaceutiques se débrouillent très bien pour venir offrir des petits déjeuners, des repas... aux internes, aux médecins généralistes et spécialistes pour faire passer quelques noms de médicaments dans leur esprit, afin que leur stylo retranscrive inconsciemment ces quelques lettres sur une future ordonnance. L'article de la revue Prescrire « Petits cadeaux : des influences souvent inconscientes, mais prouvées » met en avant plusieurs études de sociologie, de psychologie et d'anthropologie qui ont montré que les cadeaux même les plus minimes (stylos, badges, gommes, pains au chocolat etc.) sont efficaces car ils font appels de façon inconsciente aux ressorts psychologiques positifs (sympathie, reconnaissance etc.) [53].

Il est très difficile de s'écarter de ce lobby, même nos plus hautes instances sont influencées. La thèse du docteur Louis-Adrien DELARUE démontre l'influence des laboratoires vis-à-vis de recommandations émises par la HAS (Haute Autorité de Santé) notamment sur les médicaments anti-Alzheimer, les antidiabétiques avec les glitazones et les coxibs dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde [54].

«ALLHAT ou l'impact minime d'une grande étude» [55]. Publié à la fin 2002 aux Etats-Unis et financé par l'argent public, l'essai ALLHAT aurait pu modifier le traitement de l'hypertension artérielle (HTA). Il a en effet démontré avec un haut niveau de preuves que l'amlodipine, le lisinopril et la doxazosine, tous largement prescrits, n'ont pas d'efficacité supérieure pour prévenir les complications cardiovasculaires de l'HTA comparés au diurétique chlortalidone, avec un profil de risque (effets secondaires) similaire à ce dernier [56]. Malgré ces résultats, l'impact de cette étude reste très faible en regard des espérances d'économicité des investigateurs. ALLHAT a montré la difficulté de modifier la pratique médicale, les stratégies industrielles pour en minimiser l'écho ainsi que l'attitude peu critique des prescripteurs et la faiblesse des autorités sanitaires pour y faire face.

Le pharmacien MSP rencontrerait les laboratoires et prendrait le temps d'être critique sur les dernières innovations afin d'orienter les médecins dans les choix thérapeutiques. La MSP pourrait affirmer ainsi une certaine indépendance.

« Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. »

Extraits du serment d'Hippocrate réactualisé.
Bulletin de l'Ordre des Médecins n°4, avril 1996.

En Suisse il existe des cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQMP) qui ont été introduits en 1997-98 par des praticiens fribourgeois visionnaires, dans le but d'améliorer la qualité de la prescription médicamenteuse. Il s'agit de maîtriser le marché suisse des médicaments avec, en 2010, pas moins de 7917 noms de marques autorisées, proposées en 19 793 différents dosages, formes galéniques et tailles d'emballages. L'impact de ces cercles sur les coûts des médicaments et les profils de prescription médicale a été démontré et leur diffusion en Suisse s'est faite progressivement. Les CQMP ont un intérêt pédagogique évident, reconnu par une accréditation des organes de formation continue. Médecins et pharmaciens participants illustrent ici leur vision, leur fonctionnement et leur influence sur la sécurité et l'économicité de la prescription médicale, un acte quotidien suffisamment complexe pour mériter le partage de sa responsabilité dans une collaboration interdisciplinaire constructive [57].

L'ordonnance médicamenteuse est l'aboutissement d'une démarche médicale complexe qui engage la responsabilité du médecin qui la rédige, du pharmacien qui la délivre et du patient qui y adhère [58]. Elle n'a donc rien d'un «bon» donnant droit au retrait en pharmacie de «pilules» remboursées par la sécurité sociale. En établissant son ordonnance, le médecin doit avoir à l'esprit un ensemble de critères pour maîtriser les risques d'erreurs de prescription, de dosages, de contre-indications, d'interactions ou d'inefficacité. Il lui faut éviter si possible les ruptures de la continuité des soins, les entorses aux principes d'éthique biomédicale, d'éventuels conflits d'intérêt et si possible fonctionner avec une logique d'économie de marché. La responsabilité de la prescription médicale est par conséquent bien lourde pour un seul acteur de la santé et mérite d'être partagée dans un mode de collaboration constructive. Des cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQMP) ont ainsi été créés en médecine générale et en établissements médico-sociaux dans le but d'améliorer et de sécuriser la prescription médicamenteuse [59].

Un CQMP réunit, sur une base volontaire, cinq à quinze médecins de ville et un à trois pharmaciens, animateurs du cercle. Au moyen de quatre à six séances annuelles, cette formation continue interdisciplinaire accréditée soutient les participants dans l'amélioration de leur pratique. Pour bien fonctionner, les CQMP travaillent de préférence dans un réseau local ou régional. Ils comparent les données statistiques de prescriptions médicamenteuses, donnent des informations pharmacologiques pertinentes, répondent aux questions des praticiens et établissent un consensus de bonne pratique.

L'impact pharmaco-économique de six CQMP pionniers, regroupant six pharmaciens et vingt-quatre médecins fribourgeois, a été évalué sur une période de neuf ans (1999-2007) par rapport à un groupe témoin de médecins omnipraticiens travaillant sans relation privilégiée avec un pharmacien [60]. La différence cumulée entre les groupes est de 42% en faveur des

CQMP, représentant pour 2007 une économie de 230 000 CHF par médecin soit environ 210 000 euros par médecin. Ceci s'explique par un profil de prescription plus sûr et plus efficient, une meilleure pénétration des génériques, une attitude plus pondérée vis-à-vis du marketing, une formation continue interdisciplinaire spécifique, et une meilleure application des recommandations nationales ou internationales [61].

Cette collaboration existe depuis dix à vingt ans dans les pays anglo-saxons (Australie, Angleterre, Etats-Unis) dans des structures ambulatoires et hospitalières, des établissements pour personnes âgées ou des réseaux de soins. Elle cible en particulier les patients polymédiqués. L'effet sur les coûts médicamenteux directs, sur la résolution de problèmes liés à la médication et sur certains paramètres cliniques a été démontré [62-63]. La recherche doit cependant encore préciser l'impact de la coopération interdisciplinaire en milieu ambulatoire sur la morbi-mortalité (hospitalisation, mortalité) [64-66].

La France, à son tour, doit favoriser ces collaborations médecins-pharmaciens. La MSP semble être l'endroit idéal pour mettre en place ces réunions de concertation pluri professionnelles.

Pharmacien MSP

Recommandation N°3 : Participation à des réunions pluriprofessionnelles afin d'optimiser les traitements thérapeutiques des patients

Pharmacien MSP

Recommandation N°4 : Mise en place de protocoles thérapeutiques médicamenteux standardisés et informatisés

3.2.4) Mise en place d'un système qualité

La qualité des soins, selon l'OMS se définit de la manière suivante : délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assure le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

La qualité dans le domaine de la santé s'apprécie de façon pluridimensionnelle à partir de cinq notions : l'éthique, la sécurité, la pertinence, l'accessibilité et l'efficacité [67].

Les démarches qualité, qui concernent l'ensemble des professionnels d'une structure de soins, constituent un enjeu de santé publique, dans la mesure où l'amélioration de la qualité des soins se fait au bénéfice du patient. C'est aussi un enjeu organisationnel, les dysfonctionnements de management mis en lumière doivent être l'occasion de repenser les organisations. D'un point de vue financier, la démarche qualité évite des dysfonctionnements coûteux.

Le système de santé est entré dans une période de réformes depuis les années quatre-vingt-dix. La nécessité de transparence et de sécurité a été renforcée notamment par les affaires de sécurité sanitaire (thalidomide, distilbène, isoméride, sang contaminé...). Depuis l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, la tendance s'est renforcée par l'obligation pour les établissements de santé de rentrer dans une procédure de certification où la qualité de l'établissement sera appréciée par un organisme externe. La sécurité et la qualité constitueront ainsi un des objectifs des contrats pluriannuels conclus avec les ARS [58]. Enfin, l'évolution récente de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale et la pression de certains médias obligent les établissements de santé à une plus grande transparence sur les moyens mis en œuvre pour prévenir les risques et assurer la qualité des soins. En conséquence, les établissements sont quasiment dans l'obligation de mettre en œuvre une démarche qualité interne pour répondre à ces nouvelles contraintes. De nombreuses initiatives se sont ainsi développées dans nos hôpitaux sans qu'il soit possible d'en établir réellement un inventaire exhaustif.

La démarche qualité dans les hôpitaux s'appuie en grande partie sur différentes procédures : référentiels, protocoles, auto-évaluation via des EPP (Evaluations des Pratiques Professionnelles), audits, indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS), « patient-traceur » etc. Elle passe également par l'obligation de collaborer avec les vigilances sanitaires (pharmacovigilance, matériovigilance, biovigilance, réactovigilance etc.) et de mettre en place des comités : comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), comité de lutte contre la douleur (CLUD), comité de retour d'expérience (CREX) etc. Il ne faut pas oublier que la formation continue des professionnels de santé fait partie intégrante de cette culture qualité. Dans la majorité des établissements de santé, ce sont des pharmaciens qui gèrent les vigilances et qui animent les comités.

Au sein d'une MSP, la démarche qualité passe par l'élaboration des protocoles cités précédemment mais elle pourrait également s'appuyer sur un système de vigilance (pharmacovigilance et matériovigilance), la création d'un CREX et la mise en place d'EPP, d'indicateurs IQSS, de la démarche « patient-traceur », sous l'initiative voire sous la responsabilité du pharmacien de la MSP.

3.2.4.1) La pharmacovigilance

La pharmacovigilance a pour objet la prévention, l'identification, l'évaluation et la correction du risque médicamenteux potentiel ou avéré (iatrogénie médicamenteuse). Elle s'attache notamment à évaluer les facteurs évitables du risque médicamenteux. La pharmacovigilance est ainsi partie intégrante de la gestion du risque et du circuit du médicament. La pharmacovigilance comporte :

- Le signalement des effets indésirables suspectés d'être dus à un médicament ou à un produit mentionné à l'article R. 5121-150, y compris en cas de surdosage, de mésusage, d'abus et d'erreur médicamenteuse, ainsi que la surveillance des effets indésirables liés à une exposition professionnelle,
- Le recueil, l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation de ces informations dans un but de prévention ou de réduction des risques et au besoin pour prendre des mesures appropriées [68].

La Pharmacovigilance repose sur l'obligation légale pour certains professionnels de santé de notifier à un CRPV (Centre Régionale de PharmacoVigilance) tout effet indésirable. Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens ont l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou produits mentionnés à l'article L.5121-1 dont ils ont connaissance [69]. Le fait pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les pharmaciens de méconnaître les obligations de signalement immédiat d'un effet indésirable grave suspecté d'être dû à un médicament ou un produit au sens du 2° de l'article R. 5121-152 dont ils ont eu connaissance est puni de l'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe (1500 à 3000 euros) [70].

Malgré une obligation légale pour ces professionnels, l'étude de Bégaud et al. estime qu'il existe une sous notification des effets indésirables de l'ordre de 95% pour ceux considérés comme « graves » [71]. Il est toutefois important de souligner que le taux de notification en France est l'un des plus élevés parmi les pays européens, il avoisine les 389,7 notifications par millions d'habitants et par an [72 ; 73].

Il est facile de conclure que la majorité des pharmaciens d'officine et des médecins ne prennent pas le temps de signaler ces effets indésirables alors que c'est un vrai problème de santé publique : au cours du premier trimestre de l'année 2016 les pharmaciens étaient à l'origine de 20% des notifications d'effets indésirables médicamenteux au réseau national de pharmacovigilance contre 7% pour les médecins généralistes [74].

Avec plus de déclarations, des médicaments à balance « bénéfice/risque » défavorable seraient plus rapidement retiré du marché et des scandales sanitaires comme l'affaire du Mediator® du laboratoire Servier® aurait pu être évité [75]. Une analyse des retraits du marché français de médicaments pour raison de pharmacovigilance montre que la notification spontanée d'effets indésirables par les professionnels de santé a un rôle majeur, non seulement dans la détection d'alertes de pharmacovigilance, mais aussi dans le recueil de preuves pour le retrait du marché des médicaments. Ainsi, entre 2005 et 2011, 19 décisions sur 22 de retrait de médicaments pour raison de pharmacovigilance se sont appuyées sur des notifications spontanées. Des données similaires ont été publiées en Espagne. Le rôle des professionnels de santé à l'écoute vigilante des patients est majeur [76].

Le manque de temps de ces différents professionnels et l'absence de rémunérations de cette mission d'intérêt publique sont les deux grandes raisons responsables du faible nombre de déclarations.

Le pharmacien pourrait mettre en place un processus simple et rapide de déclaration des effets indésirables. Il s'occuperait, comme à l'hôpital, de transmettre ces déclarations au CRPV et de retourner les résultats des analyses aux médecins.

Ainsi les professionnels de santé de la MSP respecteraient la loi et garantiraient à leur patient une prise en charge optimale vis-à-vis de leur traitement médicamenteux.

3.2.4.2) La matériovigilance

La matériovigilance s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché. Elle a pour objectif d'éviter que ne se (re)produisent des incidents et risques d'incidents graves mettant en cause des dispositifs médicaux, en prenant les mesures préventives et /ou correctives appropriées . A la différence de la pharmacovigilance, certaines déclarations sont obligatoires et d'autres sont facultatives. Le signalement est obligatoire et sans délai à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) par le fabricant, les utilisateurs et les tiers ayant connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers [77]. Les signalements facultatifs sont définis dans le code de santé publique par l'article R.5122-15 :

« -Réaction nocive et non voulue se produisant lors de l'utilisation d'un DM conformément à sa destination.

-Réaction nocive et non voulue résultant d'une utilisation d'un DM ne respectant pas les instructions de la notice.

-Tout dysfonctionnement ou toute altération des caractéristiques ou des performances d'un DM.

- Toute indication erronée, omission et insuffisance dans la notice d'instruction, le mode d'emploi ou le manuel de maintenance ».

En milieu hospitalier l'utilisation des DM est très importante par rapport à la ville. On retrouve des DM standards peu invasifs (compresses, pansements, sondes urinaires, gants...) et techniques très invasifs (cathéters d'angiographie, prothèses, implants...). En ville étant donné l'utilisation majoritaire des DM standards il y a pas ou très peu de déclarations car rarement le DM est à l'origine d'un évènement indésirable grave et donc d'une déclaration obligatoire. Mais comme pour les médicaments toutes les déclarations sont importantes car elles permettent d'améliorer la qualité du système de soin en diminuant les risques pendant la prise en charge du patient. Les déclarations permettent également de mettre en avant des mésusages des produits de santé aboutissant à la mise en place de formation pour les utilisateurs (patients et professionnels de santé).

Comme pour la pharmacovigilance, le pharmacien de MSP pourrait mettre en place un système de déclaration simple et rapide de matériovigilance. Il pourrait également mettre en place avec les autres professionnels (notamment les infirmiers) de la MSP des formations « bonnes pratiques d'utilisation ».

3.2.4.3) Comité de retour d'expérience

Les EIAS (Evènements indésirables Associés aux Soins) surviennent à la suite d'une accumulation d'écarts et de défaillances du système de soins. Ces défaillances sont souvent caractérisées comme évitables, d'où l'intérêt de signaler les EIAS et de les analyser. L'analyse de ces EIAS permet de mettre en évidence les défaillances évitables et d'élaborer collectivement des actions qui préviennent la survenue des écarts et de l'EIAS lui-même.

Cette démarche nécessite de ne pas s'arrêter à la culpabilité que pourrait susciter l'erreur ou le renoncement au signalement, mais de considérer les bénéfices engendrés par un partage d'expérience et par la détermination de solutions collectivement pour éviter la répétition de l'EIAS [78].

Le CREX est une démarche organisée et systémique de recueil et d'exploitation des défaillances que produit la prise en charge d'un patient. Il consiste à identifier ce qui s'est passé (EIAS), afin de tirer les meilleures leçons de l'expérience pour mieux maîtriser l'avenir et renforcer la sécurité des soins et des patients. C'est une démarche de gestion des risques, qui contribue à une prise en compte constructive de l'erreur et des évènements indésirables en vue d'améliorer la qualité des soins [78]. Depuis quelques années les CREX font leur apparition dans l'univers hospitalier. C'est une démarche collective d'équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Elle associe collecte, analyse approfondie, actions d'amélioration, partage et communication des enseignements retirés. Elle conduit les professionnels à s'interroger en équipe sur leurs pratiques, leurs organisations et à prendre conscience du risque pour mieux le maîtriser.

Au sein de ces comités les EIAS vont donc être analysés à l'aide de différentes méthodes. Les deux les plus connues à l'hôpital étant la Revue de Morbi-Mortalité (RMM) et la Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs associés (REMEDI).

La RMM est défini par la Haute Autorité de Santé comme « une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, afin de mettre en œuvre des actions de prévention, de récupération ou d'atténuation ». C'est une méthode qui relève d'une approche par problème car elle est mise en œuvre pour améliorer une situation où des problèmes ont été identifiés.

La REMEDI a été développée par la Société Française de Pharmacie Clinique dans le but d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse des malades. Cette méthode est proche de celle de la RMM mais spécifiquement centrée sur les erreurs médicamenteuses. C'est une démarche structurée d'analyse à posteriori de cas d'erreurs médicamenteuses rendues anonymes. Basée sur une analyse collective, pluriprofessionnelle et systématique, elle vise à concevoir et mettre en œuvre des actions de réduction des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients [79].

Une autre méthode d'analyse très connue, utilisée dans le milieu industriel et réalisable dans d'autres situations complexes est la méthode d'ORION [80]. C'est une analyse systémique des événements indésirables relativement intuitive, qui peut être adaptée à l'analyse d'EIAS en milieu de soins ambulatoires.

Elle se déroule en 5 étapes :

- Etape 1 : Collecte des données portant sur l'EIAS.
- Etape 2 : Reconstitution de la chronologie de l'évènement.
- Etape 3 : Identification des facteurs contributifs et des facteurs influant la survenue de l'évènement.
- Etape 4 : Proposition d'actions correctrices à mettre en œuvre.
- Etape 5 : Rédaction du rapport d'analyse qui doit comprendre l'identification de l'évènement (date de survenue, libellé succinct), la chronologie des faits, l'analyse des facteurs contributifs, les actions proposées et leurs modalités de mise en œuvre.

Il est donc souhaitable d'instaurer une culture positive de l'erreur et de mettre en place une organisation en charge de l'analyse des événements indésirables (erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse) et de la planification des actions nécessaires pour en améliorer la sécurité. Le pharmacien de la MSP pourrait donc être également l'animateur de ces CREX.

3.2.4.4) EPP et OMEDIT

L'EPP ou l'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients. Une étude française réalisée par des anesthésistes a voulu mesurer l'impact d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles sur l'utilisation du monitoring de la curarisation et l'antagonisation des curares. Après avoir évalué les pratiques dans un premier temps, les résultats ont été soumis aux différents intervenants du service d'anesthésie au cours d'un staff EPP au décours duquel une procédure interne a été élaborée : l'objectif étant que tous les malades curarisés puissent bénéficier du monitoring chiffré de la curarisation. Six mois plus tard, une autre évaluation a été réalisée en tenant compte des mêmes critères, afin d'évaluer l'impact de l'EPP sur la pratique clinique. Le taux de monitoring qui était de 67 % initialement est passé à 94 %. Cette étude a montré que, dans le cadre d'une démarche EPP, le nombre de patients bénéficiant du monitoring quantitatif systématique peut être augmenté de façon significative avec un impact réel sur la décurarisation [81].

Si les professionnels de santé de la MSP s'engagent dans une démarche qualité il serait très intéressant de mettre en place des EPP avec l'aide d'une structure comme l'OMEDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques. Le champ d'action de l'OMEDIT concerne les pratiques relatives à l'usage de l'ensemble des médicaments et dispositifs médicaux prescrits, dispensés et utilisés par les professionnels de santé, tout le long du parcours de soins des patients (ambulatoire, sanitaire, médico-social).

L'OMEDIT est une structure régionale d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique placée auprès de l'agence régionale de santé, afin :

- de contribuer à la promotion et à l'animation d'une politique régionale coordonnée de sécurisation, de bon usage et de bonnes pratiques des médicaments et des dispositifs médicaux,
- d'accompagner les acteurs de santé dans leur démarche d'amélioration des pratiques relatives à l'usage des produits pharmaceutiques et la maîtrise des coûts,
- de développer une vision stratégique permettant d'intégrer le progrès thérapeutique.

L'OMEDIT a pour ambition d'être un lieu d'échange régional, pluridisciplinaire et transversal (ville, hôpital et médico-social) autour du médicament et des dispositifs médicaux.

L'OMEDIT a un rôle :

- d'observation : suivi et analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional, repérage des tendances d'évolution, émergence de nouvelles pratiques etc.
- d'appui et d'accompagnement auprès des institutions de santé (Agence régionale de santé, Assurance maladie, DGOS...), afin de faciliter la mise en place et le suivi des contrats de bon usage en établissement de santé (Élaboration et analyse des rapports d'étape annuels) et d'informer des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux,
- d'appui et d'accompagnement auprès des acteurs de santé dans l'exercice de leur pratique : diffusion et retour d'information aux établissements et professionnels de santé, organisation d'échanges réguliers entre les professionnels de santé (partage d'expérience, confrontation des pratiques, mutualisation de moyens...), participation à la mise en œuvre d'une politique régionale de bon usage.

Les axes de travail de l'OMEDIT sont fixés par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'agence régionale de santé [82].

Les professionnels de santé qui dirigent et coordonnent les actions de l'OMEDIT sont essentiellement des pharmaciens. Le pharmacien de MSP pourrait donc être responsable du dialogue entre la MSP et l'OMEDIT et mettre en place les EPP en coordination avec les autres professionnels de la structure. Il est plus facile pour un professionnel de santé de comprendre et de mettre en place des études, comme des EPP, émanant de professionnels ayant réalisé le même cursus que lui. Ils auront normalement une réflexion et une logique similaires quant à la construction du travail. Le pharmacien de MSP étant au contact direct avec les autres professionnels de la MSP serait l'interlocuteur privilégié entre ces 2 entités.

D'autres outils « qualité » pourraient être transposés de l'hôpital à la ville comme les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS) [83], largement utilisés pour atteindre les objectifs liés à la certification des établissements : tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, qualité de la lettre de liaison à la sortie, dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité de l'évaluation de la douleur, traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre etc. Certains de ces indicateurs sont devenus obligatoires pour les établissements de santé et rendus publique afin de garantir « transparence pour les usagers » et « compétitivité en terme de qualité entre les différents hôpitaux ».

Une autre démarche initiée à l'hôpital depuis quelques années est en train de voir le jour en ville et notamment pour les structures types MSP : « le patient-traceur ». La méthode du patient-traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches [84].

L'avenir des MSP doit et devra passer par la mise en place d'une démarche qualité afin d'être garante de la meilleure prise en charge possible des patients en soins primaires ambulatoires. Elles passeront peut-être aussi par la mise en place d'un système de certification qui permettra d'uniformiser la qualité ville-hôpital et donc de renforcer ce lien.

Pharmacien MSP

Recommandation N°5 : Mise en place d'un système performant de vigilance sanitaire

Pharmacien MSP

Recommandation N°6 : Mise en place d'un système qualité (CREX, REMED, patient traceur etc.), évalué par des indicateurs dans l'hypothèse d'une future certification

Pharmacien MSP

Recommandation N°7 : Coopération avec l'OMEDIT pour l'EPP et les bonnes pratiques

3.2.5) Education thérapeutique du patient (ETP) et entretien pharmaceutique

Selon l’OMS [85], l’éducation thérapeutique du patient vise à 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. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l’organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie [86].

L’Education thérapeutique du patient participe à l’amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l’amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. Les finalités spécifiques de l’éducation thérapeutique sont :

- l’acquisition et le maintien par le patient de compétences d’auto-soins (= décisions que le patient prend avec l’intention de modifier l’effet de la maladie sur sa santé [87]). Parmi elles, l’acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d’acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient ;
- la mobilisation ou l’acquisition de compétences d’adaptation (= compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d’acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci [88]). Elles s’appuient sur le vécu et l’expérience antérieure du patient et font partie d’un ensemble plus large de compétences psychosociales.
- **Les compétences d’auto-soins :**
 - Soulager les symptômes.
 - Prendre en compte les résultats d’une autosurveillance,
 - Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement.
 - Réaliser des gestes techniques et des soins.
 - Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
 - Prévenir des complications évitables.
 - Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
 - Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.
- **Les compétences d’adaptation :**
 - Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
 - Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
 - Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
 - Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
 - Prendre des décisions et résoudre un problème.
 - Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
 - S’observer, s’évaluer et se renforcer.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps [86].

La clé de la réussite d'un ETP est en premier lieu l'acceptation et la participation du patient et dans un second plan, tout aussi important, une coordination des interventions et une transmission des informations entre les professionnels de santé. D'après les recommandations de la HAS [86], une planification de l'ETP en 4 étapes propose un cadre logique et cohérent pour l'action des professionnels de santé :

1) Élaborer un diagnostic éducatif

- Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP.
- Appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet.
- Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.

2) Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage

- Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.
- Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel.
- Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

3) Mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance

- Sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage.

4) Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

- Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.
- Proposer au patient une nouvelle offre d'ETP, si besoin, qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique.

Dans l'univers hospitalier se développe depuis quelques années des modules d'ETP dans différents domaines, notamment en endocrinologie avec la prise en charge du diabète ou encore en pneumologie avec les asthmatiques. Ce sont des infirmiers, des médecins, des psychologues, des diététiciens, des pharmaciens etc. qui sont acteurs de ces différentes prises en charge.

Le pharmacien a un rôle important dans l'éducation thérapeutique du patient notamment au sein d'un entretien pharmaceutique. Le but de l'entretien est de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement.

Dans ce cadre, le pharmacien s'engage à donner aux patients les précisions et informations suivantes :

- la posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques par exemple) ;
- la durée de traitement ;
- les précautions d'emploi ;
- les informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical ;
- les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique à un princeps ;
- les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient ;
- les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements [89].

L'entretien pharmaceutique a pour but :

- de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients,
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament,
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement,
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement [89].

L'ETP a été inscrite dans le code de la santé publique suite à la publication de la loi : « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 [90]. Elle est ainsi officiellement reconnue comme s'inscrivant dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

L'article 38 de la loi HPST définit clairement les missions des pharmaciens d'officine, on retrouve dans ce texte au 5ème alinéa « Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles « L. 1161-1 à L. 1161-5 » du Code de la Santé Publique.

Les pharmaciens sont pleinement invités à prendre une place dans l'éducation thérapeutique du patient. Dans un bulletin de l'Ordre des Pharmaciens de décembre 2009, ils sont même exhortés à s'investir dans ce champ à travers un titre directif « L'éducation thérapeutique des patients, une ardente obligation pour les pharmaciens [91] ». Cet article se terminant par « Il est donc essentiel que les pharmaciens, à tous niveaux, participent activement aux programmes d'éducation thérapeutique (réseaux formels ou informels, services hospitaliers publics ou privés, organisations locales agréées par les agences régionales de santé...). Ils peuvent également être les initiateurs de tels programmes. ». L'Ordre national des pharmaciens et le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française s'investissent totalement dans la promotion de l'accompagnement et de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques. La présidente de l'Ordre, Isabelle Adenot, ayant déclaré « L'ETP est l'enjeu de demain pour les pharmaciens [90] ».

En janvier 2013, il est signé l'avenant n° 1 à la convention nationale pharmaceutique, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), les trois syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine : la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et l'Union nationale des pharmacies de France (UNPF), ainsi que l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam), qui fixe les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement par le pharmacien des patients sous traitement chronique par antivitamine K (AVK).

En décembre 2014, ce sont les patients asthmatiques qui deviennent éligibles à un entretien thérapeutique. Ces expérimentations étant récentes, il faudra attendre quelques temps avant d'avoir les premiers résultats.

Plusieurs publications [92-94] démontrent le bénéfice réel des entretiens pharmaceutiques dans la prise en charge de certaines maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète ou encore la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Une étude récente en Chine [94] a comparé pendant 1 an deux groupes de patients atteints de BPCO. Il a été créé aléatoirement deux groupes de 122 personnes BPCO. Un seul des deux groupes a reçu en supplément de la prescription médicale un accompagnement thérapeutique encadré par un pharmacien (compréhension de la maladie, hygiène de vie, nécessité du traitement thérapeutique, bonnes pratiques d'utilisation des dispositifs médicaux...). Le groupe « entretien thérapeutique » a deux fois moins d'épisodes d'exacerbations sévères, trois fois moins d'entrée en hospitalisation et six fois moins de personnes qui continuent de fumer à 1 an par rapport au groupe contrôle. Outre l'impact sur la qualité de vie pour les patients il y a aussi un réel impact d'un point de vue financier.

Le pharmacien de la MSP pourrait être investi comme le pharmacien officinal dans la mise en place de ces entretiens pharmaceutiques qu'il pourrait intégrer dans le processus de conciliation. Les avantages majeurs résident dans les locaux plus adaptés à la pratique de cette mission mais également par la proximité avec les autres professionnels de santé pouvant lui sélectionner les patients les plus concernés par ces entretiens.

Dans un premier temps si chaque (nouveau) patient éligible à un traitement chronique bénéficiait d'un entretien pharmaceutique, il y aurait certainement un gain sur la qualité de vie des patients, un gain financier pour la sécurité sociale et un gain de temps médical pour les médecins.

Dans un deuxième temps, le pharmacien de la MSP pourrait être la personne référente pour la mise en place des ETP au sein de la MSP. La mise en place d'une ETP étant une approche pluri disciplinaires, la MSP semble l'endroit idéal comme peut l'être un hôpital.

Pharmacien MSP

Recommandation N°8 : Mettre en place des ETP et réaliser des entretiens pharmaceutiques

3.2.6) Devenir maître de stage

Le pharmacien de MSP pourrait et devrait être maître de stage car au sein des MSP les étudiants en pharmacie pourrait être au contact des différents professionnels de santé, des étudiants en médecine, des étudiants infirmiers, des internes en médecine générale etc. Plus l'étudiant est confronté tôt à travailler en équipe pluriprofessionnelle plus notre système de santé sera performant.

Il est également très important de partager ses connaissances et ses expériences de terrain avec les étudiants pour leur apprendre leur futur métier mais il est tout aussi important d'avoir des stagiaires pour les idées et les connaissances nouvelles qu'ils peuvent apporter.

Le NICE équivalent de la HAS a pour politique de réévaluer avec une commission scientifique toutes ses recommandations systématiquement à 3 ans après l'émission initiale, puis certaines à 2 ans et d'autres à 4 ans en fonction de la décision de la commission médicale de réévaluation. Une étude récente a évalué 134 bonnes pratiques publiées depuis 2002 au NICE, 86% des recommandations s'avèrent encore valides après un cycle de 3 ans et la durée de vie moyenne des recommandations s'établit à 60 mois (5 ans). 90% des recommandations sont encore considérées complètement valides à 28 mois, 75% à 41 mois, et seulement 25% à 91 mois [95].

Sur un domaine encore plus spécifique ne portant que sur les recommandations les plus sûres, une autre étude, américaine a étudié la vitesse d'obsolescence des recommandations de 11 bonnes pratiques thérapeutiques en cardiologie émises par le collège de cardiologie Américain. L'étude est partie de la dernière version publiée complète de ces recommandations et est remontée sur les versions précédentes N-1, N-2, etc. Elle s'est focalisée sur les changements intervenus, leur date et leur motif. Au total, il y a eu 619 recommandations publiées entre 1998 et 2007 correspondant à une moyenne de 41 recommandations ponctuelles pour chacune des 11 pratiques thérapeutiques considérées. L'intervalle moyen de révision d'une recommandation était de 6 ans [96].

Il semble donc inconcevable pour un professionnel de santé de travailler uniquement sur ces acquis quand il est démontré qu'une recommandation a une durée de vie de 5 ans environ. La formation continue est donc indispensable et le fait d'accueillir des étudiants, stimule et force les professionnels à « se recycler », à modifier leur pratique pour être à jour des nouvelles connaissances. L'échange entre générations est donc très important et indispensable.

L'échange intergénérationnel et interprofessionnel est l'avenir de nos métiers afin de garantir une qualité et une sécurité de soins idéal.

Pharmacien MSP

Recommandation N°9 : Transmettre son savoir et apprendre des autres générations

3.2.7) Recherche en soins primaire

Grâce à l'informatisation des MSP, chaque année, des données de santé vont être produites et gardées dans des bases de données. Ces données pourront être utilisées par les professionnels de santé de la MSP pour effectuer de la recherche en soins primaire seulement si ces données sont anonymisées. Ces données pourront permettre par exemple d'établir des protocoles de soins plus adaptés aux usagers de la MSP, de mettre en place des campagnes de dépistage, de prévention et d'information en rapport avec les besoins du territoire rattaché au pôle de santé... Comme à l'hôpital le pharmacien de MSP pourra utiliser ces données pour réaliser des études et produire des posters, des publications qui pourront, peut être, apporter des solutions à certains problèmes de santé publique, améliorer la prise en charge thérapeutique, optimiser la qualité et la sécurité du circuit du médicament ou encore renforcer le lien ville hôpital...

Les objets connectés en santé (bracelet tensiomètre, podomètre, lecteur de glycémie, balance...) sont et seront également générateur d'un grand nombre de données. Elles pourront être également utilisées par les professionnels de santé si le patient décide de les partager avec la MSP. Ces objets connectés sont aujourd'hui une réalité et vont encore se développer, au point de révolutionner notre quotidien et notre manière d'aborder notre propre santé. Mieux s'écouter, mieux suivre ses propres indicateurs de santé permettra peut être de prévenir certaines maladies ou de prendre en charge plus rapidement et plus efficacement certaines pathologies.

L'ensemble de ces données de santé formera le « big data santé » de demain et permettra d'effectuer des recherches en soins primaires dans un but ultime de réussir à trouver des algorithmes décisionnels de prise en charge thérapeutique individualisée et toujours dans le but d'améliorer notre système de santé. L'enjeu de ces données est tellement énorme que c'est aussi le plus grand danger de demain en termes de secret médical et de liberté humaine. Il ne faut pas que ces données soient accessibles à tous. Il ne faut pas que les assurances, les mutuelles, les banques, les puissantes multinationales comme les laboratoires pharmaceutiques puissent y avoir accès librement. Il faut contrôler, protéger ces données et les utiliser pour la recherche en santé et si des laboratoires pharmaceutiques veulent les utiliser pour de la recherche en santé il faudra leur vendre afin de financer de notre côté de la recherche publique et de pérenniser notre système de santé accessible et gratuit pour tous.

Le pharmacien de MSP étant déjà « le gardien du poison pourrait être le gardien des données de santé de la MSP ».

La loi a déjà prévu de rendre possible la collaboration entre les MSP et les universités afin de rendre possible les stages de formation et d'effectuer de la recherche en soins primaires.

Selon l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique, elles prennent le nom de MSP universitaire : « *Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur* ».

De nouvelles thèses verront le jour grâce à toutes ces données que généreront les MSP et grâce à l'encadrement qu'apporteront les professionnels de santé de la structure.

Pharmacien MSP

Recommandation N°10 : Etre le gardien des données de santé

Pharmacien MSP

Recommandation N°11 : Elaborer un partenariat avec une université et développer la recherche en soins primaires

3.2.8) Coordinateur de la MSP

Afin que ces établissements fonctionnent correctement et que les médecins et paramédicaux puissent consacrer le plus de temps possible à leurs patients, un certain nombre de missions transverses de coordination doivent être assurées. Dans la plupart des cas, un coordinateur est requis par ces maisons de santé pluridisciplinaires pour assurer la pérennité des missions administratives, des missions de communication et pour suivre les relations internes et externes à la maison de santé. Ce métier étant né de la création des MSP est très récent et sa fiche de poste s'affine au fil des années par des retours d'expériences. Une formation créée en 2015 d'« Animateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires » vient d'ouvrir à l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique). Les candidats ayant accès sont les professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens...) ou des personnes ayant des masters de pilotage, de gestion en santé.

➤ Fiche de poste de coordinateur administratif de MSP [97].

1- Animation de la coordination interprofessionnelle

- Lien entre les professionnels
 - Rencontres régulières
 - Anticipation sur les crises personnelles ou interhumaines

- Préparation des réunions de coordination
 - Agenda
 - Recherche bibliographique
 - Secrétariat de réunion
 - Planification des suites
 - Suivi de la mise en place de l'exercice protocolé

2 - Relation à l'éditeur du système d'information (SI)

- Mise en relation avec les éditeurs de logiciels
- Information des professionnels sur les modalités d'échange et de partage de données
- Demande des mises à jour
- Programme de formation des utilisateurs
- Suivi des mises à jour
- Sensibiliser les professionnels à utiliser les formats standardisés interopérables

3 - Travail sur la production des données du SI

- Maîtrise du moteur de recherche
- Production de données structurées permettant d'établir des audits utiles à des actions d'amélioration des pratiques

4 - Relation à l'ARS et autres institutions ou collectivités

- Gestion administrative
- Suivi des subventions
- Préparation et participation aux réunions
- Participation aux diverses actions de mutualisation et/ou d'intégration du territoire

5 - Gestion budgétaire

- Aide à l'établissement du budget prévisionnel
- Aide à l'établissement du budget définitif
- Suivi des dépenses
- Préparation des présentations des comptes
- Relations à l'expert comptable

Toutes ces missions sont les tâches essentielles d'un coordinateur selon la FFMPS auxquelles des tâches optionnelles peuvent être rajoutées selon les besoins de la structure :

- Coordination et suivi de la mise en œuvre des actions de santé publique
- Gestion du personnel
- Gestion des stocks : fournitures, matériels médical, paramédical et administratif
- Gestion commission hygiène
- Gestion commission sécurité

Une partie des tâches de cette fiche de poste pourraient être réalisées par le pharmacien de MSP car ces tâches s'intègrent dans certaines missions décrites précédemment et l'autre partie par une personne qui aurait une formation plutôt administrative type secrétariat.

A noter qu'à l'hôpital un pharmacien en devenant chef de service devient manager de son service. Il va donc devoir gérer son équipe d'un point de vue organisationnel et humain, optimiser les budgets de fonctionnement de la PUI et les achats (médicaments, dispositifs médicaux...) en fonction des objectifs fixés par la direction de l'hôpital et de l'ARS, piloter des projets en coordination avec d'autres services de l'établissement pour répondre à des besoins de santé publique. Le pharmacien hospitalier peut également devenir chef de pôle d'activité ce qui est marqué par un accroissement des responsabilités et de la composante managériale de la fonction. Il peut même prétendre à la fonction de président de la CME (Comité Médical d'Etablissement) et donc coordonner la politique médicale de l'établissement avec le directeur de l'hôpital.

Le coordinateur ou animateur d'une MSP à mon sens doit posséder une formation médicale pour mieux comprendre les attentes et les difficultés de ses collègues. Il pourra également mieux décrypter les flux de données de santé et les enjeux territoriaux en termes de santé publique. Il semble également indispensable de participer à la formation de l'EHESP, à Rennes, afin de consolider la fonction de management de la structure et des équipes pluriprofessionnelles, d'apprendre à piloter des projets de santé et comprendre les enjeux de demain.

Pharmacien MSP

Recommandation N°12 : Coordonner la Maison de Santé Pluriprofessionnelle

4) Les limites du projet

La première limite qui semble la plus importante à soulever est « la rémunération du pharmacien de la MSP ». Trois possibilités peuvent être proposées :

- Le pharmacien de pôle devient « salarié » de la MSP, il touche un salaire provenant des cotisations des autres professionnels de santé qui eux sont rémunérés à l'acte par la sécurité sociale. On peut également imaginer un financement en partie par ces cotisations et en partie par les NMR. Le pharmacien dans ce cas là devra justifier son salaire à tous ses collègues qui le financent (gain de temps médical, management de la structure, bonnes relations avec les autorités de santé et les usagers, sécurité médicale, optimisation des NMR...) d'où l'importance de mettre en place un système qualité basé sur des indicateurs pertinents et faciles à recueillir.
- Le pharmacien pourrait également, après négociation avec les ARS et la sécurité sociale, avoir un statut équivalent au pharmacien hospitalier et donc être rémunéré directement par l'ARS. Il devra donc justifier son salaire auprès de ces instances en répondant à des objectifs fixés par ces dernières : qualité et sécurité des soins, économie de santé par optimisation de la prise en charge thérapeutique, actions d'informations et de préventions sur le territoire couvert par la MSP...
- La dernière possibilité est de prétendre à une petite partie des NMR pour certaines actions engagées au sein de la MSP et d'avoir directement intégré à la structure ou juste à coté de la MSP une officine. Le pharmacien pourrait donc assurer une grande partie de son salaire par la dispensation et la vente des produits de santé. Idéalement il faudrait rajouter des critères au tableau des NMR comme les entretiens pharmaceutiques, la mise ne place d'ETP, l'analyse pharmaceutique grâce à l'informatisation pour financer le temps pharmacien. Dans ce dernier cas il reste un autre problème à soulever : celui de la concurrence déloyale. En effet s'il y a plusieurs pharmacies dans le secteur de la MSP, il n'est pas possible à une seule pharmacie de s'implanter avec la MSP. La seule solution est soit un regroupement des pharmacies en une structure rattachée à la MSP soit une mutualisation des pharmacies pour garder plusieurs points de dispensation. Soit les pharmaciens décident de travailler ensemble et de s'intégrer à part entière dans une équipe pluriprofessionnelle afin développer l'avenir intelligent de leur profession et celui de la santé en soins primaires, soit ils décident de rester isolés, d'avorter un projet de santé public et de se battre entre eux sur les prix de la parapharmacie ! Ils resteront alors pour l'opinion publique « des épiciers » et Leclerc viendra marcher sur leur plate-bande. De plus une mutualisation ou un regroupement permettrait de partager les financements de certains projets d'intérêt public comme l'investissement dans un automate PDA (Préparation des Doses à Administrer). La PDA désigne le reconditionnement à l'avance des médicaments dans des piluliers nominatifs, selon la posologie et la durée du traitement. Cette pratique vise à prévenir les accidents iatrogènes liés à la confusion, la perte et/ou l'oubli de l'administration des médicaments, à faciliter la compréhension, l'administration et l'observance.

La deuxième limite à soulever est la bonne entente entre tous les professionnels de la structure. Notamment la relation médecin-pharmacien qui reste la plus délicate à mon avis. Il est important au sein de ces structures de partager ses connaissances, de dévoiler ses pratiques et d'accepter de les modifier. Il ne faut pas avoir peur en tant que pharmacien de remettre en cause une prescription, nous sommes les experts des médicaments, nous avons le droit d'émettre un avis et d'en discuter. A l'hôpital la place du pharmacien grandit chaque jour et les jeunes générations de médecins acceptent plus facilement les interventions pharmaceutiques qu'ils considèrent comme bénéfiques. Nous ne sommes pas « la police de l'hôpital » mais plutôt « les hommes et les femmes de l'ombre » qui sécurisent les médecins (et les patients) à travers l'analyse de leur prescription. Il faudra apprendre à travailler ensemble, accepter les susceptibilités de certains et si pour certaines personnes le pharmacien n'est qu'« un épicier », nous construirons l'avenir sans eux.

Conclusion

La conciliation des traitements médicamenteux à l'hôpital est un processus qui permet d'intercepter un grand nombre d'EM qui potentiellement pourraient être graves. Il n'y a aucune difficulté à conclure qu'à l'heure actuelle, où la sécurisation du circuit du médicament est un enjeu majeur pour la pharmacie, pour l'hôpital et pour la santé publique, que la conciliation est essentielle à la pratique de la pharmacie clinique. Ne pas la développer serait une grosse erreur mais une autre erreur serait de la limiter à l'univers hospitalier. Chaque projet développé dans un établissement hospitalier ne doit pas se contenter de son service, de son pôle ou même de son hôpital mais doit s'ouvrir vers l'extérieur, vers la ville afin de pouvoir voir à long terme et d'éviter une certaine perte d'énergie. Grâce aux MSP, l'hôpital voit se développer des satellites qui vont pouvoir renforcer le lien ville-hôpital à travers des prises en charge similaires aux siennes, des relations facilitées et des échanges constructifs. Le pharmacien de ville a toute sa place dans ces MSP ainsi que les bonnes pratiques hospitalières. Il pourrait avoir un rôle stratégique dans ces MSP et être l'interlocuteur, le lien entre la ville et l'hôpital afin de garantir toujours une qualité et une sécurité du parcours de soins du patient. Le monde change, nos métiers évoluent, le pharmacien de MSP sera peut-être un nouvel acteur de notre système de santé.

Recommandations pharmacien MSP :

Recommandation N°1 : Analyse des ordonnances à l'aide d'un logiciel pluridisciplinaire

Recommandation N°2 : Lien direct médecins de ville – patients – praticiens hospitaliers

Recommandation N°3 : Participation à des réunions pluriprofessionnelles afin d'optimiser les traitements thérapeutiques des patients

Recommandation N°4 : Mise en place de protocoles thérapeutiques médicamenteux standardisés et informatisés

Recommandation N°5 : Mise en place d'un système performant de vigilance sanitaire

Recommandation N°6 : Mise en place d'un système qualité (CREX, REMED, patient traceur etc.), évalué par des indicateurs dans l'hypothèse d'une future certification

Recommandation N°7 : Coopération avec l'OMEDIT pour l'EPP et les bonnes pratiques

Recommandation N°8 : Mettre en place des ateliers d'ETP et réaliser des entretiens pharmaceutiques

Recommandation N°9 : Transmettre son savoir et apprendre des autres générations

Recommandation N°10 : Être le gardien des données de santé

Recommandation N°11 : Elaborer un partenariat avec une université et développer la recherche en soins primaires

Recommandation N°12 : Coordonner la Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Bibliographie

- [1] Société Française de Pharmacie Clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse (1ère édition), 2005.
- [2] Article R. 5121-153 du Code français de la santé publique, décret n°2012-1244 du 8 novembre 2012 relatif à la pharmacovigilance.
- [3] Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson. To err is human: building a safer healthcare system. Institute of Medicine. Novembre 1999.
- [4] P. Michel, C. Minodier et al. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. Dossiers Solidarité et Santé. Mai 2011 ; n°761.
- [5] Michel P, Lathelize M, Quenon JL., Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M. Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports) – Mars 2011, Bordeaux.
- [6] Michel P, Lathelize M, Quenon JL., Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins 2009 (ENEIS2) : description des résultats 2009.
- [7] Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM, Domecq C et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale. Études et résultats, DREES, Paris 2005 ; (398): 1-15.
- [8] Philippe Schaller, Jean-Michel Gaspoz. Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique. Rev Med Suisse 2008;2034-2039
- [9] HAS-santé. Fiche Projet international High5s. 23 Avril 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/fiche_descriptive_projet_high5s.pdf
- [10] HAS-santé. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. Septembre 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
- [11] Legifrance. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. JORF n°0090 du 16 avril 2011. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>

- [12] Haut Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Janvier 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
- [13] Edith Dufay. La conciliation des traitements médicamenteux. Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé. Le parcours de soins. 2013.
http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2825/5534.pdf
- [14] Société Française de Pharmacie Clinique. Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. Décembre 2015.
- [15] Sébastien Doerper, Julien Godet, Jean François Alexandra, Benoit Allenet, Emmanuel Andres, Pierrick Bedouch, Anne Charlotte Desbuquois, Armèle Develay-Rambourg, Odile Bauge-Faraldi, Sophie Gendarme, Bénédicte Gourieux, Amandine Grain, Kivan Long, Bertrice Loulière, Myriam Roudaut, Marie Christine Roussel-Galle, Clarisse Roux-Masson, Nathalie Thilly, Edith Dufay, Bruno Michel. Development and multi-Centre evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly. Eur J Intern Med. 2015.
- [16] Mélanie Moulis-Rivière. Conciliation médicamenteuse de sortie en gériatrie : impact de la transmission hôpital-ville d'un bilan médicamenteux sur le maintien des optimisations thérapeutiques. Pharmaceutical sciences. 2014.
- [17] H. Masquin , S. Leroy, C. Fournier et al. Intérêt de la conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) dans la continuité du parcours de soin. Hopipharm. Mai 2015.
<http://www.synprefh.org/data/Archives/hopi2015-poster-097.pdf>
- [18] Caractérisation des erreurs médicamenteuses (EM). REMED-SFPC. 2013
<http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/440-15-caractrisationdelem-remed2013/0.html>
- [19] Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. Rapport ANSM. Juin 2014.
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf
- [20] Edith Dufay et al. Le projet MEDISIS. Améliorer le parcours de soins et sécuriser la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé. 2014.
<http://assiphar.adiph.fr/files/2014/07/2014-E-DUFAY-Conciliation-m%C3%A9dicamenteuse-Paris-ASSIPHAR.pdf>
- [21] Conseil de l'ordre des pharmaciens. Qu'est ce que le dossier pharmaceutique ? 27/04/2015. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
- [22] Code de santé publique. Chapitre 6 : Pharmacies à usage intérieur. Article L5126-1 à L5126-14.

- [23] SYNPREFH. Le livre blanc. Pharmacie hospitalière. Horizon 2012.
- [24] Code de santé publique. Article R5126-8.
- [25] Code de santé publique. Article R5126-9.
- [26] Code de santé publique. Article L5126-5.
- [27] Code de santé publique. Article L5125-24. Arrêté du 18 janvier 2016 modifiant l'arrêté du 15 février 2002 fixant la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine.
- [28] DGOS. Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier. 21/07/2010.
- [29] Code de santé publique. Article L1411-11.
- [30] Etude de la DREES, « Les médecins au 1er janvier 2012 », n°796, mars 2012.
- [31] Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2012, CNOM.
- [32] Etat des lieux des Pôles et Maisons de Santé 2016. Article du site solutions médicales. Vendredi 25 mars 2016.
<http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/etat-des-lieux-des-poles-et-maisons-de-sante-2016>
- [33] Projet de loi de finances pour 2016 : Politique des territoires.
<http://www.senat.fr/rap/a15-169-7/a15-169-75.html>
- [34] Guide les maisons de santé pluridisciplinaires en Haute Normandie. ARS de Haute-Normandie. Service Communication. Juin 2013.
- [35] Guide maisons de santé pluriprofessionnelles. URPS. Médecins Libéraux. Languedoc-Roussillon. Juillet 2013.
- [36] Doris Boyau. La place du pharmacien au sein des maisons et des pôles de santé pluri professionnels. Les attentes des médecins généralistes. 03/11/2015.
- [37] Diaporama Etude IPADAM. Ordre national des pharmaciens. Février 2014.
www.ordre.pharmacien.fr/content/download/.../1/.../Diaporama+Etude+IPADAM.pdf
- [38] Diaporama Etude OPPI OFFI. Ordre national des pharmaciens. Octobre 2014.
www.ordre.pharmacien.fr/content/download/.../Diaporama+Etude+DOPI-OFFI.pdf
- [39] Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson JI, et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. JAMA. 1999; 282(3) : 267-270.

- [40] Kucukarslan SN, Peters M, Mlynarek M, Nafziger DA. Pharmacists on rounding teams reduce preventable adverse drug events in hospital general medicine units. *Arch Intern Med.* 2003 ;163(17) : 2014-2018.
- [41] Rivkin A, Yin H. Evaluation of the role of the critical care pharmacist in identifying and avoiding or minimizing significant drug-drug interactions in medical intensive care patients. *Journal of Critical Care.* 2011; 26(1).
- [42] Manias E, Williams A, Liew D. Interventions to reduce medication errors in adult intensive care: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2012; 74(3) : 411-423.
- [43] Langebrake C, Hilgarth H. Clinical pharmacists' interventions in a German university hospital. *Pharm World Sci.* 2010;32(2): 194-199.
- [44] Klopotoska JE, Kuiper R, van Kan HJ, de Pont A-C, Dijkgraaf MG, Lie-A-Huen L, et al. On-ward participation of a hospital pharmacist in a Dutch intensive care unit reduces prescribing errors and related patient harm: an intervention study. *Crit Care.* 2010;14(5):R174.
- [45] Lee AJ, Chiao TB, Lam JT, Khan S, Boro MS. Improving medication safety in the ICU: the pharmacist's role. *Hosp Pharm.* 2007; 42(4):337-4.
- [46] Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2009; 169(9) : 894-900.
- [47] L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de remunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Julien Mousquès et Yann Bourgueil. Les rapports de l'IRDES. N° 559. Décembre 2014.
- [48] Scherrer Jennifer. Prévalence des médicaments potentiellement inappropriés : impact des réunions de concertation pluridisciplinaire en EHPAD. 18 septembre 2014. <http://pepitem-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e6f6f47c-4d10-4995-b731-5743f702e297>
- [49] Laure Estelle Piller. Impact des réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie. 13 février 2009. https://www.chu-besancon.fr/3c/these_dr_piller.pdf
- [50] Circulaire n°2186 du 30 juin 1976 relative aux demandes d'examen biologiques et de dépenses pharmaceutiques dans les établissements de soins publics.
- [51] Code de santé publique. Article. L6144-1.
- [52] Cordonnier Anne Laure et al. COMEDIMS : une approche complémentaire à la commission de transparence pour l'évaluation de l'intérêt des médicaments. *Le pharmacien hospitalier.* 2006 ; 166 ; 145-156.
- [53] Petits cadeaux : influence souvent inconscientes, mais prouvées. *Prescrire.* Septembre 2011. Tome 31. N°335.

- [54] Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? A propos de trois classes thérapeutiques. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. Louis-Adrien DELARUE. 6 juillet 2011.
- [55] Pollack A. The minimal impact of a big hypertension study. *The New York Times*, 2008.
- [56] Appel LJ. The verdict from ALLHAT-thiazide diuretics are the preferred initial therapy for hypertension. *JAMA* 2002;288:3039-42.
- [57] Olivier Bugnon et al. Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. *Revue Médicale Suisse*. 2012; 1042-1048.
- [58] Locca JF, Niquille A, Krähenbühl JM, Figueiredo H, Bugnon O. Physician-pharmacist collaboration: a way to improve the quality of drug prescribing. *Rev Med Suisse*. 2009. Nov 25;5(227):2382-4, 2386-7.
- [59] Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. The nine-year sustained cost-containment impact of swiss pilot physicians-pharmacists quality circles. *Ann Pharmacother*. 2010 Apr;44(4):650-7. doi: 10.1345/aph.1M537.
- [60] Locca JF et al. Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins pharmaciens. *Rev Med Suisse* 2009 ; 5 : 0-0.
- [61] De Smet PA, Dautzenberg M. Repeat prescribing: scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs*. 2004;64(16):1779-800.
- [62] Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, Porter C, Koch G. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Jan;52(1):93-8.
- [63] Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2008 Mar;65(3):303-16.
- [64] Silcock J, Petty D. Pharmacist-led medication review: comment on Holland et al. 2008. *Br J Clin Pharmacol*. 2008 Oct;66(4):575.
- [65] Geurts MM, Talsma J, Brouwers JR, de Gier JJ. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2012 Jul;74(1):16-33.
- [66] Diagnostic : Qualité des soins et relations avec les usagers. Groupe de travail, ARS Midi-Pyrénées. Version du 07/10/2010.
http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/PRS/Diagnostic/DIAGNOSTIC_QUALITE_DES_SOINS_VFinal.pdf

- [67] Code de santé publique. Article L710-16-1.
- [68] Code de santé publique. Article R5121-151.
- [69] Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011.
- [70] Décret n° 2014-73 du 30 janvier 2014 relatif à l'harmonisation des sanctions pénales et financières applicables aux produits de santé et aux modalités de mise en œuvre des sanctions financières.
- [71] Bégaud B. et al. : Does age increase the risk of adverse drug reaction ? Br. J. Clin. Pharmacol ; 2002; 54 : 548-552.
- [72] Thiessard F, Roux E, Miremont-Salamé G, Fourrier-Réglat A, Haramburu F, Tubert-Bitter P, et al. Trends in spontaneous adverse drug reaction reports to the French pharmacovigilance system (1986-2001). Drug Saf. 2005;28(8):731-40
- [73] Belton KJ. Attitude survey of adverse drug-reaction reporting by health care professionals across the European Union. The European Pharmacovigilance Research Group. Eur J Clin Pharmacol. 1997;52(6):423-7.
- [74] Alexandre Pouchard. Affaire du Mediator : le point si vous avez raté un épisode. Article du journal Le Monde. 12/12/2012. http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/12/affaire-du-mediator-le-point-si-vous-avez-rate-un-episode_1804954_1651302.html
- [75] Bulletin des Vigilances de l'ANSM, numéro 70 juin-juillet 2016.
- [76] Paludetto MN, Olivier-Abbal P, Montastruc JL. Is spontaneous reporting always the most important information supporting drug withdrawals for pharmacovigilance reasons in France? Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2012 Dec;21(12):1289-94).
- [77] Code de santé publique. Article L5212-2.
- [78] Guide de Mise en Place de Comité de Retour d'Expérience (CREX) et d'Analyse d'un Evènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS) en milieu ambulatoire. PLAGE ERAGE. V7 Mai 2013. <http://www.requa.fr/documents/projets/guide-retour-d-experience-ambu-v7-mai2013-1397051623.pdf>
- [79] Rhalimi, M., Dufay, E., & Couriat, S. (2010). La REMED ou Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés: une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Pharmactuel, 43(2).
- [80] Méthode d'analyse systémique ORION. Société AFM42. Version 2016. http://www.afm42.fr/wp-content/uploads/CREX-RMM_ORION_2J_V2016.3_Livret_prot%C3%A9g%C3%A9.pdf
- [81] C.Motamed et al. Impact d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles sur l'utilisation du monitoring de la curarisation et l'antagonisation des curares. Annales francaises d'anesthesie et de reanimation. 2009 ; 28 ; 4 ; 297-301.

- [82] Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) de Bourgogne. Règlement intérieur. ARS Bourgogne. http://www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/publications/ARS/Professionnels/OMEDIT/maj_15_octobre/Piece_jointe_1_Reglement_interieur_OMEDIT_de_Bourgogne.pdf
- [83] Mélanie Courelet et al. Comment sont utilisés les indicateurs IPAQSS coordonnés par la HAS. <http://www.saloninfirmier.fr/img/support-salon-2015/Jeu-di-8-Erbault.pdf>
- [84] Diaporama de présentation de la méthode du patient traceur en ville. HAS. 25/08/2016 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201608/diaporama_de_presentation_patient_traceur_en_ville.pdf
- [85] Rapport de l’OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998.
- [86] Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. Recommandations HAS. Juin 2007. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf
- [87] World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004.
- [88] World Health Organization. Skills for health. Geneva : WHO ; 2003.
- [89] Ameli.fr L’Assurance Maladie. Avenant n°1 à la convention nationale. 2013 <http://www.ameli.fr/professionnels-desante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php>
- [90] Code de santé publique. Art. L. 1161-1 à L. 1161-6.
- [91] Dreux C, Blanchet F. L’éducation thérapeutique des patients, une ardente obligation pour les pharmaciens. Trimestriel. Bulletin de l’Ordre des pharmaciens. décembre 2009;487-91.
- [92] Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. Arch Intern Med. 2009;169(19):1748–1755.
- [93] Collins C, Limone BL, Scholle JM, Coleman CI. Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2011;92(2):145–152.
- [94] Xin C, Xia Z, Jiang C, Lin M, Li G. The impact of pharmacist-managed clinic on medication adherence and health-related quality of life in patients with COPD: a randomized controlled study. Patient Prefer Adherence. 2016 Jul 11;10:1197-203.

- [95] Alderson LJ, Alderson P, Tan T. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. *J Clin Epidemiol.* 2014 Jan;67(1):52-5. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.07.012. Epub 2013 Oct 16. PubMed PMID: 24139089.
- [96] Neuman M., Goldstein J., Cirullo M., Sanford Scharwtz J. Durability of Class 1 American College of Cardiology/American Heart Association Practice Guideline. Recommendations, *JAMA*, 2014, 311 (20) 2092-2100
- [97] Poste de coordination d'équipe. Décembre 2015.
<http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-exercez-en-msp/poste-de-coordination-d-equipe?showall=&start=1>

Liste des abréviations

1- ACSE	Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances
2- AMM	Autirisation de Mise sur le Marché
3- ARS	Agence Régionale de Santé
4- ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagé de santé
5- AVK	Anti Vitamine K
6- BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
7- BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
8- CA	Conseil d'Administration
9- CE	Conformité Européenne
10- CGET	Commissariat Général à l'Egalité des Territoires
11- CH	Centre Hospitalier
12- CHCL	Centre Hospitalier Côte de Lumière
13- CHF	Franc suisse
14- CHR	Centre Hospitalier Régional
15- CHU	Centre Hospitalier Universitaire
16- CLIN	Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales
17- CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
18- CME	Comité Médical d'Etablissement
19- COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
20- CPOM	Contrat Pluriannuel Objectifs et de Moyens
21- CQMP	Cercle de Qualité Médecins Pharmaciens
22- CREX	Comité de Retour d'Expérience
23- CRPV	Centre Régionale de Pharmacovigilance
24- CSP	Code de Santé Publique
25- DETR	Dotation d'Equipeement des Territoires Ruraux
26- DGOS	Direction Général de l'Offre de Soins
27- DI	Divergence Intentionnelle
28- DM	Dispositif Médical
29- DMP	Dossier Médical Partagé
30- DMP	Dossier Médical Pharmaceutique
31- DMS	Dispositifs Médicaux Stériles
32- DOPI-OFFI	Interventions Pharmaceutiques en OFFicine réalisées avec le DOssier pharmaceutique
33- DP	Dossier Pharmacien
34- DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistique
35- EHESP	Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique
36- EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes
37- EIAS	Evènements Indésirables Associés aux Soins
38- EIG	Evènement Indésirable Grave
39- EIME	Evènements Indésirables Médicamenteux Evitables
40- EM	Erreur médicamenteuse
41- ENEIS	Enquête Nationale des Evènements Indésirables graves liés aux Soins
42- EP	Embolie pulmonaire
43- EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
44- ETP	Eduction Thérapeutique du Patient
45- FA	Fibrillation Auriculaire

46- FDA	Food and Drug Administration
47- FEDER	Fond Européen de Développement Rural
48- FFMPS	Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé
49- FIR	Fond d'Intervention Régional
50- FNADT	Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire
51- FSE	Fond Social Européen
52- FSPF	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
53- HAS	Haute Autorité de Santé
54- HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
55- HTA	HyperTension Artérielle
56- IDM	Infarctus Du Myocarde
57- IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
58- IPADAM	Interventions Pharmaceutiques A propos du Dossier pharmaceutique et de l'AutoMédication
59- MCO	Médecine Chirurgie Obstetrique
60- Med'Rec	Médication Réconciliation
61- MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
62- NMR	Nouveaux Modes de Rémunération
63- OMEDIT	Observatoire des MEDicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
64- OMS	Organisation Mondiale de la Santé
65- PDA	Préparation des Doses à Administrer
66- PHRC	Programme Hospitalier de Recherche Clinique
67- PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
68- RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
69- REMED	Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés
70- RMM	Revue de Morbi-Mortalité
71- SCI	Société Civile Immobilière
72- SCM	Société Civile de Moyens
73- SFPC	Société Française de Pharmacologie Clinique
74- SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
75- SOP	Standard Operating Protocol
76- UNOCAM	Union National des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
77- UNPF	Union National des Pharmacies de France
78- USPO	Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

Liste des figures

Figure 1 : Moyenne d'âges des patients observés par service

Figure 2 : Répartition des sexes par service

Figure 3 : Répartition par type de sources d'informations utilisées pour établir le BMO

Figure 4 : Nombre moyen de médicaments par patient et par service

Figure 5 : Répartition du nombre de médicaments par patient après le BMO

Figure 6 : Nombre de divergences par service

Figure 7 : Nombre de divergences intentionnelles

Figure 8 : Nombre d'erreurs médicamenteuses

Figure 9 : Pourcentage du risque d'avoir au moins une erreur médicamenteuse en fonction du nombre de médicaments prescrits sur l'ordonnance

Figure 10 : Distribution des erreurs médicamenteuses par type et par service

Figure 11 : Répartition de la gravité potentielle des erreurs médicamenteuses

Figures 12 : Répartition des Maisons de Santé ouvertes et en construction en France au 1^{er} septembre 2015

Liste des Tableaux

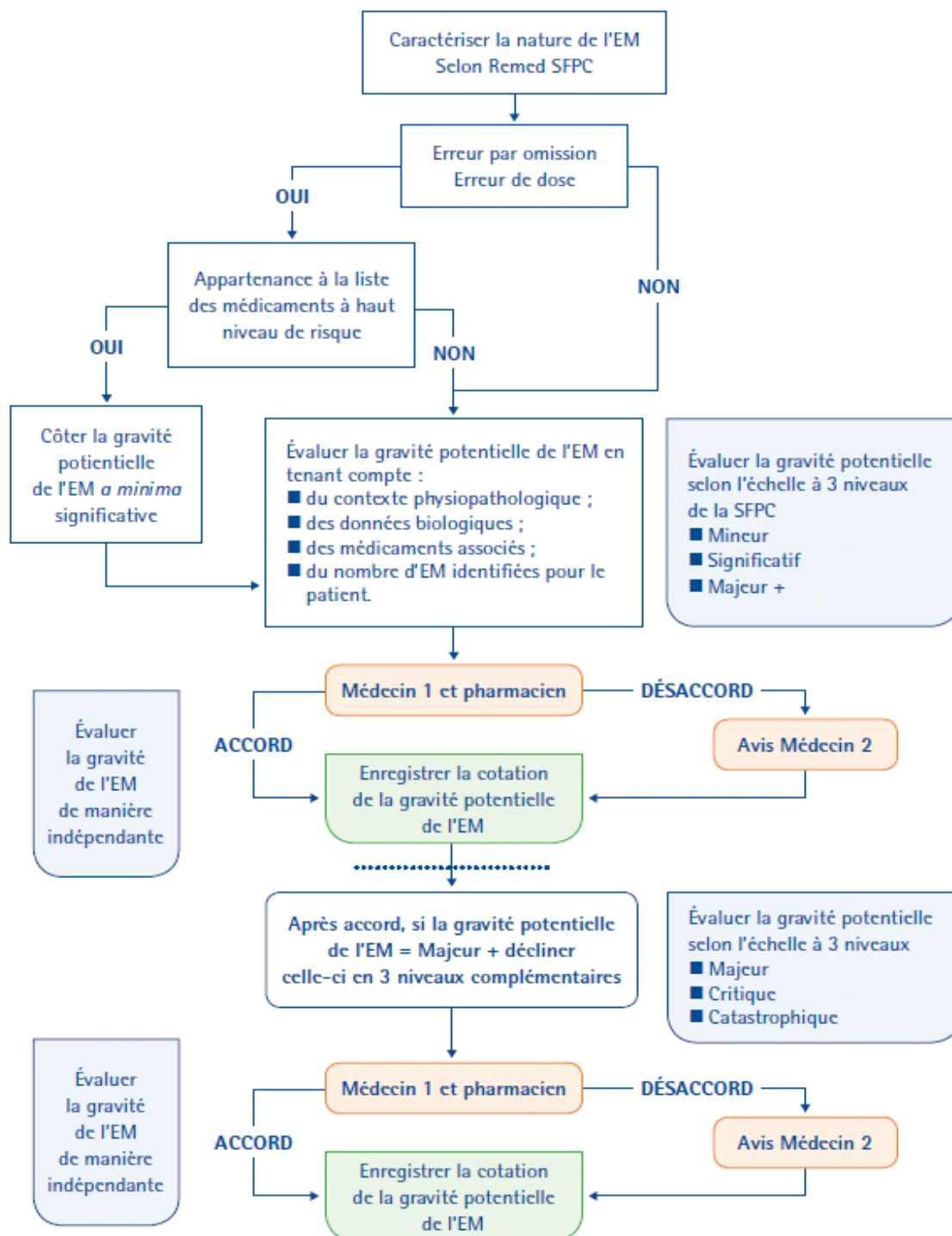
Tableau 1 : Les neufs établissements de santé français de l'expérimentation Med'Rec [10]

Tableau 2 : Description des indicateurs utilisés dans le projet Med'Rec [10]

Tableau 3 : Les erreurs médicamenteuses de l'étude du CHCL et leur gravité potentielle

Tableau 4 : Comparaison des résultats de l'étude du CHCL et ceux du projet Med'Rec [10]

Annexe 3 : Algorithme de cotation de la gravité potentielle des conséquences de l'erreur médicamenteuse interceptée lors de la conciliation [10].



Annexe 4 : Médicaments considérés comme à haut niveau de risque et dans 2 situations :
Les erreurs par omission et les erreurs de dose dans le cadre d'une démarche de conciliation
des traitements médicamenteux [10].

Erreur par omission

- Antiagrégants plaquettaires.
- Antibiotiques en traitement de longue durée.
- Antiépileptiques.
- Antituberculeux.
- Antivitamines K.
- Béta-bloquants dans IC et post-IDM.
- Digitaliques.
- Héparines.
- Immunosuppresseurs, inhibiteurs de la calcineurine.
- Insulines.
- Quinidiniques.

Erreur de dose

- Antinéoplasiques per os.
- Antiagrégants plaquettaires.
- Antibiotiques en traitement de longue durée.
- Antiépileptiques.
- Antinéoplasiques per os.
- Antirétroviraux.
- Antituberculeux.
- Antivitamines K.
- Béta-bloquants dans l'Insuffisance cardiaque et post-Infarctus du myocarde.
- Biguanides.
- Digitaliques.
- Héparines.
- Immunosuppresseurs, inhibiteurs de la calcineurine.
- Insulines.
- Opioïdes morphiniques.
- Potassium per os.
- Quinidiniques.
- Sulfamides hypoglycémiants et glinides.

Annexe 5 : Critères de rémunérations des MSP. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. JO du 27 février 2015.

REMUNERATION/ axe	REMUNERATION FIXE : critères et nombre de points	REMUNERATION VARIABLE : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4000 patients	TOTAL nombre de points pour 4 000 patients
Rémunération SOCLE	critères prérequis pour déclencher la rémunération (1) 2 560	2 500	5 060
1. Accès aux soins	3 Critères : 1. Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin (2) et pendant les congés scolaires ; 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré ; 3. Fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, etc.) organisée avec un responsable identifié Objectif : respect des engagements et formalisation dans charte d'engagement affichée. 1 200		1 200
2. Travail en équipe pluri-professionnelle	1 critère : Elaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées à l'article 3.2 du règlement arbitral. 500	1 critère : Concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) entre médecins et autres professionnels de santé. Ces revues pluri-professionnelles portent sur des affections visées à l'article 3.2 du règlement arbitral. Compte rendu intégré dans dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant requête informatique et alimentant le dossier médical partagé. Comptes rendus mis à disposition du service médical de l'assurance maladie. Objectif : 1 réunion/ mois en moyenne et 3 % des patients de la structure sous réserve de leur consentement au partage d'information. Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif. 1 000	1 500
3. Système d'information	1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année. Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, ce critère est considéré rempli si la structure dispose d'un logiciel partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP. 860		1 500
Partie fixe de la rémunération : 860		Partie variable de la rémunération : 1 500	2 360

	Rémunération OPTIONNELLE	1 450	900	2 350
	4 critères : Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/ semaine	260	700	
	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 0,5 ETP (points supplémentaires)	200		
1. Accès aux soins	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes)	225		1 600
	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes (points supplémentaires)	225		
2. Travail en équipe plur-professionnelle	1 Critère : Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/ an)	450		
	1 Critère : Mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la Haute Autorité de santé (HAS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM.		200	650
3. Système d'information	1 Critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2	100		100
Total SOCLE ET OPTIONNEL si tous les critères et objectifs sont remplis		4 000	3 400	7 400

(1) Par dérogation jusqu'en 2016, les prérequis sont les 3 critères socle de l'accès aux soins et au moins 1 des critères relevant de l'un des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information).

(2) Sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrites dans le contrat

Annexe 6 : Tableau comparatif des différents logiciels médicaux utilisés en MSP

Nom de l'éditeur	Nom du logiciel	Professions concernées	Avis du site « Buzz médecin »
AATLANTIDE	ActeurCS.fr	Infirmier Médecin généraliste Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophoniste Chirurgien-Dentiste Masseur Kinésithérapeute Médecin spécialiste (toutes spécialités) Pédicure-Podologue Orthoptiste	Pionnier de la télétransmission en ligne, Aatlantide s'est lancé dans le dossier médical. Solution majoritairement utilisée dans des centres de santé et gros cabinets. La nouvelle version le rend plus adaptable. Labellisé MSP confirmé
ALMA	ALMAPRO	Médecin généraliste Médecin spécialiste (toutes spécialités) Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue	Non testé
CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX	CROSSWAY	Infirmier Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophoniste Masseur Kinésithérapeute Médecin généraliste Médecin spécialiste (toutes spécialités)	Non testé

		Pédicure- Podologue Orthoptiste	
CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX	monLogiciel Medical.com	Infirmier Médecin généraliste Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophoniste Masseur Kinésithérapeute Médecin spécialiste (toutes spécialités) Pédicure- Podologue Orthoptiste	Accès très simple à partir des cinq icônes de la page d'accueil. Multifenêtrage (amovible). Interface très professionnelle. Saisie en texte libre, glossaires, questionnaires préétablis. Codifications et codages des pathologies préenregistrés. Importation de documents par fonction « parcourir » et numérisation intégrée. On peut privatiser les notes du dossier partagé.
COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	AxiSanté MSP	Infirmier Médecin généraliste Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophoniste Masseur Kinésithérapeute Médecin spécialiste (toutes spécialités) Orthoptiste	Non testé
CORILUS INFOSANTE	LabeLISA	Infirmier Médecin généraliste Pharmacien Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophoniste Chirurgien- Dentiste Masseur Kinésithérapeute Médecin spécialiste (toutes spécialités) Pédicure- Podologue Orthoptiste	Non testé

<p>ICT (International Cross Talk)</p>	<p>CHORUS</p>	<p>Infirmier Médecin généraliste Pharmacien Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophoniste Chirurgien- Dentiste Masseur Kinésithérapeute Médecin spécialiste (toutes spécialités) Pédicure- Podologue Orthoptiste</p>	<p>Très bien adapté aux centres de santé et Maisons médicales, Chorus est très complet et très paramétrable. Un médecin libéral n'utilisera pas tout mais peut y trouver son compte et apprécier Chorus Pocket. Labellisé MSP vérifié conforme.</p>
<p>IMAGINE EDITIONS</p>	<p>Hellodoc Hellodoc Santé</p>	<p>Infirmier Médecin généraliste Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophoniste Masseur Kinésithérapeute Médecin spécialiste (toutes spécialités) Pédicure- Podologue Orthoptiste</p>	<p>Non testé</p>
<p>MAIDIS SAS</p>	<p>MAIDIS/AM IES Centres de Santé</p>	<p>Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophonist Chirurgien Dentise Masseur Kinésithérapeute Médecin généraliste Médecin spécialiste (toutes spécialités) Pédicure- Podologue Orthoptiste</p>	<p>Non testé</p>
<p>MEDASSIST SAS</p>	<p>HyperMed HyperMed Vitale</p>	<p>Diététicien Sage-femme Psychologue Chirurgien-dentiste Médecin</p>	<p>Non testé</p>

		généraliste Médecin spécialiste (toutes spécialités)	
MEDIMUST	MEDIMUST	Infirmier Médecin généraliste Sage-femme Orthophoniste Pédicure- Podologue Masseur Kinésithérapeute	Non testé
MEDI'CALL CONCEPT	MCC AGENDA	Infirmier Psychologue Sage-femme Diététicien Masseur Kinésithérapeute Médecin généraliste Médecin spécialiste (toutes spécialités) Pédicure- Podologue	Non testé
PROKOV EDITIONS	MédiStory Express Vitale	Sage-femme Chirurgien- Dentiste Médecin généraliste Médecin spécialiste (toutes spécialités)	Non testé
SILK INFORMATIQUE	éO	Infirmier Médecin généraliste Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophoniste Pédicure- Podologue Masseur Kinésithérapeute	Non testé
WEDA.SAS	WEDA	Infirmier Médecin généraliste Psychologue Sage-femme Diététicien Orthophoniste Pédicure-	Très agréable et ergonomique. Accès à partir des modules de la page d'accueil. Navigation par barres de menu dévoilé par passage de la souris. Multifenêtrage fixe. Saisie

		Podologue Masseur Kinésithérapeute Médecin spécialiste sauf radiologues	en texte libre et/ou à partir des bases de pathologies par glisser et déposer (drag and drop). Importation de documents par fonction « parcourir ». Paramétrage en fonction des profils.
--	--	---	---

Vu, le Président du jury,

Alain Pineau

Vu, le Directeur de thèse,

Jean Beuchard

Vu, le Co-Directeur de thèse,

Julien Mahe

Vu, le Directeur de l'UFR,

CONTET Valentin**Pharmacien de maison de santé pluriprofessionnelle : projet d'amélioration du lien ville hôpital à travers l'exemple de la conciliation**

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus interactif et pluriprofessionnel qui garantit la continuité et la sécurité des soins. C'est une démarche en plein essor de la pharmacie clinique qui permet d'intercepter des erreurs médicamenteuses. Sa construction repose en grande partie sur une communication entre les professionnels de la ville et les praticiens hospitaliers. Le lien ville hôpital est donc un enjeu majeur pour faciliter, standardiser et pérenniser la conciliation médicamenteuse qui ne doit pas être uniquement hospitalière mais exportée également en ambulatoire. Depuis quelques années des structures regroupant plusieurs professions de santé « les maisons de santé pluriprofessionnelles » se multiplient sur le territoire français pour répondre à la désertification médicale et apporter « qualité et sécurité » de soins aux usagers grâce à la coordination et à la concertation de ces différents professionnels. Ces structures pourraient être assimilées à des satellites du monde hospitalier et pourraient être la clef de voûte pour renforcer le lien ville-hôpital. Le monde change et l'environnement professionnel des pharmaciens est inévitablement associé à ces mutations qu'elles soient sociétales, structurelles, scientifiques ou technologiques. Il apparaît donc indispensable de se consacrer à une réflexion prospective sur le rôle du pharmacien dans ces maisons de santé pluriprofessionnelles.

Mots Clés : CONCILIATION - MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE - LIEN VILLE HOPITAL - PHARMACIEN

Jury : Alain Pineau, PU-Ph, Pharmacologie clinique, Nantes ; M Jean Beuchard, Ph, Pharmacie, Les Sables d'Olonnes ; M Mahe Julien, Ph, Pharmacologie clinique, Nantes ; Mme Burgot Gwénola, PU-Ph, Pharmacie, Rennes ; M Sellal Olivier, Ph, Pharmacie centrale, Nantes ; M Prévost Nicolas, Assistant Omédit, Nantes ; M Prioux Antoine, Pharmacien d'officine, Bugeat.

valentin.contet@hotmail.com