

**THÈSE**  
**pour le**  
**DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**par**

*Pauline PENHOUE*

-----

*Présentée et soutenue publiquement le  
23 juin 2021*

**Bilan Partagé de Médication, de la théorie à la pratique  
Étude rétrospective d'une cohorte de 30 patients ayant bénéficié d'un BPM  
au sein d'une pharmacie rurale**

**Présidente :** Pr. Sylvie PIESARD, Professeur des Universités en Chimie Thérapeutique, Praticien Hospitalier Pharmacien, Professeur, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes.

**Directeur de thèse :** Dr. Patrick THOMARÉ, Docteur en pharmacie, Praticien Hospitalier, Maître de Conférence Associé, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes.

**Membre du jury :** Dr. Laurence MASSON, Pharmacien titulaire d'Officine, Pharmacie du Rond-Point-de-Paris, Nantes.

*À mes étoiles les plus précieuses, Michel et Jacques LEFUR,  
Et à mon fils Gabin.*

# ***REMERCIEMENTS***

Mes premiers remerciements vont à M. Patrick Thomaré, mon directeur de thèse, qui a accepté de m'encadrer sur ce projet durant de longs mois (années...). Ses conseils, sa motivation contagieuse, son expérience et son expertise m'ont guidé, orienté et encouragé tout au long de la rédaction de ce travail. Je vous remercie également pour la confiance que vous m'avez portée, pour nos échanges, riches, que nous avons eu et votre grande disponibilité. J'ai beaucoup appris à vos côtés, je vous admire profondément.

Je remercie très sincèrement le Pr Sylvie Piessard, de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous témoigne ma reconnaissance pour cet accompagnement dont vous faites preuve à mon égard.

Merci à Mme Laurence Masson, de me faire l'honneur d'être parmi mon jury de thèse. Merci pour tous nos moments partagés au sein de votre officine, à la pharmacie du Rond-Point de Paris, le samedi principalement. J'y ai fait mes premiers pas à vos côtés, comme étudiante en pharmacie, vous m'avez formé, épaulé, écouté et conseillé. Vous m'avez soutenu même dans les moments difficiles que j'ai pu traverser pendant mes études et par la suite. Vous m'avez donné confiance. Plus qu'une soignante, vous êtes une belle personne, attentive, respectueuse, compétente.

Je remercie la pharmacie Gicquel, M. et Mme Gicquel, à Vieilleville d'avoir accepté de devenir le siège de ce travail de thèse.

Je remercie toute l'équipe de la pharmacie du Rond-Point de Paris, Mme Laurence Masson, Mr Thierry Renaudin, Laëtitia et Sandrine. J'ai tout appris à vos côtés. Merci pour votre patience et votre pédagogie à mon égard. J'ai passé des moments incroyables, j'en garde de très bons souvenirs. Je pense très souvent à vous dans mon exercice. Vous m'avez témoigné beaucoup de confiance, je vous en suis très reconnaissante.

Je remercie toute l'équipe de la Pharmacie Brossard, en particulier Mme Virginie Brossard, qui m'a honoré de la place d'adjointe dans son officine. Merci également à Cécile et Sabine d'être à ce jour de fabuleuses collègues. J'ai trouvé à vos côtés une équipe dans laquelle je m'épanouie chaque jour dans l'exercice de ma profession. Vous êtes soucieuses de la santé de nos patients, pleines de conseils avisés, et vous avez de grands cœur. Merci également pour votre humour, votre générosité, votre spontanéité. Je vous serai éternellement re-

connaissante du soutien que vous m'avez porté lorsque je vivais l'un des moments les plus douloureux de ma vie.

Un grand merci aussi à mes acolytes de la faculté pour toutes nos années ensemble. Particulièrement à Clémentine de m'avoir supporté comme binôme durant de nombreux TP. À Agathe pour nos années de colocation mémorables à deux pas de la faculté, tu as été une super coloc. Merci à toi ma Jenna d'avoir été et d'être toujours aussi présente dans ma vie, à toutes nos soirées au restaurant à se raconter des potins et à celles à venir. Tu es une amie si précieuse à mon cœur. À tout le "bungalow des Zouz" et nos soirées endiablées : Alyson, Chloé, Morgane et Constance. Nos soirées me manquent tellement !! À Jean, Valentin et Antoine : des souvenirs de BU, des révisions *in extremis*, à nos TP, mais surtout à nos bons moments ensemble. Et à tous les autres : Alice, Zahnd, Cyril, Wissem, Jérémy. Merci d'avoir rendu ces années de faculté moins studieuses, plus arrosées et surtout mémorables.

Je remercie aussi infiniment mes ami(e)s de longue date, qui m'ont tous à leur façon soutenue durant ces nombreuses années d'étude. En commençant par mes amies d'enfance : Irène et Mathilde. À mes grandes amies de collège : Mélanie et Marielle, malgré le temps et parfois la distance, vous êtes toujours présentes et bienveillantes, vous êtes si chères à mon cœur. À mes amies de Lycée, Marine, Anna et Mary, à notre rendez-vous annuel de Noël qu'on ne raterait pour rien au monde, et encore de nombreux Noëls devant nous, et belle année à toi particulièrement Mary. À mes amis, Célia et Jayco, Julie et Benoit, Juliette et Allan, Annabelle et Clément, Noémie, Soline et Martin, Pauline et Valentin, Mathieu, à tous nos moments partagés et à ceux à venir, en particulier pour les futurs mariés. C'est précieux d'avoir des amis comme vous pour décompresser. Et aux amis de Vincent devenus mes amis, en particulier Lanlan, tu as tenu une place particulière à nos côtés cette année, tu représentes beaucoup pour nous, merci pour ton naturel, ton soutien, ton humour communicatif, tu reviens vivre chez nous quand tu veux.

Enfin, merci infiniment à ma famille. Vous êtes ce que j'ai de plus précieux, vous êtes mon pilier, mon essentiel. Merci Papa, pour les longues heures passées à me reconforter, dans ma chambre studieuse de P1, ou dans la 2CV quand tu me ramenais. Merci Maman, pour ton enthousiasme débordant et cette confiance témoignée. Vous avez été complémentaires et tellement incroyables pendant toutes ces années. Merci pour votre soutien sans faille, pour vos encouragements, et pour la fierté que j'ai pu ressentir à mon égard, pour votre amour. Grâce à vous j'ai surmonté des épreuves sombres, entourée et renforcée par ce cocon familial si so-

lide. À mes trois sœurs, Morgane, Manon et Emma, à notre quatuor inséparable. Vous êtes indispensables à ma vie, merci pour votre confiance, votre soutien, et tout votre amour, je vous dois beaucoup, je vous aime infiniment. À vos conjoints, particulièrement Timothée, merci pour ton soutien sans faille, à toutes ces soirées où je me suis invitée chez vous pour décompresser. À Lyna et Alix qui m'apportent tant de réconfort et d'amour. Vous avez fait de moi une tata et j'en suis si fière, je vous aime jusqu'aux étoiles et plus encore. Merci à toi ma « Bonne Maman », pour tous nos échanges, toujours variés, qui me permettent d'approfondir mes réflexions, et pour l'amour qui nous lie. À mes grands-parents, oncles et tantes, cousins, cousines, parrain, marraine, c'est toujours un plaisir de se revoir. Enfin merci à ma belle-famille, Cathy, Claire, et Thomas, de m'avoir accueillie à bras ouverts, j'adresse une pensée particulière à Loïc que j'aurais tant aimé connaître.

Merci à toi Vincent, mon amour, mon âme-sœur, mon pilier, mon tout, d'être devenu ma famille, notre famille. Tu rends ma vie plus belle chaque jour. Je t'aime à l'infini et au delà. À notre fils, Gabin, qui veille sur nous pour l'éternité, et qui aura fait de nous des parents. À notre enfant à venir. Je vous aime.

|  |           |
|--|-----------|
| <b>TABLE DES ANNEXES</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>TABLE DES FIGURES</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>INTRODUCTION</b> .....  | <b>15</b> |
| <b>PARTIE I : BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION, DE LA THÉORIE À LA MISE EN PRATIQUE</b> ..... | <b>17</b> |
| <b>I. La « Théorie »</b> .....   | <b>18</b> |
| <b>A. Historique</b> .....   | <b>18</b> |
| <b>1. Contexte</b> .....   | <b>18</b> |
| a) <i>Missions du pharmacien : évolutions réglementaires</i> .....                       | 18        |
| b) <i>Données démographiques : la France une population vieillissante</i> .....          | 19        |
| c) <i>Contexte économique</i> .....  | 20        |
| <b>2. Constat</b> .....  | <b>22</b> |
| <b>3. Partenaires conventionnels</b> .....   | <b>23</b> |
| <b>B. Naissance du BPM</b> .....   | <b>24</b> |
| <b>1. Loi HPST</b> .....   | <b>24</b> |
| <b>2. Convention pharmaceutique : Avenant 11</b> .....                                   | <b>25</b> |
| <b>3. Évolutions : Avenant 12 et 19</b> .....  | <b>25</b> |
| <b>4. Définition finale</b> .....  | <b>27</b> |
| <b>C. Le bilan partagé de médication</b> .....   | <b>27</b> |
| <b>1. Les étapes</b> .....   | <b>27</b> |
| a) <i>Recueil d'information</i> .....  | 27        |
| b) <i>Analyses des données et synthèse des données du médecin</i> .....                  | 32        |
| c) <i>Entretien conseil au patient</i> .....   | 38        |
| d) <i>Suivi d'observance</i> .....   | 39        |
| <b>2. Les objectifs et intérêts du BPM</b> .....   | <b>40</b> |
| <b>3. Financement du BPM par la Sécurité Sociale</b> .....                               | <b>41</b> |
| <b>II. La « pratique »</b> .....   | <b>43</b> |
| <b>A. Les bénéfices du BPM</b> .....   | <b>43</b> |
| <b>1. Pour le patient</b> .....  | <b>43</b> |
| <b>2. Pour l'officine / Les pharmaciens</b> .....  | <b>44</b> |
| <b>3. Pour l'ensemble des professionnels de santé</b> .....                              | <b>44</b> |
| <b>4. Pour la société / Le public</b> .....  | <b>45</b> |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| <b>B.</b>  | <b>Les limites.....</b>   | <b>45</b> |
| 1.   | <i>Pour le Patient.....</i>   | <i>45</i> |
| 2.   | <i>Pour l'officine / Les pharmaciens .....</i>  | <i>46</i> |
| 3.   | <i>Pour l'ensemble des professionnels de santé.....</i>   | <i>46</i> |
| 4.   | <i>Pour la société / Le public.....</i>   | <i>47</i> |
| <b>C.</b>  | <b>Les formations .....</b>   | <b>48</b> |
| 1.   | <i>Les pharmaciens nouvellement diplômés.....</i>   | <i>48</i> |
| 2.   | <i>Les pharmaciens et préparateurs.....</i>   | <i>48</i> |
| <b>III.</b>  | <b>Les enjeux .....</b>   | <b>50</b> |
| <b>A.</b>  | <b>Résumé.....</b>  | <b>50</b> |
| <b>B.</b>  | <b>Un outil perfectible .....</b>   | <b>51</b> |
| <b>PARTIE 2 : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE D'UNE COHORTE DE 30 PATIENTS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN BPM AU SEIN DE LA PHARMACIE.....</b> |   |           |
|  |   | <b>53</b> |
| <b>GICQUEL À VIEILLEVIGNE (44116) .....</b>  |   |           |
|  |   | <b>53</b> |
| <b>I.</b>  | <b>Contexte, type, durée, rationnel et objectifs .....</b>  | <b>54</b> |
| <b>A.</b>  | <b>Contexte.....</b>  | <b>54</b> |
| <b>B.</b>  | <b>Type, durée, et rationnel de l'étude.....</b>  | <b>54</b> |
| <b>C.</b>  | <b>Objectifs principal et secondaires .....</b>   | <b>55</b> |
| <b>II.</b>   | <b>Patients et méthode .....</b>  | <b>55</b> |
| <b>A.</b>  | <b>Population cible : critères d'inclusion .....</b>  | <b>55</b> |
| <b>B.</b>  | <b>Procédure de recrutement des patients .....</b>  | <b>56</b> |
| <b>III.</b>  | <b>Recueil des données.....</b>   | <b>57</b> |
| <b>A.</b>  | <b>Préparation de l'entretien.....</b>  | <b>57</b> |
| <b>B.</b>  | <b>L'entretien .....</b>  | <b>58</b> |
| <b>C.</b>  | <b>Analyse des données et identification d'éventuelles Prescriptions Potentiellement Inappropriées (PPI).....</b> | <b>62</b> |
| <b>D.</b>  | <b>Transmission .....</b>   | <b>65</b> |
| <b>IV.</b>   | <b>Résultats.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>A.</b>  | <b>Description de la cohorte de patients.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>B.</b>  | <b>Les traitements médicamenteux et autres thérapies intégratives .....</b>                                       | <b>68</b> |
| <b>C.</b>  | <b>Les PPI mises en évidence et les actions correctrices proposées .....</b>                                      | <b>70</b> |

|      |  |            |
|------|--|------------|
| D.   | Évaluation des bénéfices .....   | 79         |
|      | <b>DISCUSSION .....</b>  | <b>81</b>  |
| I.   | Rétrospective sur l'objectif principal de ce travail : proposition de BPM<br>en « vie réelle » ..... | 82         |
| II.  | Objectifs ancillaires : une efficience qui n'est plus à démontrer .....                              | 88         |
| III. | Évolution et perspectives .....  | 91         |
|      | <b>CONCLUSION.....</b>   | <b>93</b>  |
|      | <b>ANNEXES.....</b>  | <b>95</b>  |
|      | <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>   | <b>117</b> |
|      | <b>SERMENT DE GALIEN.....</b>  | <b>124</b> |



# TABLE DES ANNEXES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Annexe 1 : Extrait du guide d'accompagnement pharmaceutique de la Sécurité Sociale .....</b>  | <b>38</b> |
| <b>Annexe 2 : Procédure - recrutement des patients au bilan partagé de médication.....</b>   | <b>57</b> |
| <b>Annexe 3 : Courrier d'information destinés aux médecins généralistes de Vieilleville au sujet de la mise en place des BPM .....</b> | <b>58</b> |
| <b>Annexe 4 : Mode opératoire - recueil des données patients - étape 1 de la réalisation d'un bilan médical partagé.....</b>           | <b>58</b> |
| <b>Annexe 5 : Questionnaire portant sur les informations générales du patient .....</b>  | <b>58</b> |
| <b>Annexe 6 : Questionnaire traitant des habitudes de vie du patient.....</b>  | <b>59</b> |
| <b>Annexe 7 : Questionnaire abordant l'état physiologique du patient.....</b>  | <b>59</b> |
| <b>Annexe 8 : Tableau des traitements et/ou produits consommés par le patient.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>Annexe 9 : Questionnaire sur la compréhension et l'usage des traitements par le patient .....</b>                                   | <b>60</b> |
| <b>Annexe 10 : Questionnaire de Girerd.....</b>  | <b>61</b> |
| <b>Annexe 11 : Feuille de synthèse .....</b>   | <b>61</b> |

# TABLE DES TABLEAUX

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tableau 1 : Évolution des honoraires de dispensation .....</b>                 | <b>22</b> |
| <b>Tableau 2 : Tableau des nouveaux codes actes et de leur rémunération .....</b> | <b>43</b> |
| <b>Tableau 3 : Données socio-démographiques .....</b>                             | <b>66</b> |
| <b>Tableau 4 : Classes ATC.....</b>   | <b>69</b> |

# TABLE DES FIGURES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Figure 1 : Extrait des fiches d'intervention Pharmaceutique (Page 1/3) de la SFPC .....</b> | <b>63</b> |
| <b>Figure 2 : Plan de posologie des médicaments.....</b>                                       | <b>64</b> |
| <b>Figure 3 : Graphique des principaux antécédents médicaux au sein de la cohorte .....</b>    | <b>68</b> |

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADME : Absorption, Distribution, Métabolisation, Élimination

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement, et du travail

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AOD : Anticoagulant Oral Direct

ASAP : Accélération et Simplification de l'Action Publique

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

ATC : Anatomique, Thérapeutique, Chimique

AVK : Anti Vitamine K

BMI : Bilan Médication Initial

BMS : Bilan Médication années suivantes Sans changement de traitement

BMT : Bilan Médication années suivantes changement de Traitement

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

BPM : Bilan Partagé de Médication

CNHIM : Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRVP : Centre Régionaux de Pharmacovigilance

DCI : Dénomination Commune Internationale

DFASP : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Pharmaceutiques

DMP : Dossier Médical Partagé

DNID : Diabète Non Insulino Dépendant

DOM : Département d'Outre-Mer

DP : Dossier Pharmaceutique

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

ECBU : Examen Cyto Bactériologique des Urines

EFSA : European Food Safety Authority

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMA : European Medicines Agency

ESPS : Enquête de Santé et Protection Sociale  
FSE : Feuille Soins Électronique  
FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires  
IMAO : Inhibiteur de la Monoamine Oxydase  
INR : International Normalized Ratio  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé  
IRSNa: Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline  
ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine  
JO : Journal Officiel  
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
LGO : Logiciel Gestion Officiel  
MTE : Marge Thérapeutique Étroite  
MUR : Medicine Use Reviews  
OCTAVE : Organisation Coordination Chirurgie Traitement Âgé Ville Établissement de santé  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
OTC : Over The Counter  
PAPA : Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées  
PPI : Prescription Potentiellement Inappropriée  
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit  
ROSP : Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique  
SA : Sujet Âgé  
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique  
SNS : Stratégie Nationale de Santé  
STSS : Stratégie Transformation du Système de Santé  
TAC : Code Traceur d'Accompagnement  
TOM : Territoire d'Outre-Mer  
TSH : Thyroïdostimuline ou Thyroid Stimulating Hormone  
TVP : Thrombose Veineuse Profonde  
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie  
UNOCAM : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie

UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

UTIP : Association nationale proposant des Formations Pharmaceutiques Continues

# INTRODUCTION

La pharmacie, est un terme issu du grec “ pharmakôn” (1), qui signifie substance altérant la nature d’un corps, un remède ou un poison. Les premières traces manuscrites évoquant l’existence de remèdes remontent à 3000 ans avant Jésus Christ, manuscrites dans la pharmacopée de Sumer. Depuis toujours, on sait que certains hommes, qualifiés de sorciers, de guérisseurs, d’apothicaires ou de pharmaciens, ont la volonté de soulager et soigner les maux des sujets malades.

Cependant, il faudra attendre 1258 en France, pour que Saint Louis reconnaisse la profession d’apothicaire comme celui qui se doit de préparer et de vendre les remèdes. C’est alors le début de la pharmacie telle que nous la connaissons aujourd’hui, une science à part entière.

C’est au XVIIIème siècle que le terme de « pharmacien » remplace l’appellation d’apothicaire, avec la création du collège de pharmacie en 1777. Ce dernier fût d’ailleurs supprimé lors de la révolution française, puis rapidement rétabli et renommé « Académie Nationale de pharmacie » (2).

Depuis toujours, ce métier ne cesse d’évoluer, afin de s’adapter aux besoins de la société, et de la population. D’un point de vue sociodémographique, le vieillissement de la population a majoré l’apparition des maladies chroniques, et parallèlement, contexte économique oblige, notre système de santé a dû s’adapter. La récente publication de nouvelles lois, dont la récente loi ASAP de décembre 2020, soutenue par des professionnels désireux de valoriser l’expertise du pharmacien est venue conforter son rôle d’acteur spécialiste du médicament et détenteur du monopole pharmaceutique par ses compétences et ses connaissances en pharmacologie.

Ainsi, une part significative de la rémunération du pharmacien est décorrélée de la seule valeur des médicaments délivrés et provient dorénavant d’honoraires de dispensation, l’instauration d’entretiens pharmaceutiques, dont le bilan partagé de médication, la vaccination anti-grippale, ou encore de la réalisation de tests rapides d’orientation diagnostique pour l’angine ou la recherche du SARS-coV2. Toutes ces nouvelles missions de santé publique ont renforcé la place centrale des pharmaciens officinaux grâce au maillage territorial de proximité qu’ils proposent, indispensable dans le contexte de crise sanitaire mondiale qui nous a touché en 2020. L’évolution continue du métier de pharmacien pourrait conduire les autorités sanitaires à lui octroyer le droit de prescription de certains médicaments habituellement déli-

vrés sur ordonnance, dans la prise en charge de pathologies bénignes, voire à terme, le droit de dé-prescription notamment dans un contexte de mésusage, réforme à laquelle aspire notamment la SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique).

Le bilan partagé de médication fait partie de ces missions dites « nouvelles » du pharmacien d'officine. En réalité, il n'est que le reflet du rôle régalién du pharmacien, dans l'analyse pharmaceutique des ordonnances qui lui incombe. Il intervient, par ailleurs, dans la volonté politique de réduire les coûts de santé publique en matière d'iatrogénie médicamenteuse chez les sujets âgés polymédiqués, et de les rendre ainsi acteur de leur traitement. Il apporte un nouvel axe de rémunération pour le pharmacien, et place ce dernier dans une nécessité de coordination pluridisciplinaire dans laquelle il joue un rôle pivot afin d'assurer au patient une prise en charge de qualité. Cet outil apparaît certes très séduisant pour sécuriser le parcours de soin ambulatoire des patients, mais sa mise en place au sein des équipes officinales nécessite à l'évidence un certain nombre de prérequis afin que les patients puissent en tirer le meilleur bénéfice. C'est ainsi qu'au décours de mon premier exercice professionnel, l'idée d'apporter quelques adaptations du modèle théorique de ce BPM a germé en moi afin de le rendre plus accessible à tous, en ville comme en officine rurale. L'objectif principal du travail rapporté dans cette thèse est donc d'introduire une aide méthodologique à la réalisation de BPM à partir d'une expérience en « vie réelle » et de leur mise en place au sein d'une pharmacie rurale dans laquelle j'ai évolué 6 mois pour un poste de pharmacien remplaçant.

Dans une première partie, nous évoquerons tout d'abord, la « théorie » des BPM, le contexte législatif de leur mise en place depuis la promulgation de la loi HPST (3) jusqu'à l'avenant 21(4) de la convention nationale des pharmaciens. Ensuite nous aborderons la « pratique » des BPM, en invoquant les bénéfices et les limites perçus au sujet de cet outil et les enjeux qu'ils soulèvent. La seconde partie sera consacrée à l'analyse de l'étude rétrospective réalisée au sein de la pharmacie Gicquel à Vieillevigne sur une cohorte de 30 patients ayant bénéficié d'un BPM.



**PARTIE I : BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION,  
DE LA THÉORIE À LA MISE EN PRATIQUE**

# **I. La « Théorie »**

## **A. Historique**

### **1. Contexte**

#### ***a) Missions du pharmacien : évolutions réglementaires***

##### **LOI HPST**

La Loi HPST n°2009-879 (3) (JO du 22 juillet 2009) constitue la pierre angulaire de la dernière grande réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle énonce une meilleure organisation sanitaire, médicale et sociale qui permettrait d'instaurer une offre de soin de qualité accessible à tous, et satisfaisant l'ensemble des besoins de santé. Elle est organisée en quatre titres, le premier intitulé « la modernisation des établissements publics de santé », suivi de « l'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire » - c'est ce titre qui nous intéressera par la suite et qui est à l'origine de la mise en place de l'éducation thérapeutique en France - , et enfin les deux derniers : « la prévention et la santé publique » et « l'organisation territoriale du système de santé ». C'est dans l'article 38 du chapitre II que sont définies quatre missions obligatoires ainsi que quatre missions facultatives des pharmaciens d'officine. En effet selon la loi HPST, par obligation, les pharmaciens d'officine participent ou contribuent aux soins de premier recours, à la coopération entre professionnels de santé, à la mission de service public de la permanence des soins, aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé. Et de façon facultative mais reconnues par l'État, les pharmaciens d'officine peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients, assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement (EHPAD), dans le cadre des coopérations [...], être désignés comme correspondants au sein de l'équipe [...]. À 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 BPM destinés à en optimiser les effets, proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes (5).

## CONVENTION NATIONALE

Cette loi fondatrice a conduit à la publication au JO le 6 mai 2012 de la dernière convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, préalablement ratifiée de façon consensuelle respectivement par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UN-CAM) et les syndicats des pharmaciens : l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) (6). Cette convention marque une réelle évolution du métier de pharmacien et témoigne d'une véritable volonté de reconnaissance de son rôle en santé publique et de la progression en matière de santé. Cette revalorisation du rôle du pharmacien d'officine se manifeste par la mise en place de modes de rémunération diversifiés « portant notamment sur des engagements individualisés de qualité, d'efficience et de modernisation » (7). Vingt et un avenants à la convention pharmaceutique des pharmaciens ont été par la suite promulgués dont plusieurs relatifs aux « nouvelles » missions du pharmacien et son rôle sur l'éducation thérapeutique du patient dont :

- Avenant 1 portant sur les entretiens des patients sous Anti-Vitamines K (AVK) (8),
- Avenant 4 concernant les entretiens des patients asthmatiques (9),
- Avenant 8 relatif aux entretiens des patients sous Anticoagulants Oraux Directs (AOD) (10),
- Avenants 11 (11),12 (12),19 (13) et récemment l'avenant 21 (4) abordant les modalités de mise en œuvre du BPM et d'un nouvel accompagnement pharmaceutique pour les patients qui suivent un traitement anticancéreux oral.

### ***b) Données démographiques : la France une population vieillissante***

Parallèlement à cette revalorisation du métier de pharmacien d'officine et à la mise en exergue de son rôle en matière d'éducation thérapeutique, les récentes données publiées par l'INSEE objectivent que le vieillissement de la population française se poursuit. En effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018, « les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 19,6 % de la population générale, *versus* 18,8 % deux ans auparavant » (14). Toutefois, conjointement à l'allon-

gement de l'espérance de vie, on observe une augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Ainsi, les personnes de plus de 65 ans en affection longue durée, représentent un peu plus de 9 millions d'individus, et parmi eux 3,9 millions sont exposés à une polymédication (au moins 5 principes actifs prescrits), le plus souvent liée à une situation de polyopathologies (15) (16) (17) (18).

### *c) Contexte économique*

Il apparaît par ailleurs important d'aborder la nécessaire évolution du modèle économique des officines amorcée depuis une décennie. Sans l'avènement de nouvelles missions assorties de nouveaux systèmes de rémunération à l'acte du pharmacien (3), dont l'éducation thérapeutique des patients et le BPM font partie intégrante, à terme l'équilibre budgétaire de nombreuses officines risquait d'être précarisé. En effet, pendant longtemps, la marge (ou rémunération officinale) était le résultat de la différence entre les ventes de tous les produits de la pharmacie et de ses achats, y compris du médicament remboursé, appelée aussi marge administrée. Le seul prix du médicament remboursé garantissait alors à l'officine la perception d'une marge lissée, certes dégressive mais suffisamment significative pour notamment rémunérer ses salariés.

De 2011 à 2016, le réseau officinal a connu des années de « disette », voyant son chiffre d'affaires stagner, voire régresser, face à des ventes de produits remboursables en croissance nulle. En effet, les dernières lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) tendent vers une baisse du prix des médicaments, impactant grandement les revenus des pharmaciens, détenus à 81% par ce dernier. S'ajoutent à ce phénomène des contraintes d'économies liées à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (rémunération des médecins sur les objectifs de santé publique contre une baisse de leur prescription), ainsi que des modifications dans la structure des prescriptions des produits de santé en faveur des produits génériques ou de médicaments biosimilaires (19).

C'est en 2015, que s'amorce réellement un bouleversement du modèle médico-économique des officines, avec l'introduction d'honoraires de dispensation (rémunération du pharmacien sur l'analyse d'ordonnances et la délivrance de médicaments) comme détaillé dans le tableau 1 ci-dessous. La rémunération officinale est ainsi pour partie décorrélée du prix de vente des médicaments en grande partie érodé du fait des parts de marché grandissantes des médicaments génériques chimiques et des biothérapies biosimilarisées. Parmi les autres éléments do-

rénovant pris en considération, figurent les honoraires de dispensation, mais aussi des avantages de groupements, des rémunérations sur les objectifs de santé publique, des remises sur la substitution automatique par des génériques (sauf exceptions prévues par le législateur (20)), de la coopération commerciale. On observe donc un modèle de rémunération des officines qui évolue d'une marge commerciale vers un paiement d'actes officinaux reconnaissant les compétences pharmaceutiques et la plus-value que peut apporter le pharmacien dans l'optimisation du système de santé (21).

Afin de poursuivre dans vers cette avancée économique, et de « déconnecter progressivement la rémunération de la pharmacie du prix et du volume du médicament » (USPO), l'avenant 11 est signé le 20 juillet 2017 par la convention nationale (22). En ce sens, les principales étapes présentées par cet avenant sont les suivantes :

- Économie de l'officine : un contrat pluri-annuel (2018/2019/2020) de 215 millions d'euros avec de nouveaux honoraires valorisant l'acte de dispensation et une révision des marges dégressives lissées (23).
- Nouvelles missions : des modifications sur les entretiens pharmaceutiques, l'instauration des BPM et la programmation de nouveaux avenants sur les années à venir (3).
- Simplification administrative : revalorisation des aides pour la télétransmission et l'informatique (aide pour les FSE - Feuille de soin Électronique -, les ROSP : Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique).
- Revalorisation de l'astreinte de garde.
- Amélioration de la vie conventionnelle.

À la suite de ces changements, on a observé une amélioration du chiffre d'affaires des officines qui s'est redressé en 2018 et un moindre nombre de cessations d'exercice pour faillite économique. En 2019, malgré une évolution médico-économique fragile, les premiers chiffres encourageants ont été rapportés. Ainsi, « après une stabilisation de la marge en 2018, les officines constatent une augmentation de leur rémunération au 1<sup>er</sup> trimestre 2019 » annonce l'USPO dans la revue *Officine Avenir* en juin 2019. Il aura fallu quatre ans pour que la profession de pharmacien connaisse cette 1<sup>ère</sup> révolution (23).

À noter que le taux de marge des médicaments remboursables est en déclin à 31,6 %. Ce recul est lié à l'effet néfaste de la forte progression des ventes de médicaments innovants réputés chers et, possiblement, du plafonnement de l'effet des remises génériques. Dans le même temps les médicaments OTC (« Over-The-Counter ») d'automédication, ne nécessitant pas de prescription, maintiennent un taux de marge de 33,1 %. Enfin, la parapharmacie est épargnée

et conserve un taux de marge qui croît légèrement à 32,6 %. Il est important de souligner que la participation de ces deux dernières activités à la marge globale de l'officine est en progression sur l'année 2019 et constitue toujours une source de revenus complémentaires non négligeable pour l'avenir de l'officine (21).

En résumé, la marge globale ne dépend plus seulement du médicament. L'objectif des organisations professionnelles est qu'elle doit être dégagée à 75% par les honoraires de dispensation, les nouveaux services tels que les entretiens pharmaceutiques, les BPM, ou encore nouvellement par la vaccination anti-grippale ou contre le SARS CoV-2 (24,25).

**Tableau 1 : Évolution des honoraires de dispensation**

| <b>Les honoraires de dispensation</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Honoraire à la boîte                  | 1 €         | 1 €         | 1 €         |
| Ordonnance complexe                   | 0,5 €       | 0,5 €       | 1 €         |
| Exécution d'une ordonnance            | X           | 0,5 €       | 0,5 €       |
| Médicament spécifique                 | X           | 2 €         | 3,5 €       |
| Honoraire lié à l'âge                 | X           | 0,5 €       | 1,55 €      |

## **2. Constat**

L'allongement de l'espérance de vie en France (79,8 ans pour l'homme et 85,7 ans chez la femme en 2019 (26)) a pour corollaire une majoration des patients âgés de 65 ans ou plus, polypathologiques et polymédiqués (27) (28) (29) (30). Cet état conduit *de facto* à une augmentation du nombre de spécialités prescrites sur une ou plusieurs ordonnances du médecin généraliste ou du/des médecins spécialistes, et majore le risque de survenue d'une iatrogénie médicamenteuse ou un mésusage du médicament. De plus, on observe chez la personne âgée, un vieillissement physiologique de l'organisme, altérant le bon fonctionnement de certains organes essentiels à la pharmacocinétique (ADME) du médicament (notamment le foie pour la métabolisation du principe actif ou encore les reins pour l'élimination du médicament et/ou des métabolites) pouvant entraîner des risques de surdosage. L'iatrogénie médicamenteuse est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « toute réaction no-

cive et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement ». Plus simplement, cela désigne l'ensemble des effets indésirables que l'on peut rencontrer avec la prise d'un ou plusieurs médicaments. Elle est responsable d'environ 7500 décès par an en France et représente 3,4% des hospitalisations des personnes âgées de 65 ans et plus. À titre de comparaison, en 2016, les accidents de la route étaient responsables de près de 3500 morts. L'utilisation de médicaments inappropriés est retrouvée chez environ 54% des patients de plus de 75 ans, ce qui suggère que bon nombre d'accidents iatrogènes sont évitables !

Les patients âgés de 65 ans polymédiqués représentent 27% de la fréquentation d'une officine. Cette part non négligeable de la population nécessite une proximité et une disponibilité (31). Ce contexte a permis d'imaginer et d'expérimenter un outil d'éducation thérapeutique, mis en place par les pharmaciens et dédié à cette typologie de patients : le bilan partagé de médication. Les conditions d'intégration à cet outil sont l'âge, la polymédication et la chronicité des pathologies à prendre en charge.

### **3. Partenaires conventionnels**

Les partenaires conventionnels ont été les moteurs de la mise en place du BPM à l'officine en prenant conscience de l'utilité de cet outil dans les contextes médico-économique et de santé publique précédemment décrits. Ils se sont accordés pour considérer la prise en charge des patients âgés polymédiqués dans un parcours de soin continu, mettant en jeu le dialogue, l'information, l'évaluation, et le suivi du patient et de ses traitements, le tout sous couvert d'une coordination pluri-professionnelle. De nombreux contributeurs ont été impliqués dans cette prise de conscience et de décision : (4,8–13)

- SFPC: Société Française de Pharmacie Clinique (Société Savante) (32);
- UNCAM: Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (Payeurs);
- UNOCAM: Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (Payeurs);
- UPSO: Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine;
- FDFP: Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France;
- Ministère de la santé, et sa ministre de l'époque, Agnès Buzin.

## **B. Naissance du BPM**

Déjà mis en place depuis quelques années au Canada, au Portugal, aux Pays-Bas, en Espagne, en Suisse ou encore au Royaume-Uni, le bilan de médication, appelé aussi bilan partagé de médication ou encore revue clinique de médication (traduction de la terminologie anglo-saxonne : « clinical medication review ») se développe en France depuis 2016 (33).

### **1. Loi HPST**

En France, au sein de l'article 38 de la loi HPST, relatif aux nouvelles missions du pharmacien d'officine, il est énoncé que ce dernier peut réaliser un bilan de médication. À ce titre, ce pharmacien correspondant désigné par le patient peut, dans le cadre d'un protocole, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques. Il peut également ajuster au besoin leur posologie et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets et enfin proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes (5).

Le décret du 5 avril 2011 précise les conditions d'application qui formalisent le bilan de médication autour des actions suivantes : « l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du patient. Dans ce bilan, le pharmacien recense les effets indésirables et identifie les interactions avec d'autres traitements en cours dont il a connaissance. Il s'assure du bon déroulement des prestations associées » (34). Dans ce sens, certaines données cliniques et biologiques concernant le patient seront nécessaires aux pharmaciens pour effectuer une analyse pharmaceutique exhaustive et approfondie. Pour entreprendre cette démarche, l'arrêté du 28 novembre 2016, relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, énonce que le pharmacien est apte à recueillir des données d'ordre médical, auprès du prescripteur et/ou du patient dans le but de mettre en lumière d'éventuelles contre-indications et d'évaluer au mieux le choix d'un principe actif. Si le pharmacien détecte un mésusage du médicament re-



mettant en question l'efficacité et/ou la sécurité du traitement, alors une intervention pharmaceutique est effectuée et notifiée.

## **2. Convention pharmaceutique : Avenant 11**

Le bilan de médication est une activité de pharmacie clinique qui s'est développée parallèlement en soins primaires et en milieu hospitalier. La SFPC œuvre depuis 2015 pour le déploiement du BPM en France, avec le soutien actif de l'URPS Pharmaciens Occitanie et Pays-de-Loire (35).

Après une expérimentation initiale débutée en mars 2017 par 40 officines de la Mayenne (cinq patients par officine (36)), ayant pour but de valider les modalités pratiques de réalisation (32), la HAS (Haute Autorité de Santé) a validé le contenu du « kit » en date du 4 octobre 2017 (7). Ce kit de formation (ainsi que le formulaire du BPM structurant entre autres l'entretien pharmaceutique entre le pharmacien et le patient) avait été validé au préalable en 2016, par les experts du groupe gériatrie de la SFPC. Il est composé d'un guide d'accompagnement des malades et de quatre fiches de suivi nécessaires à la réalisation du BPM : la 1<sup>ère</sup> pour le recueil d'information du patient, les trois suivantes pour rassembler, analyser, et suivre les données concernant ses traitements (cf. annexe 1). Cet acte apparaît le 16 décembre 2017, au JO, lors de la parution de l'avenant 11 de la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine (approuvé par l'arrêté du 14 décembre 2017) (11) qui fait référence à l'élargissement du périmètre des nouvelles missions. Cet avenant énonce que « dès 2018, les pharmaciens pourront s'investir dans un nouveau dispositif d'accompagnement des patients de plus de 65 ans souffrant de pathologies chroniques ou de plus de 75 ans, qui portera sur la mise en place d'un bilan de médication pour les patients âgés polymédiqués ». Les buts revendiqués sont essentiellement d'ordre de santé publique avec une diminution de l'iatrogénie médicamenteuse, mais aussi d'apporter aux pharmaciens d'officine un nouvel axe de rémunération.

## **3. Évolutions : Avenant 12 et 19**

L'avenant n°11, qui fixe les principes de ce nouveau volet d'accompagnement pharmaceutique des patients, est rapidement suivi par l'avenant n°12, qui en définit les modalités de mise en œuvre. Ce dernier est signé le 21 novembre 2017 (12) par les partenaires conven-

tionnels (UNCAM, FSPF, USPO) et reçoit ensuite l'approbation ministérielle. L'avenant 12 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine est publié au JO le 16 mars 2018 et entre en vigueur dès le 17 mars 2018. Les supports publiés afin d'aider les pharmaciens dans la réalisation de ces entretiens ont été validés par l'HAS, et figurent à l'annexe II.7 de la convention nationale. Ils sont également disponibles sur le portail intranet [Amelipro](#) dédié aux professionnels de santé. On y retrouve un guide d'accompagnement du patient, faisant office de référentiel à l'usage pour le pharmacien ainsi que des fiches de suivi (37), permettant d'évoquer les points indispensables à la réalisation du BPM. Ces fiches assurent un support d'échanges et de traçabilité avec le patient mais aussi le médecin traitant. Chaque fiche-patient, dûment complétée durant les étapes qui constituent le BPM, devra être conservée par le pharmacien et tenue à disposition du service du contrôle médical de l'assurance maladie dans le respect des délais de conservation prévus par la réglementation (38).

Enfin, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'avenant 19 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine est applicable. Il a été signé le 19 novembre 2019 par l'UNCAM et par l'USPO et suivi un mois plus tard de l'UNOCAM. Ce nouvel avenant intervient dans le but de garantir l'équilibre économique déployé en 2018 sur la rémunération des officines et de prendre en considération les dernières évolutions législatives. Il permet de renforcer le rôle du pharmacien, en valorisant la mission de conseil et d'accompagnement des patients dans l'observance de leur traitement ainsi que dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, en désensibilisant l'économie officinale des effets de baisses des prix. Les nouvelles mesures de l'avenant 19 à la convention collective sont les suivantes : dans l'article 28.5.1 est mis en œuvre de manière expérimentale pendant deux ans à compter de l'entrée en vigueur de l'avenant 19, un BPM au sein des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes), dont les résidents sont au cœur de la cible et des enjeux concernant l'iatrogénie. Pour les résidents éligibles, les étapes du bilan à l'exception de l'analyse des traitements prescrits ou non - qui est exclusivement exécutée par un pharmacien - pourront être réalisées avec l'aide de l'équipe de soins intervenant auprès du patient, les aidants et le médecin coordinateur de l'EHPAD. Le bilan partagé de médication est élargi avec l'article 28.5.2 à tous les patients de 65 ans et plus, polymédiqués (cinq molécules ou principes actifs prescrits, pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à six mois). Le pharmacien désigné comme correspondant par le patient auprès de l'assurance maladie dans le cadre d'un exercice coordonné est identifié au sein des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des centres de santé et des maisons de santé (13).

## **4. Définition finale**

La haute autorité de santé (HAS) définit le bilan partagé de médication (BPM) comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement » (39).

### **C. Le bilan partagé de médication**

#### **1. Les étapes**

##### ***a) Recueil d'information***

C'est la 1<sup>ère</sup> étape du BPM. Ce recueil est effectué sur rendez-vous, par le pharmacien pour son patient, dans un lieu approprié et adapté de l'officine (règle de confidentialité), et à l'aide des différents éléments demandés : ordonnances (du médecin généraliste et du/des médecin(s) spécialiste(s)), les médicaments (les boîtages ou le pilulier), produits de santé, analyse biologique. Cet entretien consiste à la fois à recenser l'ensemble des produits que prend le patient (sur prescription ou en automédication), mais également à apprécier ses problématiques particulières (7,17,39–41).

Dans sa fiche mémo datant de décembre 2017 intitulée « Préconisation pour la pratique des bilans partagés de médication », la SFPC en précise les objectifs :

- Évaluer la compréhension du patient quant au nom du médicament, sa posologie, son indication et les conditions concrètes de son utilisation,
- Évaluer le besoin d'information sur le médicament,
- Apprécier les conditions de prise des médicaments afin d'identifier les freins,
- Faire le point sur la gestion du stock de médicaments afin de réduire les risques de confusion et le gaspillage,
- Noter la perception du patient quant à l'efficacité et à la présence d'éventuels effets indésirables,
- Repérer une éventuelle automédication prenant en compte les thérapeutiques intégratives.

Afin de mener à bien cet entretien, le site ameli.fr a mis à disposition du pharmacien quatre fiches de recueil d'information. Ces fiches constituent un support de suivi et d'échange avec le patient et son médecin traitant. Ces fiches, qui peuvent être renseignées et archivées de façon papier ou électronique, peuvent être demandées par le service contrôle médical de l'Assurance maladie.

À la fin de chaque fiche, de chaque tableau, une synthèse à faire est proposée. Elle n'est pas obligatoire, mais il est néanmoins judicieux de l'effectuer d'ores et déjà, de façon à permettre une meilleure traçabilité, une meilleure continuité du bilan et d'anticiper l'étape suivante d'analyse des traitements.

***Fiche « recueil d'information » 1 : Le patient.***

La première fiche porte sur l'état physiologique du patient et son *habitus*. Ainsi les réponses nous permettent de vérifier que :

- Les conseils de prise des traitements peuvent être appliqués et qu'ils sont réalistes et pertinents,
- Le traitement est adapté à l'état physiologique du patient.

| Sujet                       | Questions   | Analyse  |
|-----------------------------|---|--|
| <b>Ses habitudes de vie</b> | Vivez-vous seul à votre domicile, accompagné ou en institution ?          | Cela permet de cerner le patient sur son mode de vie et ses besoins notamment en terme d'aide à domicile.  |
|                             | Quelqu'un vous aide-t-il dans votre quotidien ? Si oui, qui ?             |  |
|                             | Quelles sont vos habitudes alimentaires (combien de repas et quand ?)     | Ces informations nous permettent:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- d'identifier le moment de prise idéal de certains médicaments qui doivent être pris avant, pendant ou à distance d'un repas</li> <li>- d'identifier les patients à risque de dénutrition, déshydratation, malnutrition... ce qui peut impacter l'état général du sujet âgé, et les effets des médicaments (par interférence par exemple).</li> </ul> |
|                             | Suivez-vous un régime alimentaire particulier (sans sel, diabétique...) ? |  |
|                             | Consommez-vous certains produits comme l'alcool, le pamplemousse ?        |  |

|                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <b>Son état physiologique</b> | Avez-vous une maladie rénale ou hépatique (insuffisance rénale, hépatique), ou tout autre antécédent identifié ? | Cela nous permet d'évaluer l'impact que peut avoir l'état physiologique du patient sur la biodisponibilité (distribution, métabolisation et élimination). Les insuffisances rénales et hépatiques peuvent ainsi influencer l'efficacité et la tolérance des médicaments. Il faut également mettre en garde le patient en cas de situations cliniques pouvant altérer ces fonctions : déshydratation, diarrhée, association médicamenteuse... |
|                               | Avez-vous des problèmes de déglutition, de vision, des douleurs articulaires, etc ?                              | Certains troubles sensoriels ou fonctionnels peuvent empêcher le patient de prendre ses traitements. En prenant en compte ces facteurs, le pharmacien peut adapter les traitements afin d'améliorer l'adhésion médicamenteuse.   |
| <b>Autres</b>                 | Souffrez-vous d'allergies (avez-vous un carnet par exemple ?)  | Il est important de recenser toutes les allergies d'ordre médicamenteuses, alimentaires, environnementales, avérées et documentées, car le patient ne pense pas toujours à en informer les soignants.  |

***Fiche « recueil d'information » 2 : Les traitements.***

Pour être pertinent, le BPM doit être exhaustif, il est nécessaire de recenser l'ensemble des médicaments prescrits ou non. Cette seconde fiche, constituée d'un tableau recueillant les traitements pris par le patient doit être remplie à partir :

- Des ordonnances prescrites par les différents médecins consultés par le patient : généraliste et spécialiste(s) (exemples : rhumatologue, urologue, cardiologue, etc.),
- Des boîtes de médicaments apportées par le patient : que prend-t-il réellement ? A-t-il rencontré des difficultés dans la prise de certains médicaments, et si oui, pour quelle raison (mauvaise tolérance, prise difficile, etc.) ? Le patient est-il en rupture de certaines spécialités ? Est-il observant ?

- L'automédication : des médicaments, compléments alimentaires, collyres, pommades, dispositifs médicaux achetés en pharmacie, en grande surface, sur internet, etc.

Cette fiche peut, au besoin, être complétée par l'historique médicamenteux du patient afin d'avoir une traçabilité des traitements qui n'ont pas été tolérés par le passé (ou non efficaces).

***Fiche « recueil d'information » 3 : La perception des traitements.***

Cette fiche est destinée à évaluer les connaissances et la compréhension du patient vis-à-vis de son traitement. On évalue ce qu'il prend réellement (en plus et en moins par rapport aux prescriptions) et pourquoi (ressenti d'effets indésirables, non perception de la nécessité du traitement, oubli, etc.).

Il est important lors de cette étape de :

- Responsabiliser le patient face à son traitement, pour éviter les risques d'interactions médicamenteuses,
- Proposer éventuellement des alternatives face aux effets indésirables rencontrés (par exemple un traitement antalgique sans codéine si le patient est constipé).

| <b>Sujet</b>              | <b>Questions</b>   | <b>Analyse</b>   |
|---------------------------|--|--|
| <b>Généralités</b>        | Savez-vous à quoi servent ces médicaments ?  | Cela permet de faire un bilan rapide des connaissances du patient sur son traitement et de pouvoir cibler ses lacunes, ses difficultés, ou au contraire de valoriser ses compétences en le testant. De plus, un patient qui est acteur de son traitement sera plus observant.                    |
|                           | A quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ?  |  |
| <b>Autres traitements</b> | Prenez-vous d'autres produits par vous-même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre-accès ou sans ordonnance, crèmes, oligo-éléments, vitamines, collyres, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux, etc ? | Il est important de faire le lien entre les médicaments pris par le patient prescrits ou non. On peut ainsi limiter au maximum les redondances de principes actifs, les effets indésirables, les interactions potentielles de ces produits dont la prise semble parfois anodine pour le patient. |
|                           | Avez-vous pris des antibiotiques récemment ?   |  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Modifications</b>                                  | Avez-vous récemment arrêté ou modifié un traitement prescrit et pourquoi ?   | Il semble extrêmement important de recenser les effets indésirables gênants ou particuliers que ressent le patient vis-à-vis de son traitement pour l'ajuster au mieux. On améliore ainsi l'observance du patient. Il faut aussi le rendre acteur de son traitement, en l'informant au mieux des effets pouvant être ressentis avec ses médicaments pour qu'il agisse rapidement et efficacement s'ils surviennent. |
| <b>Effets des traitements</b>                         | Ressez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (sommolence, douleurs articulaires, etc.) ? |   |
|   | Avez-vous déjà senti des effets indésirables liés à vos médicaments ? Si oui, comment luttez-vous contre ceux-ci ? |   |
|   | Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ? Antidiabétique, anticoagulant, etc.                 |   |
| <b>Comment se passe la prise de vos médicaments ?</b> | A quel moment de la journée ? Avez-vous des rappels ?  | Cette partie de la fiche permet d'évaluer, et de mesurer, la différence entre le traitement prescrit au patient et le traitement réellement pris et suivi par le patient. Il permet aussi de recueillir les mesures adoptées par le patient, son entourage ou ses aidants pour favoriser l'observance et l'adhésion du sujet.   |
|   | Vous reste-t-il des médicaments à la fin du mois ? Et pour d'autres, au contraire, êtes-vous toujours en rupture ? |   |
|   | Avez-vous tendance à oublier certains de vos médicaments ?   |   |
|   | Avez-vous certains de vos médicaments en grande quantité chez vous ?   |   |
|   | Vos médicaments sont-ils préparés par vous ou par quelqu'un d'autre ?  |   |
|   | Êtes-vous aidé dans la prise de vos médicaments ?  |   |
|   | Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments (sécheresse buccale, gélules trop grosses, etc.) ?             |   |
|   | Souhaitez-vous être aidé dans la prise de vos médicaments ?  |   |

**Fiche « recueil d'information » 4 : Évaluation de l'observance.**

Les questions présentes dans cette fiche permettent de compléter la précédente pour évaluer l'adhésion médicamenteuse du patient. Cette fiche permet de cerner les failles dans l'organisation (rupture de traitement car oubli de renouvellement, prise sautée car dîners réguliers chez des amis le soir, oubli de prise car absence de rappels programmés, etc.) et de mesurer la capacité à gérer correctement les oublis.

Il est intéressant de proposer au patient des solutions telles que la mise en place d'un pilulier, de revoir les moments de prise avec son médecin, programmer des rappels pour le renouvellement des ordonnances, mettre en place une aide à domicile, etc.

| Sujet  | Questions   | Analyse  |
|--|---|--|
| <b>Comment se passe la prise de vos médicaments?</b> | Ce matin avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?  | Dans cette fiche, ce ne sont que des questions fermées auxquelles le patient doit répondre par OUI ou NON.<br>Chaque réponse négative vaut un point.<br>L'observance est ensuite évaluée de la manière suivante :<br>- bonne observance :<br>score = 6<br>- faible observance :<br>score = 4 ou 5<br>- non observance :<br>score < ou = à 3. |
|  | Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?  |  |
|  | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?   |  |
|  | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?                                 |  |
|  | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ? |  |
|  | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?   |  |

***b) Analyses des données et synthèse des données du médecin***

Cette deuxième étape du BPM, d'analyse pharmaceutique, s'effectue en l'absence du patient, à partir du recueil d'information effectué lors de l'entretien avec celui-ci (cf. fiche « recueil d'information »). L'analyse pharmacologique ne doit pas être « désincarnée » mais



doit être croisée avec les informations obtenues précédemment sur le patient. Le but de cette étape est d'optimiser la prise en charge médicamenteuse et d'encadrer l'automédication du sujet.

Afin que cette analyse soit la plus complète et efficace possibles, une méthodologie répartie en 3 parties est nécessaire. On aborde dans un premier temps la partie fondamentale : « qui est le patient ? », puis dans un deuxième temps on traite la partie centrale : « le traitement est-il adapté ? », enfin on synthétise : « quelles sont les solutions à apporter ? ». Une liste détaillée des sources utiles au déroulement de cette étape viendra compléter cette méthodologie.

### **Question Fondamentale : « Qui est le patient ? »**

Avant de se lancer dans cette analyse pharmaceutique (et pharmacologique) à proprement parler, il est nécessaire de connaître le profil du patient, obtenu lors du recueil d'information. Il convient de définir son état de santé global (fragile, robuste, dénutri, malnutri, etc.), son autonomie (dépendant ou indépendant), ses connaissances sur le traitement, son niveau d'observance, ses capacités (physiques, intellectuelles), ses aides/soutiens dans le quotidien. Ces informations permettent au pharmacien de cibler les points de vigilance, et d'effectuer une analyse adaptée au patient.

### **Question Centrale : « le traitement est-il adapté ? »**

Pour cette étape, il est important d'avoir préalablement listé et à disposition les outils nécessaires pour effectuer la meilleure analyse possible : soit sous format informatique en mettant en « favori » dans le navigateur les liens des sites indispensables à consulter, ou bien sous format papier. Lors de ce travail, et à partir de la liste des médicaments du patient, classés par pathologie, et pour chaque médicament prescrit, il est nécessaire d'être méthodique et de procéder par questionnements successifs :

*- Y a-t-il des contre-indications ?*

Cette question permet de s'assurer qu'aucune contre-indication physiopathologique ne soit passée inaperçue lors de la dispensation, faute de croisement de données. En effet, bien que les logiciels pharmaceutiques soient aujourd'hui très performants, ils n'ont pas état des antécédents du patient, ou de ses pathologies (exemple : collyre  $\beta$ -bloquant chez un patient asthmatique). Bien entendu, il convient de prévenir immédiatement le médecin sans attendre la fin du bilan en cas de mise en évidence d'une contre-indication. En cas de doute, pour vérifier la

présence d'une contre-indication, on consultera le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) ou toute autre source d'informations validée.

*- La prescription de ce traitement est-elle cohérente ?*

Il est important de s'assurer que les médicaments prescrits sont conformes aux référentiels thérapeutiques et aux protocoles de soins émis par l'ANSM, la HAS ou encore par les sociétés savantes, en fonction de chaque pathologie. Il est nécessaire de prévenir le prescripteur en cas de non-conformité et d'effectuer les changements nécessaires d'un commun accord et dans l'intérêt supérieur de la santé du patient.

Il faut être attentif à :

- Un mauvais usage, soit un médicament prescrit de façon incorrecte et/ou dont les risques surpassent les bénéfices attendus.
- Une sur-utilisation, (« overuse ») soit un médicament prescrit sans efficacité (très faible ASMR) ou sans indication particulière dans une pathologie (exemple : un inhibiteur de pompe à proton poursuivi pendant plusieurs années sans exploration digestive).
- Une sous-utilisation, (« underuse ») c'est à dire l'absence de prescription d'un médicament ayant démontré son efficacité et son utilité pour une pathologie, ou à une posologie non adaptée (exemple : hormones thyroïdiennes prescrites à demi-dose chez un patient présentant visiblement des signes d'hypothyroïdie).

*- Le médicament est-il adapté à un sujet âgé ?*

On se posera, dans un 1<sup>er</sup> temps, la question de savoir si le principe actif lui-même est adapté au sujet âgé. Il est nécessaire que le rapport bénéfice/risque ne soit pas défavorable pour le patient, et que l'efficacité ne soit pas douteuse en comparaison à d'autres alternatives thérapeutiques plus sûres, auquel cas le médicament sera potentiellement inapproprié. C'est le cas par exemple de la doxylamine, qui est un agoniste inverse H1 possédant, par ailleurs, des effets anticholinergiques. Cette molécule peut entraîner une rétention urinaire aigüe avec un globe vésical chez les patients atteints d'un adénome prostatique nécessitant une prise en charge d'urgence. Pour autant, ils ne sont pas contre indiqués. Pour répondre aux différentes interrogations, le pharmacien peut s'aider d'outils comme la liste de Laroche (42), le site Stopp/start (43) ou le guide PAPA (44).

Dans un deuxième temps, on s'interrogera sur la pertinence de la forme galénique. Il faut favoriser les formes galéniques simples et adaptées au profil du patient. On évitera donc les formes orales solides trop volumineuses (risque de déglutition difficile et/ou fausse route), les compte-gouttes (risque d'erreurs de dose), les dispositifs médicaux nécessitant une coordina-

tion comme les dispositifs d'inhalation de la BPCO ou de l'asthme (risque de non inhalation correcte du principe actif entraînant une absence d'efficacité). Il faut également être vigilant concernant le conditionnement primaire et/ou secondaire (exemple : un flacon difficile à ouvrir, une ampoule à casser). Le pharmacien peut proposer des alternatives pertinentes au patient et au prescripteur, comme un changement de forme galénique (un lyophilisat plutôt qu'un comprimé par exemple), de dispositif médical, de conditionnement ou suggérer l'intervention d'une aide au domicile (pour l'instillation de collyres, la mise en place de bas de contention, etc.).

*- La posologie est-elle adaptée ?*

A l'instar des contre-indications, cette question permet de s'assurer qu'aucune erreur de dose ou de posologie ne soit passée inaperçue lors de la dispensation. C'est l'occasion de faire un double contrôle et de vérifier à nouveau qu'elle est adaptée au patient et notamment à l'état de sa fonction rénale. Si aucune évaluation, aucune valeur de clairance de la créatinine n'a été effectuée, tout du moins récemment, et en fonction des médicaments prescrits, une demande doit être effectuée auprès du médecin. Il faut également vérifier que les moments de prises recommandés (matin, midi, soir, pendant ou en dehors des repas) sont adaptés au rythme de vie du patient. Le pharmacien peut proposer une adaptation posologique et revoir les moments de prise avec le patient si nécessaire.

*- Le médicament est-il bien toléré ?*

Il faut être vigilant à tous les signes évocateurs d'un quelconque effet indésirable ressenti par le patient tels qu'une polyurie diurne, des troubles de l'équilibre, une confusion ou la perte de vigilance, des troubles digestifs, de l'hypotension orthostatique. Toute modification de l'état de santé ou tout nouveau symptôme du patient doit être considéré par défaut, comme un effet indésirable du médicament. Par exemples une toux survenant au décours d'une prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion, ou encore une grande fatigue au décours d'un traitement anticoagulant. Il faut intervenir en exposant la situation au médecin prescripteur et en lui proposant un arrêt du traitement et une possible substitution du médicament potentiellement responsable de l'effet non désiré, ou d'en ajuster la posologie. La procédure à suivre ensuite est de systématiquement notifier l'événement indésirable auprès du centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur le site de l'ANSM (45,46).

*- Existe-t-il avec ce/ces médicament(s) des interactions médicamenteuses ?*

Pour répondre à cette question en plus des connaissances du pharmacien, celui-ci peut consulter le RCP des médicaments, ou encore s'aider des sites internet validés proposant des simula-

teurs d'interaction comme Vidal® (47) ou Thériaque® (48). En fonction du niveau de contrainte de l'interaction médicamenteuse, on adoptera la meilleure stratégie (arrêt du traitement, changement de classe pharmaceutique, décalage de prise, etc.). Une surveillance clinique et/ou biologique peut être nécessaire.

*- Une surveillance particulière est-elle nécessaire avec ce médicament ?*

Pour certains traitements la surveillance est une évidence, comme par exemple l'INR chez un patient sous AVK ou encore la glycémie chez un patient diabétique notamment s'il est insulino requérant ou sous sulfamide hypoglycémiant. Néanmoins le BPM représente une bonne occasion pour faire le point sur la surveillance globale du traitement chez le sujet âgé : bilan biologique (avec une attention particulière pour la fonction rénale, hépatique, l'hémoglobine glyquée, la kaliémie, l'INR, etc.), surveillance de la tension, suivi spécialisé (cardiologique, ophtalmologique, stomatologique, etc.). Chaque médicament possédant une autorisation de mise sur le marché (AMM) fait l'objet d'une note précisant la nature et la périodicité de la surveillance.

*- Le médicament est-il correctement pris par le patient ?*

Le BPM ne sert pas seulement à vérifier que le traitement soit bien prescrit, mais surtout à ce que le traitement soit bien pris. Pour cela il faut que le patient adhère à son traitement. En cas d'inobservance, par oubli ou par refus de prise, il faut s'interroger sur son origine en proposant une discussion avec le patient (lassitude ? inconfort ? peur ? incompréhension ?). Il faut ensuite mettre en place des actions pouvant améliorer son adhésion, et prévenir le prescripteur des problèmes rencontrés.

### **Question de Synthèse : « Quelles solutions apporter ? »**

Lors de cette étape « Analyse des traitements », deux fiches sont à disposition du pharmacien. La 1<sup>ère</sup> fiche intitulée « fiche de synthèse » est complétée par les résultats de l'analyse de chaque médicament selon la méthodologie appliquée à la question précédente. La seconde fiche, « fiche de transmission », permet de retranscrire l'intégralité des remarques issues de l'analyse. Elle synthétise les actions à mener, et fait office de fiche de transmission entre le pharmacien et le médecin traitant. Elle peut être transmise par messagerie sécurisée. L'idéal reste tout de même l'échange direct avec le médecin, pour discuter directement des problématiques rencontrées lors de ce BPM, et convenir de solutions au bénéfice de la santé du patient. Cette synthèse doit permettre d'optimiser la prescription par domaine : adapter les traitements

à l'état de santé du patient, diminuer les effets indésirables ressentis ou limiter leur risque, améliorer l'observance, impliquer l'entourage ou révéler un besoin d'assistance.

### **Principales sources à consulter lors de cette étape d'analyse pharmaceutique :**

#### - Haute Autorité de santé (HAS)

La HAS, autorité publique indépendante, participe à la régulation du système de santé par la qualité. Elle évalue les produits, actes, prestations et technologies de santé et élabore des recommandations sur les stratégies de prises en charge. Elle publie des guides, des outils, et des méthodes pour faciliter nos recherches. Accès libre. (39)

#### - ANSM, EMA, ANSES, EFSA

Ce sont des autorités Françaises (ANSM, ANSES) et Européennes (EMA, EFSA) compétentes en matière de produits de santé et de médicament. Accès libre. (46,49–51)

#### - Sociétés savantes

Société française de cardiologie, Société de pneumologie de langue française, Société française de pharmacie clinique, Société française de gériatrie et gérontologie, etc. Elles proposent des recommandations propres à chaque spécialité, ainsi que des guides sur leur site internet.

#### - Omédit (Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique)

Les Omédit (organismes régionaux), sont chargés du suivi et du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux. Ils mettent en libre accès via leur site internet des référentiels et des outils, comme par exemple des fiches pratiques sur la possibilité ou non d'ouverture des gélules ou d'écrasement des comprimés). (52)

#### - Base de données publique des médicaments

Émanant du ministère des Solidarités et de la Santé, ce site regroupe RCP, notices et données diverses sur chaque médicament disposant d'une AMM. Accès libre. (53)

#### - Dictionnaire Vidal® et Vidal recos®

Dictionnaire regroupant tous les RCP, fiches de présentation des dispositifs médicaux, accessoires, produits cosmétiques, etc. Une simulation pour détecter d'éventuelles interactions est accessible sur le site internet. Le Vidal recos® contient une synthèse des recommandations thérapeutiques de l'ANSM, HAS, Sociétés Savantes. Il est payant, disponible sur le web ou sous forme de dictionnaire en format papier (édition annuelle). (47)

- Thériaque®

Conçue par le centre national hospitalier d'information sur le médicament (CNHIM), cette base de données sur le médicament est pratique et très riche. Elle permet de détecter des interactions médicamenteuses en fonction du terrain physiopathologique du patient. Accès gratuit sur inscription. (48)

- Thésaurus des interactions médicamenteuses de l'ANSM

Liste des interactions médicamenteuses de plusieurs médicaments ainsi que leur niveau de contrainte. Accès libre. (46)

- Critères Stopp/start

Ce site permet de détecter les médicaments inappropriés ou responsables d'interactions à partir des symptômes du patient. La liste permet également de repérer les médicaments qui devraient être prescrits et qui ne le sont pas. (Site créé par le Dr Anne Frey-Geoffret dans le cadre d'une thèse en médecine). (43)

- Guide PAPA (Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées) en vente aux éditions frison roche

Cet ouvrage, contenant 42 fiches de bonnes prescriptions adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus, a été conçu par la Société française de gériatrie et gérontologie et le Conseil national professionnel de gériatrie. (44)

**Annexe 1 : Extrait du guide d'accompagnement pharmaceutique de la Sécurité Sociale**

***c) Entretien conseil au patient***

Cet entretien, conseillé sur rendez-vous, permet de transmettre au patient la synthèse et les conclusions de l'analyse du traitement préalablement effectuées, et si le cas se présente lui faire part de l'échange avec le médecin traitant.

Lors de cette entrevue avec le patient, et selon les cas, le pharmacien pourra :

- Répondre aux éventuelles interrogations du patient sur ses traitements, leurs effets, consolider ses capacités à gérer son traitement et à faire face à sa maladie, améliorer ses connaissances sur ses différents médicaments.
- Lui expliquer les éventuelles modifications validées par le médecin (moment de prise, forme galénique, dosage, etc.) tout en incitant le patient à consulter de nouveau celui-ci

prochainement si des adaptations plus importantes ont été validées lors de l'analyse des traitements (changement de principe actif).

C'est lors de cette étape que l'on remet au patient un plan de posologie, avec les conseils associés pour chaque médicament, par exemple : « à prendre à heure fixe à jeun », « ne pas arrêter brutalement ce traitement », « si douleurs musculaires d'apparition soudaine, consulter le médecin » ou encore « en cas d'oubli de prise supérieure à six heures, ne pas rattraper la prise et attendre la suivante ».

Ce plan de posologie réalisé par le pharmacien pour le patient lors de l'étape analyse des traitements doit être accompagné de conseils hygiéno-diététiques (bien s'hydrater, importance de l'alimentation, du sommeil, des activités, etc.) et des conseils pour optimiser l'observance (carnet de suivi, aide à domicile, pilulier, etc.). Il faut aussi apporter au patient des conseils et des remarques spécifiques concernant les produits pris sans prescription afin d'améliorer la prise en charge. Si le besoin d'aide à la gestion des médicaments est mis en évidence lors de l'analyse précédente, il est indispensable de proposer des solutions, par exemple en informant l'entourage du patient, ou en lui proposant des aides à domicile, et en y associant le médecin traitant en accord avec le patient.

#### ***d) Suivi d'observance***

Le but de cette étape est d'évaluer la progression et idéalement l'amélioration de l'adhésion et de l'observance du patient vis à vis de son traitement. Un premier questionnaire est complété lors de l'étape 1, l'entretien de recueil d'information, fiche 4 : évaluation de l'observance, on obtient le score initial d'observance. L'intérêt de ce suivi est de réévaluer, de refaire le point suite au BPM, et d'évoquer d'éventuels points d'amélioration. Il est prévu par la suite, chaque année, des points réguliers avec le patient pour vérifier son observance et mettre à jour les conseils, des connaissances, en particulier si le traitement a été modifié depuis le bilan initial.

Selon les recommandations, s'il n'y a pas de modifications de traitement par rapport au bilan initial, le pharmacien doit réaliser au moins deux entretiens de suivi d'observance dans l'année N+1, et les suivantes, à l'aide du questionnaire proposé par l'assurance maladie en six items. Au besoin, des mesures correctrices, en accord avec le médecin traitant, doivent être mises en place.

## **2. Les objectifs et intérêts du BPM**

Le BPM se base sur un échange structuré entre le patient et le pharmacien avec de nombreux objectifs spécifiques à cet outil d'éducation thérapeutique.

Tout d'abord, il permet l'évaluation de la tolérance des traitements et l'identification des interactions médicamenteuses, afin de réduire le risque iatrogène. Le sujet âgé (SA) présente inévitablement des facteurs de vulnérabilité à prendre en compte lors des entretiens tels que la polypathologie, la polymédication, l'altération de la fonction de certains organes impactant sur la pharmacocinétique (ADME), la susceptibilité pharmacodynamique, les troubles cognitifs et/ou psycho-affectifs. Il prend également en considération les facteurs de risque d'effets indésirables médicamenteux comme la modification récente d'un traitement, la présence d'événements intercurrents (infection, fièvre, diarrhée), les changements dans la vie du SA, les traitements inadaptés (excessifs, insuffisants ou inappropriés), l'insuffisance de surveillance d'un traitement (clinique ou biologique), ou encore le manque d'adhésion au traitement.

De plus, c'est un outil essentiel dans l'évaluation de l'observance et dans l'amélioration de l'adhésion au traitement. C'est l'occasion lors de l'échange patient/pharmacien de mettre en lumière les entraves à l'observance comme la présence de déficits fonctionnels (tremblements, arthroses), de déficits sensoriels (auditif, visuel, etc.), de déficits cognitifs (attention au sur ou sous dosage, aux oublis, etc.). Il est indispensable que le pharmacien et son équipe, lors de la dispensation aux SA, délivrent des formes galéniques appropriées au patient, évitent (dans la mesure du possible) les changements de boîtes (notamment si l'officine possède plusieurs génériques), qu'ils soient vigilants à l'apparence des boîtages, aux facteurs sociaux, aux bouleversements dans la vie du sujet, et en général à tout changement qui pourrait engendrer des erreurs de prises.

Enfin, dans un souci d'économie et d'écologie, le BPM intervient également dans une volonté de réduction du gaspillage des médicaments. C'est le rôle du pharmacien, lors de cet échange, de sensibiliser les patients au bon usage des médicaments en l'accompagnant au mieux.



### **3. Financement du BPM par la Sécurité Sociale**

Le financement du BPM est en pleine réévaluation. Le pharmacien est rémunéré par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). La rémunération du BPM d'un patient ne peut être versée qu'à une officine (qui doit avoir réalisée la totalité de cet accompagnement). Les modalités de financement du BPM étaient jusqu'à présent un des freins à sa mise en place opérationnelle en officine à l'échelle nationale. En effet, depuis la création du BPM, et ce jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2020, le versement des rémunérations était systématiquement effectué au plus tard au mois de mars de chaque année suivant le bilan, c'est-à-dire en année N+1! Ce retard dans la rémunération contribuait à dissuader l'engagement des pharmaciens officinaux dans la vulgarisation de cette nouvelle pratique.

Deux cas de figures existaient.

Le 1<sup>er</sup>, lorsque l'adhésion du patient était effectuée au cours du premier semestre de l'année N. Dans ce cas, les 4 étapes du BPM devaient être finalisées avant le 31 décembre de cette même année. Le pharmacien percevait 60 € par patient (payés en mars de l'année N+1). L'année suivante (N+1), en cas de continuité des traitements à l'identique du patient, le pharmacien effectuait deux suivis d'observance, rémunérés 20 € et payés au plus tard au mois de mars de l'année N+2 (soit une rémunération totale de 80 € échelonnée sur deux ans !). Si le patient rencontrait un changement dans ses prescriptions, une mise à jour du BPM était effectuée, suivie d'un nouvel entretien conseil (étape 3) et d'un suivi d'observance (étape 4). Le pharmacien percevait alors 30 € lors du mois de mars de l'année N+2.

Le second cas de figure se présentait lorsque l'adhésion du patient était effectuée au cours du second semestre de l'année N. Dans cette situation, les étapes 1 et 2, respectivement le recueil d'information et l'analyse de traitements, devaient être réalisées avant le 31 décembre de l'année N, et les étapes 3 - l'entretien conseil - et 4 - le suivi d'observance - effectuées lors du 1<sup>er</sup> semestre de l'année N+1. Ces 4 étapes étaient rémunérées 60 € au pharmacien au plus tard au mois de mars de l'année N+1. La poursuite du BPM se faisant avec le même déroulement que dans le 1<sup>er</sup> cas lors d'une continuité des traitements ou de nouveaux traitements prescrits ainsi qu'avec les mêmes délais et les mêmes sommes versées. (17,40)

La problématique de ce mode de financement conditionnel échelonné a été soulevée lors du congrès national des pharmaciens, les 19 et 20 octobre 2019. Mr Nicolas Revel, directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie, a déploré à cette occasion une mise en place laborieuse des BPM en officine. A cette date, seules 3000 officines du territoire avaient

effectué des BPM. La raison à cette réticence des officinaux à mettre en place cet outil repose non pas sur la remise en question de l'utilité sanitaire, mais bien sur le manque de temps et de moyens. Afin de remédier à ces écueils, Mr Revel a annoncé au décours de ce congrès qu'à fin 1<sup>er</sup> semestre 2020, les pharmaciens pourront « basculer sur une rémunération à l'acte pour les entretiens, grâce à la création d'un code acte, ce qui leur permettra d'être payés au fil de l'eau ». (54)

Le 29 juillet dernier, l'avenant 21 à la convention pharmaceutique, a été approuvé et signé par l'UNCAM, l'USPO, la FSPF. Cet avenant simplifie les procédures de facturation pour les accompagnements pharmaceutiques. À compter de cette date, tous les accompagnements pharmaceutiques - dont le BPM - seront désormais payés à l'acte et non plus sous forme de ROSP. L'enregistrement des entretiens sur Ameli Pro est terminé et remplacé par des codes actes qui permettent de facturer ces accompagnements pharmaceutiques. Cet avenant stipule que les pharmaciens seront désormais rémunérés pour chaque patient après avoir finalisé les différentes étapes du parcours de soins, ceci permettant d'identifier immédiatement les dossiers payés ou à l'inverse les dossiers en incident. Cela ne change en rien les formalités d'adhésion déjà déployées actuellement : le formulaire d'adhésion (disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr)) est à compléter et à faire signer par le patient. De même, tous les documents nécessaires à la réalisation du BPM sont disponibles sur le site de la caisse d'assurance maladie. Le montant des tarifications reste sur la même base que précédemment en France métropolitaine mais on observe une revalorisation des tarifs pour les DOM. En pratique, la facturation se déroule en trois temps, sur les logiciels pharmaceutiques :

- Un code acte « TAC », commun à tous les accompagnements pharmaceutiques, pour chaque nouvelle adhésion d'un patient. Il fixe le démarrage du BPM pour le patient.
- Un code acte « BMI » à facturer lorsque les 4 étapes du BPM ont été réalisées.
- Un code acte « BMT » ou « BMS" à facturer l'année suivante, lorsque les différentes étapes du BPM ont été réalisées (étape 3 et/ou 4 uniquement). (55)

**Tableau 2 : Tableau des nouveaux codes actes et de leur rémunération**

| <b>Code acte</b> | <b>Accompagnements pharmaceutiques</b>                                    | <b>Rémunération métropole</b> | <b>Rémunération DOM</b> |
|------------------|---|-------------------------------|-------------------------|
| TAC              | Code Traceur Accompagnement   | 0,01 €                        | 0,01 €                  |
| BMI              | Bilan Médication Initial  | 60 €                          | 63 €                    |
| BMT              | Bilan Médication années suivantes<br><b>changement</b> de traitement      | 30 €                          | 31,50 €                 |
| BMS              | Bilan Médication années suivantes<br><b>sans changement</b> de traitement | 20 €                          | 21 €                    |

## **II. La « pratique »**

### **A. Les bénéfices du BPM**

#### **1. Pour le patient**

Le BPM représente sans aucun doute de nombreux avantages pour le patient. Accessible par sa gratuité et sa disponibilité (accompagnement possible sans prise de rendez-vous), il permet aux patients un suivi sur leurs traitements. Cet échange permet de refaire le point sur les médicaments délivrés, et au besoin d'y apporter des améliorations, des adaptations pour optimiser la qualité de vie des personnes âgées. Le BPM leur confère également l'apport d'une sécurité vis-à-vis de leur traitement et surtout de leur santé et permet ainsi de diminuer les risques liés au mésusage des médicaments ou à la découverte d'anomalies (absence de bilan rénal récent, dépression sous-jacente, etc.). Par le biais de l'échange entre le patient et le pharmacien, il constitue une véritable aide, une écoute, des conseils. Les bénéfices du BPM ayant déjà fait leurs preuves lors d'expérimentations et de mise en place en officine, ceux-ci s'étendent progressivement : il est maintenant inclus dans certains parcours de soin pour une meilleure prise en charge des patients, comme en EHPAD. Le BPM s'inscrit également dans le cadre d'expérimentations dans le parcours ville-hôpital-ville par le biais notamment de l'étude OCTAVE. Ce projet, d'une durée de trois ans, recrutant 10 000 patients, a pour objec-

tif d'étudier la mise en place d'une organisation coordonnée, innovante, s'appuyant sur l'anticipation de la prise en charge médicamenteuse d'un patient en amont et en aval de son hospitalisation. Cette étude permettrait de mettre en avant l'impact du suivi des médicaments introduits lors des points de transition par le biais du BPM sur la diminution des erreurs médicamenteuses chez le sujet âgé. (56,57)

## **2. Pour l'officine / Les pharmaciens**

Le BPM représente pour les officines, et surtout les pharmaciens, le moyen de revaloriser leur mission et leur rôle d'éducation thérapeutique pour les patients. Il permet aussi, non seulement d'entretenir leur connaissance mais surtout de sans cesse les enrichir pour être les plus compétents possible au service de la santé de leur patient, au-delà des obligations réglementaires de formation continue. Ce type d'approche permet d'améliorer la relation patient-pharmacien, de construire un lien de confiance, et de fidéliser la patientèle. En complément de la valorisation du métier de pharmacien, il apporte également un nouvel axe de rémunération des officines, avec une rémunération à l'acte par la caisse d'assurance maladie à l'instar d'autres professionnels de santé libéraux.

## **3. Pour l'ensemble des professionnels de santé**

Le BPM permet encore une fois d'ancrer les missions régaliennes du pharmacien dont la place a été grandement fragilisée il y a quelques années avec la polémique « Leclerc ». C'est surtout le moyen d'apporter une vraie coordination entre professionnels de santé, notamment entre le pharmacien et les médecins (médecin traitant et médecin(s) spécialiste(s)), mais aussi avec les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmier(e)s. Il permet parfois de faire le lien entre les différents prescripteurs également, pour éviter les redondances, les erreurs de prescription. Globalement et comme cité dans l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, il permet de « favoriser la coordination avec les prescripteurs dans le cadre d'un accord interprofessionnel ». (58)

#### **4. Pour la société / Le public**

La réalisation de BPM peut contribuer à diminuer significativement le coût des dépenses de santé publique principalement par diminution de l'iatrogénie médicamenteuse du SA qui entraîne chaque année de très nombreuses prises en charge, voire ré-hospitalisations. En effet, l'iatrogénie médicamenteuse serait responsable de 3,5% des hospitalisations des personnes âgées de 65 ans et plus, et de nombreux décès (7500 décès par an en moyenne, soit deux fois plus que les accidents de la route !) (59). À titre d'exemple, les bénéfices attendus peuvent minorer une mauvaise observance de patients arrêtant unilatéralement du furosémide car cela induit une polyurie diurne ou nocturne handicapantes, ou bien un traitement antibiotique alors qu'une infection n'est pas encore jugulée.

Cela pourrait aussi minorer le gaspillage de médicaments : par exemple la prescription d'un comprimé d'hydroxysine avant une intervention chirurgicale et délivrance d'une boîte de trente comprimés si les conditionnements commerciaux étaient adaptés et/ou que la sérialisation des unités thérapeutiques dispensées étaient fonctionnellement possible!

### **B. Les limites**

#### **1. Pour le Patient**

La difficulté du BPM réside surtout dans la population à laquelle il s'adresse. Il s'agit de patients âgés de 65 ans ou plus. L'âge représente un frein majeur sur plusieurs angles. La convention nationale des pharmaciens préconise par exemple que le BPM soit réalisé après une prise de rendez-vous. Cela nécessite que la personne âgée effectue un nouveau déplacement, ce qui semble parfois compromettre la réalisation de celui-ci, par impossibilité de se mouvoir facilement et ce, sans douleur. Il en est de même de l'acceptation du changement, l'acceptation de l'aide, et l'acceptation à l'adhésion qui peuvent s'avérer difficiles à admettre et à concevoir à un certain âge. Enfin, la capacité cognitive est parfois restreinte au sein de cette population, entravant le bon déroulement du BPM.

## **2. Pour l'officine / Les pharmaciens**

La mise en place laborieuse des BPM au sein des officines ne tient pas seulement au faible niveau de rémunération, au regard de cette activité très chronophage. Elle nécessite par exemple d'avoir à disposition un espace de confidentialité qui soit dédié à cette mission, ou tout du moins adapté à sa réalisation et également au stockage sécurisé des documents sous format papiers. Le problème se pose surtout du fait de locaux obsolètes et non adaptés à ces nouvelles pratiques et pour lesquels une réorganisation des espaces de travail est parfois impossible. De plus, pour une linéarité du procédé, une analyse complète et une continuité du suivi général du BPM du patient, il serait nécessaire que chaque membre de l'équipe ait reçu la formation sur le BPM et l'applique de la même façon selon une procédure standardisée, y compris les préparateurs en pharmacie, habilités à effectuer les étapes 1 et 4. C'est aujourd'hui une contrainte, d'obtenir cette unité dans l'équipe et de pouvoir former chaque professionnel. Enfin le pharmacien peut rencontrer des difficultés à recruter les patients et obtenir leur adhésion.

## **3. Pour l'ensemble des professionnels de santé**

La coordination entre professionnels de santé n'est pas toujours optimale. Elle exige une disponibilité de part et d'autre pour un échange efficient, et ce n'est pas toujours chose facile (que ce soit du côté du pharmacien comme celui des interlocuteurs : médecins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, etc.). Pour se faire, elle requiert l'adhésion des professionnels de santé à cette mission. En milieu rural, la proximité permet une communication et des contacts plus aisés. La problématique subsiste principalement en ville où la multiplication des prescripteurs et autres soignants rend la tâche difficile. Pour pallier ces difficultés à effectuer ces échanges en zone urbaine, la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 ainsi que le volet numérique de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) proposent des grands objectifs déployés à l'initiative du pharmacien, à l'aide de financements. La simplification des partages d'information entre professionnels de santé, l'utilisation d'outils numériques communicants tels que le dossier pharmaceutique (DP) ou encore le DMP (Dossier Médical Partagé) et l'accès en ligne pour chaque patient à l'ensemble de ses données médicales font partie de ces objectifs. (60)

#### **4. Pour la société / Le public**

Le manque de communication sur le sujet est le premier point d'achoppement au bon développement des BPM sur le territoire national. Comparativement à la vaccination anti-grippale arrivée en 2019, le BPM a très peu fait parler de lui, restant inconnu des patients, des aidants, mais également des soignants ! Le BPM a souffert d'un défaut de communication de la part de la sécurité sociale, afin de mettre en lumière son intérêt majeur, en particulier la publication de l'avenant 12. D'autre part, et après un échange avec le Dr Alain Guillemot, président de l'URPS Pharmacien Pays de la Loire (Union Régionale des Professionnel de Santé) et de l'UTIP (Association nationale proposant des formations pharmaceutiques continues), nous nous sommes posés la question suivante : ne faudrait-il pas rendre le BPM obligatoire (pour les patients possédant les critères d'inclusion, ou à chaque entrée en EHPAD), afin de renforcer l'efficacité des traitements ? Cette obligation permettrait le développement sur le territoire de la mise en place du BPM, mais surtout permettrait de répondre à une interrogation fondamentale en lien direct avec le système de soin français : les patients concernés prennent-ils correctement les médicaments qu'on leur rembourse ? Cette obligation d'exécution permettrait une démarche active de toute part, un investissement mutuel. Dans ce sens, la HAS, dans un rapport d'analyse publié en 2018 fait son autocritique et propose des pistes pour améliorer son fonctionnement au bénéfice des patients. Elle propose entre autres des études prospectives en « vie réelle » de l'évaluation en santé et particulièrement dans le domaine du médicament afin de pouvoir étudier avec le recul nécessaire et en conditions réelles d'utilisation, en dehors du cadre expérimental, l'efficacité de certains médicaments en particuliers ceux à MTE et/ou très onéreux. Ces données « de vraie vie » pourraient être prise en compte en s'appuyant notamment sur la réalisation de BPM périodiques. Leur utilisation permettrait d'intervenir plus rapidement en post AMM en situation d'iatrogénie exacerbée et/ou inattendue rapportée par le système de pharmacovigilance. Par ailleurs, ces données pourraient activement contribuer à ré-évaluer l'observance et le rapport bénéfices/risques (ASMR) de certaines spécialités innovantes et coûteuses, notamment dans le domaine de la cancérologie. (61)

## **C. Les formations**

### **1. Les pharmaciens nouvellement diplômés**

Depuis 2018, et la mise en place des recommandations et exigences de l'avenant 12 de la convention nationale des pharmaciens d'officine, tous les étudiants en sciences pharmaceutiques reçoivent une formation sur le BPM durant leur cursus. Cette formation comporte d'une part 40 heures de formation obligatoire d'éducation thérapeutique (ETP) réparties en DFASP1 (4<sup>ème</sup> année d'étude de pharmacie) et en DFASP2 (5<sup>ème</sup> année) et parfois de formations complémentaires au cours de la 6<sup>ème</sup> et dernière année d'études (DFASP3). C'est le cas notamment à la faculté de Nantes, qui permet aux étudiants de bénéficier d'une intervention de l'UTIP innovation, une association nationale proposant des formations continues pour les pharmaciens d'officine, relative aux BPM. Les étudiants sont également amenés à effectuer et mettre en pratique la formation reçue lors de leur stage de six mois de fin d'études en officine. Il leur est demandé de réaliser au cours de cette professionnalisation, un bilan partagé (ou plus si l'étudiant en a la possibilité). Ce BPM fait partie intégrante de la validation de leur stage, ainsi que de leur année universitaire en vue de l'obtention du diplôme de pharmacien. En résumé, tous les pharmaciens diplômés depuis 2018, quelle que soit leur université d'origine en France et DOM-TOM ont reçu la formation validante à l'ETP et sont donc habilités à effectuer ces nouvelles missions.

### **2. Les pharmaciens et préparateurs**

Ayant reçu cette formation au cours de mon cursus universitaire, je suis allée à la rencontre du Dr Alain Guillemot, président de l'UTIP et de l'URPS des Pays de la Loire afin de mieux appréhender les formations existantes au sujet du BPM et les enjeux stratégiques pour le métier de pharmacien d'officine. Pour les pharmaciens diplômés avant 2018, il n'existe aujourd'hui aucune obligation de formation sur le BPM pour le mettre en place au sein d'une officine. Aucune attestation ne sera exigée. Il faut simplement que le/les pharmaciens concernés répondent, selon le Dr Alain Guillemot, à trois critères : la connaissance, la logistique et la motivation.



Le premier point, la connaissance. Elle est absolument indispensable à la réalisation du BPM. On entend au travers de cette notion, la maîtrise des interactions médicamenteuses, des contre-indications, et globalement d'être compétent en matière de détection d'iatrogénie médicamenteuse. Il convient donc de savoir consulter les bons outils, de donner les bons conseils aux patients, de connaître bien évidemment les traitements. Il faut également que cette connaissance puisse être partagée avec d'autres professionnels de santé dans l'intérêt du patient.

Le second point, la logistique, l'organisation. Ce n'est pas toujours chose facile que de mettre en place au sein d'une structure, d'une équipe, une nouvelle démarche. Le BPM nécessite une mobilisation professionnelle et humaine de l'équipe et un recrutement au comptoir des patients. C'est aussi une mobilisation spatio-temporelle, car le BPM est une activité chronophage, qui implique aussi d'avoir des locaux appropriés, et des zones de rangement. En effet, la mise en place de logiciel(s) adapté(s) au BPM est en cours de développement, mais jusqu'à présent toutes les données concernant le patient et son BPM étaient tracées et stockées sous format papier sécurisé et non dématérialisées.

Enfin, le dernier aspect requis pour le déploiement du BPM est la motivation. Elle est essentielle. Le pharmacien et/ou le préparateur doivent s'investir pleinement dans cette réalisation, dans l'intérêt de la santé de leur patient. Il peut y avoir un effet « kiss cool » si dans une équipe un des membres présente une grande motivation, pour construire un projet commun et que chacun s'investisse pleinement dans les missions qui peuvent lui être conférées.

Afin de faciliter la mise en œuvre opérationnelle, il existe des structures de formation agréées, telles que l'UTIP innovation ou l'URPS, qui forment au BPM, les pharmaciens et les préparateurs qui le souhaitent. Les formations proposées peuvent être réalisées soit :

- Sous forme de journée en présentiel (environ sept heures de formation) avec une partie théorique (les étapes, les outils, etc.) et une partie pratique avec des cas cliniques.
- Ou en « E-Learning », le temps de formation étant similaire, avec des cas pratiques en simulation.

La situation idéale est que l'équipe au complet soit formée, pour éviter toute perte de données et assurer un *continuum* dans la qualité des prestations réalisées dans le cadre des BPM. (62)

### **III. Les enjeux**

#### **A. Résumé**

Le bilan partagé de médication, au vue de la situation actuelle en France, est un outil d'éducation thérapeutique parfaitement adapté. Il répond à la problématique rencontrée liée au vieillissement de la population, qui ne cesse de croître ces dernières années, entraînant des dépenses importantes de santé évitables. L'iatrogénie médicamenteuse serait responsable d'une hospitalisation sur dix chez les sujets âgés de plus de 65 ans. En parallèle, face à la nécessaire évolution du modèle économique du pharmacien d'officine, le BPM permet de consolider et de revaloriser ses missions : conseils, accompagnement, dans une perspective d'amélioration du parcours de santé et d'une valorisation de ses compétences et de ses connaissances. Le BPM permet en théorie de faire basculer les dépenses de santé (hospitalisations, prises en charge, médication, décès), en rémunération du pharmacien pour son implication dans la réduction de ces coûts engendrés par le mésusage du médicament chez la personne âgée.

Néanmoins face à ce tableau idyllique, le BPM rencontre des difficultés à se déployer uniformément dans les officines du territoire national. Les freins à la mise en place de cette pratique sont à la fois liés aux personnels, aux officines, aux patients et à la localisation. On notera, entre autres, un personnel pas toujours formé et difficilement disponible, des locaux parfois inadaptés et sans espace de confidentialité vacant. Il faut également composer avec les patients, leur recrutement n'est pas chose aisée car ils ne se déplacent pas toujours par eux-mêmes, avec des capacités physiques et cognitives variables. Par ailleurs, l'aspect financier reste encore aujourd'hui un des écueils du développement du BPM pour certains pharmaciens car la rémunération par l'assurance maladie est faible face au temps et au personnel nécessaires pour accomplir le BPM dans des conditions optimales. Quant à la latence du financement, les changements sont en cours avec une rémunération à l'acte effective depuis fin 2020. On constate aussi une inégalité face aux difficultés de mise en place entre le milieu rural (proximité avec les professionnels de santé, nombreux patients « fidélisés » à une officine) et le milieu urbain (hôpital, spécialistes, nombreux prescripteurs et autres professionnels de santé et patient de « passage », sans officine « fixe »).

Enfin indépendamment de la relation pharmacien/officine et patients, il perdure un déficit de communication quant à ce nouveau dispositif sans doute entretenu par la pandémie que nous traversons. Comparativement à la campagne de vaccination anti-grippale, la réalisation de BPM en officine semble être passée inaperçue auprès de la population et peu développée à ce jour. Or il s'agit néanmoins de sensibiliser les patients au bon usage du médicament, ce dernier lui étant octroyé sans frais et en toute sécurité grâce à un système de santé français considéré en 2000 par l'OMS comme le plus performant en termes de dispensation et d'organisation de soins de santé (étude de l'OMS « Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant »). (63)

## **B. Un outil perfectible**

Après seulement deux ans de mise en pratique, et le recul nécessaire, le BPM présente aujourd'hui des points réformables. L'avenant 19 qui prévoit la simplification des critères d'inclusion et de recrutement des patients en EHPAD permet notamment d'y contribuer. Les nouvelles études comme OCTAVE, permettent d'expérimenter l'élargissement du BPM en milieu hospitalier pour un maillage plus important de la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse du SA.

Aujourd'hui ce sont les fournisseurs de Logiciel de Gestion Officinale (LGO) qui sont sollicités. Lors du congrès national des pharmaciens en octobre dernier, Philippe Besset, président de la FSPF, a demandé aux développeurs de LGO d'adapter les logiciels aux exigences du BPM afin de rendre la tâche plus aisée pour les pharmaciens. Il a notamment précisé que « si les logiciels sont améliorés, la fédération s'engagerait à relancer tous les pharmaciens pour qu'ils mettent les BPM en place » (54). Il existe, d'ores et déjà, des logiciels de réalisation des BPM mais ces outils sont indépendants des LGO. C'est le cas, par exemple, du site créé par Dr. Pierre Renaudin (pharmacien, ancien assistant hospitalo-universitaire des Hôpitaux de Montpellier et docteur en science d'Aix Marseille). Le recours à ces sites, induit indiscutablement un gain de temps comme demandé par les pharmaciens pour la mise en place du BPM. Cependant ces sites sont aujourd'hui payants et indépendants du logiciel de gestion choisi par l'officine, ce qui n'est pas un gage d'interopérabilité. On pourrait également souhaiter la création d'un moyen de communication facile et universel entre professionnels de santé à condition de sécuriser les flux de données échangées. (64)

A ce jour les facteurs clés du succès des BPM résident dans :

- Les études publiées démontrant un réel intérêt de cet outil dans la réduction de l'iatrogénie médicamenteuse et l'impact financier sur les coûts de santé publique engendré par un més-usage du médicament chez le sujet âgé polymédiqué. (29,59)
- Une meilleure campagne de communication et de formation sur le sujet.
- L'élargissement de la cible de réalisation des BPM. (57,65)

**PARTIE 2 : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE D'UNE  
COHORTE DE 30 PATIENTS AYANT BÉNÉFICIÉ  
D'UN BPM AU SEIN DE LA PHARMACIE  
GICQUEL À VIEILLEVIGNE (44116)**

# **I. Contexte, type, durée, rationnel et objectifs**

## **A. Contexte**

Cette étude a été conduite au sein de la pharmacie Gicquel à Vieillevigne, commune rurale de Loire-Atlantique, située au Sud de la Loire à environ trente kilomètres du centre ville de Nantes. Cette commune tire son nom de l'hiver 892 qui fut très rude lors duquel suite à d'importantes gelées, les vignes avaient été détruites dans la région. Seuls quelques ceps survécurent dans les champs alentours et furent ainsi nommés « vieilles vignes », appellation consécutivement conférée à la cité.

La ville compte environ 4000 habitants et ne comporte qu'une seule officine. (66,67)

## **B. Type, durée, et rationnel de l'étude**

Ce travail monocentrique de type rétrospectif a été réalisé sur une période de six mois, du 17 juin 2019 au 13 décembre 2019 durant ma 1<sup>ère</sup> prise de fonction en qualité de pharmacienne remplaçante à la suite de l'obtention de mon diplôme en sciences pharmaceutiques en juin 2019.

Les pharmaciens titulaires, Mr et Mme Gicquel, avaient la volonté de mettre en place les BPM au sein de leur officine afin d'une part, d'initier une démarche d'éducation thérapeutique auprès de leur patientèle pour limiter l'iatrogénie médicamenteuse, et d'autre part, rechercher un axe de rémunération complémentaire à leur officine. Nous avons notamment échangé sur les difficultés que la pharmacienne adjointe de l'équipe, en charge de cette mission, et que je remplaçais, avait pu rencontrer. Compte tenu de la formation dont j'ai pu bénéficier au décours de mon cursus pharmaceutique, et mon attrait pour cette nouvelle mission dévolue au pharmacien d'officine, j'ai proposé à Mr et Mme Gicquel des pistes d'amélioration pour la mise en place des BPM et tenter de s'affranchir des différents écueils que j'avais pu identifier en réalisant mes premiers BPM au cours de mon stage de 6<sup>ème</sup> année d'études. Ils

m'ont ainsi donné *quitus* afin que je poursuive l'implantation de cet outil au sein de leur entreprise.

Cette étude a inclus 30 patients d'âge médian de 85,2 ans (Extrêmes : 66 - 92 ans) tous candidats à la réalisation de BPM conformément à l'avenant 19 de la convention pharmaceutique des pharmaciens, après avoir obtenu leur consentement.

## **C. Objectifs principal et secondaires**

L'objectif principal de ce travail est de proposer une méthodologie de réalisation des BPM qui se nourrit des données théoriques et réglementaires précédemment exposées mais qui s'enrichit d'une mise en pratique en situation de « vie réelle » à l'officine pour l'optimiser.

Les objectifs ancillaires sont de mettre en évidence l'efficacité de ce type d'entretien à visée notamment d'éducation thérapeutique des patients et d'identifier les principaux freins persistants à la réalisation des BPM chez le sujet âgé à l'officine.

## **II. Patients et méthode**

### **A. Population cible : critères d'inclusion**

Critères d'inclusion :

Homme ou Femme ayant :

- 65 ans ou plus, et souffrant d'au moins une ALD,
- 75 ans ou plus,
- Au moins 5 DCI prescrites sur leur(s) ordonnance(s) et pour une durée d'au minimum 6 mois (traitement chronique),
- Donné leur consentement libre et éclairé,
- Les capacités de s'exprimer d'une quelconque façon lors des échanges avec le pharmacien.

Étaient exclus les patients dont les capacités cognitives ne permettaient pas la réalisation du BPM ainsi que ceux dans l'impossibilité matérielle de se déplacer jusqu'à l'officine.

## **B. Procédure de recrutement des patients**

Le rythme et la charge de travail étant assez soutenus, l'exhaustivité des critères d'inclusion de chaque patient n'était pas aisée à colliger et nous passions de nombreuses fois à côté de patients éligibles au BPM. Face à cette problématique, j'ai rapidement contacté le service de gestion économique du logiciel de la pharmacie : LGPI®. Ce logiciel développé en 2001 pour la gestion des officines allie à la fois performance et modernité et constitue une aide quotidienne précieuse pour le pharmacien. En contactant l'assistance, j'espérais, grâce à ce logiciel, pouvoir dresser une liste exhaustive des patients ayant été enregistrés dans nos fichiers et répondant aux critères d'inclusion du BPM. L'éditeur du logiciel a répondu partiellement à mes attentes. En effet sur le portail LGPI®, une section intitulée « logiciel de suivi d'observance » permettait en théorie de cibler les patients correspondant au programme « Bilan Partagé de Médication » (cf. annexe 2 : procédure - recrutement des patients au bilan partagé de médication).

Malheureusement la liste fournie à la suite de l'exécution de cette requête était non exhaustive. LGPI®, en tant que logiciel, présente donc des limites. Tous les patients listés ne rentraient pas dans les critères d'inclusion. Après une analyse approfondie du profil de chacun des 423 patients issus de ma requête et de leur historique de délivrance, il s'est avéré que seuls 209 d'entre eux étaient in fine réellement éligibles. Parmi les 214 patients tracés par défaut comme éligibles par le logiciel, la principale source d'erreur était liée aux traitements d'automédication inclus à tort dans les cinq DCI chroniques. À l'inverse, j'ai également remarqué que des patients, qui auraient dû faire partie de la liste des bénéficiaires éligibles au BPM en étaient exclus. C'est le cas par exemple des nouveaux patients de la pharmacie, pour lesquels le logiciel ne répertoriait pas un historique suffisamment important pour considérer 6 mois de traitement chez le patient.

À chaque patient éligible, une mise à jour de la fiche patient était réalisée, avec l'ajout du commentaire bloquant suivant : « Éligible au Bilan Partagé de Médication : Si accord du patient X, réaliser l'étape 1 de recueil de données ».



### **III. Recueil des données**

#### **A. Préparation de l'entretien**

Avant d'initier un BPM, il convient de préparer l'entretien à venir. C'est un exercice effectué en amont, par le pharmacien lui-même, et par la suite auprès du patient et des professionnels de santé, plus particulièrement des médecins traitants.

##### **Auprès du patient :**

Si lors de sa venue pour la délivrance d'une ordonnance, celui-ci appartenait à la liste positive des patients éligibles pré-citée et que la situation était propice (comptoir isolé disponible, pas d'affluence et équipe disponible), les objectifs et intérêts du BPM étaient énoncés de manière claire à ce dernier, de façon à ce qu'il nous donne ou non son accord pour procéder à l'entretien. Si le consentement libre était obtenu auprès du patient, le recueil de données pouvait être effectué lors de l'exécution de l'ordonnance.

##### **Auprès des médecins traitants :**

Un des atouts de la pharmacie rurale de Vieilleville, est de bénéficier de relations privilégiées et de proximité entre les trois médecins généralistes de la commune. Dès l'ébauche de la mise en place des BPM à la pharmacie Gicquel, j'ai rédigé un courrier d'information (cf. annexe 3) destiné à avertir et renseigner ces trois praticiens et à recueillir leur accord à ce sujet. Après sa réception, nous avons pu dialoguer ensemble afin de formaliser les modalités d'échange à privilégier et j'ai pu répondre à leurs questions au sujet du BPM, outil dont ils n'avaient pas connaissance ! Nous avons également partagé des adresses mails sécurisées pour optimiser les transmissions de données.

Ainsi, nous avons obtenu l'accord des trois médecins pour effectuer les BPM de leur patientèle, recueillir certaines informations (le contexte de prescription, les antécédents du patient,

etc.), et leur en transmettre (automédication du patient, croyances, observations faites, etc.) le cas échéant toujours dans l'intérêt de la santé des patients suivis.

### **Annexe 3 : Courrier d'information destinés aux médecins généralistes de Vieilleville au sujet de la mise en place des BPM**

#### **Par le pharmacien :**

À la suite de l'accord du patient, et à la lecture de la carte vitale (qui nous éclaire sur l'historique des délivrances du patient, son DP, et d'éventuels commentaires au sujet du patient et de sa santé), il est nécessaire de collecter un maximum d'informations intégrant l'anamnèse clinique et pharmaceutique du patient comme nous le rappelle la SFPC dans ses recommandations sur les objectifs des entretiens pharmaceutiques afin de ne rien oublier (contre-indications, interactions médicamenteuses, allergie(s), etc.).

## **B. L'entretien**

Concernant l'entretien de recueil de données, après réflexion, et parce que la situation de l'officine le permettait (comptoir isolé), j'ai décidé de réaliser cette étape directement au comptoir, lors de la venue du patient pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance. La durée de l'entretien était variable et dépendante selon le patient, en moyenne 30 minutes (valeurs extrêmes : 20 minutes à 45 minutes). Le recueil d'information est découpé en plusieurs sections complétées lors de cet échange.

### **Annexe 4 : Mode opératoire - recueil des données patients - étape 1 de la réalisation d'un bilan médical partagé**

#### **Informations générales :**

Cette section permet de surveiller l'évolution du poids du sujet, d'avoir les outils nécessaires à l'enregistrement sur le site ameli.fr, et de connaître le nom du médecin référent.

### **Annexe 5 : Questionnaire portant sur les informations générales du patient**

### **Habitudes de vie du Patient :**

Ce questionnaire nous renseigne sur le quotidien des patients : leur habitat, les aides, leur *habitus* pouvant impacter le médicament en terme de PK et/ou PD.

### **Annexe 6 : Questionnaire traitant des habitudes de vie du patient**

#### **État physiologique du patient :**

Afin d'optimiser la prise en charge, il est absolument nécessaire de connaître les antécédents du patient, notamment ceux qui peuvent impacter sur la PK du médicament. On recherche préférentiellement des antécédents d'insuffisance hépatique ou rénale. Néanmoins, les antécédents n'impactant pas les processus ADME sont à connaître également, pour mieux comprendre les traitements prescrits au patient, par exemple un terrain allergique.

On s'intéresse également aux possibles freins à la bonne prise des médicaments : trouble de la déglutition, de la vision, présence de douleurs.

### **Annexe 7 : Questionnaire abordant l'état physiologique du patient**

#### **Traitements ou produits consommés par le patient :**

Cette section était abordée lors du premier entretien, mais bien souvent remplie intégralement à la suite de celui-ci, pour ne pas mobiliser trop longtemps le patient, lors de l'analyse des données. Il permet de colliger les traitements prescrits par le médecin généraliste, par le(s) médecin(s) spécialiste(s), mais aussi l'automédication du patient et d'en faire une synthèse et une analyse. Les questionnements concernant la forme galénique des spécialités, des problèmes d'observance ou de survenue d'effets indésirables sont abordés dans la section suivante du recueil d'information.

### **Annexe 8 : Tableau des traitements et/ou produits consommés par le patient**

#### **Compréhension et usage des traitements par le patient :**

L'intérêt de réaliser cet entretien lors d'une délivrance d'ordonnance du patient réside dans cette section. On peut facilement questionner le patient à l'aide des boîtages des spécialités. On avait ainsi des réponses plus fiables, car la majorité des patients sont plus sensibles à l'aspect visuel de la boîte de médicament qu'à sa DCI. À l'aide de l'ordonnance papier et des

boîtes, on interroge le patient sur la gestion de son traitement. La section est divisée en sous-parties optimisées pour cibler au maximum les écueils au bon usage du médicament.

Une partie cible le traitement en cours, la connaissance et la fréquence de prises à ce sujet.

La suivante est tournée vers l'automédication, ou la prise éventuelle d'antibiotiques récemment. À travers cette section, je prenais le temps de pousser mon questionnement. L'historique ne contient en effet pas toute l'automédication des patients, et beaucoup de traitements sont omis par le sujet tels que les collyres, les crèmes, l'homéopathie, les tisanes, les médicaments en accès libre (OTC), etc.

Ensuite, la fiche de recueil se penche sur les modifications qui auraient pu avoir lieu récemment. Il faut identifier si le prescripteur en est à l'origine ou s'il s'agit du patient lui-même.

La quatrième sous-partie cible les effets pouvant être ressentis ou ayant déjà été ressentis avec les traitements et les solutions qui ont pu y être apportés pour les améliorer. Elle permet également de faire le point sur la présence ou non de médicaments nécessitant un suivi particulier, justifiant souvent une maîtrise et une connaissance du traitement plus approfondie pour éviter des effets indésirables dangereux. On peut citer un traitement anticoagulant par anti-vitamine K, monitoré par l'INR et dont un surdosage pourrait entraîner un fort risque hémorragique.

Enfin on s'intéresse plus particulièrement à la prise des médicaments par le patient.

Par exemples sur :

- Sa gestion globale des traitements (les moments de prise, les rappels de prise, l'utilisation ou non d'un pilulier, la préparation des médicaments),
- La gestion des stocks (existence de reliquats dans les boîtes à la fin du mois, rupture de certaines spécialités, ou *a contrario* d'autres en grande quantité),
- L'observance (oublis, ou difficultés à prendre certains traitements),
- Une ouverture possible à l'intégration d'une aide sur la prise en charge des médicaments.

## **Annexe 9 : Questionnaire sur la compréhension et l'usage des traitements par le patient**

### **Observance du Patient :**

Afin d'obtenir une primo évaluation de l'observance du patient, sans l'intervention de l'équipe officinale sur ses connaissances/compétences, un questionnaire de Girerd est réalisé dès le premier entretien.

Il comporte six questions fermées, chaque réponse négative équivaut à un point. On comptabilise le nombre de points négatifs à la fin du questionnaire, plus le nombre de point est faible, plus il dénote un manque d'observance du patient :

Bonne observance = 6 points

Faible observance = 5 à 4 points

Non observance = 3 points

## **Annexe 10 : Questionnaire de Girerd**

### **Conclusion :**

Une fois toutes les étapes de l'entretien effectuées, et remplies, une rapide synthèse de celui-ci était réalisée dans la partie conclusion. Je ne fixais pas de nouveau rendez-vous, j'expliquais oralement au patient, qu'au prochain renouvellement (le mois suivant), un point serait fait avec production d'un tableau récapitulatif de son traitement et réalisation d'un nouveau bilan de l'observance. Cette fiche de synthèse est transmise au médecin uniquement s'il y a une nécessité. Sinon, je procédais à un échange, le plus souvent téléphonique, pour éclaircir les points d'ombre médicamenteux, physiologiques, psychologiques, ou liés au mode de vie du patient que je pouvais avoir détectés.

## **Annexe 11 : Feuille de synthèse**

À la suite de toutes ces étapes, l'ensemble des documents papier en lien avec le patient était rangé et classé dans une pochette plastique, elle-même classée par ordre alphabétique au nom de famille du patient dans un classeur destiné aux BPM.

Je supprimais parallèlement le commentaire présent sur la fiche du patient sur le logiciel LGPI® Pharmagest de la pharmacie afin qu'il n'y ait pas de BPM réalisé en doublon.

## **C. Analyse des données et identification d'éventuelles Prescriptions Potentiellement Inappropriées (PPI)**

Une fois l'entretien de recueil d'information réalisé et tracé, l'objet principal du BPM reste encore à faire, à savoir l'analyse des données. Il convient d'être attentif, et faire preuve de méthode et de professionnalisme afin qu'aucun mésusage du médicament ne soit omis. Cette étape s'effectue en l'absence du patient hors temps de présence au comptoir afin de limiter les risques d'interruption de tâche et s'appuie sur le recours à de nombreux outils.

### **Présentation des principaux outils :**

- Le recueil d'information (spécialités sur ordonnance du médecin traitant, du ou des médecin(s) spécialiste(s), d'automédication),
- Dossier Pharmaceutique (DP) s'il a été ouvert chez les patients,
- À défaut, l'historique des délivrances,
- Information(s) complémentaire(s) fournie(s) par le médecin concerné par échange téléphonique,
- Dictionnaire Vidal<sup>®</sup> et Vidal recos<sup>®</sup>, (47)
- Base de données publique Thériaque<sup>®</sup>, (48)
- Omédit (Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique)
- Haute Autorité de Santé (HAS),(39)
- ANSM, EMA, ANSES, EFSA, (46,49–51)
- Sociétés savantes telles que la SFPC, (68)
- Critères Stopp/start, (43)
- Guide PAPA. (44)

### **Classification des interventions pharmaceutiques proposées notamment par la SFPC :**

À la suite de l'entretien et de l'analyse pharmaceutique, une fiche d'intervention pharmaceutique a été produite par mes soins. Cette fiche-type est élaborée par la SFPC afin de

pouvoir répertorier les PPI. Elle me permettait surtout de classer le ou les problèmes détectés en amont et d'en suivre l'évolution, c'est-à-dire l'intervention et son devenir. Le plus souvent il s'agissait d'un échange avec le prescripteur, puis avec le patient.

Certaines interventions ne relevaient pas de l'ordre d'une PPI. Dans ce cas, la fiche de liaison/conclusion de l'entretien me permettait d'y notifier les actions menées.

| TAMPON :  |                        | Fiche Intervention Pharmaceutique   |                   |   |          |
|---|------------------------|---|-------------------|---|----------|
|   |                        | Démarche assurance qualité  |                   | Page 1/3  |          |
| *Le N° d'enregistrement est indispensable pour l'externalisation des données patient et médecin (confidentialité) |                        |   |                   |   |          |
| Numéro d'enregistrement *   |                        | NOM   |                   | PRENOM  |          |
|   |                        |   |                   |   |          |
| Date :  | Code CIP du médicament | N° Facture :  | Age : ans ou mois | Sexe :  | poids Kg |
|   |                        |   |                   | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F  |          |
| <b>1 - PROBLEME (1 choix) :</b>   |                        | <b>2 - PRESCRIPTEUR :</b>   |                   | <b>5 - ORDONNANCE :</b>   |          |
| 1.1 <input type="checkbox"/> Contre-indication / Non conformité aux référentiels                                  |                        | Nom Prénom :  |                   | 5.1 <input type="checkbox"/> Classée  |          |
| 1.2 <input type="checkbox"/> Problème de posologie  |                        |   |                   | 5.2 <input type="checkbox"/> Transmise au prescripteur  |          |
| 1.3 <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse   |                        | 2.1 <input type="checkbox"/> Médecin généraliste                                      |                   | 2.4 <input type="checkbox"/> Sage-femme,  |          |
| ○ A prendre en compte   |                        | 2.2 <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste                                      |                   | 2.5 <input type="checkbox"/> Dentiste,  |          |
| ○ Précaution d'emploi   |                        | 2.3 <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier                                      |                   | 2.6 <input type="checkbox"/> Infirmier  |          |
| ○ Association déconseillée  |                        | <b>3 - INTERVENTION (1 choix)</b>   |                   | <b>4 - DEVENIR DE L'INTERVENTION</b>  |          |
| ○ Association contre-indiquée   |                        | 3.1 <input type="checkbox"/> Adaptation posologique                                   |                   | 4.1 <input type="checkbox"/> Acceptée par le prescripteur   |          |
| ○ Publiée   |                        | 3.2 <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration                        |                   | 4.2 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur sans motif                                  |          |
| 1.4 <input type="checkbox"/> Effet indésirable  |                        | 3.3 <input type="checkbox"/> Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration |                   | 4.3 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur avec motif                                  |          |
| 1.5 <input type="checkbox"/> Oubli de prescription  |                        | 3.4 <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique                                      |                   | 4.4 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance avec appel prescripteur                                  |          |
| 1.6 <input type="checkbox"/> Médicament ou dispositif non reçu par le patient                                     |                        | 3.5 <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle)                            |                   | 4.5 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance sans appel prescripteur                                  |          |
| ○ Indisponibilité   |                        | 3.6 <input type="checkbox"/> Changement de médicament                                 |                   | 4.6 <input type="checkbox"/> Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté) |          |
| ○ Inobservance  |                        | 3.7 <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer                               |                   | 4.7 <input type="checkbox"/> Non acceptation par le patient   |          |
| ○ Incompatibilité physico-chimique  |                        |   |                   |   |          |
| 1.7 <input type="checkbox"/> Prescription d'un médicament non justifié  |                        |   |                   |   |          |
| 1.8 <input type="checkbox"/> Redondance   |                        |   |                   |   |          |
| 1.9 <input type="checkbox"/> Prescription non conforme  |                        |   |                   |   |          |
| ○ Support ou prescripteur   |                        |   |                   |   |          |
| ○ Manque d'information, de clarté   |                        |   |                   |   |          |
| ○ Voie d'administration inappropriée  |                        |   |                   |   |          |
| 1.10 <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance  |                        |   |                   |   |          |
| 1.11 <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre   |                        |   |                   |   |          |

Figure 1 : Extrait des fiches d'intervention Pharmaceutique (Page 1/3) de la SFPC


**Réalisation du plan de posologie :**

Une fois l'analyse pharmaceutique effectuée à l'aide des différents outils précités, la production le cas échéant d'une intervention pharmaceutique et un échange avec le médecin si nécessaire, je m'attachais à la réalisation d'un plan de prise. Ce plan constitue une synthèse des traitements pris par le patient. Il y figure :

- Le nom de la spécialité (telle qu'elle était délivrée au patient pour une meilleure reconnaissance) suivi éventuellement de la DCI (s'il y avait des ruptures d'approvisionnement par exemple avec une possibilité que le princeps soit délivré),
- Son dosage,
- Sa forme galénique,
- La posologie (exemple : 1 dans la case du matin et 1½ dans le case du soir),
- Le rôle du médicament énoncé le plus simplement possible pour une bonne compréhension (par exemple pour une statine, je notais « diminue le cholestérol »),
- Enfin le conseil de prise comportait en fonction du besoin des indications différentes : le meilleur moment de prise (à jeun par exemple pour la lévothyroxine), les précautions d'emploi (ne pas s'allonger après une prise de risédronate, ne pas arrêter brutalement un traitement anti-hypertenseur par exemples), les principaux effets indésirables (risque de saignement abondant sous rivaroxaban ou douleur musculaire soudaine sous statine), les posologies maximales à ne pas dépasser (maximum 4 grammes de paracétamol voire 3 grammes chez le sujet âgé par jour) etc.

Ce plan de posologie une fois réalisé, était rangé dans le classeur des BPM dans la pochette nominative du patient *ad hoc*. Concomitamment, j'ajoutais sur le logiciel LGPI® un nouveau commentaire sur la fiche du patient : « BPM - Plan de posologie fait : à remettre au patient lors de sa prochaine venue + explications complémentaires à faire + bilan d'observance à faire ».





**Figure 2 : Plan de posologie des médicaments**



Pharmacie GICQUEL  
11, place de la mairie  
44116 - VIEILLEVIGNE  
☎ 02 40 26 51 73

**PLAN DE POSOLOGIE DES MEDICAMENTS**

Mr/Mme..... Le .....

| Médicaments |        |       | Horaires de Prise   |   |   |   | Rôle du médicament | Conseils de prise |
|-------------|--------|-------|---|---|---|---|--------------------|-------------------|
|             |        |       | Matin   | Midi  | Soir  | Coucher   |                    |                   |
| Nom         | Dosage | Forme |  |  |  |  |                    |                   |
|             |        |       |   |   |   |   |                    |                   |
|             |        |       |   |   |   |   |                    |                   |
|             |        |       |   |   |   |   |                    |                   |
|             |        |       |   |   |   |   |                    |                   |



## **D. Transmission**

### **Au patient :**

Lors de la venue du patient au cours du renouvellement suivant, à la lecture de la carte vitale, le commentaire sur l'étape à réaliser concernant le BPM s'affiche. Je remettais donc au patient le plan de posologie des médicaments après l'avoir commenté avec lui et en lui apportant toutes les informations nécessaires à sa bonne compréhension. Cette transmission est également le moment de répondre aux nouvelles interrogations du patient le cas échéant.

C'est aussi pendant ce dialogue que je lui transmets les échanges qui ont eu lieu avec le médecin généraliste si une PPI était identifiée afin d'enrichir les connaissances du patient et ainsi de l'informer des nouvelles consignes à suivre concernant son traitement. L'observance est alors réévaluée à la fin de cet entretien, pour analyser son évolution. Elle le sera de nouveau à la prochaine délivrance de l'ordonnance.

Par conséquent, à la fin de cette étape, j'effectuais une nouvelle modification du commentaire de la fiche-patient sur LGPI® : « BPM - Fait : réévaluer l'observance lors de la prochaine venue du patient ».

### **Aux prescripteurs :**

Une fois le BPM réalisé entièrement, et si nécessaire, j'envoyais par mail sécurisé, un compte rendu de l'échange, des démarches effectuées, des modifications apportées, des lacunes identifiées chez le patient et les points sensibles. Le but de cette transmission de synthèse étant qu'ensemble, et selon nos expertises professionnelles, nous avançons dans l'intérêt supérieur de la santé de nos patients. Cela permettait au médecin prescripteur de pouvoir refaire des rappels au patient lors de la consultation suivante, de le sensibiliser, de refaire un point sur la situation avec lui, d'être plus attentif, plus vigilant, etc.

Je prêtais une attention particulière quant aux retours que pouvaient me faire les médecins au sujet de l'évolution de la prise en charge des patients.

## IV. Résultats

Les résultats sont issus de l'analyse des BPM réalisés sur les patients éligibles. En effet, il a fallu éliminer méthodiquement les patients que le logiciel incluait à tort tels que : les patients décédés en cours d'année, tous les traitements (y compris l'automédication, qui n'entrent pas en compte à l'inclusion au BPM car ce n'est pas un traitement chronique sur prescription), les patients ayant 65 ans dans l'année (un patient né en décembre était inclus dans la liste, or l'étude ayant commencé en juin, le patient n'avait alors que 64 ans).

*In fine*, 30 entretiens ont été effectivement réalisés auprès des patients durant six mois entre le 17 juin 2019 et le 13 décembre 2019.

### A. Description de la cohorte de patients

Notre cohorte est constituée de 16 hommes et 14 femmes.

La moyenne d'âge est de 79,63 ans (Écart type = 7,79 ans, valeur médiane = 85,2 ans).

Les âges extrêmes rapportés sont respectivement 66 ans pour la valeur minimale est de 92 ans pour la valeur maximale.

**Tableau 3 : Données socio-démographiques**

| <b>Données socio-démographiques</b> |        |                 |
|-------------------------------------|--------|-----------------|
|                                     | Nombre | Pourcentage (%) |
| <b>Lieux d'habitation</b>           |        |                 |
| Domicile                            | 28     | 93,33           |
| Foyer Logement                      | 2      | 6,67            |
| <b>Modes d'habitation</b>           |        |                 |
| Seul(e)                             | 15     | 50              |
| Avec conjoint(e)                    | 12     | 40              |
| Avec famille                        | 4      | 13,33           |

| <b>Aides existantes</b> |    |       |
|-------------------------|----|-------|
| Aide ménagère           | 15 | 50    |
| Infirmier(e)            | 5  | 16,67 |
| Famille                 | 8  | 26,67 |
| Portage des repas       | 3  | 10    |

Les principales données socio-économiques sont regroupées dans le tableau 3. Deux lieux d'habitation sont retrouvés au sein de notre cohorte, avec une large majorité de patients qui occupent leur domicile (93%).

Concernant les modes d'habitation, une part importante de la cohorte de patients vivait seule chez elle (50%), 40% avec leur conjoint(e), et enfin 13% d'entre eux avec leur famille (frère ou sœur).

Enfin une proportion majoritaire des patients entendus (60%), possède des aides à domicile, le plus souvent une aide-ménagère. 12 patients ne disposent d'aucune aide.

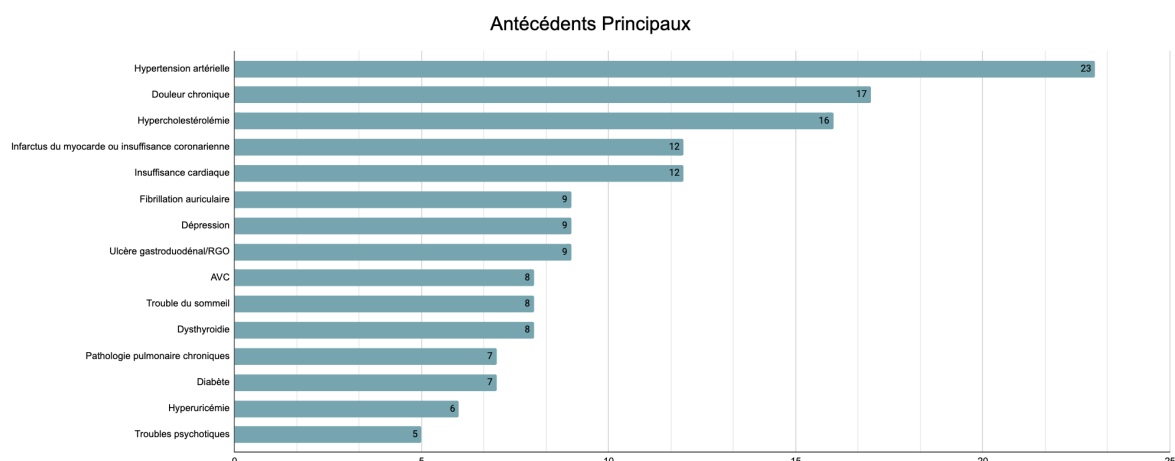
Les antécédents les plus fréquemment rapportés dans notre échantillon sont regroupés au sein du graphique ci-dessous (cf. figure 3). Par ordre de fréquence décroissante sont signalés :

- L'hypertension artérielle qui touche 77% de notre panel (soit 23 patients sur les 30 interrogés),
- Des douleurs chroniques (57%) (soit 17 patients),
- De l'hypercholestérolémie (53%) (soit 16 patients),
- Des antécédents d'infarctus du myocarde, d'insuffisance coronarienne, ou d'insuffisance cardiaque (40%) (soit 12 patients),
- La fibrillation auriculaire, la dépression, et les ulcères/RGO retrouvés pour chaque pathologie chez 9 de nos patients,
- Des accidents vasculaires cérébraux, des troubles du sommeil et des dysthyroïdies respectivement rapportés par 8 des patients interrogés,
- Des pathologies pulmonaires chroniques et un diabète chez 8 patients,
- De l'hyperuricémie chez 7 patients,
- Des troubles psychotiques chez 6 patients.

D'autres antécédents sont retrouvés à moindre fréquence, tels que l'insuffisance veineuse, l'ostéoporose ou encore le cancer.

100% des patients de cette cohorte cumulaient plusieurs antécédents cités précédemment. La moyenne des comorbidités est située entre 5 et 6 par patient (Écart type = 2,1 comorbidités, valeur médiane = 5 comorbidités par patient).

**Figure 3 : Graphique des principaux antécédents médicaux au sein de la cohorte**



## **B. Les traitements médicamenteux et autres thérapies intégratives**

Les 30 patients de la cohorte bénéficient en moyenne de 8,4 molécules (Écart type = 2,8). Le nombre médian de médicaments est de 8. On observe 20% « d'hypermédication », c'est-à-dire que 6 patients de notre échantillon ont plus de 9 lignes de traitements différents.

Pour une meilleure lisibilité, les médicaments prescrits sont classés selon le système de classification international ATC, c'est-à-dire : Anatomique, Thérapeutique et Chimique, reconnu par l'OMS (69). Chaque médicament correspond à un code ATC. Au sein de notre étude, j'ai cumulé 251 lignes de traitements prescrits qui ont été secondairement classifiés dans les tableaux 4 ci-dessous.

Pour chaque classe, je n'ai évoqué que celles pour lesquelles j'avais répertorié un codage dans les prescriptions de ma cohorte.

**Tableau 4 : Classes ATC**

| <b>CLASSES MÉDICAMENTEUSES</b>              |   |          | Nbre de Patient (N) | Pourcentage (%) |
|---|---|----------|---------------------|-----------------|
| Anatomique                                  | Thérapeutique   | Chimique |                     |                 |
| <b>A : Voies digestives et métaboliques</b> |   |          | <b>24</b>           | <b>80</b>       |
|   | A02 : Médicaments des troubles de l'acidité                   |          | 10                  | 33              |
|   | A02B : Médicaments de l'ulcère peptique et du RGO             |          | 10                  | 33              |
|   | A11 : Vitamines   |          | 14                  | 47              |
|   | A11C : Vitamine A et D  |          | 12                  | 40              |
| <b>B : Sang et organes hématopoïétiques</b> |   |          | <b>22</b>           | <b>73</b>       |
|   | B01 : Antithrombotiques                                       |          | 23                  | 77              |
|   | B01A : Antithrombotiques                                      |          | 22                  | 73              |
| <b>C : Système cardiovasculaire</b>         |   |          | <b>30</b>           | <b>100</b>      |
|   | C03 : Diurétiques   |          | 16                  | 53              |
|   | C03C : Diurétiques de l'anse                                  |          | 8                   | 27              |
|   | C07 : Béta-bloquants  |          | 20                  | 67              |
|   | C07A : Béta-bloquants   |          | 20                  | 67              |
|   | C09 : Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine |          | 18                  | 60              |
|   | C09A : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion non associés     |          | 8                   | 27              |
|   | C10 : Hypolipémiantes   |          | 17                  | 57              |
|   | C10A : Hypolipémiantes seuls                                  |          | 16                  | 53              |
| <b>N : Système nerveux</b>                  |   |          | <b>23</b>           | <b>77</b>       |
|   | N02 : Analgésiques  |          | 18                  | 60              |
|   | N02B : Autres analgésiques et antipyrétiques                  |          | 18                  | 60              |

Au sein de la cohorte, on constate que 4 patients ont déclaré avoir déjà augmenté ou diminué la dose de certains médicaments de leur propre initiative à savoir :

- La diminution du furosémide pour cause de polyurie,

- La diminution d'unité lors de l'injection d'insuline lente le soir pour cause de malaise hypoglycémique dans la nuit,
- Une majoration des anti-douleurs chez l'un des patients car il était non soulagé (surtout en période nocturne) par la dose prescrite,
- L'augmentation de prise d'alimémazine le soir chez un sujet pour traiter ses insomnies récurrentes.

À la question « prenez-vous d'autres produits par vous-même ? », qui fait référence à l'automédication des sujets interrogés, 16 patients, soit 53,3% d'entre eux répondent positivement. J'ai constaté l'importance de leur énoncer les classes thérapeutiques concernées par l'automédication, car beaucoup de molécules prises étaient omises. L'homéopathie par exemple était fréquemment oubliée d'être citée. Les médicaments sans prescription les plus souvent retrouvés sont : l'homéopathie majoritairement (63% des patients), notamment en période hivernale avec de l'Oscilloccinum, Influenzinum et Sérum de yersin, mais aussi de l'Arnica montana ou de l'Apis mellifica dans l'année, suivie des anti-douleurs (43%) avec le paracétamol (en libre accès lors de la réalisation de l'étude) et l'aspirine. Enfin on retrouve également les crèmes et les pommades (Voltarène<sup>®</sup>, Synthol<sup>®</sup>, Baume Saint Bernard<sup>®</sup>) pour 25% des patients, des anti-reflux (Maalox<sup>®</sup>, Gaviscon<sup>®</sup>, Rennie<sup>®</sup>) pour 19% d'entre eux, et enfin de la mélatonine (Novanuit<sup>®</sup>, Valdispert<sup>®</sup>) pour 10%.

## **C. Les PPI mises en évidence et les actions correctrices proposées**

Parmi les 30 BPM réalisés, sept interventions pharmaceutiques ont été réalisées. Six concernaient des PPI, une concernait la mise en évidence d'une automédication sous-jacente très importante relevant de la pharmacodépendance.

Pour la gestion de ces interventions, et la conduite d'éventuelles actions correctrices, mon unique interlocuteur a toujours été le médecin traitant prescripteur référent du patient.

Toutes les interventions proposées ont été acceptées par les prescripteurs.

Ont été mis en évidence :

**Patient N°10 - Mr RO. C. 83 ans - vivant seul à son domicile**

*- Problématique :*

Un risque de surdosage d'un  $\beta$ -bloquant, l'acébutolol, par impossibilité du patient à respecter la posologie. L'acébutolol (Sectral®), présente trois propriétés pharmacodynamiques principales : une activité  $\beta$ -bloquante  $\beta$ -1 sélective, un effet anti-arythmique et une activité sympathomimétique intrinsèque modérée.

Afin de respecter les recommandations du RCP, d'obtenir les résultats les plus physiologiques possibles (la demi-vie d'élimination plasmatique de cette molécule étant d'environ 4 heures), et de préserver la fonction cardiaque du patient, le cardiologue de Mr.RO.C lui avait prescrit ce médicament à posologie fractionnée c'est-à-dire  $\frac{1}{4}$  de comprimé le matin et  $\frac{1}{4}$  de comprimé le soir. Cette prescription avait été respectée *ex abrupto* et prescrite à l'identique par son médecin traitant.

Lors de la mise en pratique de cette posologie, en situation de « vie réelle », le patient a rencontré deux obstacles. Le premier réside dans la non-existence de comprimés quadrisécables de cette spécialité (génériques et princeps). En effet, l'acébutolol en fonction des laboratoires, se présente sous forme de comprimés pelliculés uniquement bi-sécables. De plus, Mr.RO.C, du fait de son âge et de l'existence d'arthrose, ne présentait plus la dextérité et la force nécessaire pour sectionner le comprimé. Le coupe-comprimé est par ailleurs très difficile à utiliser pour ce profil de patient.

Cette prescription s'est ainsi avérée non adaptée et donc non conforme par la présence d'une méthode d'administration non adéquate en termes de manipulation par rapport aux capacités du sujet. (Codification 1.9 selon la fiche d'intervention pharmaceutique de la SFPC) ce qui a entraîné un mésusage du médicament chez ce sujet.

En effet, ce patient prenait  $\frac{1}{2}$  comprimé le matin et  $\frac{1}{2}$  comprimé le soir, doublant ainsi la posologie initiale !

Bien-que cette posologie soit conforme au RCP, elle n'est pas adaptée à l'état physiologique et pathologique du patient, majorant son risque de bradycardie (< 50 battements par minute) ou de bloc atrio-ventriculaire.

*- Intervention :*

Une adaptation posologique a été proposée (code 3.1) à ½ comprimé par jour, le matin, en une prise. Cette intervention pharmaceutique, conforme aux recommandations propres à l'acébutolol, convenait au patient et au prescripteur. Bien que moins physiologique (car le pic de concentration plasmatique est obtenu en 2 à 4h, on aura ainsi une action pharmacodynamique moins bien répartie sur la journée), elle permet d'éviter l'apparition d'effets indésirables liés à un surdosage De  $\beta$ -bloquant chez ce patient de 83 ans, ce qui aurait pu être délétère à sa santé.

On aurait également pu envisager, en accord avec le cardiologue, de changer de classe pharmacologique sachant que les  $\beta$ -bloquants font partie chez le sujet âgé de la « black list » des médicaments à éviter selon Laroche du fait des accidents iatrogènes fréquents.

**Patiente N°2 - Mme LA. M. - 71 ans - vivant seule à son domicile**

*- Problématique :*

Une insuffisance de traitement ou « under use » chez une patiente extrêmement douloureuse a été identifiée. (code : 1.5)

Cette patiente présentait de grandes difficultés à se mouvoir, causées par une arthrose diffuse handicapante, nécessitant entre autres l'utilisation d'un déambulateur lors de ses déplacements. Elle prenait, sur prescription de son médecin traitant, une association d'antalgiques de palier 1 (paracétamol) et de palier 2 (tramadol - à libération prolongée et immédiate). A chaque venue au comptoir, elle évoquait ses douleurs, l'altération de sa qualité de vie (réduction de ses déplacements/sorties, fatigue), ses difficultés au quotidien (elle évoquait rester parfois pieds nus certains jours par impossibilité d'enfiler ses chaussettes/chaussures si l'infirmière ou sa fille ne passaient pas la voir), et souvent, pleurait. Malgré les augmentations des doses d'antalgiques (association de tramadol à libération prolongée et en interdoses à libération immédiate), il n'y avait pas d'amélioration notable, et son moral/humeur se dégradait avec le temps.

*- Intervention :*

Lors d'un échange avec le prescripteur sur la situation préoccupante de cette patiente, il a été évoqué la nécessité de traiter à la fois les douleurs mais également l'humeur de cette patiente dont la qualité de vie s'était dégradée au fil des semaines. Ce fût l'occasion de constater que la patiente se confiait bien plus au comptoir à l'officine que lors de ses passages chez le méde-



cin. Ce dernier n'avait ainsi pas réalisé le degré de mal-être et la dépression sous-jacente de cette patiente.

Sur le plan pharmacologique, plusieurs modifications ont fait suite à notre entretien. Tout d'abord, l'ajout d'un antidépresseur, la mirtazapine, choix judicieux dans le cas de cette patiente. En effet, le tramadol, antalgique de palier II, agoniste des récepteurs  $\mu$ , provoque aussi une inhibition de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. Associé à des antidépresseurs de la classe des IMAO-A mais aussi à des médicaments à activité IMAO non sélectif, aux tricycliques, aux IRSNa et aux IRSS, qui inhibent la dégradation (ou la recapture) de la sérotonine, il peut entraîner un syndrome sérotoninergique grave. Il faut également éviter la prescription d'antidépresseurs trop sédatifs, comme la miansérine, qui pourrait majorer le risque de chute chez cette patiente.

Le médecin a également revu la prise en charge de la douleur, en ajoutant de la morphine. Après titration de la douleur, un schéma « Basal-Bolus » associant des prises de morphine à libération prolongée toutes les 12h à des inter-doses à libération immédiate en cas de pic douloureux toutes les 4 heures (code : 3.5 Ajout) a été instauré. Cet ajout s'accompagne d'une diminution importante du tramadol, maintenu à la posologie minimale notamment lors de la phase de titration des morphiniques.

Par ailleurs, avec la contribution active de l'une des filles de la patiente, nous avons proposé un audit, afin d'évaluer et d'adapter les aides et le matériel au domicile de la patiente pour améliorer sa qualité de vie et maintenir au maximum son autonomie.

Malgré les installations et les changements effectués, quelques semaines plus tard, à la suite d'une chute sans séquelles graves survenue au domicile (perte d'équilibre en préparant son repas), la patiente a décidé de s'installer dans le foyer logement de Vieillevigne (logements adossés à la maison de retraite et adaptés aux personnes âgées, bénéficiant également d'aides à domicile).

### **Patient N°15 - Mr. R.I.A. - 91 ans - Vivant en couple au domicile**

#### *- Problématique :*

Il s'agit d'une redondance de principes actifs entre l'ordonnance du médecin spécialiste et celle du médecin généraliste à des dosages différents. (code : 1.8 Redondance). Le risque identifié est un surdosage d'anticoagulants chez un patient âgé.

18 mois plus tôt, le cardiologue de Mr.R.I.A a fait le choix judicieux, d'instaurer un traitement par un AOD (Anticoagulant Oral Direct), l'apixaban (Éliquis®), en relais d'un traitement par

un anti-vitamine K (Fluindione - Préviscan<sup>®</sup>), que le patient recevait de façon chronique du fait de la survenue d'une thrombose veineuse profonde (TVP) plusieurs années auparavant. En effet, le patient présentait des difficultés à maintenir un INR (*International Normalized Ratio*) dans la zone cible comprise entre 2-3, pouvant entraîner des risques pour sa santé (si  $INR > 3$  : le patient majore son risque d'hémorragie avec un doublement du risque par point supplémentaire d'INR observé, en revanche si  $INR < 2$  : le patient majore le risque de réitérer une TVP).

Ce patient présentait une bonne fonction rénale, ne contre-indiquant pas le relais par un AOD, et lui accordant un meilleur rapport bénéfice/risque.

L'apixaban agit par inhibition directe sélective du facteur Xa de la cascade de la coagulation. C'est une molécule d'action directe, ne dépendant pas de la vitamine K. Il n'y a pas de contrôle d'INR à effectuer, pas de zone cible à atteindre et maintenir, pas de modification de l'efficacité liée à l'alimentation du patient. Toutefois, comme tout médicament à visée anti-coagulante, il convient de rester vigilant quant à la survenue de signes cliniques tels que gingivorragies, épistaxis, ecchymoses, etc. et régulièrement surveiller la fonction rénale (clairance de la créatinine).

Le patient prenait ainsi de l'apixaban 2,5 mg depuis un an et demi lorsqu'il s'est présenté à la pharmacie pour la délivrance de ses ordonnances. Nous avons retrouvé parmi celles-ci une prescription émanant d'un cardiologue, qui l'avait reçu en consultation pour un bilan annuel, quinze jours auparavant, et l'ordonnance du médecin généraliste effectuée le jour même. Sur les deux ordonnances figurait de l'apixaban, seulement, sur celle du cardiologue, il avait été prescrit au dosage supérieur, à 5 mg matin et soir, tandis que le médecin généraliste le maintenait à 2,5 mg !

Lors de l'échange avec le patient âgé de 91 ans, dans le cadre de son BPM, ce dernier me confiait ne pas savoir quel dosage lui était recommandé, et n'arrivait pas à me retranscrire les informations transmises par le cardiologue.

*- Intervention :*

J'ai appelé le médecin traitant du patient, l'informant de la probable modification récente du dosage de l'apixaban par le cardiologue après la consultation annuelle deux semaines auparavant. Ce dernier avait effectivement reçu le compte rendu du cardiologue, indiquant la présence de petits thrombus superficiels persistant sur les veines des membres inférieurs. Le changement de dosage a ainsi pu être confirmé. Il s'agissait d'une erreur de prescription informatique par le logiciel du médecin traitant qui avait reproduit l'ancienne ordonnance sans

y valider la modification. Avec son autorisation, nous avons pu apporter la modification de l'apixaban à 5mg avec la justification sur la prescription. La posologie d'un comprimé matin et un comprimé le soir reste inchangée, seul le dosage de la molécule était augmenté. (Code 3.3)

**Patient N°29 - Mme BO.Y. - 80 ans - Vivant en couple à son domicile**

*- Problématique :*

Il s'agit de l'arrêt d'un traitement pour un DNID de type II (Diabète Non Insulino Dépendant), sans notification à ce sujet sur l'ordonnance. (Code 1.9) En effet, Mme BO.Y présente un DNID depuis de nombreuses années (date exacte de diagnostic non identifiée au regard des documents de la patiente), initialement traité en monothérapie par un biguanide, la metformine. Cette molécule est judicieusement choisie en 1<sup>ère</sup> intention dans le DNID car elle ne stimule pas la production d'insuline épargnant ainsi aux patients le risque de maladies hypoglycémiques voire d'hypoglycémies graves. Face à l'insuffisance de cette monothérapie objectivée au travers des dosages de l'hémoglobine glyquée (ou HbA1c) périodiques, dont les valeurs dépassaient les seuils recommandés, l'ajout d'une molécule de la classe des glinides, le répaglinide, a été effectué en 2016.

Au décours de son BPM, la patiente m'évoque la présence d'une bithérapie pour son DNID, connaissances cohérentes avec les traitements tracés dans l'historique de délivrance de la patiente trouvé dans le logiciel LGPI®, issu d'ordonnances de l'endocrinologue et du médecin généraliste référent.

Or, au regard de la nouvelle ordonnance que Mme.BO.Y nous apporte au jour de la réalisation du BPM, le répaglinide n'y figure pas ! Lors d'un échange avec la patiente, cette dernière ne parvient pas à m'éclairer sur la question qui se pose : s'agit-il d'un oubli de la part du prescripteur ou d'un arrêt de traitement ? Nous intervenons donc auprès de son médecin traitant.

*- Intervention :*

Après un échange téléphonique avec le prescripteur, il s'agissait bien d'un arrêt volontaire du répaglinide à la suite des dernières analyses de la patiente. Elle présentait un taux de HbA1c inférieur à 7% tandis que la HAS et les sociétés savantes de diabétologie préconisent au vu du profil de cette patiente et de son âge, un objectif cible d'HbA1c moins ambitieux, inférieur à 8%.

Par la suite, nous avons porté la mention « arrêt du répaglinide le XX/XX/2019 » sur l'ordonnance de la patiente avec l'accord du médecin, afin que l'information puisse être prise en

compte par la patiente ainsi que lors des prochaines délivrances. J'ai également refait le point avec la patiente à ce sujet. (code 3.4)

**Patient N°14 - Mme DR. P. - 89 ans - Vivant seule à son domicile**

*- Problématique :*

Mauvaise observance d'une nouvelle posologie de Lévothyrox<sup>®</sup> (lévothyroxine), médicament à marge thérapeutique étroite (MTE) chez une patiente souffrant d'hypothyroïdie. Après un dosage de la TSH (Thyroid Stimulating Hormone), objectivant une augmentation de cette dernière, allant en faveur d'une aggravation de l'hypothyroïdie, le médecin avait modifié la posologie du Lévothyrox<sup>®</sup> de la patiente en conservant le dosage (25 µg) mais en augmentant la prise de 1 comprimé à 1½ comprimé le matin. Il en avait fait part à la patiente qui n'a pas assimilé l'information, et qui a continué à prendre son traitement avec l'ancienne posologie, sans se référer à la nouvelle ordonnance. (code 1.6) Lors de la réalisation de l'entretien de recueil d'information du BPM, puis lors de la remise en main du plan de posologie à la patiente, elle m'affirme qu'elle ne prend qu'un comprimé de lévothyrox<sup>®</sup>, alors que sur l'ordonnance du médecin traitant il est prescrit 1½ comprimé.

*- Intervention :*

Après analyse des derniers bilans thyroïdiens de la patiente, ainsi qu'un échange téléphonique avec son médecin prescripteur, j'ai eu la confirmation de l'augmentation de la posologie du médicament. J'ai pu refaire un point complet avec la patiente, et lui expliquer la nature et l'origine du changement de dosage du lévothyrox<sup>®</sup>. (code 3.4) J'ai aussi reprécisé l'importance de prendre ce MTE à jeun.

**Patient N°71 - M. RO. R. - Vivant seul à son domicile**

*- Problématique :*

Mise en lumière, lors du BPM, d'une difficulté à la gestion de traitements nouvellement instaurés chez un patient polymédiqué depuis peu de temps.

En effet, ce patient s'est vu diagnostiqué au cours des 6 derniers mois : une hypertension artérielle, une aggravation de son DNID de type II, et une péricardite. Il y a également eu une suspicion de rétention urinaire (ECBU à réaliser) et mise en place d'un traitement probabiliste contre l'hypertrophie bénigne de la prostate par de l'alfuzosine, ce dans un contexte d'anxiété (instauration d'une benzodiazépine). Ces pathologies nouvelles ont entraîné l'ajout de

traitements en supplément de ceux que le patient avait déjà. Certains d'entre eux nécessitaient des changements dans les premiers temps afin de trouver un équilibre : insulines et traitements antihypertenseurs. Le patient n'était plus acteur de son traitement, et semblait complètement dépassé. (code 1.6)

*- Intervention :*

J'ai convenu avec le patient, lors de l'entretien de recueil de données, qu'il revienne rapidement à la pharmacie avec toutes les boîtes de médicaments ainsi que les ordonnances et analyses biologiques dont il disposait afin que nous fassions, ensemble, un point général sur la situation.

Il est revenu le lendemain avec les éléments demandés. Il a pu bénéficier d'un entretien de 45 minutes afin que je lui explique tous ses traitements, et faire le tri.

Nous avons par la suite déposé au Cyclamed® (association de collecte des médicaments non utilisés, périmés ou non, à usage humain, à rapporter par les patients-consommateurs dans les officines) (70) toutes les boîtes de médicaments qui n'étaient plus à utiliser, afin qu'il n'y ait aucune erreur dans les dosages chez ce patient.

Ensuite, j'ai réexpliqué les ordonnances, les nouveaux traitements, j'ai annoté sur chaque boîte l'indication et la posologie. J'ai profité de cet entretien pour effectuer et remettre au patient le plan de posologie afin qu'il puisse, dès son retour à domicile, s'y référer en cas de besoin.

Avec l'accord du patient, nous avons appelé une infirmière libérale, pour remettre en place une intervention pour les injections d'insuline. Cette prise en charge a pour but de rassurer le patient, de lui permettre de recevoir une éducation thérapeutique concernant son diabète et ses injections, et qu'il bénéficie d'une surveillance dans un premier temps, afin de devenir autonome par la suite.

Ce fût également l'occasion de revoir avec ce patient quelques règles hygiéno-diététiques simples mais nécessaires au vu de la situation : continuer ses déplacements en vélo le plus possible, sinon faire un peu de marche quotidienne, essayer de manger un minimum de 5 fruits/légumes par jour en revoyant son alimentation, et retrouver un cycle nyctéméral plus physiologique. (code 3.4)

J'ai bien évidemment transmis par mail au médecin les interventions effectuées à la pharmacie, et les difficultés que présentait ce patient face aux nombreux changements de traitements récents.

**Patient N°9 - M. CH. L. - 84 ans - Vivant avec sa conjointe au domicile**

*- Problématique :*

Il s'agit de la découverte d'une importante automédication. En effet, lors du questionnement approfondi concernant la prise d'autres produits chez ce patient, d'échanges au sein de notre équipe officinale et de l'historique du patient, je réalise qu'il consomme de nombreux médicaments et autres compléments alimentaires en plus des traitements prescrits.

On retrouve notamment beaucoup de paracétamol (Doliprane®), de doxylamine (Donormyl®), de compléments alimentaires à base de plantes et de mélatonine pour le sommeil, d'anti acide, de substituts nicotiques, de collyres antiseptiques. Ces produits sont demandés trop fréquemment et trop régulièrement par le patient pour que leur posologie et leur utilisation soient respectées et sans danger pour sa santé. De plus, un risque d'interaction médicamenteuse a pu être identifié avec le traitement déjà prescrit. En effet, c'est un patient qui présente un adénome prostatique traité par du dutastéride (Avodart®) et de l'alfuzosine (Xatral®). Or, la doxylamine étant un agoniste inverse H1 qui possède par ailleurs des effets anticholinergiques, elle peut entraîner chez ce patient un globe vésical, avec rétention d'urine aiguë, nécessitant une prise en charge en urgence. Cette association est, par conséquent, déconseillée. (code : 1.10)

*- Intervention :*

Par le biais du BPM, nous avons entrepris plusieurs démarches. La 1<sup>ère</sup>, était de réaliser un point d'éducation thérapeutique auprès de ce patient afin qu'il prenne conscience du risque encouru pour sa santé ; la seconde de lui rappeler ses pathologies, les interactions présentes avec les produits consommés et les effets indésirables pouvant être rencontrés avec les traitements qu'ils prenaient en automédication. J'ai insisté sur la dangerosité de l'automédication.

Dans un second temps, j'ai rappelé à toute l'équipe (par oral et par écrit dans le cahier des transmissions), l'importance de prendre la carte vitale du/des patient(s), même lors d'une délivrance de produit OTC, afin que la DCI apparaisse dans le DP du patient, et dans son historique des délivrances. Cela permet de lister les traitements consommés par la personne, de déterminer la fréquence également, de pouvoir mettre en lumière des interactions, des contre-indications, d'éventuels mésusages et de faire le lien rapidement en cas de survenue d'effet(s) indésirable(s).

Enfin, après la réalisation de la partie « recueil d'information », j'ai eu un entretien téléphonique avec le médecin traitant du patient afin qu'il soit informé des dérives « addictogènes »

d'automédication de son patient. Lors de notre échange, j'ai pu réaliser que le médecin était déjà sensibilisé à cette problématique car il m'a informé que le patient achetait également des produits sur internet ! Nous convenons donc d'une vigilance accrue vis-à-vis de la consommation médicamenteuse du patient, dans l'intérêt de sa santé. (codes : 3.7- 3.4)

## **D. Évaluation des bénéfices**

À la suite de la mise en lumière de ces PPI et de leurs actions correctrices, il est nécessaire d'établir un bilan, une évaluation des bénéfices apportés par la réalisation des BPM. Il est évident que, même en l'absence de cette évaluation, le constat de cette étude est net : sur une cohorte de 30 patients, 7 d'entre eux ont présenté une situation à risque de mésusage médicamenteux, pouvant induire des conséquences graves et délétères sur leur santé.

En 1998, une étude réalisée par l'ensemble des centres français de pharmacovigilance pour évaluer l'importance des effets indésirables entraînant une hospitalisation, démontre que chez 3,19% des malades hospitalisés, le motif est un effet indésirable d'origine médicamenteux. De plus, ce taux d'incidence augmente avec l'âge puisqu'il est de 4,1% chez les plus de 65 ans et que l'âge moyen des malades hospitalisés pour un effet indésirable est de 60,5 ans (la moyenne des patients hospitalisés pour un autre motif étant de 52,9 ans). Ces résultats conduisent à une estimation d'environ 129 000 hospitalisations par an pour effet indésirable représentant un coût annuel estimé à 2,1 milliards FF en 1993, soit 430 millions d'euros en 2020 (en prenant en compte l'érosion monétaire due à l'inflation). Ces chiffres sont probablement largement sous estimés car l'étude ne prend pas en compte des hospitalisations au sein des cliniques privées. (71,72)

Un article similaire publié en 1996 par B.Detournay et coll. ,intitulé « Coût des hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux », nous apporte une valeur moyenne de coût d'hospitalisation pour effet indésirable médicamenteux similaire, soit 3300€. (73)

Dans notre étude, si l'on prend comme exemple la PPI relative au risque de surdosage de  $\beta$ -bloquant chez le sujet âgé, si le surdosage en acébutolol avait conduit à une hospitalisation dans une unité de réanimation, on peut facilement définir que si ce patient avait été victime de cette erreur de manipulation de l'acébutolol, le coût journalier auraient aisément dépassé 3000€. (74,75)

On imagine ainsi le bénéfice pour la santé des patients, sur l'économie également, et sur l'évolution du métier de pharmacien que représente cet outil.



## DISCUSSION

L'e a été conduite dans une commune rurale, Vieilleville, au sein de l'unique pharmacie : la pharmacie Gicquel. Cet atout lui permet de bénéficier d'une excellente adhésion de la patientèle cible et également du corps médical. Nous n'avons pas de notion exacte du nomadisme de la patientèle. Toutefois, les témoignages recueillis et surtout les difficultés rencontrées à mouvoir les patients dans une pharmacie plus éloignée lors d'une impossibilité à fournir une spécialité (molécule en rupture, ou pas en stock pour une urgence par exemple), nous donne une indication sur le faible taux de nomadisme de la patientèle. Cette adhésion constitue indubitablement un facteur clef du succès pour la bonne conduite des BPM comparativement aux officines de ville, qui ne bénéficient pas d'une telle fidélité des patients, ni d'une proximité aussi importante avec les prescripteurs. En outre, nous jouissons de l'accessibilité et de la grande disponibilité des trois médecins traitants de Vieilleville à notre égard, ceci permettant des échanges rapides et constructifs, dans l'intérêt de la santé de notre patientèle. A charge de travail équivalente, la réalisation de BPM au sein d'une officine de ville nécessiterait probablement de procéder à une sélection préalable des patients et/ou d'inciter la patientèle éligible à un moindre nomadisme (67).

La grande majorité des patients de la cohorte sont polymédiqués avec en moyenne 8,4 DCI prescrites (+/- 2,8) et 20% d'entre eux sont « hyperpolymédiqués ». Les chiffres rapportés sont supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature puisque la consommation moyenne des personnes âgées de 65 ans et plus, s'établit à 3,6 médicaments (3,3 pour les 65-74 ans *versus* 4,0 pour les 75-84 ans et 4,6 pour les 85 ans et plus) (59) (76). Or le nombre de médicaments prescrits, le nombre de comorbidités et l'âge sont connus pour être associés à un sur risque de prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées (74). S'ajoute à ces facteurs, l'élément suivant : sur les 93% des patients de la cohorte qui vivent à domicile, 50%, soit la moitié, y vivent seuls. Ceci, implicitement, confirme l'utilité et la nécessité d'une mise en place prioritaire de cet outil dans ce type de population fragile, vivant seule, polymédiquée, et potentiellement à haut risque iatrogène. Une étude menée par Claxton et coll. en 2001, au sujet de l'impact du schéma posologique sur l'observance démontre que lorsque le patient n'a qu'une prise par jour de médicament, l'observance est de 79 % *versus* seulement 50 % lors d'un schéma posologique à quatre prises par jour. (77)

Certes, les résultats obtenus sont à interpréter avec prudence, car ils sont issus d'une cohorte de faible effectif (30 patients), générant des biais d'analyse comparativement à la population générale. Par ailleurs, ils ont été collectés sur une période courte de six mois, de façon rétrospective et non prospective. Néanmoins, notre cohorte apparaît représentative de la patientèle à cibler. Elle est composée de patients tous bien évidemment éligibles au BPM, et présentant une situation sociodémographique et socioéconomique particulièrement exposées à l'iatrogénie médicamenteuse. En effet, sur le versant démographique, 93% des patients de la cohorte vivent à domicile dont 50% seuls. 100% de la cohorte présente un cumul de plusieurs antécédents, présentés dans la figure 3, dont les principaux retrouvés sont l'hypertension artérielle qui touche 77% de notre panel, suivi par les douleurs chroniques (57%) et l'hypercholestérolémie (53%), majorant les comorbidités. Enfin, concernant la classe sociodémographique, la classe ouvrière est majoritaire dans notre étude ce qui est conforme aux données de l'INSEE pour Vieilleville (67,78). Or, les connaissances en matière de santé des patients, bien que bonnes dans l'ensemble, n'étaient pas optimales pour éviter tout risque lié au mésusage du médicament car elles sont corrélées au niveau d'instruction de la population comme en attestent les travaux de Cottin Y. et coll.(2012) et de Davis et al (2006). Dans son étude, Davis et coll. effectue une analyse sur la compréhension d'une information posologique en fonction du niveau d'instruction. Lorsque l'intitulé de la posologie est indiqué de la manière suivante « prendre deux comprimés deux fois par jour » (soit quatre comprimés par jour). À la question : « cette posologie correspond à une prise de combien de comprimé par jour ? », les individus possédant un niveau d'instruction défini comme standard, donnent la bonne réponse dans 80,2 % des cas, lorsque le niveau d'instruction est réduit, le taux de bonne réponse n'est plus que de 62,8 % et lorsque ce dernier est faible, la réponse juste n'est obtenue que par 34,7 % des personnes interrogées. (79) (96)

## **I. Rétrospective sur l'objectif principal de ce travail : proposition de BPM en « vie réelle »**

Ce travail avait pour objectif principal de proposer une méthodologie de réalisation « en vie réelle » des BPM en officine en s'appuyant sur les données théoriques et réglementaires afin de les optimiser. Pour mémoire, l'expérimentation des BPM en Mayenne (Pays de

la Loire) initiée en mars 2017 reposait sur la base d'outils produits par la SFPC et constituait la 1<sup>ère</sup> évaluation de ce modèle d'éducation thérapeutique. En préambule, il convient de constater que ce modèle, très complet, n'est pas toujours optimal et transposable, en « vie réelle ». Les études réalisées depuis, aussi rares soient-elles, mettent en lumière l'utilité non équivoque des BPM, mais n'évoquent pas d'adaptation de ces outils à l'officine dans laquelle ils sont réalisés (80,81). Or, à l'évidence le contexte de la pharmacie a un impact sur la faisabilité, le contenu et donc la pertinence des entretiens pharmaceutiques.

Les titulaires de l'officine dans laquelle ce travail expérimental s'est déroulé souhaitant rapidement vulgariser cet outil d'éducation thérapeutique au sein de leur entreprise, j'ai bénéficié d'une totale liberté d'action quant à la manière dont je voulais mettre en place les BPM et l'ordre de séquençage des opérations. Cette grande latitude a constitué un avantage indéniable me permettant d'adapter, de réinterpréter le déroulement optimal des BPM puis de les procéder dans le cadre de la démarche qualité globale de l'officine. Ceci a secondairement permis de rendre accessible à toute l'équipe pharmaceutique la méthodologie utilisée dans un contexte de formation continue puis de réaliser à l'avenir les BPM de façon plus reproductible, voire d'appliquer des méthodes similaires dans d'autres structures qu'elles soient rurales ou urbaines.

Le modèle théorique proposé par les sociétés savantes de santé pour guider les pharmaciens lors de la mise en place des BPM au sein de leur entreprise, implique la prise de rendez-vous. L'adaptation majeure réalisée au cours de ce travail expérimental a été de se libérer de cette contrainte, en proposant un modèle ne nécessitant aucune prise de rendez-vous, et s'appuyant sur la venue du patient à l'officine au cours de ses différents renouvellements d'ordonnance. Le BPM s'adresse à une population âgée dont la multiplicité des déplacements est parfois difficile, et il apparaît nécessaire de s'adapter en ce sens. Ce postulat exclut certains patients qui présentent les critères d'éligibilité au BPM, mais qui ont été exclus de cette étude, faute de déplacements possibles à la pharmacie. Il est toutefois envisageable à l'avenir, de réaliser des BPM au domicile, comme c'est actuellement le cas dans certains EHPAD, où leur instauration progressive permettra de couvrir un maximum de patients concernés par cette problématique.

Le principal écueil rencontré avec la non prise de rendez-vous était le manque de documents apportés par le patient au sujet de sa santé/ses antécédents au moment du recueil d'informa-

tion. Nous avons ainsi parfois manqué de données importantes pour la réalisation complète d'un BPM comme certaines données biologiques ou vaccinales. Il convient toutefois de mentionner que les médecins ajoutent de plus en plus souvent les données nécessaires à la bonne analyse pharmacologique des ordonnances par les pharmaciens, telles que la clairance de la créatinine pour la fonction rénale, ASAT/ALAT pour la fonction hépatique, valeur d'INR, de TSH, allergie, données vaccinales (DTP tous les 10 ans et grippe tous les ans), et d'automédication. Ceci conforte par ailleurs, l'importance de généraliser la facturation sur la carte vitale des patients même lorsqu'il s'agit d'automédication/vente directe !!

Les BPM ont également été réalisés au comptoir, en contournant la nécessité de disposer de locaux dédiés et adaptés aux échanges. Même si les pharmacies bénéficient d'un ou plusieurs comptoir(s) isolé(s), permettant une plus grande confidentialité, il apparaît évident que cette méthode n'est absolument pas optimale et qu'en prérequis, à la mise en place des BPM des réorganisations sont à prévoir.

En effet, un des freins les plus fréquemment soulevés concernant la mise en place des BPM en officine reste l'adaptabilité des locaux à cette pratique. On constate que les officines les plus récentes jouissent de locaux spécifiques (pour les essayages de dispositifs médicaux ou pour pratiquer l'éducation thérapeutique des patients dans des circonstances de confidentialité optimales). Malheureusement à la pharmacie Gicquel, comme beaucoup de pharmacies plus anciennes, les locaux sont très mal adaptés en l'état à ces nouvelles activités. Après mûre réflexion, nous avons dédié l'un des cinq comptoirs, le plus isolé, à cette pratique, pour garantir la confidentialité nécessaire aux échanges pharmaciens-patients et permettre ainsi la mise en place de démarches d'éducation thérapeutique dans cette officine. Enfin, l'actuelle pandémie que nous traversons constitue sans doute un effet d'aubaine pour repenser les flux matières, personnels et patients au sein des officines qui se voient confier de plus en plus de missions de santé publique.

L'un des atouts majeurs dans la mise en place et le bon déroulement de cette étude a été l'utilisation du logiciel pharmaceutique, LGPI®. Cet outil a été indispensable dans le recrutement de patients éligibles au BPM, car cette étape était difficile sans outil numérique. Toutefois, bien que performant, le logiciel LGPI® utilisé dans cette étude, présente des limites en terme de fiabilité dans le recrutement des patients. Il a ainsi inclus à tort certains patients et a omis d'en inclure d'autres. De plus, c'est loin d'être le seul logiciel disponible sur le marché

pour accompagner le pharmacien au quotidien. Parmi les plus courants on peut citer : Smart RX<sup>®</sup> et Winpharma<sup>®</sup>, qui présentent également la possibilité de faire des sélections de liste de patients potentiellement éligibles dans des programmes thérapeutique, y compris les BPM. Winpharma<sup>®</sup> semble présenter plus d'atouts sous cet angle, car au même titre que LGPI<sup>®</sup>, il permet d'extraire une liste de patients éligibles, puis *in fine* de facturer les BPM. En outre, il assure également la fonction d'alerte automatique lorsque le patient est éligible à ce programme et que sa carte vitale est lue. Ceci représente un gain de temps considérable dans la mise en place des BPM, évitant ainsi d'avoir à analyser la liste obtenue et d'y annoter un commentaire sur la fiche patient. Notons néanmoins que les éditeurs du logiciel Winpharma<sup>®</sup>, n'excluent pas la présence de faille dans la sélection des patients, et donc l'obtention d'une liste non exhaustive à l'extraction des patients éligibles. En l'état, concernant le logiciel SmartRX<sup>®</sup>, il apparaît présenter des fonctionnalités similaires à LGPI<sup>®</sup> pour l'aide à la réalisation des BPM en officine.

Une des grandes difficultés rencontrées également au cours de ce travail, est le manque flagrant de système de communication simple et sécurisé entre professionnels de santé. Situés en zone rurale, au-delà de l'excellent relationnel existant entre médecins et pharmaciens, nous avons bénéficié d'une grande proximité propice à des échanges rapides, directs et efficaces. Pour autant, si cet outil d'éducation thérapeutique veut être généralisé sur le territoire national et sur toutes les zones (rurales comme urbaines), il apparaît indispensable de disposer d'outils de liaison sécurisés et interactifs entre les cabinets médicaux et la pharmacie. Une solution consisterait peut être qu'au travers les logiciels pharmaceutiques tels que LGPI<sup>®</sup>, médecins/pharmaciens puissent s'échanger de façon sécurisée des données/informations/questions de santé importantes pour le bon suivi et la bonne prise en charge de leur patient au cours des étapes de rédaction des ordonnances et de délivrance des médicaments.

Les référentiels professionnels pharmaceutiques (bonne pratique de préparation et de dispensation des médicaments) s'inspirent largement du système qualité normatif ISO 9001 V.2018. Ces pratiques d'ores et déjà opposables au sein des officines, sont le garant pour le patient de la mise en œuvre d'une démarche qualité continue au bénéfice de leur sécurité et de la qualité des prestations produites. L'intérêt de la mise en place et de la gestion d'un système qualité au sein des officines prend tout son sens avec le développement des BPM. Au-delà de

la confiance que cela doit apporter au patient, ceci doit permettre d'homogénéiser les savoirs faire, les savoirs être, les connaissances, la communication, la traçabilité au sein d'une équipe, d'une structure. Au-delà de la volonté managériale des responsables, le système qualité doit s'appuyer sur une documentation écrite périodiquement mise à jour comprenant procédures, modes opératoires, « check-list » afin que l'équipe puisse s'y référer notamment lors de la réalisation de BPM. C'est un gage de satisfaction des « patients-clients » qui leur apporte une vraie plus-value ainsi qu'à l'entreprise elle-même grâce à l'analyse d'indicateurs tels que les variables organisationnelles suivantes : l'heure de venue à l'officine, la date, le lieu de l'entretien, la personne chargée de la réalisation du BPM et le détail des temps de travail des différentes étapes comme étudiés dans la thèse de J. Joncourt en 2017 (82). De plus, la gestion d'un système qualité permet la conduite d'actions correctives permettant d'améliorer de façon continue le fonctionnement de l'entreprise et surtout les services rendus aux patients. La mise en place des BPM au sein de la pharmacie Gicquel a ainsi été l'occasion de consolider son système qualité en rédigeant différents modes opératoires relatifs à la bonne conduite des BPM et à l'homogénéisation des pratiques (cf. annexe 2 sur la procédure de recrutement des patients au BPM et annexe 4 concernant le mode opératoire sur le recueil des données patients lors de l'étape 1 à la réalisation d'un BPM).

Dans notre étude, le recrutement et la réalisation de 30 BPM sur une période courte de six mois démontre la faisabilité de la méthodologie employée à défaut de démontrer son efficacité. L'USPO indique en 2019, que 3,9 millions de patients sont éligibles au BPM, ce qui rapporté au nombre d'officine en France, correspond à 185 patients pouvant être recrutés par pharmacie. À Vieilleville, commune rurale, les patients éligibles au BPM représentaient une proportion importante évaluée à 11% de la patientèle totale. Compte tenu du temps nécessaire à la réalisation d'un BPM complet, estimé à 1h30 en moyenne (recueil d'information : 30 à 40 minutes, analyse pharmacologique : 20 à 30 minutes, échange éventuels avec les prescripteurs : 5 à 10 minutes, retranscription au patient : 20 à 25 minutes), il apparaît irréaliste en l'état de proposer de type de prestation pharmaceutique pour tous, face à la charge de travail, mais aussi de manque de moyens et de financement. En effet, selon la grille des émoluments d'un pharmacien adjoint en vigueur, en fonction de l'ancienneté de la pratique officinale et des responsabilités qui lui sont conférées, sa rémunération horaire brute varie de 18,27 euros pour un cadre se situant au coefficient 400 (échelon 1, correspondant à un pharmacien cadre disposant de moins d'un an de pratique professionnelle) à 36,54 euros pour les cadres occupant une

fonction hiérarchiquement supérieure de fin de carrière se situant au coefficient 800. D'après une enquête conduite en 2012 par la FSPF, les pharmaciens adjoints bénéficient pour la majorité d'entre eux d'un coefficient 500, soit une rémunération horaire brute de 22,84 euros. (83) Rappelons que la rémunération d'un BPM est de 60 euros par patient la première année, puis 30 euros par patient en cas de changement dans la prescription et donc dans l'analyse du BPM l'année suivante ou 20 euros par patient en cas de continuité des traitements l'année suivante. La durée moyenne d'un BPM étant de 90 minutes, il nécessite un investissement financier et humain significatif de la part de l'entreprise officinale. Le caractère chronophage du BPM réside dans plusieurs aspects dont le plus visible est sa durée de réalisation opérationnelle, mais il doit aussi intégrer la formation à la conduite de cet outil d'éducation thérapeutique et la formation en connaissances pharmacologiques spécifiques qu'il implique. Le pharmacien titulaire de l'officine, devra par conséquent, en plus de la rémunération brute salariale, et de la monopolisation de l'un de ses salariés à cette fonction qui ne sera pas disponible au comptoir pour l'activité de dispensation, y inclure les frais de formations spécifiques nécessaires à l'équipe. De fait, il apparaît indispensable que les équipes officinales soient formées à la pratique des BPM pour en assurer une réelle analyse pharmacologique et pas seulement se contenter d'un entretien descriptif comme le précise J. Joucourt dans son travail de thèse exploratoire. Il en résulte qu'il va être difficile d'évaluer l'amortissement des coûts totaux issus de la réalisation d'un BPM par un salarié. Néanmoins, on objective facilement que le coût de 60 euros par patient alloué par les tutelles la 1<sup>ère</sup> année, sans condition de durée, semble dérisoire face à la rémunération d'un pharmacien adjoint au coefficient 500 s'élevant à 32euros/heures toutes charges comprises pour son employeur. Sans compter que s'ajoute à cette rémunération, toutes les autres charges fixes auxquelles est tenu le pharmacien titulaire dans l'exercice officinal : l'eau, l'électricité, l'assurance, le LGO, les fournitures, voire son loyer etc.

De façon prospective, une solution envisageable, afin d'élargir cette pratique sur l'ensemble du territoire national, pour limiter des hospitalisations intempestives et/ou des surcoûts de santé publique liés au mésusage du médicament chez des personnes fragiles, serait peut-être de mettre en place des filtres permettant une priorisation des patients considérés comme les plus à risque. Des évolutions fonctionnelles des différents logiciels pharmaceutiques du marché pourraient y contribuer activement. Une sélection des patients éligibles pourrait prendre en considération la prescription de MTE, la survenue d'effets indésirables graves né-

cessitant ré hospitalisation en plus des critères d'âge, de capacités physique et/ou cognitive et de fragilité. Chaque patient correspondrait à un niveau de risque qui s'apparenterait au degré d'urgence à la réalisation d'un BPM. Des travaux prospectifs sont nécessaires pour objectiver la pertinence clinique d'une telle approche (84).

## **II. Objectifs ancillaires : une efficience qui n'est plus à démontrer**

Les objectifs ancillaires de l'étude étaient de mettre en évidence l'efficience de cet outil en y décrivant les prescriptions potentiellement inappropriées rencontrées sur la période définie de l'étude. Il est difficile de déterminer une prévalence moyenne des PPI au sein des études publiées dévolues à la réalisation de BPM et d'en faire une comparaison avec notre travail de thèse. En effet, s'il persiste une différence non négligeable de pourcentage concernant le taux de PPI, elle s'explique par la grande diversité des critères d'inclusion des patients au sein des études, des nombreux outils de détection des PPI existants et choisis (critères STOPP-START, critères de Beers, etc.), ainsi que la variabilité de la méthode d'analyse. Parmi les études les plus emblématiques conduites ces dernières années, nous pouvons citer celle réalisée en 2014 par des étudiants en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie de l'Université d'Amiens relative aux revues de médicaments faites auprès de 892 patients de plus de 65 ans et l'étude pilote conduite par J. Joncourt de l'Université Grenoble Alpes effectuée auprès de 41 pharmacies et 387 patients, visant à identifier les problèmes liés aux médicaments et à déterminer le nombre et le type de PPI à partir de la fiche d'intervention pharmaceutique fournie par la SFPC. (82,85)

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés sont l'existence d'interactions médicamenteuses (code 1.3) et les effets indésirables (code 1.4). Dans notre étude, ce ne sont pas les codifications les plus fréquemment retrouvées. Les écueils les plus rapportés sont des prescriptions non conformes (1.9) et médicaments ou dispositif non reçu par le patient. Cette discordance est certainement le reflet de la petitesse de notre cohorte. Cependant, nous retrouvons une analogie concernant les interventions pharmaceutiques les plus réalisées : suivi thérapeutique (3.4), amélioration des méthodes de dispensation ou d'administration (3.3) et enfin arrêt ou refus de délivrer (3.7).



Par ailleurs, on constate que le classement des classes médicamenteuses ATC retrouvées au sein de notre cohorte est comparable et cohérent avec celui mis en exergue dans l'enquête de l'ESPS (Enquête Santé et Protection Sociale) de 2000, et dans l'analyse des ventes de l'ANSM (86) (77). Ainsi, par ordre croissant, la consommation médicamenteuse est dominée par la classe des médicaments cardiovasculaires (100% de notre panel), suivie de la classe A (voies digestives et métaboliques) avec 80% des patients et enfin de la classe N (Système Nerveux).

Sept PPI ont pu être détectées au sein de notre cohorte de 30 sujets. Ce chiffre est probablement sous-estimé. Bien qu'il soit censé relater les risques iatrogéniques médicamenteux identifiés pour les médicaments prescrits et non prescrits pris par le patient, pour ces derniers ainsi que ceux relevant d'une automédication, nous avons manqué de données fiables. Il s'agit la plupart du temps de vente directe, effectuée au comptoir, et non retranscrite sur le dossier du patient, et donc dans l'historique ou le DP. Les sujets, quant à eux, malgré le questionnaire le plus complet possible lors de la réalisation des BPM, omettent possiblement la prise de plusieurs de ces spécialités délivrables sans ordonnance. D'après l'enquête ESPS de l'IRDES, en 2000, 8,6% des personnes âgées ont acheté un médicament sans ordonnance, en un mois, et 4% des médicaments obtenus par les personnes de plus de 65 ans le sont sans prescription médicale. Malgré ces chiffres, l'automédication a tendance à décroître avec l'âge : elle concerne 9,3% pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, 7,5% d'âge compris entre 75 et 84 ans et enfin 6,5% des plus de 84 ans. Les données rapportées par R.Vacher, publiées en 2020, dans le cadre de la rédaction de sa thèse, intitulée « drug interactions related to self-medication : a french pharmacovigilance database study », et qui reprennent tous les rapports publiés entre 1985 et 2018 codés comme « automédication » et « interaction », ont montré que les personnes âgées étaient plus à risque d'interactions médicamenteuses avec les médicaments utilisés en automédication(87) .

L'utilisation systématique de la carte vitale, que ce soit pour la délivrance de médicaments prescrits et/ou non prescrit devrait devenir systématique afin de pouvoir bénéficier d'un historique exhaustif des délivrances et donc d'une analyse complète de la prise en charge médicamenteuse du patient, et ce même en cas de nomadisme du patient. Cette action permettrait d'éviter bon nombre d'accidents iatrogéniques liés à l'automédication.

Concernant les 7 PPI identifiées au décours de notre travail, la totalité d'entre elles ont été transmises sous forme d'intervention thérapeutique aux différents médecins généralistes et elles ont toutes été acceptées. De même, 100% des actions correctrices proposées pour éviter un risque iatrogène médicamenteux ont été validées ce qui atteste de leur pertinence clinique. Les échanges se sont faits majoritairement (85%) par téléphone pour 6 d'entre elles pour une question d'urgence, puis dans un 2<sup>ème</sup> temps par un échange de mail sur la boîte mail sécurisée.

Pour les trois médecins généralistes de Vieilleville, la perception de l'utilité des recommandations établies lors d'un BPM est bonne. Dans une étude conduite en Nouvelle-Zélande en 2010, au sujet de la perception des médecins généralistes sur les examens cliniques entrepris par les pharmaciens d'officine, celle-ci apparaît comme variable au sein de l'ensemble des médecins. Certains avouent trouver utile la sécurisation des prescriptions par les pharmaciens, ou trouvent que les échanges au sujet des informations et des conseils sont utiles. *À contrario*, d'autres médecins étaient frustrés par la nature purement théorique de certaines recommandations (ne prenant en compte que l'AMM des médicaments et pas la mise en situation). Globalement les médecins généralistes ont estimé que la collaboration entre médecins et pharmaciens était bénéfique pour mettre au mieux en œuvre les recommandations et réduire ainsi les morbidités et la mortalité liées au médicament, sous réserve que chaque profession respecte les limites de son exercice. Ils évoquent une préférence pour une collaboration « en face à face » entre professionnels, bien qu'ils reconnaissent la difficulté d'y consacrer du temps. (88)

À ce propos, l'étude d'Edmunds et Calnan publiée en 2001 signalait que les médecins généralistes sont soucieux de l'intérêt que porte les pharmaciens à l'aide des patients à la gestion de leurs traitements grâce à leurs compétences mais appréciaient moins qu'ils prennent un rôle plus clinique, comme l'intervention dans les décisions de prescriptions (89). Les mentalités évoluent lentement, mais heureusement tendent vers une coordination interprofessionnelle dans l'intérêt de la santé des patients, et vers une reconnaissance mutuelle des compétences. Comme le déclare Jean-Michel Mrozovski, pharmacien, président du comité pour la valorisation de l'acte officinal (CVAO), il faut être attentif à ne pas faire de confusion : « on parle bien de dispensation, et non de délivrance. La dispensation veut dire analyse pharmaceutique assortie d'un conseil associé » (90).

Une des faiblesses de cette étude, au-delà de la taille de la cohorte est que la durée d'analyse est réduite, et qu'en conséquence elle n'a pas permis d'avoir une rétroaction (évaluation *a posteriori*) quant au bénéfice réel des interventions, à la persistance d'une prise de conscience des patients sur les dangers de l'automédication, et à l'évaluation de l'amélioration de l'observance grâce à un questionnaire de type Girerd.

### **III. Évolution et perspectives**

Sous l'angle de la qualité de la prise en charge des patients et de la maîtrise des risques iatrogènes, le bénéfice des BPM n'est plus à démontrer. Initié en 2018 en France, ils sont réalisés depuis 2001 en Angleterre, Italie, Suisse ainsi qu'en Australie et dans la province d'Ontario au Canada. Leur efficacité a été démontré au travers de nombreuses publications scientifiques. Appelés « MedsCheck » ou encore « Medicines Use Review » (MUR), ces programmes ne bénéficient pas de modalités d'intervention et de critères d'inclusion identiques aux nôtres (par exemple en Angleterre et en Ontario, l'âge n'est pas un critère d'éligibilité), pour autant ils ont tous comme dénominateur commun d'être conduit dans le but :

- De minorer les risques d'hospitalisation et/ou de ré hospitalisation. En Australie, par exemple, ce risque diminue de 45 % pour les patients de plus de 65 ans souffrant d'insuffisance cardiaque avec des prescriptions comportant du bisoprolol, du carvedilol, ou du métoprolol (BPM effectués par des pharmaciens d'officine au domicile et apportant également un plan d'action transmis au médecins généralistes).
- D'améliorer l'adhésion des patients à leurs traitements : en Italie, on constate que l'adhésion des patients asthmatique a augmenté de 35% en trois mois après la réalisation d'un bilan de médication et 40% après 6 mois.
- Enfin de valoriser l'expertise du pharmacien dans ses connaissances du médicament. (33,91)

Ainsi, l'exercice professionnel pharmaceutique actuel au comptoir s'inscrit dans une démarche de bonne pratique : délivrance protocolisée, renouvellement d'ordonnance, permanence des soins, etc. Ces pratiques devront s'inscrire dans le cadre d'un exercice coordonné pluridisciplinaire, en particulier entre médecins libéraux, pharmaciens d'officine voire hospitaliers. Un projet de décret sur une déclinaison de la loi ASAP est actuellement en cours de discussion au Sénat sur la possibilité de prescription des pharmaciens hospitaliers : adaptation

posologique, changement de galénique, dispensation sous protocole, et peut être dé-prescription (92,93). Autant de possibilités qui permettraient de rendre plus complète la réalisation des BPM, du moins à l'hôpital et peut être à terme venir compléter l'évolution du métier de pharmacien au travers de nouvelles missions mais aussi de plus grandes responsabilités !

Quelle que soit l'évolution du périmètre des missions pharmaceutiques il sera toujours indispensable de tracer et documenter tous les actes officiels afin de s'inscrire dans une démarche scientifique. La récente mise en place de l'avenant 20 de la convention collective s'inscrit dans cette logique : à savoir que lorsque le pharmacien ne dispense pas l'intégralité (ou pas du tout) des médicaments prescrits sur l'ordonnance (médicaments appartenant à une liste, on retrouve notamment les antalgiques tels que le paracétamol, ou encore les laxatifs osmotiques comme le macrogol), il peut facturer un code acte « DAD » valorisé à 0,1€ pour chaque ligne d'ordonnance (94,95).

À l'avenir, une probable évolution du métier de pharmacien conduira probablement vers une professionnalisation du codage des actes, à l'instar du système hospitalier, afin de valoriser grâce à une nomenclature intégrant notamment des délivrances, la réalisation d'entretiens thérapeutiques voire des actes de dé-prescription.

# CONCLUSION

Le bilan partagé de médication initié dans la loi HSPT de 2009, formalisé dans l'Avenant 11 à la Convention nationale pharmaceutique puis amélioré au décours des Avenants 12, 19 et dernièrement 21, réalisé par les pharmaciens, officinaux et hospitaliers, en officine ou en EHPAD, est mis en place en France depuis 2018. Il permet d'obtenir des informations sur les connaissances globales des patients relatives à ses médicaments ainsi que sur leur gestion quotidienne.

L'objectif principal de notre étude était de proposer une méthodologie de réalisation des BPM enrichie d'une mise en pratique en situation de « vie réelle » à l'officine pour optimiser les données théoriques et réglementaires précédemment explicitées par les sociétés savantes. Un objectif ancillaire était de mettre en lumière l'efficacité de ces entretiens à visée, notamment, d'éducation thérapeutique des patients et de réduction de l'iatrogénie médicamenteuse, et d'identifier les freins persistants à leur réalisation chez le sujet âgé à l'officine.

Cette étude a été réalisée sur une cohorte de 30 patients, chacun ayant bénéficié de la réalisation d'un BPM au sein de la pharmacien Gicquel, entre juin 2019 et décembre 2019. Au décours, 7 PPI ont été mise en évidence. Les problèmes principaux rencontrés ont été la présence de prescriptions non conformes (par manque d'information/de clarté ou par une voie d'administration inappropriée) et la présence de médicaments non reçus par le patient (par inobservance). Par ailleurs, les interventions les plus fréquemment effectuées ont été : un suivi thérapeutique, une amélioration des méthodes de dispensation et d'administration et l'arrêt ou le refus de délivrer.

De plus, des améliorations notables en matière d'adaptation du modèle théorique à la pratique ont pu être développées, testées et approuvées, pour permettre un plus grand développement de cet outil à l'avenir, comme la réalisation du BPM sans rendez-vous, lors de la venue des patients à l'officine pour leur renouvellement mensuel, au comptoir, à l'aide des boîtages. La mise en place de procédures et de modes opératoires *ad hoc* a aussi permis de consolider le système qualité de l'officine et de garantir la reproductibilité de la réalisation des BPM par l'ensemble des personnels désireux de les mettre en œuvre.

Un prérequis nécessaire à la réalisation de BPM au sein d'une officine est d'évaluer les variables organisationnelles qui seront propres à chaque entreprise : la réorganisation des ressources humaines présentes pour garantir une bonne gestion de la patientèle au comptoir, et l'évaluation de la fréquentation moyenne par tranche horaire pour réaliser les BPM sur les

créneaux les moins sollicités par l'activité quotidienne de dispensation. Dans un second temps, il convient de définir avec les prescripteurs correspondant de l'officine, les moyens de communication à privilégier pour échanger au sujet de leur patientèle commune.

De façon prospective, afin de palier au frein économique que représente aujourd'hui le financement d'un BPM, et d'élargir cette pratique chronophage à l'échelle du territoire national, une solution serait d'envisager la mise en place de filtres permettant de prioriser les patients éligibles aux BPM en fonction d'un niveau de risque qui s'apparenterait au degré d'urgence à la réalisation de ces bilans. Des travaux prospectifs sont nécessaires pour objectiver la pertinence scientifique d'une telle approche. De la même manière, le projet de décret actuellement en discussion au Sénat, relatif aux prérogatives des pharmaciens hospitaliers en matière de périmètre professionnel permettait, s'il était adopté, de rendre plus complète encore la réalisation de ce type d'entretien pharmaceutique, et d'envisager à terme son application au champ officinal gage d'une sécurisation globale du parcours de soin des patients et d'une plus grande sécurisation du circuit des médicaments quel qu'en soit le statut.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Extrait du guide d'accompagnement pharmaceutique de la Sécurité Sociale

|  |           |        |     |     |                                |
|--|-----------|--------|-----|-----|--------------------------------|
|  <p>L'Assurance<br/>Maladie</p> | PRÉAMBULE | ASTHME | AOD | AVK | BILAN PARTAGÉ<br>DE MÉDICATION |
|--|-----------|--------|-----|-----|--------------------------------|


**L'ACCOMPAGNEMENT  
PHARMACEUTIQUE**

**UN PATIENT CHRONIQUE  
MIEUX PRIS EN CHARGE**

L'accompagnement pharmaceutique favorise l'adhésion  
des patients aux traitements prescrits et renforce leur efficacité.

## DU SUR-MESURE DANS L'ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE

### UN VADEMECUM PRATIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DE CHAQUE PATIENT

Ce guide interactif, **validé par la HAS**, vous accompagne dans la mise en place d'entretiens pharmaceutiques sur-mesure pour **vos patients asthmatiques, sous AOD, sous AVK et ceux susceptibles d'être concernés par le bilan partagé de médication**. Il est destiné à renforcer l'efficacité de votre accompagnement en prenant en compte les spécificités d'un suivi personnalisé sur la durée. En tant que pharmacien,  **votre rôle est déterminant dans l'adhésion** du patient à son traitement. Il est donc essentiel de vous apporter les moyens pratiques à la réalisation de cette mission de santé publique.

### DES ENTRETIENS À LA CARTE

Ce support est pour vous **un guide pratique** dans la conduite de vos entretiens pharmaceutiques. Intuitif et ergonomique, il est constitué de modules thématiques afin d'adapter votre suivi selon le profil des patients et d'assurer une traçabilité des entretiens via un parcours clé :

1. **Un entretien d'évaluation incontournable** pour estimer l'adhésion du patient à son traitement et définir ses besoins d'accompagnement.
2. **Des modules thématiques** qui répondent aux objectifs d'accompagnement.
3. **Une conclusion à chaque étape** qui permet d'apprécier les notions acquises et celles qui nécessitent un appui complémentaire.



2

## ACCOMPAGNER LES PATIENTS ASTHMATIQUES

### QUI ?

Patients présentant une prescription de corticoïdes inhalés supérieure ou égale à 6 mois.

### POURQUOI ?

Les corticoïdes constituent le traitement de référence de l'asthme persistant. Mais ce traitement s'avère parfois insuffisant notamment en cas de :

- ▶ mauvaise observance
- ▶ erreur de manipulation de l'inhalateur
- ▶ facteur aggravant de la maladie

### COMMENT ?

- ▶ Un entretien d'évaluation pour estimer les connaissances du patient, ses points forts et ses points faibles.
- ▶ Un programme d'entretiens adaptés aux besoins du patient.
- ▶ Votre conclusion sur l'évolution des acquis après chaque entretien.

Les connaissances du patient s'évaluent selon 3 niveaux

- A Acquis** : la notion est intégrée, le patient est capable de la restituer avec ses mots et de la mettre en pratique.
- PA Partiellement Acquis** : des connaissances, mais incomplètes ou imprécises.
- NA Non Acquis** : pas de connaissance du sujet ou de fausses croyances.



La brochure de l'accompagnement "Asthme" explique votre démarche à votre patient.



**BON À SAVOIR**  
Le patient est libre d'accepter ou non votre accompagnement. S'il y adhère, **pensez à ouvrir un dossier pharmaceutique à son nom.**

5



## ACCOMPAGNER LES PATIENTS SOUS AOD

### QUI ?

Patients souffrant d'une pathologie chronique et présentant une prescription d'anticoagulants oraux d'action directe (AOD) supérieure ou égale à 6 mois.

### POURQUOI ?

Les traitements anticoagulants oraux (AVK ou AOD) sont indispensables mais nécessitent des précautions d'utilisation importantes pour être efficaces, notamment **une prise régulière sans oubli et une surveillance renforcée** en raison du risque hémorragique élevé en cas de surdosage, mais également du **risque thromboembolique** en cas de sous-dosage. Ils nécessitent un suivi renforcé en raison de :

- ▶ l'absence de mesure de surveillance du degré d'anticoagulation en routine ;
- ▶ leur demi-vie plus courte que les AVK qui rend leur action très sensible à l'oubli d'une prise ;
- ▶ l'absence d'antidote spécifique.

La délivrance et l'explication au patient sous AOD de l'ensemble des informations relatives à son traitement sont des éléments capitaux pour son appropriation et pour l'atteinte des objectifs thérapeutiques. En effet, un patient bien informé est un patient plus attentif aux conseils de surveillance de son traitement et plus observant.



Cliquez ici pour visualiser.

La brochure de l'accompagnement pharmaceutique du traitement sous AOD explique votre démarche à votre patient.

16

## ACCOMPAGNER LES PATIENTS SOUS AVK

### QUI ?

Patients souffrant d'une pathologie chronique et présentant une **prescription d'antivitamine K (AVK) supérieure ou égale à 6 mois**.

### POURQUOI ?

Après plus de 40 ans d'utilisation, les AVK constituent le traitement anticoagulant de référence pour des pathologies fréquentes.

Ce traitement est indispensable mais nécessite toutefois des précautions importantes. En effet, les traitements par AVK constituent **une des premières causes d'accidents iatrogéniques** en France. Ces médicaments à marge thérapeutique étroite nécessitent donc une surveillance renforcée en raison du **risque hémorragique** élevé, mais également du risque **thromboembolique en cas de sous-dosage**.

La délivrance et l'explication au patient sous AVK des informations nécessaires au bon suivi du traitement prescrit, sont des éléments capitaux pour l'adhésion au traitement par le patient et pour l'atteinte des objectifs thérapeutiques.



Cliquez ici pour visualiser.

La brochure de l'accompagnement pharmaceutique du traitement sous AVK explique votre démarche à votre patient.



### BON À SAVOIR

Le patient est libre d'accepter ou non votre accompagnement. S'il y adhère, pensez à ouvrir un dossier pharmaceutique à son nom. Demandez-lui d'apporter **son carnet de suivi AVK à chaque rendez-vous**.

28

## ACCOMPAGNER LES PATIENTS ÂGÉS POLYMÉDIQUÉS

### QUI ?

Le bilan de médication s'adresse aux patients souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques et ayant :

- » plus de 65 ans et au moins une affection de longue durée ;
- » plus de 75 ans.

Ces patients doivent être polymédiqués : **au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits** pour une durée supérieure ou égale à 6 mois (les médicaments à autorisation temporaire d'utilisation – ATU – et les médicaments non remboursés sont aussi comptabilisés à condition qu'ils soient prescrits).

### POURQUOI ?

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. La population qui apparaît comme la plus exposée à la situation de polyopathie est celle des **personnes de plus de 65 ans reconnues** en affection de longue durée et **celles de plus de 75 ans**, âge à partir duquel la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente.

Cette population en croissance, représente un peu plus de 9 millions d'individus. Parmi eux, **3,9 millions sont considérés comme particulièrement exposés aux risques liés à la polymédication** du fait de leur polyopathie, au sens où au moins cinq traitements chroniques différents leur sont prescrits. Ce risque peut être augmenté en cas de multiplicité de prescripteurs, situation induisant fréquemment des interactions médicamenteuses.



**3,9 millions de patients** sont considérés comme **très exposés aux risques de la polymédication**.  
**Un médicament nouveau** sur l'ordonnance majeure de **12 à 18 % les effets indésirables**.  
**La iatrogénie** serait responsable de **3,4 % des hospitalisations** et d'environ **7 500 décès** par an chez les **65 ans et +**.  
La consommation chronique de **psychotropes majeure de 47 % le risque de chute** chez les sujets âgés.  
Publication INDES n°204 – décembre 2014.

## Annexe 2 : Procédure - recrutement des patients au bilan partagé de médication

|                                      |  |              |
|--------------------------------------|--|--------------|
| Pharmacie<br>GICQUEL<br>Vieillevigne | PROCÉDURE<br><b>RECRUTEMENT DES PATIENTS AUBILAN<br/>PARTAGÉ DE MÉDICATION</b> | Version : 01 |
|                                      |  | Page 1 sur 3 |

### 1. INTRODUCTION

#### 1.1. Objet

Cette procédure consiste à décrire les modalités pratiques du recrutement des patients éligibles au Bilan Partagé de Médication (BPM) au sein de la pharmacie Gicquel à Vieillevigne.

#### 1.2. Objectifs

Rappeler les critères d'inclusion et d'exclusion des patients au BPM. Editer une liste des patients ciblés par ce recrutement à partir de la base de donnée issu du logiciel LGPI®.

Affiner le ciblage obtenu et inscrire une notification individuelle à chaque patient concerné par cet acte de recrutement sur le logiciel LGPI®.

#### 1.3. Domaine d'application et personnels concernés

Cette procédure concerne tous les membres de l'équipe officinale formés à la réalisation de l'entièreté ou d'une partie des BPM et en charge de la dispensation (Pharmaciens titulaires et adjoints et Préparateurs) des patients éligibles au BPM.

#### 1.4. Références documentaires et réglementaires

Avenants N°11, N°12 et N°19 à la convention nationale des pharmaciens d'officine.  
Code de la Santé Publique, article relatif à l'éducation thérapeutique des patients (Article L1161-1).

#### 1.5. Définition

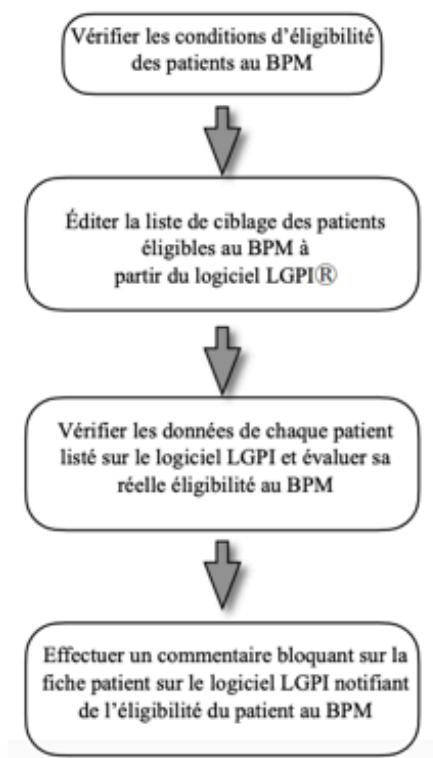
**Bilan Partagé de Médication** : « Une analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». (source : OMS)

**Recrutement** : « Amener quelqu'un à entrer dans un parti, un groupe, une société ». (Source : Larousse)

| Rédacteur(s)   | Vérificateur(s)   | Approbateur(s)   | Date d'application |
|--|---|--|--------------------|
| PENHOUE Pauline<br>(Pharmacien remplaçant<br>-Pharmacie Gicquel) | THOMARÉ Patrick<br>(Docteur en pharmacie<br>PHU CHU Nantes) | M. et Mme Gicquel<br>(Pharmaciens titulaires -<br>Pharmacie Gicquel) | 01/01/2019         |

## **2. DESCRIPTION**

La personne concernée se rapprochera de son éditeur de Logiciel d'Aide à la Dispensation pour obtenir les fiches techniques spécifiques à son logiciel - ici LGPI® -



### **2.1. Conditions de recrutement des patients au BPM**

La première étape du recrutement au BPM est de bien connaître les critères d'inclusion et d'exclusion des patients :

> Homme ou Femme ayant :

- 65 ans ou plus, et souffrant d'au moins une Affection Longue Durée (ALD),
- 75 ans ou plus,
- Au moins 5 molécules prescrites sur leur(s) ordonnance(s) et pour une durée d'au minimum 6 mois (chronique),
- Donné leur consentement libre et éclairé,
- Les capacités de s'exprimer d'une quelconque façon lors des échanges avec le pharmacien,

Étaient exclus les patients dont les capacités cognitives ne permettaient pas la réalisation du BPM ainsi que ceux dans l'impossibilité matérielle de se déplacer jusqu'à l'officine.

## **2.2. Ciblage des patients par LGPI®**

- Sur le logiciel LGPI®, à partir de la page d'accueil, se rendre sur le menu d'outils proposé.
- Sélectionner ensuite le « Suivi de maintenance », afin de sélectionner le programme actif « Bilan de médication » proposé.
- Imprimer la liste des patients ciblés par ce programme intitulée « ciblage patient du programme « Bilan de médication » ».

**Remarque** : Attention car cette liste est non exhaustive. Elle comprend des patients non éligibles au BPM (décédés, ou ne répondant pas aux critères d'inclusion). Elle peut également en omettre, c'est le cas par exemple des nouveaux patients de l'officine, pour lesquels le logiciel LGPI® ne possède pas un historique supérieur à six mois pouvant intégrer la notion de chronicité des traitements.

## **2.3. Vers une liste exhaustive**

- À partir de la liste obtenue et imprimée au format papier, se rendre sur le logiciel LGPI®.
- Pour chaque patient listé : vérifier les critères d'éligibilité à la portée du logiciel pour le programme BPM en parcourant intégralement sa fiche patient c'est-à-dire :
  - Son âge;
  - La présence ou non d'une ALD;
  - La délivrance de 5 Principes actifs;
  - Sur une durée minimum de 6 mois;
- Pour un codage clair : rayer les patients non éligibles et inclus à tort dans ce *listing* et surligner en jaune les patients *in fine* éligibles.

**Remarque** : l'évaluation des capacités du patient et son consentement ne peuvent être obtenus que lors de la venue à l'officine du patient lui-même ou à défaut d'un tiers venant à sa demande.

## **2.4. Notification d'éligibilité au BPM**

- Grâce à cette nouvelle liste, exhaustive, obtenue, faites une mise à jour de la fiche du patient éligible au BPM partir du logiciel LGPI®.
- Y ajouter un commentaire bloquant indiquant « Éligible au Bilan Partagé de Médication : Si accord du patient X, réaliser l'étape 1 de recueil de données ».

### **Annexe 3 : Courrier d'information destinés aux médecins généraliste de Vieillevigne au sujet de la mise en place des BPM**

Objet : Bilan Partagé de Médication

Bonjour,

Nous souhaitons vous informer de nouveau sur le Bilan Partagé de Médication. Cette mission du pharmacien a été mis en place à la pharmacie Gicquel depuis 2018, et renforcé depuis juin 2019, dans l'intérêt de la santé de nos patients qui sont aussi les vôtres.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Patient > 65 ans ayant une ALD et au moins 5 traitements chroniques (prescription > 6 mois)
- Patients > 75 ans ayant au moins 5 traitements chroniques (prescription > 6 mois)

Le but étant d'améliorer l'observance, la compréhension de leur(s) ordonnance(s) et de leur(s) pathologie(s), afin de diminuer de risque d'iatrogénie et de mésusage du médicament.

Ainsi nous pouvons être amenés à communiquer avec vous (par téléphone ou par boîte mail sécurisée) lors de la réalisation d'un BPM pour un patient, si nous remarquons une difficulté rencontrée par ce dernier.

Si vous avez des questions au sujet de la réalisation du BPM, des interrogations sur sa mise en place en officine, ou toute autre demande, nous restons disponibles pour vous répondre.

Bien cordialement,

Mr et Mme Gicquel (Pharmaciens titulaires)

Estelle et Clémence (Pharmaciens adjoints)

Pauline et Marine (Pharmaciens remplaçants)

## Annexe 4 : Mode opératoire - recueil des données patient - étape 1 de la réalisation d'un bilan médical partagé

|                                      |   |              |
|--------------------------------------|---|--------------|
| Pharmacie<br>GICQUEL<br>Vieilleville | MODE OPÉRATOIRE   | Version : 01 |
|                                      | <b>RECUEIL DES DONNÉES PATIENT</b><br><b>ETAPE 1 DE LA RÉALISATION D'UN BILAN MÉDICAL PARTAGÉ</b> | Page 1 sur 6 |

### 1 - INTRODUCTION

#### *1.1 Objet*

Ce mode opératoire consiste à décrire les modalités pratiques de la réalisation des entretiens de recueil de données au cours de la 1<sup>ère</sup> étape de réalisation d'un Bilan Partagé de Médication (BPM) au sein de la pharmacie Gicquel à Vieilleville.

#### *1.2 Objectifs*

Établir un recueil de données optimal du patient : informations générales, habitudes de vie, état physiologique, compréhension et usage des traitements par le patient, évaluation de l'observance et conclusion.

#### *1.3 Domaine d'application et personnels concernés*

Ce mode opératoire concerne tous les membres de l'équipe officinale formés à la réalisation de tout ou partie des BPM et en charge de la dispensation médicamenteuse (Pharmaciens titulaires et adjoints, Préparateurs) des patients éligibles à la réalisation de BPM.

#### *1.4 Documents de référence*

- Guide d'accompagnement pharmaceutique, disponible dans l'avenant 11 de la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine.
- Avenant N°11, N°12 et N°19 de la convention nationale des pharmaciens d'officine.
- Code de la santé Publique, article relatif à l'éducation thérapeutique des patients (article L1161-1)

#### *1.5 Définition*

**Bilan Partagé de Médication** : « Une analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». (source : OMS)

**Recueillir** : Rassembler en un tout des choses prises à des endroits différents et/ou recevoir, enregistrer, consigner quelque chose par écrit ou d'une autre façon. (source : Larousse)

| Rédacteur(s)  | Vérificateur(s)   | Approbateur(s)   | Date d'application |
|---|---|--|--------------------|
| PENHOUE Pauline<br>(Pharmacien remplaçant -<br>Pharmacie Gicquel) | THOMARÉ Patrick<br>(Docteur en pharmacie<br>PHU CHU Nantes) | M. Et Mme Gicquel<br>(Pharmaciens titulaires -<br>Pharmacie Gicquel) | 01/01/2019         |

## **2 - DESCRIPTIF**

### ***Étape 1: Recherche active sur les informations générales du patient***

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>But</b>          | Établir une source fiable d'informations pour l'enregistrement du patient  |
| <b>Outils</b>       | Fiche de recueil : Informations générales  |
| <b>Démarche</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Demander au patient son identité : nom, prénom, âge, numéro de sécurité sociale, son adresse,</li><li>• Demander au patient son poids à la date de réalisation du BPM,</li><li>• Confirmer son régime d'affiliation (CPAM, MSA, MGEN ...),</li><li>• Notifier le nom de son médecin traitant.</li></ul>  |
| <b>Commentaires</b> | <p>Cette section permet de surveiller l'évolution du poids du sujet (cela peut nous donner des indications sur une malnutrition, sur une rétention d'eau, etc et ainsi nous alerter sur l'état de santé du sujet.</p> <p>Elle permet également d'obtenir tous les outils nécessaires à l'enregistrement du patient sur le site <a href="http://ameli.fr">ameli.fr</a> afin d'être rémunéré.</p> <p>Et de visualiser rapidement le nom du médecin prescripteur référent du patient pour d'éventuels échanges.</p> |

### ***Étape 2: Recherche active au sujet du mode de vie du patient et de son habitus***

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>But</b>          | Établir une synthèse des habitudes de vie du patient  |
| <b>Outils</b>       | Fiche de recueil : Habitudes de vie du patient  |
| <b>Démarche</b>     | <p>Questionner le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vit-il chez soi ou en institution ?</li><li>• Vit-il seul ou accompagné ? A-t-il des aides ?</li><li>• Si non, avec qui ? Quelle(s) aide(s) ?</li></ul> <p>Demander au patient quelles sont ses habitudes alimentaires : nombre de repas par jour, horaire des repas, prise éventuelle de collation, consommation d'alcool (si oui, dans quelle mesure ?), consommation de jus de pamplemousse (si oui, dans quelle mesure ?).</p> <p>Notifier si le patient suit un régime particulier : diabétique, sans sel, etc ?</p> |
| <b>Commentaires</b> | <p>Ce questionnaire nous renseigne sur le quotidien des patients : leur habitat (faut-il l'adapter ou proposer des aides), leur <i>habitus</i> pouvant impacter le médicament en terme de pharmacocinétique (PK) et/ou pharmacodynamie (PD).</p>  |



### Étape 3 : Définir l'état physiologique du patient

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>But</b>          | Établir un bilan sur l'état physiologique du patient  |
| <b>Outils</b>       | Fiche de recueil : État physiologique du patient  |
| <b>Démarche</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Antécédent(s) du patient : Insuffisance rénale ? Insuffisance hépatique ? Cancer ? Autres ?</li><li>• Difficultés dans la prise de traitements : Déglutition ? Vision ? Douleurs articulaire ?</li><li>• Allergie(s) ? Si oui le(s)quelle(s) ?</li><li>• Carnet de suivi : AVK ? Diabète ? Autres (chimiothérapie anticancéreuse, thérapie « ciblée », médicament immunosuppresseur, etc) ?</li></ul>   |
| <b>Commentaires</b> | <p>Afin d'optimiser la prise en charge, il est absolument nécessaire de connaître les antécédents du patient, notamment ceux qui peuvent impacter sur la PK du médicament. On recherche préférentiellement des antécédents d'insuffisance hépatique ou rénale. Néanmoins, les antécédents n'imputant pas les processus ADME sont à connaître, pour optimiser le rapport bénéfice-risque des traitements prescrits au patient, en cas de terrain allergique par exemple.</p> <p>On s'intéresse également aux possibles freins à la bonne prise des médicaments : troubles de la déglutition, de la vision, la présence de douleurs.</p> <p>Enfin, il convient de connaître si le patient possède des moyens de suivre l'évolution de son traitement ou d'être en sécurité en cas d'intervention urgente.</p> |

### Étape 4 : Répertoire l'exhaustivité des traitements pris par le patient (prescrits et non prescrits)

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>But</b>          | Établir une liste exhaustive des traitements consommés par le patient   |
| <b>Outils</b>       | Fiche de recueil : Traitements ou produits consommés par le patient   |
| <b>Démarche</b>     | Questionner le patient sur les traitements pris par ce dernier, prescrits et non prescrits. À remplir en possession des ordonnances du patient, et si possible un <i>visu</i> sur son historique des délivrances via le DP.   |
| <b>Commentaires</b> | Cette section est abordée lors du premier entretien, mais bien souvent remplie intégralement à la suite de celui-ci, pour ne pas mobiliser trop longtemps le patient, lors de l'analyse des données. Il permet de colliger les traitements prescrits par le médecin généraliste, par le(s) médecin(s) spécialiste(s), mais aussi issus de l'automédication du patient et d'en faire une synthèse et une analyse. Les questionnements concernant la forme galénique des spécialités, des problèmes d'observance ou de survenue d'effets indésirables sont abordés dans la section suivante du recueil d'information. |

**Étape 5 : Recueillir les informations au sujet des connaissances et de l'usage des traitements par le patient**

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>But</b>      | Cibler précisément les entraves au bon usage du médicament  |
| <b>Outils</b>   | <p>Fiche de recueil : Compréhension et usage des traitements du patient</p> <p>Sous section :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitements en cours</li> <li>• Autres produits</li> <li>• Modifications</li> <li>• Effets des traitements</li> <li>• Prise des médicaments</li> </ul> <p>Boîtes de médicaments délivrées</p>  |
| <b>Démarche</b> | <p>Traitement en cours : À l'aide des boîtages</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient peut-il expliquer (avec son vocabulaire) à quoi servent ses médicaments ?</li> <li>• Peut-il exprimer à quelle fréquence les prend-t-il ?</li> </ul> <p>Autres produits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander au patient s'il consomme d'autres produits non prescrits. Il est nécessaire de le questionner au sujet de tous les éléments pouvant être concernés pour que rien ne soit omis : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyres, inhalations, tisanes, compléments alimentaires, dispositifs médicaux, etc.</li> <li>• A-t-il pris des antibiotiques récemment ? Si oui, lesquels ?</li> </ul> <p>Modification :</p> <p>- Le patient a-t-il dernièrement arrêté ou modifié un de ses traitements prescrits ? Si oui, lequel et pourquoi ?</p> <p>Effets des traitements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient ressent-il des effets particuliers liés à la prise des médicaments (type somnolence, douleurs articulaires, saignements, dyspepsie, etc) ?</li> <li>• Le patient a-t-il déjà ressenti des effets indésirables liés à ses médicaments ? Si oui, lesquels ? Et comment lutte-t-il contre eux ?</li> <li>• Le patient prend-t-il un médicament qui nécessite un suivi particulier (antidiabétiques, anticoagulants, etc) ?</li> </ul> <p>Prise des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À quel moment de la journée le patient prend-t-il ses médicaments ?</li> <li>• Lui reste-t-il des médicaments dans les boîtes à la fin du mois ? Si oui, lesquels ? A-t-il certains médicaments en grande quantité ? Si oui, lesquels ?</li> <li>• Est-il en rupture de certains médicaments ? Si oui, lesquels ?</li> <li>• Les médicaments sont-ils préparés par le patient lui-même ? Si non, qui lui prépare ? Si oui, a-t-il des rappels pour y penser ? A-t-il tendance à en oublier ? Si oui, lesquels et pourquoi ?</li> <li>• Est-il aidé dans la prise de ses médicaments ? Si oui, par qui ? Si non, aimerait-il être aidé dans la prise de ses médicaments (pilulier, infirmière) ?</li> <li>• Le patient éprouve-t-il des difficultés à prendre ses médicaments (galénique non adaptée, sécheresse buccale, difficultés à la déglutition, etc) ? Si oui, lesquels ?</li> </ul> |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <p><b>Commentaires</b></p> | <p>L'intérêt de réaliser cet entretien lors d'une délivrance d'ordonnance du patient réside dans cette section. On peut facilement questionner le patient à l'aide des boîtages des spécialités. On obtient des réponses plus fiables, car la majorité des patients est plus sensible à l'aspect visuel de la boîte de médicament qu'à sa Dénomination Commune Internationale (DCI). À l'aide de l'ordonnance papier et des boîtes, on interroge le patient sur la gestion de son traitement. La section est divisée en sous-parties optimisées pour cibler au maximum les entraves au bon usage du médicament.</p> <p>Une partie cible le traitement en cours, la connaissance et la fréquence de prise à ce sujet.</p> <p>La suivante est tournée vers l'automédication, ou la prise éventuelle d'antibiotiques récents. Lors de cette section, il faut prendre le temps de pousser le questionnement pour obtenir un maximum d'informations au sujet de l'automédication. L'historique ne contient en effet pas toute l'automédication des patients, et beaucoup de traitements sont omis par le sujet tels que les collyres, les crèmes, l'homéopathie, les tisanes, les médicaments en accès libre (OTC), etc.</p> <p>Ensuite la fiche de recueil se penche sur les modifications qui auraient pu avoir lieu récemment. Il faut cibler si le prescripteur en est à l'origine ou s'il s'agit du patient lui-même.</p> <p>La 4<sup>ème</sup> sous-partie cible les effets pouvant être ressentis ou ayant déjà été ressentis avec les traitements et les solutions qui ont pu y être apportées pour les améliorer. Elle permet également de faire le point sur la présence ou non de médicaments nécessitant un suivi particulier, entraînant souvent une maîtrise et une connaissance du traitement plus approfondie pour éviter des effets indésirables dangereux (comme par exemple un traitement anticoagulant par anti-vitamine K, dépendant de la vitamine K, monitoré par l'INR et dont un surdosage pourrait entraîner un fort risque hémorragique).</p> <p>Enfin on s'intéresse plus particulièrement à la prise des médicaments par le patient. Par exemple sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sa gestion globale des traitements (les moments de prise, les rappels de prise, l'utilisation ou non d'un pilulier, la préparation des médicaments),</li> <li>• la gestion des stocks (restes dans les boîtes à la fin du mois, rupture de certaines spécialités, ou d'autres en grande quantité),</li> <li>• l'observance (oublis, ou difficultés à prendre certains traitements),</li> <li>• une ouverture possible à l'intégration d'une aide sur la prise des médicaments.</li> </ul> |
|----------------------------|---|

### **Étape 6 : Évaluation de l'observance du patient**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>But</b>          | Établir une primo évaluation de l'observance du patient sans l'intervention de l'équipe officinale sur ses connaissances/compétences.   |
| <b>Outils</b>       | Fiche de recueil : Observance du traitement<br>Questionnaire de Girerd  |
| <b>Démarche</b>     | 6 questions fermées à poser au patient.<br>1 point par réponse négative : <ul style="list-style-type: none"><li>• Ce matin avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?</li><li>• Depuis la dernière consultation, avez-vous déjà été en panne de médicaments ?</li><li>• Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?</li><li>• Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?</li><li>• Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que le traitement vous fait plus de mal que de bien ?</li><li>• Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?</li></ul> Faire le total des réponses négatives |
| <b>Commentaires</b> | Cette primo évaluation permet ensuite de pouvoir déterminer l'incidence de notre intervention sur l'amélioration de l'observance du patient.<br>On comptabilise le nombre de points négatifs à la fin du questionnaire, plus le nombre de point est faible, plus il dénote un manque d'observance du patient :<br>Bonne observance = 6 points<br>Faible observance = 5 à 4 points<br>Non observance = 3 points  |

### **Étape 7 : Conclusion**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>But</b>          | Établir une synthèse du premier entretien.  |
| <b>Outils</b>       | Fiche de recueil : Conclusion   |
| <b>Démarche</b>     | Demander au patient s'il a des questions ou des remarques particulières.<br>Lui rappeler le déroulé des prochains événements : le mois prochain, lors de la seconde délivrance de son ordonnance, un nouveau point sera effectué avec lui au sujet de l'observance et un tableau de posologie lui sera remis en main propre. Il pourra également poser ses questions s'il en a.<br>Rédiger une conclusion sur l'entretien effectué. |
| <b>Commentaires</b> | Cette conclusion permet de faire une rapide synthèse sur l'entretien réalisé. Elle permet de redéfinir auprès du patient le déroulé des prochains événements. Cette fiche est transmise au médecin uniquement si c'est nécessaire, afin d'éclaircir les points d'ombre mis en évidence. Sinon vous pouvez effectuer cet échange par téléphone ou mail sécurisé.   |

### **Étape 8 : Rangement et Classement**

- L'ensemble des documents relatifs au patient sont à ranger et classer dans une pochette plastique, elle-même classée par ordre alphabétique au nom de famille du patient dans le classeur destiné au BPM.
- Dans LGPI Pharmagest®, supprimer le commentaire de la fiche patient indiquant l'éligibilité au BPM, afin qu'il ne soit pas réalisé en doublon.

## Annexe 5 : Questionnaire portant sur les informations générales du patient

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

---

|                         |  |       |  |
|-------------------------|--|-------|--|
| NOM                     |  |       |  |
| PRÉNOM                  |  |       |  |
| ÂGE                     |  | POIDS |  |
| N° DE SÉCURITÉ SOCIALE  |  |       |  |
| RÉGIME D’AFFILIATION    |  |       |  |
| ADRESSE                 |  |       |  |
|                         |  |       |  |
| NOM DU MÉDECIN TRAITANT |  |       |  |
|                         |  |       |  |

## Annexe 6 : Questionnaire traitant des habitudes de vie du patient

### HABITUDES DE VIE DU PATIENT

VIVEZ-VOUS SEUL-E CHEZ VOUS OU EN INSTITUTION ?  OUI  NON

QUELLE INSTITUTION ?

QUELQU'UN VOUS AIDE-T-IL DANS VOTRE QUOTIDIEN ?  OUI  NON

SI OUI, QUI ?

QUELLES SONT VOS HABITUDES ALIMENTAIRES (NOMBRE DE REPAS PAR JOUR, HORAIRES, COLLATION...)

SUIVEZ-VOUS UN RÉGIME PARTICULIER (DIABÉTIQUE, SANS SEL...) ?  OUI  NON

CONSOMMEZ-VOUS CERTAINS PRODUITS COMME DE L'ALCOOL OU DU PAMPLEMOUSSE PAR EXEMPLE ?  OUI  NON

## Annexe 7 : Questionnaire abordant l'état physiologique du patient

### ÉTAT PHYSIOLOGIQUE DU PATIENT

SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE RÉNALE OU HÉPATIQUE (INSUFFISANCE RÉNALE, HÉPATIQUE) OU TOUT AUTRE ANTÉCÉDENT IDENTIFIÉ ?

OUI

NON

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE DÉGLUTITION OU DE VISION, DES DOULEURS ARTICULAIRES... ?

OUI

NON

PRÉCISEZ

SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIES ?

OUI

NON

LESQUELLES ?

AVEZ-VOUS UN CARNET DE SUIVI ?

OUI

NON

## Annexe 8 : Tableau des traitements et/ou produits consommés par le patient

### TRAITEMENTS OU PRODUITS CONSOMMÉS PAR LE PATIENT

| PRODUIT | ORIGINE<br>(prescripteur<br>ou automédication) | DOSAGE ET FORME | FRÉQUENCE<br>ET POSOLOGIE | PROBLÈMES LIÉS À<br>LA FORME GALÉNIQUE ? | PROBLÈMES<br>D'OBSERVANCE ? | SURVENUE D'EFFETS<br>INDÉSIRABLES ? |
|---------|--|-----------------|---------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------------|
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |
|         |  |                 |                           |  |                             |                                     |



## COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT

|                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| <b>TRAITEMENTS EN COURS</b> | POUVEZ-VOUS EXPLIQUER À QUOI SERVENT VOS MÉDICAMENTS ?  |   |
|                             | À QUELLE FRÉQUENCE PRENEZ-VOUS VOS MÉDICAMENTS ?  |   |
| <b>AUTRES PRODUITS</b>      | PRENEZ-VOUS D'AUTRES PRODUITS PAR VOUS-MÊME ?<br><i>Aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, tisanes, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...</i> | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
|                             | AVEZ-VOUS PRIS DES ANTIBIOTIQUES RÉCEMMENT ?<br>SI OUI, LESQUELS ?  | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| <b>MODIFICATIONS</b>        | AVEZ-VOUS DERNIÈREMENT ARRÊTÉ OU MODIFIÉ UN DE VOS TRAITEMENTS PRESCRITS ?<br>EXPLIQUEZ LEQUEL ET POURQUOI.   | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |

## COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

|                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| <b>EFFETS DES TRAITEMENTS</b> | RESSENTEZ-VOUS DES EFFETS PARTICULIERS LIÉS À LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS ?<br>PRÉCISEZ (SOMNOLENCE, DOULEURS ARTICULAIRES...).  | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
|                               | AVEZ-VOUS DÉJÀ RESSENTI DES EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS À VOS MÉDICAMENTS ?<br>SI OUI, LESQUELS ET COMMENT LUTTEZ-VOUS CONTRE EUX ? | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
|                               | PRENEZ-VOUS UN MÉDICAMENT QUI NÉCESSITE UN SUIVI PARTICULIER (ANTIDIABÉTIQUE, ANTICOAGULANT...)?                                 | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |

## COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

|                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
| <b>PRISE DES MÉDICAMENTS</b> | À QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE PRENEZ-VOUS VOS MÉDICAMENTS ?                           |   |
|                              | AVEZ-VOUS DES RAPPELS POUR Y PENSER ?   | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
|                              | VOUS RESTE-IL DES MÉDICAMENTS DANS LES BOÎTES À LA FIN DU MOIS ?<br>LESQUELS ?      | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
|                              | Y-A-T-IL DES MÉDICAMENTS POUR LESQUELS VOUS ÊTES SOUVENT EN RUPTURE ?<br>LESQUELS ? | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
|                              | AVEZ-VOUS TENDANCE À OUBLIER CERTAINS MÉDICAMENTS ?<br>LESQUELS ?                   | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |

## COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <b>PRISE DES MÉDICAMENTS (SUITE)</b> | AVEZ-VOUS CERTAINS MÉDICAMENTS EN GRANDE QUANTITÉ CHEZ VOUS ?<br>SI OUI, PRÉCISEZ   | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
|                                      | VOS MÉDICAMENTS SONT-ILS PRÉPARÉS PAR VOUS OU PAR QUELQU'UN D'AUTRE ?   |   |
|                                      | ÊTES-VOUS AIDÉ-E DANS LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS ?<br>ET SI OUI, PAR QUI ?   |   |
|                                      | ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À PRENDRE VOS MÉDICAMENTS (GÉLULES TROP GROSSES, SÈCHERESSE DE LA BOUCHE, DÉGLUTITION DIFFICILE...) ?<br>PRÉCISEZ LES MÉDICAMENTS QUI SONT DIFFICILES À PRENDRE | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
|                                      | AIMERIEZ-VOUS ÊTRE AIDÉ(E) DANS LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS ?   | OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |

## OBSERVANCE DU PATIENT

### LE PATIENT SAIT-IL QU'IL EST IMPORTANT D'ÊTRE OBSERVANT ?

QUESTIONNAIRE DE GIRERD (1 pt par réponse négative)\* :

- CE MATIN AVEZ-VOUS OUBLIÉ DE PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ? OUI  NON
- DEPUIS LA DERNIÈRE CONSULTATION, AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN PANNE DE MÉDICAMENTS ? OUI  NON
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE PRENDRE VOTRE TRAITEMENT EN RETARD PAR RAPPORT À L'HEURE HABITUELLE ? OUI  NON
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOTRE MÉMOIRE VOUS FAIT DÉFAUT ? OUI  NON
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOUS AVEZ L'IMPRESSION QUE LE TRAITEMENT VOUS FAIT PLUS DE MAL QUE DE BIEN ? OUI  NON
- PENSEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ TROP DE MÉDICAMENTS À PRENDRE ? OUI  NON

TOTAL RÉPONSE(S) NÉGATIVE(S)

=6

4 ou 5

≤ 3

\* Plus le nombre de points est faible, plus il dénote un manque d'observance du patient :  
bonne observance = 6 – Faible observance = 4 à 5 – Non observance ≤ 3.

## CONCLUSION



Pour optimiser votre temps, copier-coller la conclusion que vous venez de rédiger dans le formulaire de synthèse des conclusions.

1. DEMANDER AU PATIENT S'IL A DES QUESTIONS OU REMARQUES.
2. RAPPELER LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS.
3. RÉDIGER VOTRE CONCLUSION.

### REMARQUES/QUESTIONS DU PATIENT

Four horizontal dashed lines for writing patient remarks or questions.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Adrian. « Pharmacie » : une origine mystérieuse [Internet]. La culture générale. 2018 [cité 17 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.laculturegenerale.com/etymologie-pharmacie-origine/>
2. L'histoire de la pharmacie | Le site d'informations sur la pharmacie et les pharmaciens [Internet]. 2015 [cité 17 avril 2021]. Disponible sur : <https://in-pharma.fr/lhistoire-de-la-pharmacie/>
3. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38. 2009-879. Sect. Chapitre II, Article 38 juillet 21, 2009.
4. Avenant N°21 de la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine [Internet]. 2020 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/712020/document/avenant-21-convention-nationale-pharmacien.pdf>
5. Dicom G. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
6. JO Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine [Internet]. [cité 20 avril 2021]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine\\_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf)
7. Revel N, Ronat M, Besset P, Bonnefond G. Avis relatif à l'avenant n° 19 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Paris, France; 2012 avril.
8. Avenant N°1 de la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 27 juin 2013. 2013.
9. Avenant N°4 de la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 15 novembre 2013 [Internet]. 2014 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5283/document/avenant-2-convention-pharmaciens\\_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5283/document/avenant-2-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf)
10. Avenant N°8 de la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine. 2016.
11. Avenant N°11 de la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine. 2017.
12. Avenant N°12 de la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine. 2018.

13. Avenant N°19 de la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine. 2020.
14. Population par âge – Tableaux de l'économie française. Institut national de la statistique et des études économiques; 2018 févr. (Tableaux de l'économie française).
15. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2017. INSEE; 2018 janv. (INSEE première). Report No.: 1683.
16. Robine J-M, Cambois E. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. avr 2013; (499):4.
17. Bontemps F, Collin A-H, Blanc A. Bilan partagé de médication N°2. Le moniteur des pharmacies. 10 févr 2018;N°2(3211):16.
18. ARS, OMEDIT Normandie. Comment améliorer et sécuriser la prise en charge médicamenteuse des mineurs accueillis en services d'hébergement collectifs ? 2019.
19. Union de syndicats de pharmaciens d'officine. Évolution des règles de prescription et de dispensation des médicaments génériques au 1er janvier 2020. 2019.
20. Petraszko Y. Rappel des nouveaux mécanismes de substitution des médicaments. Caisse Primaire d'Assurance Maladie; 2020 juill p. 4.
21. Velozzi J, Bordas P. Pharmacies : Moyennes professionnelles 2019. KPMG; 2019 sept p.52. Report No.: 27.
22. Les principales avancées de l'Avenant n°11 à la Convention Pharmaceutique signé le 20 juillet 2017 [Internet]. USPO. 2017 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://uspo.fr/les-principales-avancees-de-lavenant-n11-a-la-convention-pharmaceutique-signé-le-20-juillet-2017/>
23. Godeluck S. Les pharmaciens tirent les trois quarts de leur rémunération des honoraires [Internet]. Les Echos. 2019 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/les-pharmaciens-tirent-les-trois-quarts-de-leur-remuneration-des-honoraires-1003135>
24. Becker P, Nouvel C. L'économie des officines à l'épreuve des nouvelles missions. 2019.
25. Cristofari JJ. Les officines en quête d'un nouveau modèle économique – PharmAnalyses [Internet]. 2019 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <http://pharmanalyses.fr/les-officines-en-quete-dun-nouveau-modele-economique/>
26. Espérance de vie [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2020 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>
27. Grangier J. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. DREES; 2018 sept p. 6. Report No.: 1077.

- 28.** Baillot A. Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie. Paris, France: Comptes nationaux de la santé 2010; 2011. Report No.: 161.
- 29.** CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Caisse Primaire d'Assurance Maladie; 2018 juill p. 253.
- 30.** Grangier J, Mikou M, Roussel R, Solard J. Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. DREES; 2017 sept p. 6. Report No.: 1025.
- 31.** Leroy G. Comment renforcer la place du pharmacien d'officine en tant qu'acteur-clé de santé dans le parcours de soin ? SANOFI, Tips Tank; p. 100. (Le pharmacien). Report No.: 39 bis.
- 32.** Qassem S. Fiche mémo : préconisation pour la pratique des bilans partagé de médication. SFPC; 2017.
- 33.** Union de syndicats de pharmaciens d'officine. Bilan de médication, entretiens pharmaceutiques, et d'autres services... Officine Avenir. janv 2018;(17):26.
- 34.** Fillion F. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. Code de la santé publique et de la sécurité sociale avr 5, 2011.
- 35.** Wolf-Thal C, Delgutte A. Dossier - ordonnance « maillage territorial » : un impact très concret. mars 2018;(5):44.
- 36.** Guilleminot A. La revue de médication en Mayenne. 1 juin 2017; 6.
- 37.** Guide d'accompagnement pharmaceutique 2019. Caisse Nationale Assurance Maladie; 2019.
- 38.** Délais de conservation des documents en pharmacie. Union pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central; 2018 juill p. 3.
- 39.** Haute Autorité de Santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/fc\\_2873790/fr/professionnels](https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels)
- 40.** Blanc A, Bontemps F. Bilan partagé de médication N°1. Le moniteur des pharmacies. 27 janv 2018;N°1(3209):24.
- 41.** Blanc A, Bontemps F. Le bilan partagé de médication de Monsieur Victor. Le moniteur des pharmacies. 7 avr 2018;N°298(3220):16.

42. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de médecine interne. 23 sept 2018;
43. Dalleur O, Pharm M, Lang PO, Boland B. STOPP/START [Internet]. 2015 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <http://stopstart.free.fr/>
44. Hanon O, Jeandel C. Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées (Guide PAPA). première. Edition Frison-Roche; 2015. 152 p.
45. Liste des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) - ANSM [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/page/liste-des-centres-regionaux-de-pharmacovigilance>
46. Agence Nationale de sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/>
47. VIDAL, L'intelligence médicale au service du soin [Internet]. VIDAL. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
48. Thériaque : la banque de données sur les médicaments [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>
49. EMA : European Medicines Agency [Internet]. European Medicines Agency. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu/en>
50. EFSA : European Food Safety Authority [Internet]. European Food Safety Authority. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.efsa.europa.eu/en>
51. ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr>
52. OMEDIT Pays de la Loire [Internet]. OMEDIT. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/>
53. Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
54. Bilans partagés de médication : création d'un code acte au premier semestre 2020 - Revue Pharma [Internet]. La revue pharma.fr. 2019 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.-revuepharma.fr/2019/10/bilans-partages-de-medication-creation-dun-code-acte-au-premier-semestre-2020/>
55. Caisse Primaire Assurance Maladie. Signature d'un nouvel accord avec les syndicats de pharmaciens : l'accompagnement pharmaceutique et l'exercice coordonné renforcés. 2020 juill p. 2.



- 56.** Julienne K, Von Lennep F. Arrêté du 23 juillet 2020 relatif à l'expérimentation d'une Organisation et coordination des traitements âgé ville établissements de santé (OCTAVE). 0186 juill 30, 2020.
- 57.** La pharmacie dans le parcours de soins en chirurgie : Un projet de parcours chirurgical du patient âgé en Bretagne [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. 2020 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/la-pharmacie-dans-le-parcours-de-soins-en-chirurgie>
- 58.** Article L162-14-1 du code de la sécurité sociale abordant la coordination des professionnels de santé. Code de la sécurité sociale. Sect. 7.
- 59.** Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé : Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. haute autorité de santé; 2005 p. 16.
- 60.** Wolf-Thal C, Coatanea P. Pharmacie connectée et télépharmacie : c'est déjà demain ! Ordre national des pharmaciens; 2018 mai p. 84.
- 61.** Le Guludec D, Julienne K. Rapport d'analyse prospective 2018 : De nouveaux choix pour soigner mieux. haute autorité de santé; 2018 juill p. 83.
- 62.** Guilleminot A. Échange au sujet de la formation au BPM. 2020.
- 63.** Musgrove P, Creese A, Preker A, Baeza C, Anell A, Prentice T. Pour un système de santé plus performant. Organisation Mondial de la Santé; 2000 p. 248.
- 64.** Renaudin P, Dauvet T, Emery T, Danenberg R. Votre logiciel de soins pharmaceutique [Internet]. Bimedoc.com. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <https://www.bimedoc.com/>
- 65.** Le Quotidien du Pharmacien.fr étude OCCTAVE [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2020/02/10/la-pharmacie-dans-le-parcours-de-soins-en-chirurgie\\_282201](https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2020/02/10/la-pharmacie-dans-le-parcours-de-soins-en-chirurgie_282201)
- 66.** Histoire de la commune de Vieillevigne (44) [Internet]. Commune de Vieillevigne, vieille en mon nom, jeune en mon coeur. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vieillevigne44.com/histoire.html>
- 67.** Dossier complet – Commune de Vieillevigne (44216) | Insee [Internet]. INSEE. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-44216#tableau-FAM\\_G2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-44216#tableau-FAM_G2)
- 68.** Société Française de Pharmacie Clinique - SFPC - Société savante [Internet]. SFPC. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/>
- 69.** VIDAL - Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/classifications/atc/>

- 70.** Cyclamed : récupération des médicaments non utilisés uniquement. Ordre national des pharmaciens; 1993.
- 71.** Hospitalisations liées à un effet indésirable d'un médicament : une étude nationale - Centre Régional de Pharmacovigilance CRPV [Internet]. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: [http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/fr/pharmacovigilance/INFOS/selection/hospitalisations-liees-a-un-effet-indesirable-d-un-medicament-une-etude-nationale\\_i14.htm](http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/fr/pharmacovigilance/INFOS/selection/hospitalisations-liees-a-un-effet-indesirable-d-un-medicament-une-etude-nationale_i14.htm)
- 72.** Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. In 2002.
- 73.** Detournay B, Fagnani F, Pouyanne P, Haramburu F. Coût des hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux. *Thérapie*. 2000;55(1):1379.
- 74.** Lau D, Kasper J, Potter D, Lyles A, Bennett R. Hospitalization and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med* 2005;165(1):6874. 10 janv 2005;6874.
- 75.** Intoxication aux bêtabloquants - Médecine d'urgence - Urgences médicales.
- 76.** Auvray L, Sermet C. Consommations et Prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées [Internet]. 2002. 1327 p. (Gérontologie et société; vol. n°103). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-4-page-13.htm>
- 77.** Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical Therapeutics*. 1 août 2001;23(8):1296310.
- 78.** Dossier complet – Commune de Nantes (44109) | Insee [Internet]. INSEE. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-44109#tableau-POP\\_G2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-44109#tableau-POP_G2)
- 79.** Davis TC, Wolf MS, Bass III PF, Thompson JA, Tilson HH. Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. 19 déc 2006;145(12):894.
- 80.** Faure S, Guédon G, Drubay P-A. WITHDRAWN : Évaluation de l'impact des bilans partagés de médication en officine via la plateforme Observia sur l'observance des patients. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 sept 2020;68:S723.
- 81.** Chopard V, Gravoulet J, Malblanc S. Evaluation de la mise en œuvre du bilan médicamenteux optimisé chez le patient âgé par les étudiants de 6ème année officine de Lorraine - URPS et Omédit Grand Est et ARS -. Présentation présenté à; 2018.
- 82.** Joncourt J. Le bilan de médication à l'officine : étude pilote auprès de 41 pharmacies en vue de leur implantation en routine [Thèse pour le diplôme de docteur en pharmacie]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2017.
- 83.** Combien gagnent les salariés des officines ? *Le Quotidien du Pharmacien.fr*. 30 avr 2012;

- 84.** Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 5 mars 2003;289(9):110716.
- 85.** Rhalimi M, Rauss A, Housieaux E. Drug-related problems identified during geriatric medication review in the community pharmacy. *Int J Clin Pharm*. 1 févr 2018;40(1):10918.
- 86.** Auvray L, Dumesnil S, Le fur P. Santé, soins et protection sociale en 2000. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé; 2001 déc p. 177. Report No.: 508.
- 87.** Robin V. Automédication et interactions médicamenteuses : Étude sur la base nationale de pharmacovigilance et mesures préventives à l'officine. [Angers]; 2019. `
- 88.** Bryant L, Coster G, McCormick R. General practitioner perceptions of clinical medication reviews undertaken by community pharmacists. Department of General Practice and Primary Health Care. sept 2010;10.
- 89.** Edmunds June, W Calnan M. The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practitioners in the United Kingdom. oct 2001;53:94355.
- 90.** Disderot P-H, Galanopoulo L. Nouvelles missions : le pharmacien est-il prêt pour la pratique clinique ? [Internet]. *Revue Pharma*. 2020 [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.revuepharma.fr/2020/04/nouvelles-missions-le-pharmacien-est-il-pret-pour-la-pratique-clinique/>
- 91.** Beillier A. Le bilan partagé de médication: un nouvel outil dans la prise en charge du patient âgé et polymédiqué à l'officine. [bordeaux]: Université de Bordeaux; 2020.
- 92.** Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: [http://www.senat.fr/rap/118-524/118-524\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/118-524/118-524_mono.html)
- 93.** Brulebois. Amendement [Internet]. Code de la santé Publique, 415 sept 10, 2020 p. 2.
- 94.** USPO. Liste des spécialités concernées par la dispensation adaptée « DAD ». Union nationale des Pharmaciens d'officine; 2020 juill p. 4.
- 95.** Avenant N°20 de la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 29 mai 2020. 2020.
- 96.** Cottin Y, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Suppléments*. [Dijon]. 2012

# SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté

et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans

Les préceptes de mon art et de leur

Témoigner ma reconnaissance en

Restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé

Publique, ma profession avec

Conscience et de respecter non

Seulement la législation en

Vigueur, mais aussi les règles de

L'honneur, de la probité et du

Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité

Et mes devoirs envers le malade

Et sa dignité humaine ; en aucun

Cas, je ne consentirai à utiliser

Mes connaissances et mon état pour

Corrompre les mœurs et favoriser

Des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur

Estime si je suis fidèle à mes

Promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et

Méprisé de mes confrères si j'y

Manque.

**Vu, le Président du jury,**

Pr. Sylvie PLESSARD

**Vu, le directeur de thèse,**

Dr. Patrick THOMARÉ

**Vu, le directeur de l'UFR,**

Pr. Gaël GRIMANDI

**Noms - Prénoms : PENHOÛT Pauline, Claire, Catherine**

**Titre de la thèse :** Bilan Partagé de Médication : de la théorie à la pratique  
Étude rétrospective d'une cohorte de 30 patients ayant bénéficié d'un BPM au sein d'une pharmacie rurale

---

**Résumé de la thèse :**

Le bilan partagé de médication fait partie des missions dites « nouvelles » du pharmacien d'officine bien qu'il intègre son rôle régalién, en matière d'analyse pharmaceutique des prescriptions. Né de la volonté politique de réduire les coûts de santé publique liés à l'iatrogénie médicamenteuse chez les sujets âgés polymédiqués, il apparaît séduisant pour sécuriser le parcours de soin ambulatoire des patients et constitue par ailleurs un autre axe de rémunération à l'honoraire des pharmaciens.

Le travail rétrospectif présenté est l'étude d'une cohorte de 30 patients recrutés durant 6 mois, ayant bénéficiés d'un BPM au sein d'une officine rurale dont l'une de mes missions était de les mettre en œuvre et de les procéder. L'objectif principal est de proposer une méthodologie de réalisation des BPM en « vie réelle », plus pragmatique que celle préconisée par les sociétés savantes. Les objectifs ancillaires sont d'objectiver l'efficacité de cet outil et les principaux freins à leur développement.

Le respect de différents prérequis en lien avec la consolidation du système qualité de l'officine. a permis la réalisation de BPM au fil du renouvellement des prescriptions, sans prise de rendez-vous, en contournant l'écueil de disposer d'un lieu de confidentialité dédié. 7 PPI ont été identifiées, avec propositions d'actions correctives toutes acceptées puis mise en œuvre au bénéfice des patients.

Les résultats présentés démontrent une bonne faisabilité dans toute pharmacie rurale. Des travaux prospectifs sont néanmoins nécessaires pour valider notamment la pertinence clinique de mettre en place des filtres sur les LGO afin de proposer des BPM au plus grand nombre de patients mais en priorisant l'ordre de leur recrutement si nécessaire du fait du caractère chronophage de cette activité.

De façon prospective, la récente loi ASAP et sa déclinaison réglementaire laisse entrevoir la possibilité de prescription voire de dé prescription médicamenteuse aux pharmaciens hospitaliers. Si ces mesures étaient adoptées puis étendues à terme au milieu officiel, cela permettrait d'apporter encore plus de cohérence et de pertinence à ce type d'entretien pharmaceutique afin de sécuriser au mieux le parcours de soin des patients et l'ensemble du circuit du médicament quel qu'en soit le statut

---

**MOTS CLÉS :**

BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION, IATROGÉNIE, SUJETS ÂGÉS, ADAPTATION, VIE RÉELLE, PRATIQUE

---

**JURY :**

**Présidente : Pr. Sylvie PLESSARD**, Professeur des Universités en Chimie Thérapeutique, Praticien Hospitalier Pharmacien, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes.

**Directeur de thèse : Dr. Patrick THOMARÉ**, Docteur en pharmacie, Praticien Hospitalier, maître de Conférence Associé, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes.

**Membre du jury : Dr. Laurence MASSON**, Pharmacien titulaire d'Officine, Pharmacie du Rond-Point-de-Paris, Nantes.

---

**Adresse de l'auteur :** 22 rue de la châtaigneraie, 44120 Vertou