

ANNÉE 2022

N°

**MÉMOIRE
DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
DE PHARMACIE HOSPITALIERE**

Soutenu devant le jury interrégional

Le 17 Juin 2022

Par *Nadège Rivalland*

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

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Une évaluation des pratiques professionnelles pour la création d'entretiens
pharmaceutiques ciblés intégrés aux parcours de soins des patients atteints
de maladies chroniques**

Présidente : **Dr Christine BOBIN-DUBIGEON,**
MCU-HDR de l'UFR de Pharmacie de Nantes

Directrice de thèse : **Dr Dominique NAVAS,** MCU-PH, Pharmacien hospitalier au
CHU de Nantes

Co-directrice de thèse : **Dr Fanny JOUQUAND,** Pharmacien hospitalier à l'HIA
Clermont-Tonnerre de Brest

Membres du jury : **Dr Laurence SPIESSER-ROBELET,** MCU-PH, Pharmacien
hospitalier au CHU d'Angers
Dr Claire ROUSSEAU, Spécialiste en Médecine Interne à
l'HIA Clermont-Tonnerre de Brest

REMERCIEMENTS

Au Docteur Christine Bobin-Dubigeon, présidente du jury,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères reconnaissances.

Au Docteur Dominique Navas, directrice de cette thèse,

Merci d'avoir accepté et pris de votre temps pour co-diriger ma thèse. Votre relecture et vos conseils pour la rédaction de ce mémoire m'ont beaucoup aidée. Aussi, pour avoir su me faire découvrir et aimer la pharmacie clinique lors de mon cursus universitaire, je suis heureuse de votre présence pour la fin de mes études.

Au Docteur Fanny Jouquand, co-directrice de thèse,

Je te remercie de m'avoir encadrée et fait confiance tout au long de ce travail. Tes conseils, ta rigueur et ta disponibilité m'ont été d'un précieux soutien. Au-delà de la thèse, j'ai beaucoup appris à tes côtés. Je te souhaite de t'accomplir dans ta vie professionnelle et personnelle.

Au Docteur Laurence Spiesser-Robelet, membre du jury,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'apporter votre regard extérieur sur notre travail.

Au Docteur Claire Rousseau, membre du jury,

Pour votre aide apportée à la création du contenu des jeux de cartes et pour avoir répondu à toutes mes questions. J'ai apprécié travailler à vos côtés pendant mon stage. Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de faire partie du jury.

Aux pharmaciens de Brest,

Merci pour votre accueil chaleureux et votre envie de transmettre. J'ai adoré apprendre à vos côtés durant mon internat. J'ai grandi à vos côtés, j'espère que nous pourrons garder le lien que nous avons tissé pendant ces deux ans et demi.

A l'ensemble des équipes de la pharmacie de Brest,

Vous êtes géniaux, merci pour les bons moments passés ensemble durant mes stages et tout ce que vous m'avez transmis.

A l'équipe de l'HIA,

Pauline, cheffe de service de la PUI, *je te remercie de m'avoir accueillie en stage et permis de réaliser ma thèse à l'HIA, avec la liberté de choix sur le sujet.*

Médéric et l'équipe des préparateurs, *merci pour votre bonne humeur !*

Valérie et Mikael, du service de qualité, *un énorme merci pour votre aide sur la démarche de réflexion pour la thèse et l'intérêt que vous avez porté au projet.*

Au Dr Audoual, Dr Niakara, Dr Roseau, Dr Rivière, Dr Debiton, et Dr Protin *pour votre investissement et votre aide tout au long du projet.*

A l'équipe de la pharmacie du CHIC de Quimper,

Merci pour ce super semestre à vos côtés. Aussi, merci de m'avoir encouragée pendant la rédaction de ma thèse. Merci Nicolas et Thomas (dixit Brioche) : les chimios n'ont plus de secret pour moi !

A l'équipe de la pharmacie du CHBA de Vannes,

Merci de m'avoir accueillie depuis peu, j'ai hâte de poursuivre un bout de chemin avec vous.

Et à nous la certification !

Aux équipes de la pharmacie des Halles et Serandour-Blangonet,

Pour tout ce que vous m'avez appris durant mes stages et mes jobs d'été.

Aux patients, *à ceux qui ont participé à ce projet et à tous ceux que j'ai croisés durant mes études. J'ai beaucoup appris auprès de chacun d'eux.*

A mes co-internes,

Quentin, *le brestois, pour tes précieux conseils tout au long de mon internat (et pour les futurs à venir ;)). Mais aussi pour tous les bons souvenirs des soirées brestoises !*

Mathilde, *tu es la première à m'avoir accueillie dans cette grande famille des co-internes. Devenue bien plus, mon amie, merci pour ta présence depuis le début. Après avoir subi ensemble les longues soirées hivernales de thèse, ce n'est que le début de nos aventures !*

Jordan, Younès, Dounia, Julia et François, *pour tous les bons moments passés ensemble.*

La colloc du 2^e sous-sol, Clément et Laura, *pour avoir rendu le semestre covidé beaucoup plus fun !*

Les petits devenus grands, Enzo et Émilie *vous êtes top, merci la team VP <3.*

Mention spéciale pour Brice, *team « Campsi », merci d'avoir poursuivi les entretiens pharmaceutiques après mon départ de l'HIA, ce qui a pu enrichir ma thèse des résultats obtenus. Tu les auras bien mérités tes schokobons ! ☺*

Sans oublier Paul, Mathilde et Clotilde *c'est toujours un plaisir de vous voir.*

Et toute l'équipe des bio *avec qui nous avons écoulé quelques litres !*

Aux Bananas, Blandine, Claire, Manon, Cindy, Nolwenn, Naïma, Clément M., Clément C., Laura, Youssef, Paul et Lambert. *Pour toutes ces années de fac ensemble que ce soit en cours, TP ou soirée. Vivement notre prochain loup-garou !*

Aussi à Eva, Chloé et Romane, *avec qui j'ai partagé le dur labeur de la PACES !*

A tous mes amis, *pour votre soutien inconditionnel.*

Émilie, *mon amie sur qui je peux compter depuis toujours : et oui, on a pleuré et rit ensemble dès nos premiers cris !*

Priscillia et Morgane, *qui complètent le groupe de mes fidèles « vieilles copines » et Clément, depuis le bac à sable, Ludivine, Titouan, Maxime, Brice et Jérémy, que ce soit depuis le collège ou le lycée on ne s'est jamais quittés !*

Je n'aurais pas assez de place pour raconter tous mes bons souvenirs avec chacun d'entre vous.

On se voit moins souvent mais quand on se retrouve, rien ne change. Et comme « plus on est de fous, plus on rit » merci aussi à Pierre, Alexis, Eva, Sophie et Chloé 😊. MERCI de faire partie de ma vie !

Justine, ma copine d'amour. *Pipelettes un jour, pipelettes toujours ! Toutes nos journées plus petites à faire les folles et encore celles d'aujourd'hui enrichissent ma vie. Merci de t'être adaptée de nombreuses fois à mon rythme d'étude et pour le soutien que tu m'as apporté. A nous le week-end en van maintenant ! Sans oublier nos bons moments à 4, avec Jojo et Logan.*

A mes amis, que j'ai rencontré grâce à Logan,

Léo, Pierre, Arold, Toto, Charles et Pinpin, *mais aussi, Bondus, Jojo, Paul, Ugo et Cédric,*

Et mes copines, Mathou, Manon, Camille, Juline, Charlène et Eve,

Avec vous impossible de s'ennuyer ! J'en ai quelques-unes à raconter mais je vais m'abstenir ahah ! Merci aussi pour vos paroles toujours motivantes et encourageantes pour mes études, malgré le fait que je vous ai kidnappé votre copain à 200km (voir plus ;)) pour mes études. Petite mention spéciale pour l'équipe COD : apprenez à jouer sans votre copain maintenant que j'ai fini ma thèse ;).

A Lolo, Nono, Coco et Noémie *pour tous les bons moments passés ensemble.*

A la famille Legland et Le Gal, *pour m'avoir aussi bien accueillie et pour votre compréhension de mes certaines absences liées à mes études et mon travail.*

A ma famille, les Rivalland et les Juhel, *pour suivre de près ou de loin mon devenir et pour les souvenirs construits ensemble.*

A Anthony, mon grand frère, *merci de me supporter depuis tout petits entre mes « bla-bla » et ma tendance destructrice de Lego®... Merci de me permettre ces bouffées d'air lorsque nous sommes tous les deux réunis. Je suis fière d'être ta petite sœur et te souhaite plein de belles choses pour tes nouvelles aventures Québécoises !*

A mes parents,

Je ne peux pas décrire à quel point je suis reconnaissante et fière d'être votre fille.

Merci de prendre soin de nous et pour tous vos conseils dont nous aurons toujours besoin.

Merci Papa pour ta vision positive des choses qui m'apaise, de toujours m'écouter et prendre soin de moi, et aussi pour tous tes bons plats de pâtes !

Merci Maman, pour la relecture de la thèse. Mais surtout pour tous nos instants « pipelettes », de shopping, de balades, de toujours prendre soin de moi et bien plus... Promis Papa, on n'oubliera plus de fermer la porte lorsque l'on pipelette tard le soir 😊.

Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

A Mamie, *pour tous les moments que l'on passe ensemble, et pour prendre aussi bien soin de nous.*

Et je n'oublie pas nos fameuses pauses goûter tant appréciées pendant mes révisions toutes ces années d'études !

A Papy, *pour ton relativisme, tes bonnes paroles et toutes tes anecdotes, gravées dans ma mémoire.*

Merci à tous les 5, de m'avoir permis de devenir qui je suis aujourd'hui. Je vous aime.

A Logan,

Merci de rendre ma vie encore meilleure (et mes repas aussi ...;))

Ta patience, ton soutien sans faille et ton respect envers mes loooooongues années d'études, en sont pour beaucoup et ont participé à ma réussite. Je te souhaite de t'épanouir dans tes projets professionnels, tu pourras toujours compter sur mon soutien.

Tous les jours, je me rends compte de la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés.

On grandit ensemble et j'ai hâte de poursuivre notre belle histoire ! Je t'aime.

Et à tous ceux que je n'ai pas cités mais qui ont un jour partagé mon travail ou ma vie, merci.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	6
TABLE DES TABLEAUX	9
TABLE DES FIGURES	10
TABLE DES ANNEXES	11
ABRÉVIATIONS	12
INTRODUCTION	13
CHAPITRE I - GENERALITES : PHARMACIE CLINIQUE, MALADIES CHRONIQUES ET QUALITE	14
1. LA PHARMACIE CLINIQUE	15
1.1. GENERALITES	15
1.1.1. <i>L'apparition de la pharmacie clinique dans les pratiques</i>	15
1.1.2. <i>Définition des activités de pharmacie clinique</i>	16
1.2. LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES	18
1.2.1. <i>Définition</i>	18
1.2.2. <i>Contexte et financement</i>	18
1.2.3. <i>Description des entretiens pharmaceutiques</i>	20
1.2.4. <i>Les outils d'aide à l'entretien pharmaceutique</i>	21
1.3. LA PLACE DE LA PHARMACIE CLINIQUE A L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES (HIA) DE BREST	22
1.3.1. <i>Analyse pharmaceutique et dispensation journalière individuelle nominative (DJIN)</i>	22
1.3.2. <i>Présence pharmaceutique dans le pôle médical</i>	22
2. LE PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MALADIE CHRONIQUE	23
2.1. LES MALADIES CHRONIQUES	23
2.1.1. <i>Définition</i>	23
2.1.2. <i>Impact socio-économique des maladies chroniques</i>	24
2.1.3. <i>Vers un parcours de soins maîtrisé par les soignants et les patients</i>	25
2.1.4. <i>Intérêt de l'éducation du patient atteint d'une maladie chronique</i>	25
2.1.5. <i>ETP sh : l'éducation thérapeutique précédant la sortie d'hospitalisation</i>	27
2.2. DIABETE	28
2.2.1. <i>Description du diabète</i>	28
2.2.2. <i>Parcours de soins des patients diabétiques</i>	29
2.2.3. <i>État des lieux de l'éducation du patient diabétique</i>	32
2.3. BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)	33
2.3.1. <i>Description de la BPCO</i>	33
2.3.2. <i>Parcours de soins des patients atteints de BPCO</i>	34
2.3.3. <i>État des lieux de l'éducation du patient atteint de BPCO</i>	38
2.4. INSUFFISANCE CARDIAQUE	39
2.4.1. <i>Description de l'insuffisance cardiaque chronique</i>	39
2.4.2. <i>Parcours de soins des patients insuffisants cardiaques</i>	40
2.4.3. <i>État des lieux de l'éducation du patient insuffisant cardiaque</i>	43
2.5. LES BESOINS DE TERRAIN	45
2.5.1. <i>Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient</i>	45
2.5.2. <i>Impliquer davantage le patient dans son parcours de soins</i>	46
2.5.3. <i>Objectifs pédagogiques généraux dans les maladies chroniques</i>	47
3. LA QUALITE AU SERVICE DE LA PHARMACIE CLINIQUE	48
3.1. LES OUTILS	48

3.1.1.	<i>L'évaluation des pratiques professionnelles</i>	48
3.1.2.	<i>Le chemin clinique</i>	49
3.2.	LES CRITERES DE QUALITE POUR L'EDUCATION DU PATIENT	49
3.2.1.	<i>Critères de qualité d'une ETP sh</i>	49
3.2.2.	<i>Critères de qualité d'un outil pédagogique</i>	50
CHAPITRE II - UNE EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES POUR CREER DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES CIBLES		51
1.	CONTEXTE	52
2.	METHODOLOGIE	52
2.1.	ADAPTATION D'UNE EPP A LA MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE ACTIVITE	52
2.1.1.	<i>Réunions avec l'équipe qualité</i>	52
2.1.2.	<i>Stratégie définie</i>	53
2.1.3.	<i>Présentation de l'outil qualité adapté</i>	53
2.2.	IDENTIFICATION DES BESOINS	54
2.2.1.	<i>Les maladies chroniques ciblées</i>	54
2.2.2.	<i>Les besoins des patients</i>	54
2.2.3.	<i>Les besoins des médecins spécialistes</i>	55
2.3.	PRESENTATION DU CHEMIN CLINIQUE REALISE	55
2.3.1.	<i>Étape 1 : la sélection des patients</i>	56
2.3.2.	<i>Étape 2 : l'entretien pharmaceutique</i>	56
2.3.3.	<i>Étape 3 : traçabilité de l'entretien</i>	57
2.4.	RECOMMANDATIONS	57
2.5.	PLAN D'ACTION ET SUIVI	59
2.5.1.	<i>Définition du plan d'action</i>	59
2.5.2.	<i>Modalités de suivi du plan d'action</i>	60
3.	CREATION DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES CIBLES	61
3.1.	LA PROCEDURE ET LES DOCUMENTS ASSOCIES	61
3.2.	LES JEUX DE CARTES	62
3.2.1.	<i>Choix de l'outil pédagogique</i>	62
3.2.2.	<i>Définition du contenu</i>	63
3.2.3.	<i>Les objectifs pédagogiques</i>	64
3.2.4.	<i>Organisation du contenu</i>	65
3.2.5.	<i>Production des jeux de cartes</i>	66
3.3.	LES LIVRETS PATIENTS	67
3.4.	LE COMPTE RENDU	68
3.5.	LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	68
3.6.	ÉLABORATION DES OUTILS DE SUIVI DU PLAN D'ACTION	69
3.6.1.	<i>Présentation du document Microsoft Excel® de suivi</i>	69
3.6.2.	<i>Rédaction des questionnaires sur les connaissances des patients</i>	70
3.6.3.	<i>Élaboration des enquêtes de satisfaction</i>	72
4.	ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE DES ENTRETIENS	73
4.1.	INDICATEURS DE STRUCTURE	73
4.1.1.	<i>Nombre de patients hospitalisés et nombre d'entretiens réalisés</i>	73
4.1.2.	<i>Description des patients ayant bénéficiés des entretiens pharmaceutiques ciblés</i>	74
4.1.3.	<i>Médicaments prescrits et indiqués pour la maladie chronique ciblée</i>	76
4.1.4.	<i>Description de l'entretien</i>	79
4.1.5.	<i>Compte rendu et cotation de l'acte</i>	81
4.2.	INDICATEURS DE PROCESSUS	81
4.2.1.	<i>Conciliations médicamenteuses d'entrée et de sortie</i>	81
4.2.2.	<i>Entretiens réalisés</i>	81
4.2.3.	<i>Outils utilisés et thèmes abordés</i>	82
4.2.4.	<i>Résultats des questionnaires de connaissances des patients</i>	85
4.3.	RETOUR D'EXPERIENCE ET SATISFACTION DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE	88
4.3.1.	<i>Résultats de la formation de l'équipe pharmaceutique</i>	88
4.3.2.	<i>Enquête de satisfaction auprès des patients</i>	89

4.3.3.	<i>Enquête de satisfaction auprès des médecins du service</i>	90
4.3.4.	<i>Enquête de satisfaction auprès de l'interne en pharmacie</i>	91
4.3.5.	<i>Enquête de satisfaction auprès des pharmaciens d'officine</i>	92
CHAPITRE III - DISCUSSION ET PERSPECTIVES		95
1.	DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES ISSUS D'UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE	96
2.	DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES QUI REPONDENT AUX RECOMMANDATIONS	97
2.1.	LES PATIENTS RENCONTRES	97
2.1.1.	<i>La sélection des patients</i>	97
2.1.2.	<i>La prise en charge médicamenteuse des patients</i>	98
2.2.	L'ORGANISATION DES ENTRETIENS	99
2.3.	LE CONTENU DES ENTRETIENS	100
2.4.	LES OUTILS PEDAGOGIQUES	102
2.5.	LA TRAÇABILITE DE L'ENTRETIEN	103
3.	DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES INTEGRES A L'ACTIVITE	104
4.	IMPACT DE LA MISE EN PLACE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES	105
4.1.	IMPACT SUR LE PATIENT	105
4.1.1.	<i>Évolution des connaissances</i>	105
4.1.2.	<i>Évolution de l'implication du patient dans son parcours de soins et qualité de vie</i>	108
4.2.	IMPACT SUR L'EQUIPE SOIGNANTE DU SERVICE	108
4.3.	IMPACT SUR L'EQUIPE PHARMACEUTIQUE	109
5.	LES PERSPECTIVES	111
5.1.	UNE REPOSE AUX OBJECTIFS DE QUALITE	111
5.2.	MAINTIEN DE L'ACTIVITE	112
5.3.	UN PROJET TRANSPOSABLE : PERSPECTIVES D'EVOLUTION	112
CONCLUSION		113
BIBLIOGRAPHIE		114
ANNEXES		120

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les différentes insulines	30
Tableau 2. Les familles de médicaments antidiabétiques	31
Tableau 3. Stades de sévérité de l'obstruction bronchique dans la BPCO, selon Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).....	34
Tableau 4. Médicaments utilisés dans le traitement de la BPCO	36
Tableau 5. Les inhalateurs utilisés dans le traitement de la BPCO	37
Tableau 6. Classifications des stades d'insuffisance cardiaque	40
Tableau 7. Médicaments utilisés dans le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque	41
Tableau 8. Médicaments de la décompensation cardiaque	42
Tableau 9. Médicaments utilisés dans le traitement étiologique de l'insuffisance cardiaque	42
Tableau 10. Trame de l'outil qualité utilisée	54
Tableau 11. Description du chemin clinique sur les entretiens pharmaceutiques ciblés	56
Tableau 12. Recommandations associées aux différentes étapes du chemin clinique	58
Tableau 13. Plan d'action (se référer au tableau 12 pour les intitulés des recommandations)	59
Tableau 14. Suivi des actions (se référer au tableau 13 pour les intitulés des actions).....	60
Tableau 15. Composition des jeux de cartes.....	67
Tableau 16. Questionnaire de connaissances pour les patients diabétiques	70
Tableau 17. Questionnaire de connaissances pour les patients atteints de BPCO	71
Tableau 18. Questionnaire de connaissances pour les patients insuffisants cardiaques	71
Tableau 19. Nombre de patients atteints des maladies chroniques ciblées hospitalisés dans le pôle médical sur la période de réalisation des entretiens pharmaceutiques.....	74
Tableau 20. Répartition des patients bénéficiant d'entretiens pharmaceutiques ciblés par genre et moyenne d'âge par pathologie.....	74
Tableau 21. Motifs d'hospitalisation des patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique ciblé	75
Tableau 22. Traitement instauré pour prendre en charge l'exacerbation pendant l'hospitalisation.....	77
Tableau 23. Médicaments prescrits chez les patients rencontrés, pour leur insuffisance cardiaque.....	79

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Processus de pharmacie clinique selon la SFPC.....	17
Figure 2. Autosurveillance glycémique par glycémie capillaire (à gauche) et par glycémie interstitielle (à droite).....	32
Figure 3. Algorithme décisionnel pour le diagnostic et le traitement de la BPCO selon la SPLF	34
Figure 4. Points critiques dans le parcours du patient insuffisant cardiaque selon la HAS	44
Figure 5. Étapes d'élaboration d'un outil pédagogique	62
Figure 6. Pourcentage de patients intéressés par les différents thèmes (N=13).....	63
Figure 7. Carte "Règle du jeu"	66
Figure 8. Extrait du diaporama de formation aux entretiens pharmaceutiques ciblés	69
Figure 9. Autonomie des patients vis-à-vis de leur prise médicamenteuse (N=23).....	75
Figure 10. Nombre d'inhalateurs différents par patient.....	76
Figure 11. Types d'inhalateurs prescrits.....	76
Figure 12. Médicaments de la BPCO prescrits pour les crises.....	77
Figure 13. Médicaments de la BPCO prescrits en traitement de fond.....	77
Figure 14. Types de diabète et nombre de médicaments	78
Figure 15. Médicaments prescrits pour le diabète chez les patients ayant bénéficiés d'un entretien	78
Figure 16. Qui déclenche la réalisation de l'entretien ?	80
Figure 17. Durées des entretiens pharmaceutiques.....	80
Figure 18. Moyens de transmission du compte rendu à la pharmacie de ville.....	81
Figure 19. Répartition en pourcentage des thèmes abordés pendant les entretiens (N=23)	83
Figure 20. Répartition en pourcentage des thèmes par pathologie.....	84
Figure 21. Comparaison des thèmes sondage <i>versus</i> réellement abordés.....	84
Figure 22. Résultats du questionnaire de connaissances avant - après l'entretien auprès des patients diabétiques	85
Figure 23. Résultats du questionnaire de connaissances avant - après entretien auprès des patients BPCO.....	86
Figure 24. Résultats du questionnaire de connaissances avant - après l'entretien auprès des patients insuffisants cardiaques.....	87
Figure 25. Résultats du questionnaire de satisfaction patients (N=23).....	89
Figure 26. Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des médecins du service (N=7)	90
Figure 27. Synthèse des résultats sur la satisfaction de l'interne en pharmacie vis-à-vis des entretiens pharmaceutiques	91
Figure 28. Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des pharmaciens d'officine (en nombre de pharmaciens, N=16).....	93

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Entretiens pharmaceutiques et objectifs selon la SFPC.....	120
Annexe 2. Critères d'évaluation de la qualité d'un document écrit d'information selon la HAS.....	121
Annexe 3. Questionnaire patient sur les thèmes de l'entretien pharmaceutique ciblé	122
Annexe 4. Chemin clinique	123
Annexe 5. Support d'aide à la préparation et la réalisation des entretiens pharmaceutiques ciblés	125
Annexe 6. Extraits des jeux de cartes	126
Annexe 7. Extraits des livrets patients.....	131
Annexe 8. Compte rendu pré-rempli de l'entretien pharmaceutique	132
Annexe 9. Logigramme entretiens pharmaceutiques.....	133
Annexe 10. Questionnaire de connaissances avant / après : exemple pour le diabète	133
Annexe 11. Questionnaire de satisfaction des patients.....	134
Annexe 12. Questionnaire de satisfaction sur la formation aux entretiens pharmaceutiques	136
Annexe 13. Questionnaire de satisfaction médecins.....	137
Annexe 14. Questionnaire de satisfaction interne en pharmacie	138
Annexe 15. Questionnaire de satisfaction des pharmaciens de ville	139

ABRÉVIATIONS

ALD : Affection longue durée	FEVG : Fraction d'éjection ventriculaire gauche
AMADEUS : Application Médico-Administrative Des Unités de Soins	GHS : Groupe homogène de séjour
AOD : Anticoagulants oraux directs	HAS : Haute Autorité de Santé
ARS : Agence Régionale de Santé	HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
BNP : peptide natriurétique de type B	HDJ : Hôpital de jour
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive	HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
CESE : Conseil Économique, Social et Environnemental	HPST : Loi sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
CH : Centre hospitalier	HSCP : Haut conseil de santé publique
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire	IC : Insuffisance cardiaque
CHU : Centre Hospitalier Universitaire	I-CARE : Insuffisance cardiaque éduCation théRapeutiquE
COMEDIMS : Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles	IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
CV : Capacité vitale	IQSS : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie	MAQ : Manuel d'assurance qualité
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins	NT-proBNP : N-terminal pro peptide natriurétique de type B
DJIN : Dispensation journalière individuelle nominative	SFC : Société Française de Cardiologie
ENEIS : Enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins	SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
EPP : Évaluation des pratiques professionnelles	SPLF : Société de Pneumologie de Langue Française
ETP : Éducation thérapeutique du patient	SQGR : Service qualité et gestion des risques
ETP sh : Éducation thérapeutique du patient à la sortie d'hospitalisation	PPP : Plan pharmaceutique personnalisé
	PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
	VEMS : Volume expiratoire maximal à la première second

INTRODUCTION

Les maladies chroniques touchent une grande part de la population française avec vingt millions de personnes atteintes. Cette prévalence est en hausse constante notamment du fait du vieillissement de la population. Parmi les maladies chroniques les plus fréquentes, on retrouve : les cancers, les maladies cardiovasculaires (dont l'insuffisance cardiaque) et leurs facteurs de risques (comme le diabète) ainsi que les maladies respiratoires chroniques (asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive).

Le diagnostic d'une maladie chronique engage le patient dans un parcours complexe entre ville et hôpital, avec des difficultés de compréhension concernant sa prise en charge par manque d'information et de coordination entre les différents professionnels de santé. C'est aussi un retentissement sur sa vie quotidienne avec, par exemple, la dépendance vis-à-vis d'un traitement (1). Le besoin d'améliorer la prise en charge des malades chroniques et la qualité de vie des patients est abordé dans la loi de santé publique de 2004 avec le Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes des maladies chroniques (2). La loi du 21 juillet 2009 sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, confirme l'importance d'un parcours de soins structuré. Elle y inclut l'éducation du patient qui vise à renforcer l'implication de celui-ci dans la prise en charge de sa maladie (3). Le conseil et l'éducation font partie intégrante des missions du pharmacien et sont définis par le code de la santé publique (4).

Le passage en hospitalisation (notamment pour une décompensation) peut être une opportunité d'éduquer le patient. Ainsi, la mise en place d'entretiens pharmaceutiques auprès de patients hospitalisés atteints de maladies chroniques est une réponse aux besoins mentionnés ci-dessus. Les entretiens pharmaceutiques sont décrits par la société française de pharmacie clinique (SFPC) comme « un échange entre un patient et/ou un aidant et un pharmacien (ou un membre habilité de l'équipe pharmaceutique) permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseils, de prévention et d'éducation » (5).

Le travail présenté dans ce mémoire de thèse est une évaluation des pratiques professionnelles pour la mise en place d'entretiens pharmaceutiques ciblés auprès des patients hospitalisés atteints de maladies chroniques. Une fois les besoins identifiés, nous expliquerons la méthodologie de création des entretiens pharmaceutiques ciblés et présenterons les résultats pour discuter des intérêts, des limites et des perspectives.

**CHAPITRE I - Généralités : pharmacie
clinique, maladies chroniques et qualité**

1. La pharmacie clinique

1.1. Généralités

1.1.1. L'apparition de la pharmacie clinique dans les pratiques

Les pharmaciens hospitaliers d'Amérique du Nord (États-Unis et Canada) sont les précurseurs de la pharmacie clinique. Dès les années 60, le métier est progressivement transformé en décentralisant les activités pour être davantage présents au sein des équipes médicales et soignantes dans les services (6). Charles Walton, un pharmacien de l'université du Kentucky aux États-Unis, donne une première définition de la pharmacie clinique en 1961 : « c'est l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients » (7).

En France, il faut attendre 1984, avec l'instauration de la cinquième année hospitalo-universitaire dans les études de pharmacie ainsi que la fondation de la société savante française de pharmacie clinique (SFPC), pour aborder concrètement cette nouvelle pratique.

En 2021, la SFPC publie un lexique et donne la nouvelle définition de la pharmacie clinique en France : « discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé. Le pharmacien (ou un membre habilité de son équipe pharmaceutique) exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants ». La SFPC complète cette définition avec celle des soins pharmaceutiques qui « correspondent à l'ensemble des attentions reçues par le patient, résultant de sa relation avec le pharmacien et son équipe. Ces attentions peuvent être préventives, curatives, palliatives et peuvent concerner les produits de santé et/ou les autres déterminants de santé du patient » et qui sont « prodigués en lien avec les autres professionnels de santé et, le cas échéant avec les aidants du patient » pour « améliorer la qualité de vie du patient » (8). Elle confirme ainsi l'action du pharmacien, centrée sur le parcours de soins du patient.

L'importance de développer la pharmacie clinique en France est soulignée dans le rapport de 2011 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur le circuit du médicament à l'hôpital (9). En parallèle, de nombreux résultats allant dans ce sens sont publiés régulièrement. Pour les plus connues, les études de Bond et al. font état de l'intérêt de la présence pharmaceutique au sein des équipes médicales (réalisation des historiques médicamenteux, participation aux visites...) autant sur le plan médico-économique que sur le plan de la qualité de prise en charge du patient (gestion des effets indésirables, diminution du taux de mortalité hospitalière...)(10–12). Aussi, la plateforme en ligne « Impact pharmacie » de l'unité de recherche en pratique pharmaceutique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Sainte-Justine au Québec permet de retrouver de nombreuses publications sur l'intérêt de la pharmacie clinique (13).

1.1.2. Définition des activités de pharmacie clinique

Les activités de pharmacie clinique dans les établissements de santé sont définies dans l'article R. 5126-10 du décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur (PUI) (14).

On y retrouve :

- l'analyse pharmaceutique des prescriptions,
- la réalisation de bilans de médication,
- l'élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés,
- les entretiens pharmaceutiques et les autres actions d'éducation thérapeutique,
- l'élaboration de la stratégie thérapeutique pour assurer la pertinence et l'efficacité des prescriptions, et améliorer l'administration des médicaments.

Pour concrétiser cela, la SFPC propose un modèle de pharmacie clinique avec 3 niveaux de prestations qui peuvent s'intégrer dans un parcours (Figure 1) (15).

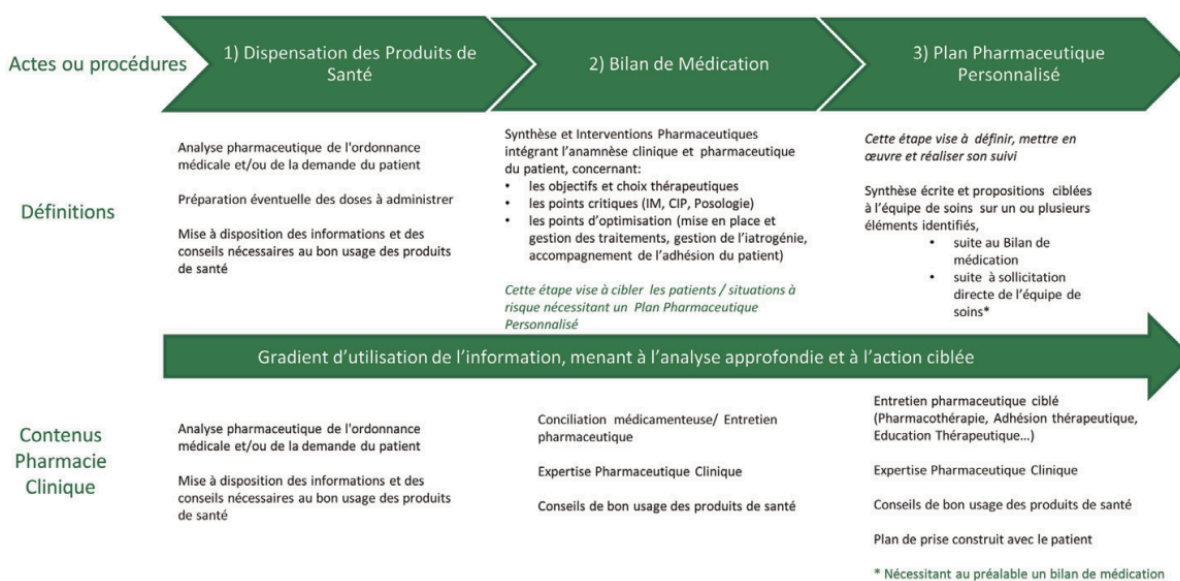


Figure 1. Processus de pharmacie clinique selon la SFPC

La prestation de type 1 concerne la dispensation et comprend l'analyse pharmaceutique, la préparation des doses à administrer ainsi que les conseils de bon usage.

Le bilan de médication (prestation de type 2) correspond à une analyse approfondie (expertise pharmaceutique) de la situation clinique et pharmaceutique du patient pour identifier les problèmes liés à la thérapeutique et réaliser des interventions pharmaceutiques. On y retrouve la conciliation médicamenteuse, qui est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient » et qui « associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle », ainsi que les entretiens pharmaceutiques.

Enfin, le plan pharmaceutique personnalisé (PPP) (prestation de type 3) concerne certains patients identifiés par le bilan de médication pour lesquels il est nécessaire d'élaborer un suivi thérapeutique individuel dans leur parcours de soins. Le pharmacien utilise son expertise pharmaceutique et la réalisation d'entretiens pharmaceutiques approfondis avec le patient et/ou son entourage pour rendre un avis pharmaceutique qui sera discuté avec les autres professionnels de santé. Le PPP « vise à définir, mettre en œuvre et évaluer des actions ciblant l'efficacité, la tolérance, l'adhésion médicamenteuse, tout au long du parcours de soins » (8).

L'ensemble de ces prestations doit s'intégrer dans le parcours des patients en relation avec les autres professionnels de santé.

En complément, en mars 2022, la SFPC publie les Bonnes Pratiques de Pharmacie clinique qui déclinent le « processus cognitif » afin de mener à bien ces soins pharmaceutiques (16).

1.2. Les entretiens pharmaceutiques

1.2.1. Définition

Les entretiens pharmaceutiques ou consultations pharmaceutiques sont définis par la SFPC comme un « échange entre un patient et/ou un aidant et un pharmacien (ou un membre habilité de son équipe pharmaceutique) permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseils, de prévention et d'éducation ». Il peut s'agir d'un échange dans le cadre d'une conciliation médicamenteuse, d'une amélioration de l'adhésion thérapeutique ou d'une éducation ciblée, réalisé à n'importe quel moment du parcours du patient (en hospitalisation, en consultation externe, en officine, etc.) (5).

1.2.2. Contexte et financement

En 2012, débute officiellement la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques en officine avec la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine (17). Il s'agit de la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement des patients sous traitements par antivitamines K, anticoagulants oraux directs (AOD) et des patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés avec rémunération des pharmaciens d'officine.

Dans le domaine de la pharmacie hospitalière, la pharmacie clinique fait partie des missions des PUI selon l'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 (18). Les activités de pharmacie clinique se développent dans le milieu hospitalier mais elles ne sont pas cotées dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Cette cotation leur permettrait d'être prises en charge par l'Assurance Maladie (19). La SFPC ainsi que l'Ordre national des pharmaciens travaillent pour faire inscrire les actes de pharmacie clinique dans cette nomenclature, qui est actuellement en cours de réforme (20).

Actuellement le financement des entretiens pharmaceutiques à l'hôpital peut passer par les appels à projet mais aussi par l'intervention lors d'un séjour en hôpital de jour (HDJ).

Comme l'indique l'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé, la facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) « intermédiaire » en HDJ a lieu si la prise en charge justifie de 3 interventions dont celle « du pharmacien, en tant que clinicien réalisant des entretiens pharmaceutiques directement auprès du patient » (21).

Par exemple, le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest utilise ce mode de financement pour réaliser des consultations pharmaceutiques pour les initiations de thérapies orales cancéreuses (22). Un autre exemple est retrouvé à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris où des consultations pharmaceutiques ont été mises en place en HDJ de rhumatologie, chez les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques avec biothérapies sous-cutanées (23).

L'approche segmentée de la prise en charge du patient et les différentes modalités de financement (ville, hospitalier, médico-social...) ne favorisent pas la rémunération des actes de pharmacie clinique ; l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (2018) propose d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits afin de répondre à cette problématique (24). Certaines expérimentations incluent désormais les entretiens pharmaceutiques dans le parcours des patients. Par exemple, l'expérimentation Onco'link, pour le suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux avec la coordination entre les différents professionnels de santé, inclut la rémunération des consultations pharmaceutiques réalisées par les pharmaciens hospitaliers à l'initiation du traitement (25).

Les entretiens pharmaceutiques peuvent faire partie des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Ces derniers sont des programmes éducatifs déclarés à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et soutenus par des équipes pluriprofessionnelles formées à l'ETP. Ils ont pour objectif d'aider le patient à devenir acteur de la prise en charge de sa maladie en réalisant un bilan éducatif, des séances individuelles et/ou collectives ainsi qu'une évaluation de l'évolution des connaissances et des compétences des patients (26).

1.2.3. Description des entretiens pharmaceutiques

Les entretiens pharmaceutiques doivent permettre (27) :

- D'utiliser les compétences pharmaceutiques au service du patient en termes de conseils, éducation et prévention,
- D'évaluer les connaissances du patient sur ses médicaments et sa pathologie,
- D'améliorer et d'évaluer l'adhésion thérapeutique en aidant le patient à vivre avec son traitement.

La SFPC a élaboré un mémo sur les entretiens pharmaceutiques afin d'aider le pharmacien à leur réalisation (5). Il reprend les objectifs des entretiens pharmaceutiques et leur déclinaison à chaque étape du parcours de soins du patient, avec un tableau synthétique (Annexe 1). Tous les objectifs ne sont pas obligatoirement visés en fonction du type d'entretien : conciliation médicamenteuse d'entrée ou de sortie, entretiens pharmaceutiques réalisés dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire, entretiens ciblés, bilan de médication, télésoin, bilan éducatif partagé ou séance d'ETP.

Les entretiens pharmaceutiques ciblés, qui visent à la consolidation des connaissances sur la maladie et les traitements, sont définis comme des entretiens individuels réalisés par le pharmacien hospitalier et durent entre trente minutes et une heure. On retrouve parmi les objectifs pour mener à bien l'entretien :

- Faire connaissance avec le patient, évaluer son niveau de compréhension et sa capacité à participer,
- Établir la liste des traitements et repérer les problèmes pharmaco-thérapeutiques,
- Évaluer le comportement du patient en lien avec sa qualité de vie (adhésion, automédication, voyage...),
- Évaluer l'organisation et l'autonomie de la prise des traitements,
- Repérer les besoins, ressources, freins et la motivation du patient,
- Améliorer la gestion des effets indésirables,
- Évaluer la compréhension des informations transmises.

Chacun de ces objectifs est détaillé dans le mémo. Pour tous les types d'entretiens, l'activité doit être tracée *a minima* par un compte rendu inclus dans le dossier du patient. La communication de

cet entretien aux autres professionnels de santé doit aussi être réalisée en privilégiant des moyens protégés comme les messageries sécurisées.

1.2.4. Les outils d'aide à l'entretien pharmaceutique

La réalisation des entretiens pharmaceutiques peut s'appuyer sur différents outils.

Une grille d'entretien peut aider le pharmacien aux différentes étapes du processus de l'entretien en détaillant les actions à réaliser. Elle permet d'aider à la récolte de données nécessaires à l'entretien lors de sa préparation, de guider le pharmacien pendant la réalisation de l'entretien pour ne pas oublier d'étape et de synthétiser les informations récoltées pour aider à la rédaction du compte rendu (28).

Un outil pédagogique peut être utilisé pour animer l'entretien. Il existe des supports créés notamment par certains laboratoires pharmaceutiques ou des associations. La base de données Bip-Bop®, alimentée par différents centres régionaux de France spécialisés en éducation et promotion de la santé, propose un vaste panel d'outils (29).

Par exemple, l'outil éduCard® élaboré par Edusanté® et destiné aux professionnels de santé pour l'éducation des patients insuffisants cardiaques chroniques, propose plusieurs modules (alimentation, symptômes, traitements...) avec des cartes de mise en situation (cartes de Barrows) pour faciliter l'apprentissage et l'expression des patients (30).

Il est aussi possible de créer son propre outil afin qu'il corresponde au mieux aux entretiens que l'on souhaite réaliser. La création de ce type d'outil nécessite du temps et une méthodologie : plusieurs ressources disponibles peuvent aider à cette réalisation.

Ainsi, le service de promotion santé de Belgique propose un guide méthodologique en ligne relatant les différentes étapes pour la conception d'un outil pédagogique de qualité (31). Un premier temps est nécessaire à la conceptualisation de l'idée (pourquoi ? pour qui ? quelle ressource ? quel soutien ?) et à l'analyse de la pertinence du projet (analyser le public final, faire le point sur les moyens de mise en œuvre, les ressources humaines disponibles et leurs compétences). Ensuite le contenu (autrement dit le fond), c'est-à-dire les objectifs de l'outil, doit être défini. Une attention particulière doit être portée sur la manière dont ce contenu sera organisé afin que l'outil produit soit ludique et puisse supporter le discours de l'animateur tout en

suscitant la parole du patient. Ce dernier doit aussi être agréable à regarder et lire, réutilisable, peu coûteux et reproductible (c'est-à-dire la forme).

La HAS propose également un guide méthodologique général sur l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Ce guide présente un schéma qui reprend les étapes clés à suivre pour y arriver. Ces documents sont définis comme des aides, supports au discours du soignant pour contribuer à la participation active du patient dans sa prise en charge. On y retrouve des conseils en termes de rédaction comme la nécessité d'utiliser un vocabulaire d'usage clair, facile à lire et à comprendre, réaliser un texte concis et structuré, utiliser des illustrations... Le guide explique aussi que les patients sont demandeurs de la présence d'éléments interactifs pour favoriser la participation et la personnalisation avec l'utilisation du « vous » par exemple (32).

1.3. La place de la pharmacie clinique à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Brest

La PUI de l'HIA Clermont-Tonnerre de Brest est composée de trois pharmaciens, un interne en pharmacie, un cadre de santé et sept préparateurs en pharmacie hospitalière.

1.3.1. Analyse pharmaceutique et dispensation journalière individuelle nominative (DJIN)

La pharmacie clinique fait partie intégrante du projet de développement de la pharmacie à usage intérieur de l'HIA Clermont-Tonnerre de Brest. L'analyse pharmaceutique, via le logiciel PHARMA® de Computer Engineering, est réalisée chaque jour pour l'ensemble des patients hospitalisés. Elle permet la réalisation par la suite de la dispensation journalière individuelle nominative (DJIN).

1.3.2. Présence pharmaceutique dans le pôle médical

Un pharmacien ou un interne en pharmacie est présent au quotidien dans le pôle médical de l'hôpital regroupant les services de médecine interne, cardiologie et pneumologie (25 lits). Les patients qui y sont hospitalisés le sont souvent pour décompensation de leur pathologie chronique. L'équipe médicale est composée de deux cardiologues, deux internistes, trois pneumologues et, en général, quatre internes en médecine. L'interne en pharmacie et/ou le pharmacien participent aux transmissions entre les infirmières et l'équipe médicale ainsi qu'aux

visites médicales. Au quotidien, celui-ci est l'interlocuteur privilégié de l'équipe médicale ou paramédicale pour l'ensemble des questions relatives à la prise en charge médicamenteuse. Ces questions peuvent être d'ordre logistique ou nécessiter l'expertise pharmaceutique telle que la substitution de médicament ou les interactions médicamenteuses. La mission principale dans le service est de réaliser la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie des patients hospitalisés. L'interne en pharmacie et/ou le pharmacien réalisent aussi des entretiens pharmaceutiques pour l'initiation des AOD. En 2020, 254 entretiens pharmaceutiques ont été réalisés, dont 127 conciliations médicamenteuses d'entrée, 122 conciliations médicamenteuses de sortie et 5 entretiens sur les AOD.

Une procédure « Pharmacie clinique » et des modes opératoires se réfèrent aux activités décrites et permettent de les encadrer. Ces activités ont pour objectif d'améliorer la sécurisation de prise en charge médicamenteuse du patient comme le conseille la HAS (33).

2. Le parcours de soins des patients atteints d'une maladie chronique

2.1. Les maladies chroniques

2.1.1. Définition

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) définit en 2009 une maladie chronique comme « un état pathologique de nature physique, psychologique et/ou cognitive qui dure depuis au moins 3 mois, avec un retentissement majeur sur la vie quotidienne du patient ». La dépendance vis-à-vis d'un médicament fait partie des retentissements majeurs cités.

On considère comme maladies chroniques de nombreuses affections et situations cliniques comme :

- les maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète ou la sclérose en plaques... ;
- les maladies rares comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ;
- les maladies transmissibles persistantes comme le sida ou l'hépatite C ;
- les troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie...) ;
- la douleur chronique ;

- les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies.

Ainsi, en France, les patients atteints de maladies chroniques représentent un tiers de la population et cette prévalence a tendance à augmenter chaque année (1).

2.1.2. Impact socio-économique des maladies chroniques

L'annonce du diagnostic de la maladie chronique au patient va avoir pour effet de bouleverser sa vie et celle de son entourage. Elle nécessite une réorganisation du fait de la prise en charge et des traitements, ce qui peut être handicapant ou stigmatisant pour le patient. Son accompagnement tout au long du parcours doit permettre de limiter l'impact de la maladie sur sa qualité de vie. Cet accompagnement passe par une coordination la plus optimale possible entre les différents professionnels intervenant, un soutien social et psychologique dans les démarches ainsi que la sollicitation de sa participation dans sa prise en charge.

Le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) fait état d'un système de santé encore trop cloisonné qui nécessite de « passer d'une logique de soins à une logique de parcours » pour le malade chronique (34).

En termes de coût, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) estime en 2021 que 61% des dépenses de santé de l'Assurance maladie sont liées à la prise en charge des 20 millions de personnes (35% de la population) souffrant de pathologies chroniques, ce qui représente environ 86 milliards d'euros (35).

La prise en charge financière des frais de santé pour les malades chroniques passe par le dispositif d'affection longue durée (ALD) qui est régi par les articles L. 322-3, L. 324-1 et D. 322-1, du Code de la sécurité sociale. L'ALD permet de limiter ou supprimer la participation du patient au coût des soins. Le décret établit une liste comprenant 30 groupes d'affections avec traitement de plus de 6 mois et coûteux à laquelle s'ajoutent d'autres maladies si elles entrent dans ces critères (36).

Le rapport des propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 démontre l'intérêt de la stabilisation d'une maladie chronique sujette à des épisodes de décompensation aiguë, tant pour la qualité de vie du patient que pour les dépenses de santé associées. Elle prend en exemple le gain sur les dépenses engagées (environ 5000 euros) entre un patient insuffisant cardiaque

chronique stable sur deux années consécutives *versus* un patient instable (avec épisodes aigus de décompensation cardiaque) (37).

2.1.3. Vers un parcours de soins maîtrisé par les soignants et les patients

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie a introduit l'obligation d'établir un protocole de soins pour les patients atteints d'une ALD et attribue à la HAS la mission d'élaboration de guides à destination des professionnels de santé qui décrivent la prise en charge optimale de la maladie (38). Aussi, la volonté d'inclure davantage les patients dans leur prise en charge, a mené la HAS à élaborer des guides patients dans un format standardisé de 8 pages, qui constituent une déclinaison des guides médecins (39).

Actuellement, la HAS fait évoluer les guides médecins et met à disposition des outils « deuxième génération » pour faciliter et sécuriser la prise en charge des maladies chroniques où il est décrit :

- l'ensemble du parcours de soins d'un patient avec le rôle de chaque professionnel et les articulations entre eux,
- la démarche diagnostique, le cas échéant le repérage précoce, la prise en charge thérapeutique et le suivi de la maladie,
- la notion de prestations d'éducation thérapeutique intégrées aux soins (40).

Ces nouveaux guides traitent des principales maladies chroniques et la liste est amenée à grandir. On retrouve notamment un guide sur la BPCO, l'insuffisance cardiaque et le diabète de type 2 (41).

2.1.4. Intérêt de l'éducation du patient atteint d'une maladie chronique

L'éducation thérapeutique du patient est désormais une notion clé dans la prise en charge des patients, dont ceux atteints d'une maladie chronique. Le pharmacien peut être impliqué dans l'éducation thérapeutique du patient par le biais des entretiens pharmaceutiques, que ceux-ci soient intégrés ou non à un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) global.

L'évaluation du Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques par le Haut conseil de santé publique (HCSP) en 2013 insiste sur l'importance que doit prendre l'éducation du patient dans sa prise en charge. Il en ressort la

nécessité d'agir pour développer l'éducation du patient en passant notamment par l'élaboration de recommandations, l'intégration à la formation médicale de l'éducation thérapeutique ou encore la diffusion d'outils pour l'éducation (42).

Plusieurs études publiées prouvent l'impact du conseil pharmaceutique et de l'éducation au patient qui permettent de :

- Améliorer l'adhésion thérapeutique : il est prouvé que le patient serait moins observant s'il ne sait pas ou ne comprend pas l'intérêt du traitement mis en place pour sa santé (43). Par exemple, Bizouard et Jungers ont mis en évidence un lien entre la connaissance du traitement et l'observance : sur 106 patients observants, 100 d'entre eux avaient une très bonne connaissance de l'indication de leur traitement contre 6 qui avaient une mauvaise connaissance de l'indication (44).
- Diminuer les évènements indésirables médicamenteux. L'étude de Shnipper et al. a mis en évidence que la survenue d'évènements indésirables médicamenteux évitables était plus fréquente chez les patients ne bénéficiant pas de suivi et de conseils par le pharmacien (11%) que chez ceux en ayant bénéficié (1%) (45). L'Organisation Mondiale de la Santé indique dans son programme de 2017 intitulé « Medication without harms » que le pharmacien est un acteur clé pour diminuer les évènements indésirables médicamenteux en passant par l'amélioration de l'information et de l'éducation du patient sur son traitement (46).
- Favoriser l'efficacité du traitement. Par exemple, l'étude de Bouaziz montre une baisse de l'HbA1c chez des patients de diabète de type 2 bénéficiant d'entretien pharmaceutique par le pharmacien d'officine. Sur 6 mois, l'HbA1c diminue de 0,5 points pour les patients qui ont eu des entretiens contre 0,2 point pour le groupe témoin. La différence de la diminution de HbA1c dans les 2 groupes est significative (47) .
- Favoriser l'implication du patient dans sa prise en charge. « L'*empowerment* se met en place à partir du moment où l'individu a pris conscience de sa situation et souhaite la modifier pour mieux contrôler sa vie ». La notion « d'*empowerment* » permet de mettre un mot sur le fait que le patient prenne en main son traitement et sa maladie, de par la

compréhension des informations qu'on lui transmet. Le patient n'est plus soigné : il se soigne (48).

2.1.5. ETP *sh* : l'éducation thérapeutique précédant la sortie d'hospitalisation

Dans la littérature, une nouvelle façon d'éduquer le patient apparaît sous le terme d'éducation thérapeutique précédant la sortie de l'hôpital (ETP *sh*). Il s'agit d'une pratique développée dans les pays anglo-saxons depuis le début du 21^e siècle, sous le terme de « discharge education ». Celle-ci consiste en une consultation éducative ciblée sur quelques compétences, de durée brève (30 minutes à 1 heure), auprès du patient hospitalisé et doit permettre de faciliter la transition hôpital-ville. Cette pratique n'est pas réellement concrétisée et structurée en France même s'il existe des actions moins « formelles » s'en rapprochant.

La revue de littérature proposée sur le sujet par Maria Grazia Albano et Al. en 2020 permet de mieux comprendre le concept (49). L'ETP *sh* peut se réaliser dans le cadre d'une pathologie aiguë (le plus souvent) mais aussi chronique. Ainsi des actions d'ETP *sh* sont par exemple menées dans le domaine :

- de la pneumologie : auprès de patients atteints de BPCO,
- de la cardiologie : une étude a d'ailleurs prouvé l'efficacité de l'ETP *sh* auprès des patients insuffisants cardiaques en termes de diminution des réhospitalisations précoces. Dans ces études, les patients recevant l'éducation avaient moins de risque de réhospitalisation ou de décès que les autres, avec un risque relatif de 0,65 (50).
- de l'endocrinologie : auprès de patients diabétiques suite à des hospitalisations pour hypoglycémies.

La revue fait état des différents niveaux d'appréciations de l'efficacité de l'ETP *sh* dont un gain de connaissance pour les patients ainsi qu'une meilleure observance, une amélioration des paramètres cliniques et psychologiques, une réduction des réadmissions précoces mais aussi une satisfaction des patients et des soignants (activité valorisante).

Au final, l'ETP *sh* contribue à la sécurité du parcours de soins et à la gestion du risque clinique par la participation active du patient (49).

2.2. Diabète

2.2.1. Description du diabète

Le diabète est une maladie qui se caractérise par une hyperglycémie chronique. Son diagnostic est posé par la mesure de la glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l à deux reprises ou supérieure à 2 g/l à n'importe quel moment de la journée. La prévalence globale du diabète en France est estimée à environ 5% de la population en 2020 selon Santé Publique France (51), mais ce chiffre serait sous-estimé car ne compte que les patients diagnostiqués. On distingue deux principaux types de diabète : le diabète de type 1 (6% des diabétiques) et le diabète de type 2 (92%) (52).

Le diabète de type 1 se révèle le plus souvent dans l'enfance ou chez un jeune adulte par des symptômes caractéristiques : polyurie, polydipsie, amaigrissement, asthénie. Il s'agit d'une maladie auto-immune détruisant les cellules bêta des îlots de Langerhans du pancréas provoquant un déficit de production d'insuline, l'hormone hypoglycémisante. Les causes de cette maladie ne sont pas complètement identifiées mais des facteurs génétiques et environnementaux seraient impliqués.

Le diabète de type 2 apparaît quant à lui le plus souvent chez l'adulte de plus de 40 ans et de façon insidieuse. Deux mécanismes entrent en jeu dans son développement : l'insulinorésistance et l'insulinopénie. C'est une maladie multifactorielle favorisée par l'alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, le surpoids et qui a aussi une composante génétique.

Les traitements du diabète ont pour objectif de réguler la glycémie pour éviter les complications à long terme liées à l'hyperglycémie chronique : les microangiopathies (rétinopathie, atteinte rénale et neuropathie), les macroangiopathies (insuffisance cardiaque, atteinte des coronaires, risques d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral augmentés, etc...) et les infections (le « pied du diabétique »).

Dans le diabète de type 1, le traitement doit aussi permettre d'éviter les comas acidocétosiques (53).

L'équilibre glycémique peut être objectivé et surveillé grâce à la mesure du taux d'hémoglobine glyquée, HbA1c, dans le sang tous les 3 mois. En effet l'HbA1c est le reflet de l'équilibre glycémique

sur les 3 derniers mois. L'objectif est fixé individuellement mais le plus souvent il ne doit pas dépasser 7%, sinon le traitement est à adapter (54).

2.2.2. Parcours de soins des patients diabétiques

La HAS propose des guides de prise en charge du diabète de type 1 et de type 2 (55, 56).

La principale prise en charge du diabète de type 1 consiste à apporter l'insuline manquante au corps par injection et définir le schéma insulinique le plus adapté. Parmi les plus fréquemment utilisés, on retrouve (57) :

- Le schéma basal-bolus avec 4 à 5 injections par jour : utilisation d'une insuline rapide avant les principaux repas et d'une insuline lente une fois par jour (ou d'une insuline d'action intermédiaire matin et soir).
- 3 injections par jour associant l'injection d'une insuline intermédiaire le matin et le soir et d'une insuline rapide le midi.
- Ou 2 injections par jour en supprimant l'injection du midi.

Il existe aussi des pompes qui libèrent de l'insuline rapide à un débit variable au cours de la journée selon un schéma basal-bolus. Elles reproduisent au mieux la physiologie mais nécessitent une prise en charge spécialisée pour un bon contrôle.

Les différents types d'insuline cités sont groupés dans le tableau 1.

Tableau 1. Les différentes insulines

Insuline	Produits commercialisés	Commentaires
Solution d'analogues ultra-rapides (SC, IV, IM) <i>Solution transparent</i>	Insuline glulisine APIDRA® Insuline Asparte NOVORAPID®, FIASP® Insuline Lispro HUMALOG®	Administration juste avant le repas Durée d'action = 3 heures (h)
Insulines rapides (SC, IV) <i>Solution transparent</i>	Insuline humaine ACTRAPID®, INSUMAN RAPID®, UMULINE RAPIDE®, INSUPLANT® (en pompe)	Administration 20 min avant le repas Durée d'action = 4 – 6h
Insulines d'action intermédiaire (SC) <i>Solution blanche-opaque</i>	Insuline NPH INSULATARD®, UMULINE NPH®	Retourner 10 fois avant administration Administration 20 min avant le repas Durée d'action = 10-12h
Mélange d'insulines NPH + rapides ou ultra-rapides (SC) <i>Solution blanche-opaque</i>	NOVOMIX®, HUMALOG MIX® MIXTARD®, UMULINE PROFIL®, INSUMAN COMB®	Retourner 10 fois avant administration Action en 5 à 20 min Durée d'action = 10-12h
Insulines ou analogues lents (SC) <i>Solution transparent</i>	Insuline glargine LANTUS®, ABASAGLAR®, TOUJEO® Insuline détémir LEVEMIR® Insuline dégludec TRESIBA®	Injection indépendante des repas à heure fixe (action en 40 min à 1h30) Durée = 14 à 42h
Effets indésirables : Hypoglycémie (surdosage), hypokaliémie, lipodystrophie, effet orexigène (prise de poids) Surveillance glycémique nécessaire Conservation avant ouverture : entre 2°C – 8°C / après ouverture : température ambiante 28 jours		

Le patient, pour lequel il est prescrit de l'insuline, doit acquérir des compétences en termes de contrôle de sa glycémie et de modalités d'injection. De nombreuses vidéos et documents expliquent les modalités d'injection de l'insuline par voie sous-cutanée (58).

Pour le diabète de type 2, le premier traitement est l'application des règles hygiéno-diététiques dont l'activité physique. Si cette prise en charge, au bout de 3 à 6 mois, n'est pas suffisante (objectivée par le taux d'HbA1c) des médicaments antidiabétiques seront mis en place. Il existe plusieurs familles avec différents mécanismes d'action complémentaires qui sont résumées dans le Tableau 2.

Tableau 2. Les familles de médicaments antidiabétiques

Famille thérapeutique	Médicaments	Mécanisme d'action principal	Principaux effets indésirables
Biguanides	Metformine GLUCOPHAGE®, STAGID®	Amélioration de la sensibilité des cellules à l'insuline et inhibition de la néoglucogenèse hépatique.	Troubles digestifs (prendre pendant le repas) Acidose lactique
Sulfamides hypoglycémiantes et glinides	Glimépiride AMAREL® Gliclazide DIAMICRON® Glibenclamide DAONIL® Répaglinide NOVONORM®	Induction de l'insulinosécrétion par le pancréas = Hypoglycémiant.	Hypoglycémie Troubles digestifs
Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase	Ascarbose GLUCOR®	Diminution de l'absorption intestinale de glucose.	Troubles digestifs (météorisme, flatulence)
Gliptines = Inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4 (DPP4)	Sitagliptine JANUVIA®, XELEVIA® Vidagliptine GALVUS® Saxagliptine ONGLYZA®	Stimulation de la sécrétion d'insuline et diminution de la sécrétion de glucagon.	Troubles digestifs
Analogues du GLP1	Liraglutide VICTOZA® Exenatide BYETTA® Dulaglutide TRULICITY® Sémaglutide OZEMPIC®	Augmentation de la sécrétion d'insuline, ralentissement de la vidange gastrique et diminution la sécrétion de glucagon.	Avantage : possible perte de poids
Inhibiteurs du SGLT-2	Dapagliflozine FORXIGA® Empagliflozine JARDIANCE®	Inhibition de la réabsorption du glucose par le tubule rénal proximal : augmentation de la glycosurie et réduction de la glycémie.	Mycose génitale Avantage : cardioprotection et néphroprotection

La Société Francophone du diabète propose une stratégie d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiantes dans le diabète de type 2 et l'illustre sous forme de schémas résumés (54).

En première ligne, c'est la metformine ou un sulfamide hypoglycémiant qui est instauré. Si cela n'est pas suffisant, une bithérapie ou trithérapie peut être proposée associant la metformine avec une autre classe de médicaments. L'insuline arrive en dernier recours dans la prise en charge du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé par les antidiabétiques cités précédemment.

Le patient diabétique doit aussi être capable de reconnaître les signes de déséquilibre de son diabète par la manifestation des symptômes d'hypoglycémie (tremblement, pâleur, transpiration, faim, vertige...) et d'hyperglycémie (dont le principal symptôme est la polydipsie).

Les deux phénomènes ont des signes pouvant être confondus, il est donc important de contrôler sa glycémie avant d'appliquer la conduite à tenir :

- Resucrage en cas d'hypoglycémie par la prise de 3 morceaux de sucre, d'un demi-verre de soda ou encore de 2 cuillères à soupe de confiture.
- Injection d'insuline en cas d'hyperglycémie, en fonction du seuil de glycémie et du protocole prescrit par le médecin.

L'autosurveillance glycémique peut être réalisée grâce à deux techniques :

- Soit par mesure de la glycémie capillaire (prélèvement d'une goutte de sang au doigt grâce à une lancette à déposer sur une bandelette reliée à un lecteur) (60),
- Soit par mesure de la glycémie interstitielle via un capteur appliqué comme un patch (système Freestyle libre®) (59, 61).

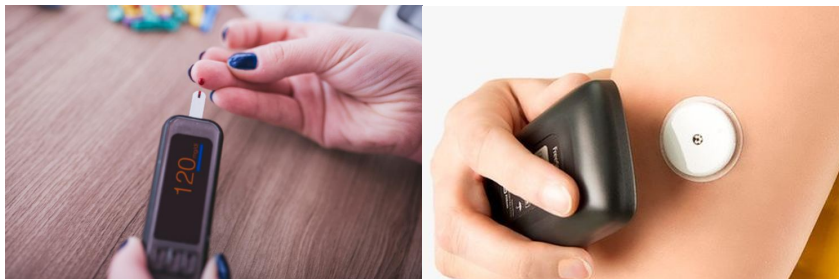


Figure 2. Autosurveillance glycémique par glycémie capillaire (à gauche) et par glycémie interstitielle (à droite)

2.2.3. État des lieux de l'éducation du patient diabétique

Des expérimentations mises en place au long des années prouvent l'intérêt d'un accompagnement pharmaceutique du patient diabétique (en hospitalisation et en ambulatoire) pour l'adhésion au suivi de la maladie et du traitement. L'étude Iphodia a par exemple démontré une amélioration significative de l'observance suite à 3 entretiens pharmaceutiques menés par le pharmacien d'officine. Celle-ci était traduite par une baisse de l'HbA1c sur 1 an (baisse de 0,6 point *versus* 0,2 point pour les patients n'ayant pas bénéficié d'entretien) et par une amélioration significative des

connaissances (note au questionnaire de connaissances de 8,9/10 *versus* 8,2 pour les patients sans d'entretien) (62).

Dans le Finistère, la plateforme ETP 29 recense une dizaine de programmes déclarés à l'Agence régionale de santé (ARS) à destination des patients diabétiques, principalement promus par les centres hospitaliers comme le Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Brest, centre hospitalier (CH) de Cornouaille... mais aussi par des structures privées comme Appui santé. Dans plusieurs de ces programmes, les pharmaciens interviennent principalement sur la partie prise en charge médicamenteuse (63).

A l'HIA, sur une période de 6 mois (du 1^{er} mai au 31 octobre 2021), 30 patients diabétiques ont été hospitalisés dans le service du pôle médical. Le patient se voit prodiguer pendant son hospitalisation des explications sur sa pathologie et des conseils sur l'administration d'insuline ou encore l'autosurveillance par les infirmières et le médecin interniste. Il bénéficie également le plus souvent d'une consultation avec l'équipe diététique. Une demande de la part de ces intervenants est de compléter leur offre éducative par l'intervention pharmaceutique pour éduquer davantage le patient sur ses médicaments et leurs enjeux dans sa prise en charge.

2.3. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

2.3.1. Description de la BPCO

La bronchopneumopathie chronique obstructive se manifeste par des symptômes respiratoires chroniques avec une obstruction permanente des voies aériennes. Elle concerne 3 millions de personnes en France avec au moins un tiers de patients symptomatiques.

L'étiologie principale est le contact avec des toxiques inhalés comme le tabac (principale cause) ou encore l'amiante, qui provoquent une irritation avec gonflement de la paroi des bronches et hyperproduction de mucus épais. Le patient présente un déclin de la fonction respiratoire avec des difficultés à respirer (notamment à l'effort), une toux, des expectorations et des infections respiratoires basses répétées. C'est une maladie qui altère la qualité et l'espérance de vie avec des épisodes d'exacerbation (aggravation des symptômes) qui peuvent entraîner des hospitalisations (95 000 patients en 2011) (64). L'évaluation des fonctions respiratoires permet de diagnostiquer la BPCO avec le rapport du volume expiratoire maximal à la première seconde

(VEMS) sur la capacité vitale (CV). Le diagnostic est posé lorsque ce rapport est inférieur à 70% après l'administration de bronchodilatateurs. En fonction de sa valeur, des symptômes et de l'impact sur la vie quotidienne, il existe 4 stades de sévérité présentés dans le tableau 3 (65).

Tableau 3. Stades de sévérité de l'obstruction bronchique dans la BPCO, selon Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)

GOLD 1:	Mild	$FEV_1 \geq 80\%$ predicted
GOLD 2:	Moderate	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$ predicted
GOLD 3:	Severe	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ predicted
GOLD 4:	Very Severe	$FEV_1 < 30\%$ predicted

2.3.2. Parcours de soins des patients atteints de BPCO

Les objectifs de prise en charge du patient atteint de BPCO sont expliqués dans les recommandations « Optimisation du traitement médicamenteux des patients atteints de BPCO en état stable » de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). Il s'agit de réduire la dyspnée et d'améliorer la tolérance à l'effort tout en évitant la progression de la maladie ainsi que l'apparition des exacerbations. Les recommandations de la SPLF sont résumées dans la figure 3 (66).

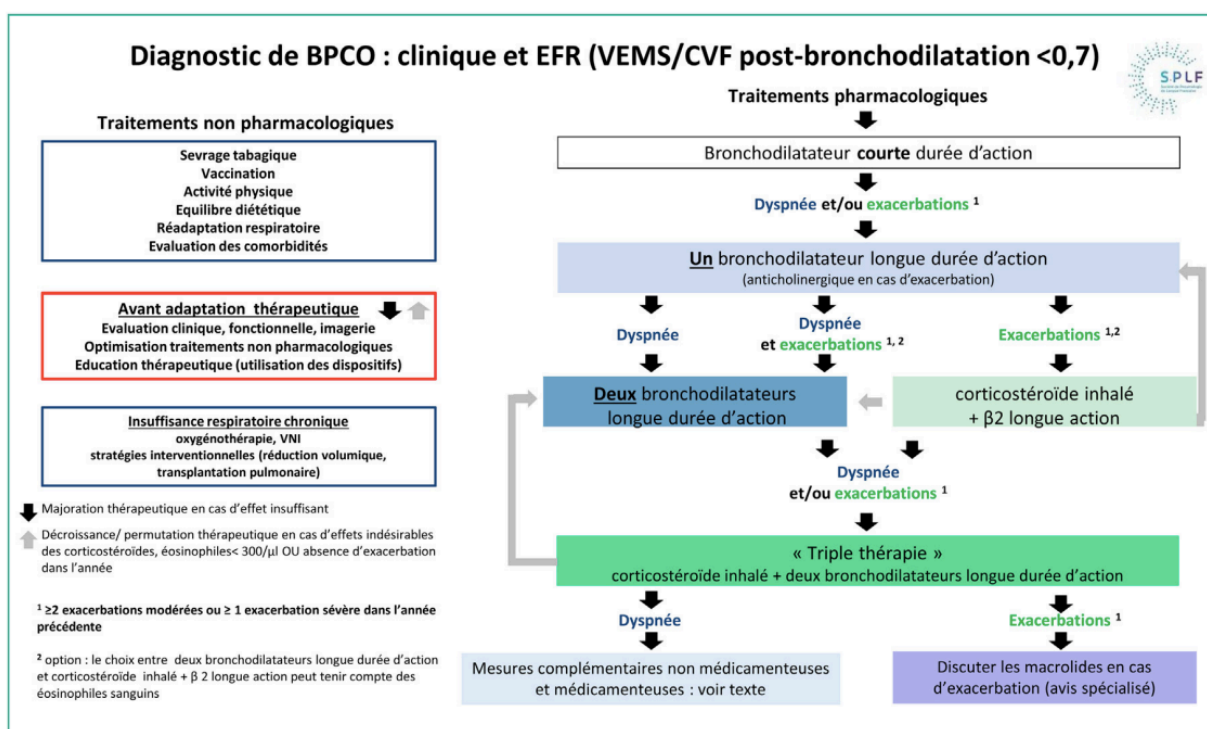


Figure 3. Algorithme décisionnel pour le diagnostic et le traitement de la BPCO selon la SPLF

La première action est l'arrêt de l'exposition à l'irritant, donc principalement l'arrêt du tabac. Parallèlement, les vaccins contre la grippe, le pneumocoque et la Covid-19 sont recommandés car ces agents infectieux sont générateurs d'exacerbations. Aussi, la réhabilitation respiratoire est un pilier important de la prise en charge : elle intègre un réentraînement à l'effort pour un maintien d'une activité physique, de la musculation et de l'éducation thérapeutique. Par exemple, le patient apprend avec le kinésithérapeute des techniques favorisant l'expectoration (67).

En complément, les bronchodilatateurs inhalés (Bêta-2 agonistes et anticholinergiques) sont le traitement symptomatique de la BPCO en permettant la dilatation des voies respiratoires. Les formes à durée d'action courte sont systématiquement prescrites à la demande alors que les formes à durée d'action longue sont introduites en cas de dyspnée quotidienne ou d'exacerbations trop fréquentes (≥ 2 par an). Les deux classes, bêta-2 agonistes et anticholinergiques, peuvent être associées en cas de réponse insuffisante d'une monothérapie et leur association dans un même dispositif d'administration permet une meilleure observance.

Si ces médicaments ne sont pas suffisants pour diminuer les exacerbations, il est possible d'utiliser des associations de bronchodilatateurs avec des corticoïdes inhalés. Leur efficacité dans la BPCO est controversée mais ils sont en pratique assez utilisés.

Les principaux médicaments utilisés dans la BPCO sont listés dans le tableau 4 et les différents types d'inhalateurs commercialisés sont présentés dans le tableau 5 (68). Une formation du patient sur les modalités d'administration de ses inhalateurs est nécessaire pour une efficacité optimale. La SPLF propose des vidéos explicatives pour chaque type d'inhalateur sur le site internet du Guide Zéphir (68). Des conseils généraux peuvent être donnés au patient comme :

- toujours bien expirer avant la prise,
- retenir 10 secondes sa respiration et se rincer la bouche après l'inhalation, (surtout si présence de corticoïdes),
- rincer régulièrement le dispositif,
- surveiller la quantité restante de médicament dans le dispositif pour ne pas se retrouver à court de traitement.

Tableau 4. Médicaments utilisés dans le traitement de la BPCO

Bronchodilatateurs de courte durée d'action <i>Prise à la demande en cas de gêne respiratoire (crise, exacerbation)</i>		
Bêta-2 agonistes <i>Principaux effets indésirables (EI) : Palpitations, tremblements des extrémités, céphalées.</i>		
Salbutamol	AIROMIR® , VENTOLINE®	Maximum 15 prises par jour
Terbutaline	BRICANYL®	Maximum 8 prises par jour
Anticholinergiques <i>Principaux EI : sécheresse buccale, saveur amère et métallique dans la bouche, irritation pharyngée. Palpitations. Conseil : rincer la bouche après inhalation.</i>		
Bromure d'ipratropium	ATROVENT®	Maximum 16 prises par jour
ASSOCIATION Bêta-2 agonistes + Anticholinergiques		
Fénotérol + Ipratropium	BRONCHODUAL®	Maximum 16 prises par jour

Bronchodilatateurs à durée d'action prolongée <i>Traitement de fond</i>		
Bêta-2 agonistes		
Formotérol	FORADIL® , FORMOAIR® , ASMELOL®	1-2 bouffées matin et soir
Indacatérol	ONBREZ®	1 bouffée par jour
Salmétérol	SEREVENT®	1-2 bouffées matin et soir
Olodatérol	STRIVERDI®	2 bouffées (en une prise) par jour
Anticholinergiques		
Bromure de glycopyrronium	SEEBRI®	1 dose (gélule) par jour
Bromure de tiotropium	SPIRIVA®	1 dose (gélule) ou 2 bouffées (en une prise) par jour
Bromure d'uméclidinium	INCRUSE®	1 bouffée par jour
ASSOCIATION Bêta-2 agonistes + Anticholinergiques		
Indacatérol + Glycopyrronium	ULTIBRO®	1 dose (gélule) par jour
Olodatérol + Tiotropium	SPIOLTO®	2 bouffées (en une prise) par jour
Vilantérol + Uméclidinium	ANORO®	1 bouffée par jour

Association : bronchodilatateurs + corticoïdes inhalés <i>Traitement de fond – si bithérapie de bronchodilatateurs insuffisante</i>		
<i>Principaux EI des corticoïdes inhalés : dysphonie, raucité de la voix et candidose bucco-pharyngée. A différencier des EI retrouvés pour les corticoïdes systémiques (prise de poids, troubles métaboliques...)</i>		
Formotérol + Béclométhasone	FORMODUAL® , INNOVAIR®	2 inhalations matin et soir
+ Glycopyrronium	TRIMBOW®	
Formotérol + Budésonide	DUORESP® , SYMBICORT® , GIBITER®	1 à 2 inhalations, matin et soir
Vilantérol + Fluticasone	RELVAR® , REVINTY®	1 inhalation par jour
+ Uméclidinium	TRELEGY® , ELEBRATO®	
Salmétérol + Fluticasone	SERETIDE®	1 inhalation matin et soir

Tableau 5. Les inhalateurs utilisés dans le traitement de la BPCO

LES DISPOSITIFS D'ADMINISTRATION		
Types	Exemples	Présentation
AEROSOL DOSEUR PRESSURISE (ADP) <i>Solution sous pression libérée, après appui sur le dispositif, à l'aide d'une valve doseuse sous la forme d'aérosol dans le gaz propulseur.</i>	Atrovent®, Becotide®, Bronchodual®, Flixotide®, Formoair®, Innovair®, Formodual®, Seretide®, Serevent®, Ventoline®, Symbocort RAPHIHALER® ...	Utilisation possible d'une chambre d'inhalation. S'affranchit d'un débit inspiratoire minimum. Coordination main-bouche requise. Dépôt oro-pharyngé important. Pas de contrôle de dose, ni de prise.
ADP AUTODECLENCHE <i>Génération de l'aérosol déclenché par l'inhalation.</i>	Aiomir AUTOHALER® , Qvar AUTOHALER®	Pas de coordination main-bouche. Utilisation possible d'une chambre d'inhalation. Nécessite un débit inspiratoire minimum. Dépôt oro-pharyngé important. Pas de contrôle de dose ni de prise.
ADP A CHAMBRE INTEGREE	Beclojet®	Pas de coordination main-bouche. Dépôt moins important. S'affranchit d'un débit inspiratoire minimum. Variabilité de la dose inhalée liée à la déperdition de médicament dans la chambre. Pas de contrôle de dose ni de prise.
INHALATEURS DE BRUMISAT <i>L'aérosol (brumisat) est déclenché par la pression simultanée du pouce et de l'index de part et d'autre du dispositif.</i>	Spiolto RESPIMAT® , Spiriva RESPIMAT®	Coordination main-bouche requise mais facilitée. S'affranchit d'un débit inspiratoire minimum. Faible dépôt oro-pharyngé. Utilisation possible d'une chambre d'inhalation. Compteur de dose. Nécessite d'un changement de la cartouche. Pas de contrôle de prise.
INHALATEURS DE Poudre en Gélule UNIDOSE <i>Une gélule est placée dans le dispositif et perforée lors de l'utilisation pour aérosoliser le contenu à inspirer.</i>	Foradil AEROLIZER® Onbrez, Ultibro BREEZHALER® Spiriva HANDIHALER®	Pas de coordination main-bouche. Faible dépôt oro-pharyngé. Contrôle de dose et de prise. Nécessite un débit inspiratoire minimum. Sensible à l'humidité.
INHALATEURS DE Poudre MULTIDOSES <i>La délivrance de la dose unitaire s'effectue par un mécanisme doseur intégré.</i>	Anoro ELLIPTA® , Duoresp SPIROMAX® Flixotide DISKUS® Gibter EASYHALER® Pulmicort TURBUHALER® Ventilastin NOVOLIZER® Innovair NEXTHALER® Asmanex TWISTHALER®	Pas de branchement à la chambre d'inhalation possible.

L'oxygénothérapie au long court est nécessaire pour les stades sévères de la maladie lorsqu'une hypoxie chronique s'installe.

Enfin, en cas d'épisodes d'exacerbation, il peut être indiqué des antibiotiques et/ou des corticoïdes par voie orale pour une courte durée, associés à une majoration des bronchodilatateurs et/ou à l'ajout de l'oxygénothérapie.

2.3.3. État des lieux de l'éducation du patient atteint de BPCO

La HAS a publié plusieurs outils pour la prise en charge de la BPCO. Notamment un guide « Comment prévenir les réhospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? » qui résume les interventions efficaces contre les réhospitalisations. Elle présente l'éducation du patient comme un point clé, avec une liste indicative des objectifs éducatifs : comprendre sa maladie, l'intérêt du traitement, maîtriser la technique d'inhalation, connaître les symptômes annonciateurs d'exacerbation et la conduite à tenir, etc... (64).

Des dispositifs d'inhalation non adaptés aux patients et leur mésusage diminuent l'efficacité du traitement pour le patient. Le pharmacien a un rôle à jouer en intervenant auprès des patients mais aussi en collaborant avec le pneumologue pour optimiser la prise en charge (69).

L'éducation thérapeutique fait partie du parcours de soins du patient atteint de BPCO et est intégrée à la réhabilitation respiratoire. Dans le Finistère, plusieurs programmes d'ETP pour les patients atteints de BPCO sont déclarés à l'ARS : un est proposé au CHRU de Brest et un autre par le CH de Morlaix. Le CH de Cornouaille propose un programme pour les patients insuffisants respiratoires, pouvant concerner certains patients atteints de BPCO (63).

A l'HIA, sur une période de 6 mois (du 1^{er} mai au 31 octobre 2021), 74 patients atteints de BPCO ont été hospitalisés dans le pôle médical. Un rappel sur les modalités d'administration des inhalateurs est souvent réalisé par le médecin ou l'infirmier(e).

2.4. Insuffisance cardiaque

2.4.1. Description de l'insuffisance cardiaque chronique

L'insuffisance cardiaque (IC) chronique concerne plus d'1,5 millions de français en 2021 (37).

Elle est décrite comme une incapacité du cœur à fournir le débit sanguin nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. C'est une maladie qui se caractérise par des symptômes tels que la dyspnée, l'asthénie et des signes de rétention hydrosodée (œdèmes, prise de poids). Des signes d'anomalies structurelles cardiaques ou fonctionnelles, identifiés par échographie ou encore par dosage du peptide natriurétique de type B (BNP) et du N-terminal proBNP (NT-proBNP), sont aussi observés (70). L'ensemble de ces symptômes et les résultats biologiques participe au diagnostic. Une échographie cardiaque est réalisée lorsqu'un BNP est supérieur à 35 pg/ml et/ou un NT-proBNP supérieur à 125 pg/ml. Elle permet de mesurer la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) et de différencier l'IC par dysfonction systolique (FEVG altérée) de l'IC avec fonction systolique préservée (FEVG conservée).

Les principales causes de l'insuffisance cardiaque systolique sont les cardiopathies ischémiques, les valvulopathies et les cardiomyopathies. Ces pathologies vont diminuer les performances du myocarde sur la circulation sanguine : on observe une augmentation de la pression en amont du cœur (IC congestive) et une diminution de la pression en aval (insuffisance circulatoire systémique).

Pour compenser ce phénomène et apporter suffisamment de sang aux organes, des mécanismes se mettent en place comme l'augmentation de la fréquence cardiaque, de la volémie et la dilatation ventriculaire. Cependant, ces mécanismes de compensation sont *in fine* inefficaces voire délétères pour le muscle cardiaque puisqu'ils induisent un remodelage associé à l'apparition de troubles du rythme. De plus, si ces mécanismes de régulation sont perturbés, la décompensation cardiaque apparaît. Les facteurs déclenchants sont nombreux : une erreur thérapeutique, un apport excessif en sel, une infection ou la survenue d'une maladie surajoutée (poussée d'hypertension, anémie, embolie pulmonaire, déséquilibre d'un diabète...) peuvent provoquer une décompensation cardiaque.

Il existe deux classifications de l'IC chronique couramment utilisées, qui orientent sur la stratégie thérapeutique (tableau 6) :

- La classification selon la gravité de l'atteinte du muscle cardiaque (stade A à D),
- La classification NYHA selon la sévérité des symptômes et la capacité à l'exercice (stade I à IV) (71).

Tableau 6. Classifications des stades d'insuffisance cardiaque

Stade d'IC selon l'atteinte structurelle du muscle cardiaque		Sévérité selon les symptômes et l'activité physique (NYHA)	
Stade A	Risque élevé d'IC Pas de dysfonction cardiaque, pas de symptôme	Stade I	Pas de limitation des activités physiques ni de dyspnée lors des activités de la vie courante
Stade B	Dysfonction cardiaque sans symptôme fonctionnel ni signe clinique, à risque élevé de développement d'IC	Stade II	Limitation modérée des activités physiques, gêne lors des activités importantes, pas de gêne au repos
Stade C	IC symptomatique associée à une dysfonction cardiaque	Stade III	Limitation franche des activités physiques, gêne lors des activités même modérées de la vie courante, sans gêne de repos
Stade D	Cardiopathie évoluée, symptômes d'IC au repos malgré un traitement maximal	Stade IV	Incapacité de réaliser la plupart des activités de la vie courante sans gêne, gêne au repos

2.4.2. Parcours de soins des patients insuffisants cardiaques

Selon la société européenne de cardiologie (ESC), la prise en charge de l'insuffisance cardiaque doit être multidisciplinaire (70). Les objectifs sont d'améliorer la qualité de vie et de réduire la mortalité par la prévention des décompensations et des complications de l'IC chronique.

Les médicaments utilisés dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et cités dans les nouvelles recommandations 2021 de l'ESC peuvent être présentés en 3 volets (70) :

- Le traitement de fond pour ralentir la maladie et réduire le risque de décompensation cardiaque. On retrouve une stratégie de traitements combinés associant un inhibiteur de l'enzyme de conversion, un antagoniste de l'aldostérone, un β -bloquant et un inhibiteur du SGLT2,
- Le traitement de la décompensation cardiaque (diurétique et autres médicaments au cas par cas),
- Le traitement de la cardiopathie d'origine, cause de l'insuffisance cardiaque (en fonction du profil du patient : anticoagulant, anti-arythmique, etc...).

Les médicaments prescrits en fonction de l'indication sont cités dans les tableaux suivants (tableaux 7, 8 et 9) et les principales informations nécessaires à la réalisation des entretiens pharmaceutiques y sont répertoriées.

Ces médicaments sont managés par les médecins pour s'adapter au mieux à l'évolution des symptômes (titration de la posologie, majoration de la dose de furosémide en cas d'apparition d'œdèmes...).

Tableau 7. Médicaments utilisés dans le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque

Médicaments dans le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque			
Classe thérapeutique	Médicaments	Pharmacodynamie	Effets indésirables
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) <i>1^{ère} intention en cas d'altération de la FEVG</i>	Périndopril, Ramipril, Captopril, Enalapril, Fosinopril, Lisinopril, Quinalapril	Réduit le travail cardiaque : diminution de la pression de remplissage, des résistances vasculaires périphériques, augmentation du débit cardiaque.	Toux, hypotension, insuffisance rénale, hyperkaliémie, œdème bradykinique.
Antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II (ARA II) <i>En cas d'altération de la FEVG si traitement par IEC insuffisant ou si intolérance aux IEC</i>	Candésartan, Valsartan, Losartan	Diminue la pression artérielle, favorise la vasodilatation	Hyperkaliémie, Hypotension orthostatique, Insuffisance rénale, Œdème bradykinique.
Association fixe Sacubitril- Valsartan	ENTRESTO®	Régulation du tonus vasculaire, de la natriurèse et équilibre la fonction cardiaque	Hypotension, hyperkaliémie, altération de la fonction rénale.
Bêtabloquants <i>Toujours utilisés en association dans l'IC symptomatique</i>	β-bloquants sans activités sympathomimétiques : Bisoprolol, Carvédilol, Métoprolol, Nébivolol	Améliore la fonction ventriculaire en bloquant l'activité sympathique.	Cauchemars, Prise de poids, Vertige, hypotension, Hypoglycémie, Baisse de la libido.
Inhibiteurs de SGLT2	Dapaglifozine FORXIGA® Empaglifozine JARDIANCE®	Effet hypoglycémiant Effet natriurétique Effet néphroprotecteur Mécanisme cardiovasculaire non totalement élucidé	Infections génitales, infections des voies urinaires, polyurie, dysurie, sensation vertigineuse, constipation
Diurétiques	Diurétiques de l'anse Furosémide Bumétanide Diurétiques thiazidiques Hydrochlorothiazide Antagonistes de l'aldostérone Eplérénone Spironolactone Canrénoate de potassium Amiloride	Améliore la dyspnée, tolérance à l'effort et qualité de vie en diminuant la surcharge hydrique.	Augmentation de la diurèse Diurétiques thiazidiques & de l'anse : Hypokaliémie, Hyponatrémie Antagonistes de l'aldostérone : Hyperkaliémie Spironolactone et Canrénoate : Troubles endocriniens (effet anti-androgénique)

Tableau 8. Médicaments de la décompensation cardiaque

Exemple de médicaments dans le traitement de la décompensation			
Classe thérapeutique	Médicaments	Pharmacodynamie	Effets indésirables
Diurétiques <i>Posologie majorée dans la décompensation cardiaque</i>	<i>Cf tableau précédent</i>	<i>Cf tableau précédent</i>	<i>Cf tableau précédent</i>
Vasodilatateurs	Dérivés nitrés Trinitrine, Dinitrate d'isosorbide	Diminution des symptômes par réduction de la pré-charge, post-charge et les besoins en oxygène du myocarde.	Céphalée, Bouffée vasomotrice, Hypotension artérielle, Tachycardie réflexe.
Médicaments pour traiter le facteur déclenchant	Antibiotiques en cas d'infection, Anti-hypertenseurs en cas de poussée hypertensive, Anticoagulant en cas d'embolie pulmonaire, Etc...		

Tableau 9. Médicaments utilisés dans le traitement étiologique de l'insuffisance cardiaque

Exemple de médicaments dans le traitement de la cause de l'insuffisance cardiaque			
Classe thérapeutique	Médicaments	Indication	Effets indésirables
Anti-arythmiques	Digoxine Vérapamil et Diltiazem (cf ci-dessous)	Insuffisance cardiaque et fibrillation atriale	BAV, Arythmie auriculaire ou ventriculaire, Surdosage : confusion, nausée, anorexie, trouble de la vision.
Inhibiteur du courant pacemaker I_f	Ivabradine	Insuffisance cardiaque et fréquence cardiaque haute	Bradycardie avec hypotension, céphalée, Phosphène Allongement de l'intervalle QT.
Anticoagulants	- Antivitamines K : Warfarine, Fluindione - Anticoagulants oraux directs : Apixaban, Rivaroxaban, Dabigatran	Insuffisance cardiaque et fibrillation atriale	Hémorragies : épistaxis, hématuries, méléna... Eruption cutanée (Coumadine®)
Anti-hypertenseurs	Déjà cités : β bloquant, IEC, ARAII, diurétiques Inhibiteurs calciques : Diltiazem, Vérapamil (<i>tropisme cardiaque*</i>) Amlodipine, Lercanidipine, Nicardipine (<i>tropisme vasculaire</i>)	Hypertension artérielle <i>*Action bradycardisante : amélioration des symptômes de l'insuffisance cardiaque et les capacités à l'effort.</i>	Inhibiteur calcique <i>Tropisme vasculaire :</i> Œdèmes périphériques, hyperplasie gingivale réversible <i>Tropisme cardiaque :</i> Bradycardie, œdèmes
Statines	Pravastatine, Simvastatine, Atorvastatine, Fluvastatine, Rosuvastatine	Insuffisance cardiaque et coronaropathie	Cytolyse hépatique Rhabdomyolyse, myalgie

Si le traitement médicamenteux n'est pas suffisant, il existe aussi des traitements non médicamenteux invasifs comme :

- La resynchronisation ventriculaire : il est parfois observé un asynchronisme ventriculaire dans l'insuffisance cardiaque qui peut être corrigé par l'utilisation d'un stimulateur bi-ventriculaire.
- Le défibrillateur implantable : cet appareil, relié au réseau électrique du myocarde, permet de corriger des troubles du rythme ventriculaire et d'éviter les morts subites.

De plus, le respect des règles hygiéno-diététiques fait partie intégrante de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en passant par un régime alimentaire peu salé et une activité physique régulière. L'éducation thérapeutique du patient est aussi essentielle : elle permet d'apporter au patient les connaissances pour réaliser l'importance de son traitement et savoir réagir en cas de décompensation.

2.4.3. État des lieux de l'éducation du patient insuffisant cardiaque

La société française de cardiologie (SFC) remarque que de nombreuses hospitalisations sont dues à une erreur ou un arrêt de la thérapeutique par méconnaissance du patient et évoque l'éducation thérapeutique pour répondre à cette problématique. Avec la Task Force française sur l'éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques, la SFC a publié des recommandations pour un programme structuré multiprofessionnel. Cette publication fait notamment état des différents types de structures qui se sont développés pour l'éducation de ces patients. Il existe des expériences locorégionales avec des unités thérapeutiques d'IC et des centres de réadaptation, des prises en charge en réseau et aussi de nombreuses prises en charges plus locales, comme par exemple les entretiens pharmaceutiques à l'hôpital, mais qui sont peu documentées (72).

Le rapport des propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 explique que les recommandations actuelles, comme celles exposées dans le guide de la HAS « Parcours de soins insuffisance cardiaque », ciblent les principaux points critiques du parcours du patient décrits dans la figure 4. L'hospitalisation du patient est un des points critiques du parcours durant laquelle il est

recommandé d'initier l'éducation thérapeutique, dans le but d'améliorer l'observance et la compréhension des signes de décompensation pour éviter les réhospitalisations (37).



Figure 4. Points critiques dans le parcours du patient insuffisant cardiaque selon la HAS

D'ailleurs, l'évaluation du programme d'éducation I-CARE (Insuffisance cardiaque : éduCation théRapeutiqueE) de 2007 à 2010, créé par la HAS avec des sociétés savantes de cardiologie (SFC et Fédération Française de Cardiologie), a mis en évidence une mortalité plus élevée de un à deux ans, pour les patients non éduqués *versus* les patients éduqués. Elle a permis aussi de montrer les difficultés de mise en place d'un programme complet et de ses problématiques : maillage territorial complexe, ressources humaines insuffisantes, disponibilité des patients... Cette évaluation a abouti à l'élaboration d'un guide d'aide à la création d'un programme. Les patients ne bénéficient parfois pas d'un programme complet mais peuvent déjà bénéficier d'une éducation à la sortie de l'hôpital, qui selon la HAS permet de réduire le risque de décès et de réhospitalisation à 3 mois de 35% (73). Le programme se distingue en 3 temps :

- le médecin explique au patient sa maladie, les causes et le lien avec les traitements,
- l'équipe paramédicale informe sur les signes de décompensation,
- la diététicienne intervient pour expliquer le régime sans sel (74).

L'Assurance Maladie souhaite aussi davantage sécuriser un autre point critique qui est la sortie d'hospitalisation du patient en poursuivant les efforts accomplis grâce au programme de retour à domicile « Prado » depuis 2013. Celui-ci a déjà prouvé, par sa mise en œuvre, une amélioration de la qualité de la prise en charge et une réduction de la mortalité. Le but est de poursuivre l'amélioration du parcours du patient avec son éducation en s'appuyant sur les plans d'action régionaux (75).

Dans le Finistère, selon la plateforme ETP 29, deux programmes d'ETP déclarés à l'ARS sont proposés : un par la polyclinique de Keraudren à Brest intitulé « Éducation thérapeutique du

patient souffrant d'IC » et un par le centre hospitalier de Carhaix intitulé « ETP IC Carhaix » (63). Le pharmacien hospitalier participe à ces programmes sur le thème de la prise en charge médicamenteuse.

A l'HIA sur une période de 6 mois (du 1^{er} mai au 31 octobre 2021), 100 patients insuffisants cardiaques ont été hospitalisés dans le service du pôle médical. Des explications sur la maladie et les traitements sont données au patient au moment des visites médicales par le cardiologue.

2.5. Les besoins de terrain

2.5.1. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient

La prise en charge médicamenteuse comprend de nombreuses étapes (prescription, dispensation, administration, information du patient, surveillance...), chacune comportant des risques d'erreurs. La polymédication (plus de 5 médicaments prescrits sur une période minimum de 3 mois) que peut engendrer une maladie chronique augmente le risque iatrogène (effets indésirables provoqués par la prise médicamenteuse). Selon le rapport de l'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) de 2009, les médicaments sont la troisième cause d'évènements indésirables graves liés aux soins (60 000 à 130 000 par an) dont 48% sont jugés évitables. Les étapes de transition du parcours de soins sont davantage à risque puisque pour environ la moitié des patients une erreur ou une divergence interviendrait entre les traitements prescrits en ville et à l'hôpital (76).

Par conséquent, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est une préoccupation majeure et est intégrée dans la loi HPST. Le pharmacien peut apporter son expertise à toutes les étapes afin de participer à cette sécurisation. Par exemple, la réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie ou encore l'éducation du patient permettent de réduire les risques et de consolider la continuité de prise en charge en améliorant la transmission des informations entre les différents professionnels de santé (décloisonnement ville-hôpital) et en incluant davantage le patient.

Enfin, des études montrent l'intérêt de débiter l'éducation du patient au cours d'une hospitalisation pour décompensation de la maladie chronique afin de sécuriser davantage la prise

en charge. En effet, soigner la décompensation sans expliquer au patient serait plus à risque de réhospitalisation et les patients seraient plus réceptifs aux recommandations à ce moment de leur prise en charge (77).

A l'HIA, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est une des missions qualité de la PUI. Les conciliations médicamenteuses et les entretiens pharmaceutiques à l'instauration des anticoagulants oraux réalisés par l'interne en pharmacie dans le pôle médical en sont des exemples.

2.5.2. Impliquer davantage le patient dans son parcours de soins

Le patient, malade chronique, entre dans un parcours de soins complexe et doit pouvoir trouver sa place en tant qu'acteur de sa prise en charge pour que celle-ci soit optimale. Pour proposer une offre éducative efficiente, il faut que celle-ci réponde aux attentes des patients. A. Bruno et A. Ferracioli ont réalisé une enquête auprès des patients diabétiques de type 2 et atteints de maladies respiratoires chroniques pour identifier leurs besoins face à leur thérapeutique. Parmi les principaux besoins cités on retrouve :

- La gestion pratique et utilisation des médicaments : adaptation du traitement au quotidien, la gestion des oublis, l'automédication, la gestion des effets indésirables et des associations médicamenteuses...
- Explications sur les traitements et modes d'actions
- Percevoir l'importance des prises
- Être rassuré (78).

Les patients recherchent à être davantage impliqués dans leur prise en charge (empowerment) et pour eux cela passe principalement par une communication davantage facilitée avec les professionnels de santé. Ceux-ci doivent être disponibles sans que les patients aient « peur de déranger » (79). Ils sont fervents d'un temps dédié leur permettant de mieux comprendre leur parcours par des explications sur leur maladie et leur traitement. Ils recherchent à limiter l'impact et les contraintes de la maladie et du traitement sur la vie quotidienne en élaborant une stratégie adaptée et personnalisée. Par exemple, ils attendent des conseils sur les moments de prise de médicaments ou encore recherchent à inclure un proche dans le processus de soin. Concernant la forme, il est préféré un vocabulaire simple et une présentation des informations de façon ludique.

Les attentes des médecins en termes éducatif viennent compléter celles des patients puisque la finalité est la même : savoir gérer au mieux son traitement et sa maladie au quotidien. Le patient doit avoir compris l'intérêt des médicaments et la conduite à tenir en cas d'effets indésirables ou de modifications de prises.

Le pharmacien va pouvoir favoriser l'implication du patient et répondre à ses attentes, notamment via des moments éducatifs ou de transmission d'informations. Pour les patients hospitalisés à l'HIA, le temps dédié pour accompagner les patients dans l'apprentissage peut être développé et passer par la création d'entretiens pharmaceutiques ciblés.

2.5.3. Objectifs pédagogiques généraux dans les maladies chroniques

Le croisement des besoins éducatifs des patients et des soignants exposés par Bruno et Ferracioli (78) permet de définir des objectifs pédagogiques pour développer une démarche éducative le temps de l'hospitalisation :

- Comprendre la maladie et les symptômes,
- Comprendre le mécanisme d'action des médicaments et le rôle de chacun dans la maladie,
- Connaître les principaux effets indésirables et leur gestion,
- Connaître les principales interactions médicamenteuses et l'importance de sécuriser l'automédication,
- Acquérir les techniques particulières d'administration de certains médicaments (insuline, inhalateurs),
- Savoir reconnaître les signes d'aggravation des symptômes et connaître la conduite à tenir en cas de survenue,
- Savoir gérer et adapter son traitement à sa vie (voyage, oubli de prise...).

3. La qualité au service de la pharmacie clinique

3.1. Les outils

3.1.1. L'évaluation des pratiques professionnelles

La loi définit l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique » (80). Concrètement il s'agit de comparer ce qui est fait à ce qui devrait être fait à la vue des recommandations professionnelles. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins et de prise en charge du patient.

Il existe plusieurs méthodes pour mener à bien une EPP : audit clinique, patient traceur, revue de pertinence, chemin clinique, etc... Dans tous les cas, des critères d'évaluation de la pratique professionnelle sont définis. Ils sont, selon la HAS, « l'énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire une référence, c'est-à-dire une source d'information validée » (81).

La mesure de ces critères permet d'évaluer les pratiques professionnelles réelles et de les comparer aux recommandations professionnelles. Une concertation pluriprofessionnelle est conseillée pour l'analyse qui aboutit à la définition des mesures correctives à appliquer afin que le travail soit le plus exhaustif et juste possible. Le plan d'action regroupe l'ensemble de ces mesures correctives.

Pour évaluer la mise en œuvre de ce plan d'action, des indicateurs de suivi sont à définir. La HAS définit les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) comme des variables qui décrivent un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. Ils s'appuient sur des recommandations, des guides de bonne pratique et la réglementation. Le guide de la HAS « Indicateurs dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient » distingue 3 types d'indicateurs :

- Les indicateurs de structures pour analyser ce qui est mis en place pour produire une éducation de qualité ;
- Les indicateurs de processus pour analyser la qualité de la mise en œuvre de l'activité ;
- Les indicateurs de résultats qui mesurent les résultats de la prise en charge (82).

3.1.2. Le chemin clinique

Le chemin clinique est une des méthodes permettant l'évaluation des pratiques professionnelles. Il correspond à la description des différentes étapes d'un processus de prise en charge d'un patient à laquelle on associe les outils nécessaires à sa réalisation.

Selon la HAS, cette méthode vise à « planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques ». Elle explique les grandes lignes à suivre pour la réalisation d'un chemin clinique :

- Description du processus, définition des bonnes pratiques par l'analyse de la littérature, définition des critères d'inclusion et d'exclusion des patients ;
- Élaboration du chemin clinique se présentant sous la forme d'un tableau avec la liste des actes à réaliser et les outils associés. Les outils sont les procédures, les modes opératoires, les fiches techniques et référentiels utilisés ainsi que les documents de traçabilité comme les comptes rendus ;
- Une analyse des écarts de pratiques doit être réalisée, suivie de la mise en place d'actions correctives (plan d'action).

De plus, une veille documentaire doit être réalisée pour mettre à jour le chemin clinique en fonction des nouvelles recommandations (83).

3.2. Les critères de qualité pour l'éducation du patient

3.2.1. Critères de qualité d'une ETP *sh*

Le modèle d'éducation du patient avant la sortie d'hospitalisation nécessite, tout comme n'importe quelle action d'éducation, une structuration pour assurer sa qualité. On y retrouve d'ailleurs les recommandations pour mener un entretien pharmaceutique citées dans les précédents paragraphes :

- Identifier les besoins du patient, sa capacité à comprendre et à s'impliquer dans sa prise en charge (pour cibler le contenu de l'entretien) ;

- Identifier les compétences que le patient doit acquérir pour la sécurité de sa prise en charge ;
- Pratiquer la « pédagogie participative » par un échange interactif et en utilisant des supports pédagogiques.

Il est aussi recommandé de planifier un suivi (par exemple téléphonique) pour renforcer l'implication du patient à domicile et d'évaluer la réalisation de l'ETP *sh* auprès des patients et de l'équipe soignante (49).

La qualité d'une ETP *sh* repose sur deux principes. Le premier est l'adéquation du contenu au profil du patient c'est-à-dire à ses représentations et ses connaissances de la maladie, sa maîtrise de la langue, son état émotionnel, etc... Le second concerne les modalités de l'entretien en lui-même soit le moment de la réalisation, le fait de reformuler, d'utiliser des outils visuels et de reprendre les principaux messages éducatifs, etc...

3.2.2. Critères de qualité d'un outil pédagogique

La HAS a établi des critères d'évaluation pour les documents écrits d'information à destination des patients. Ces critères d'évaluation sont regroupés en deux parties : rigueur de l'élaboration et rigueur du contenu, détaillés dans l'annexe 2 (84).

En résumé, un document de qualité a été élaboré en impliquant les patients et les différents experts à chaque étape. Les objectifs doivent être bien définis et les informations hiérarchisées, construites sur des recommandations fiables et compréhensibles. Le support doit être pratique et lisible. Son moment d'utilisation doit être défini, propice à l'implication du patient dans sa prise en charge. D'un point de vue du contenu, il doit répondre aux attentes des patients et être objectif sur le rapport bénéfice/risque des traitements et leur impact sur la qualité de vie. Il peut contenir des illustrations pertinentes et intégrer une rubrique de sources d'informations supplémentaires. Dans tous les cas, le document doit être daté et sa mise à jour programmée.

**CHAPITRE II - Une évaluation des pratiques
professionnelles pour créer des entretiens
pharmaceutiques ciblés**

1. Contexte

Le pôle médical accueille des patients hospitalisés avec des besoins informatifs et éducatifs, notamment dans les pathologies chroniques du domaine de la cardiologie, pneumologie et médecine interne. Les activités quotidiennes de l'interne en pharmacie au sein du pôle médical sont bien établies et sont dépendantes du turn-over des patients.

Ainsi, une activité complémentaire peut être développée comme les entretiens pharmaceutiques ciblés. Comme il est expliqué dans la première partie, les entretiens pharmaceutiques répondent aux besoins de terrain, en participant d'une part à l'implication du patient dans son parcours de soins et d'autre part à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

L'objectif est d'appliquer une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour créer et mettre en place des entretiens pharmaceutiques ciblés de qualité, qui correspondent aux besoins des différents acteurs. La finalité du travail est d'intégrer ces entretiens pharmaceutiques ciblés dans le parcours de soins des patients atteints de diabète, de BPCO ou d'insuffisance cardiaque, au cours de leur hospitalisation à l'HIA de Brest.

2. Méthodologie

2.1. Adaptation d'une EPP à la mise en place d'une nouvelle activité

2.1.1. Réunions avec l'équipe qualité

Communément, une EPP est réalisée sur une activité déjà mise en place. Dans notre cas, il s'agit d'intégrer une nouvelle activité dans le parcours de soins du patient. Pour se faire, deux réunions avec l'équipe du service qualité et gestion des risques (SQGR) de l'établissement ont été réalisées.

La première a consisté en la présentation du projet et la définition de la démarche à suivre pour aboutir à la mise en place des entretiens pharmaceutiques ciblés et la seconde a permis d'adapter l'outil qualité utilisé pour définir un plan d'action et les modalités de suivi.

2.1.2. Stratégie définie

La démarche définie et suivie pour mettre en place les entretiens pharmaceutiques ciblés peut se décomposer en plusieurs grandes étapes :

- Définition précise des besoins des patients et des médecins.
- Application de la méthode du chemin clinique pour définir :
 - la chronologie de la réalisation des entretiens,
 - l'élaboration d'entretiens de qualité au regard des recommandations (plan d'actions).
- Évaluation de la mise en œuvre du plan d'action, c'est-à-dire de la mise en place des entretiens pharmaceutiques.

2.1.3. Présentation de l'outil qualité adapté

La trame habituelle du SQGR de l'établissement pour la réalisation d'un chemin clinique a été adaptée en modifiant certains volets selon la description ci-dessous :

- Le volet « processus » qui permet de décrire les étapes de l'entretien et le volet « acteurs » associé sont maintenus.
- Le volet « outils nécessaires » se transforme en « pratiques et outils déjà en place ».
- Le volet « écarts » qui relate des écarts entre la pratique actuelle et le volet « recommandations » n'ont pas lieu d'être étant donné qu'il n'y a pas de pratique (pas d'entretiens pharmaceutiques ciblés) déjà en place. Il est donc remplacé par un volet « recommandations » pour confronter les différentes étapes de l'entretien aux recommandations actuelles.
- Le volet « action » est maintenu et permet de définir les actions à mettre en œuvre pour créer les entretiens.
- Le volet « modalité de suivi » est aussi maintenu car il permet de suivre la mise en œuvre des actions.
- Le volet « cotation du risque » a été supprimé car il est utilisé en cas de pratique déjà en place pour évaluer les risques des écarts de pratique par rapport aux recommandations.

La trame finale adaptée et utilisée est présentée dans le tableau 10 ci-dessous.

Tableau 10. Trame de l'outil qualité utilisée

PROCESSUS - CHEMIN CLINIQUE	ACTEURS	Pratiques et outils déjà en place	RECOMMANDATIONS	ACTIONS	MODALITES DE SUIVI DES ACTIONS
1 -					
2 -					
3 -					

2.2. Identification des besoins

Les différents acteurs ont été sollicités pour identifier les besoins auxquels doivent répondre les entretiens pharmaceutiques ciblés.

2.2.1. Les maladies chroniques ciblées

L'entretien pharmaceutique ciblé nécessite une connaissance et un contenu des outils pédagogiques spécifiques à la maladie chronique. Il a donc été nécessaire de cibler les maladies pour lesquelles les entretiens pharmaceutiques seraient créés.

Le choix s'est porté sur les maladies chroniques les plus rencontrées selon l'activité quotidienne de l'interne en pharmacie, dans chaque spécialité du pôle médical, et pour lesquelles l'éducation du patient est plébiscitée dans les recommandations (*cf* Chapitre 1). Dans un premier temps, nous avons proposé et validé auprès de l'équipe médicale les maladies ciblées suivantes : l'insuffisance cardiaque et la BPCO. Puis, à la demande de l'interniste, le diabète a complété la liste.

2.2.2. Les besoins des patients

Les besoins des patients ont été identifiés par la diffusion auprès d'eux d'un questionnaire intitulé « Aidez-nous à vous proposer un entretien pharmaceutique qui vous convient ! » présenté dans l'annexe 3. Celui-ci a été créé pour identifier les thèmes qu'aimeraient aborder les patients pendant les entretiens pharmaceutiques.

Il comprend 10 questions sur les thèmes suivants : physiopathologie de la maladie, explications sur les décompensations/exacerbations, présentation des médicaments (mécanismes d'action,

modalités de prises...), interactions médicamenteuses, astuces pour gérer le traitement en voyage, etc...

Le patient peut choisir entre deux réponses : « Cela m'intéresse beaucoup » ou « Cela m'intéresse moins », avec la possibilité de commenter. Après la présentation de l'objectif du questionnaire au patient, il peut répondre soit en autonomie, soit avec l'aide de l'interne en pharmacie.

2.2.3. Les besoins des médecins spécialistes

Les médecins spécialistes du service ont été sollicités grâce à des réunions pluridisciplinaires pour apporter leur expertise. Trois pneumologues, deux cardiologues et une interniste y ont participé. Dans un premier temps, pour définir avec eux les objectifs pédagogiques. Puis dans un second temps, le contenu des outils pédagogiques (donc des entretiens) leur a été présenté pour qu'ils puissent apporter des précisions et les valider.

2.3. Présentation du chemin clinique réalisé

La méthode du chemin clinique (CC) a donc été choisie pour réaliser l'EPP afin de décrire précisément les étapes de l'entretien pharmaceutique ciblé. Ces étapes sont ensuite confrontées aux recommandations pour définir les actions à mettre en place. Le CC permet aussi d'évaluer la qualité de la mise en place des entretiens par la définition d'indicateurs de suivi.

Le chemin clinique qui a été construit est spécifique à l'entretien pharmaceutique ciblé. Il est présenté dans le tableau 11. La donnée d'entrée correspond aux patients hospitalisés dans le service, avec la liste des médicaments établie. Le CC se décompose en 3 étapes auxquelles correspondent des acteurs et des outils déjà en place dans le service. La donnée de sortie se traduit par la sortie d'hospitalisation du patient. La définition de ce CC permet d'inclure les entretiens pharmaceutiques ciblés dans le parcours de soins des patients hospitalisés, dont ceux atteints d'une maladie chronique.

Tableau 11. Description du chemin clinique sur les entretiens pharmaceutiques ciblés

DONNEE D'ENTREE : Patients hospitalisés dans le service POLE MEDICAL avec la liste des médicaments établie		
PROCESSUS - CHEMIN CLINIQUE	ACTEURS	Pratiques et outils déjà en place
1 : Sélectionner les patients auprès desquels réaliser l'entretien	Pharmacien, Interne en pharmacie Préparateur en pharmacie, Médecin, Interne en médecine	Logiciel AMADEUS : dossier patient, prescription Transmissions (STAFF et visites) du service
2 : Rencontre avec le patient et/ou son entourage pour réaliser l'entretien	Pharmacien, Interne en pharmacie, Préparateur en pharmacie	Néant
3 : Tracer l'entretien pharmaceutique	Pharmacien, Interne en pharmacie, Préparateur en pharmacie	Répertoire - adresses pharmaciens d'officine et médecins généralistes du Finistère. Logiciel AMADEUS : planning PHARMACIE
DONNEE DE SORTIE : patient sortant d'hospitalisation du POLE MEDICAL		

2.3.1. Étape 1 : la sélection des patients

Les patients pour lesquels est réalisé l'entretien peuvent être sélectionnés par l'interne en pharmacie, le pharmacien ou le préparateur en pharmacie grâce aux informations obtenues dans le dossier informatisé du patient et lors des transmissions du service. Le médecin ou l'interne en médecine peut aussi prescrire l'entretien pharmaceutique via l'Application Médico-Administrative Des Unités de Soins (AMADEUS) qui regroupe les dossiers patients et les prescriptions. Elle se résume à la fusion des applications CROSSWAY® (gestion de dossier patient) et GAM® (Gestion Administrative du Patient) de la société McKESSON.

2.3.2. Étape 2 : l'entretien pharmaceutique

Il s'agit du temps d'échange entre le patient et l'interne en pharmacie, le pharmacien ou le préparateur en pharmacie. Le lieu d'échange principal défini est la chambre du patient. Il est possible que le patient soit accompagné d'un ou plusieurs proches pendant l'entretien.

Il n'y avait pas de pratique et outil déjà en place pour la réalisation des entretiens pharmaceutiques ciblés sur les maladies chroniques.

2.3.3. Étape 3 : traçabilité de l'entretien

L'échange qui a lieu doit être tracé dans le dossier informatisé du patient par l'interne en pharmacie, le pharmacien ou le préparateur en pharmacie ayant réalisé l'entretien. Une cotation de l'acte « entretien pharmaceutique » est déjà disponible dans AMADEUS.

La pharmacie de ville du patient peut être informée de cet entretien, il existe d'ailleurs un fichier répertoriant les coordonnées des pharmacies d'officine du département.

Il n'existe cependant pas de compte rendu pré-rempli pour ce type d'entretien.

A partir du chemin clinique, un travail a été réalisé pour définir un plan d'action et de suivi pour la mise en place des entretiens pharmaceutiques : ce travail est détaillé dans les paragraphes suivants et résumé sous forme de tableau à l'annexe 4.

2.4. Recommandations

L'étude de la littérature (décrite dans la première partie) a permis d'identifier les recommandations pour la réalisation d'entretiens pharmaceutiques de qualité. Elles ont été associées aux différentes étapes du chemin clinique dans le tableau 12. Les principaux documents de référence utilisés sont la fiche mémo "Les entretiens pharmaceutiques" de la SFPC (5) ainsi que le guide d'élaboration d'un document d'information à destination des patients et des usagers de la HAS (85).

Tableau 12. Recommandations associées aux différentes étapes du chemin clinique

PROCESSUS - CHEMIN CLINIQUE	RECOMMANDATIONS
1 : Sélectionner les patients auprès desquels réaliser l'entretien	1-A : Entretien pharmaceutique ciblé sur la maladie chronique
	1-B : S'assurer de la capacité du patient à participer
	1-C : Établir la liste des traitements
	1-D : Patient autonome dans sa prise en charge médicamenteuse
2 : Rencontre avec le patient et/ou son entourage pour réaliser l'entretien	2-A : Se présenter et présenter les objectifs de l'entretien
	2-B : Réalisation de l'entretien pharmaceutique dans un lieu défini
	2-C : Définir l'organisation de l'entretien
	2-D : Contenu : informations conformes aux recommandations actuelles sur la pathologie chronique et les traitements
	2-E : Repérer les besoins du patient, ses ressources, ses freins et sa motivation
	2-F : Évaluer l'adhésion
	2-G : Évaluer l'automédication
	2-H : Évaluer les connaissances et compétences du patient sur : - sa pathologie, ses médicaments (<i>indication, mécanisme, posologie et modalités de prises, suivi clinico-biologique, surveillance</i>). - les effets indésirables (<i>savoir les identifier, prévenir, limiter, connaître la conduite à tenir</i>) Évaluer le comportement du patient face à une situation à risque (<i>comme un oubli, des vomissements, des interactions médicamenteuses</i>)
	2-I : Apporter / consolider les connaissances sur le traitement et la maladie = objectifs pédagogiques
	2-J : Évaluer la bonne compréhension des informations transmises
3 : Tracer l'entretien pharmaceutique	3-A : Le patient a un document informatif qui résume les explications apportées durant l'entretien
	3-B : Toute proposition pharmaceutique doit être consignée dans un document sous forme d'avis ou de compte rendu et figurer dans le dossier patient
	3-C : Communiquer/Transmettre aux autres professionnels de santé

2.5. Plan d'action et suivi

2.5.1. Définition du plan d'action

Pour chaque recommandation, des actions ont été définies pour permettre la création des entretiens pharmaceutiques ciblés. L'ensemble forme le plan d'action et est présenté dans le tableau 13.

Tableau 13. Plan d'action (se référer au tableau 12 pour les intitulés des recommandations)

CC	RECOMMANDATIONS	ACTIONS
1	1-A	Définition d'un critère d'inclusion : <i>(patients atteints d'une maladie chronique dont le diagnostic est clairement identifié dans le dossier)</i>
	1-B	Définition d'un critère d'exclusion : <i>(patient incapable de communiquer)</i>
	1-C	Définition d'un critère d'inclusion <i>(liste des traitements établies)</i>
	1-D	Définition d'un critère d'exclusion : <i>(le patient n'est pas autonome dans sa prise en charge médicamenteuse)</i>
2	2-A	Rédaction d'une fiche technique décrivant les modalités de l'entretien
		Former les professionnels à l'entretien
	2-B	Rédaction d'une fiche technique décrivant les modalités de l'entretien
	2-C	Rédaction d'une fiche technique décrivant les modalités de l'entretien <i>(entretien semi directif individuel, 30-60 min, définition d'un code couleur des cartes pour organiser les thèmes à aborder)</i>
	2-D	Recherches bibliographiques sur les recommandations dans les maladies chroniques concernées
		Réunion pluridisciplinaire avec médecin
	2-E	Former les professionnels à l'éducation du patient
	2-F	Rédaction d'une fiche technique décrivant les modalités de l'entretien
	2-G	Rédaction d'une fiche technique décrivant les modalités de l'entretien
	2-H	Définition des objectifs pédagogiques
		Création d'un questionnaire de connaissances avant/après
		Création d'un jeu de cartes comprenant des questions avec proposition de réponses pour le patient
2-I	Création d'un jeu de cartes comprenant une partie explicative aux questions posées	
	Utiliser une tablette pour présenter des vidéos explicatives aux patients	
2-J	Créer des cartes de mises en situation Créer un questionnaire de connaissance Avant/Après	
3	3-A	Création d'un livret d'information patient
	3-B	Compléter un compte rendu pré-rempli "entretien pharmaceutique" dans le dossier patient (AMADEUS)
	3-C	Définir les destinataires (officine, médecin traitant) du CR Définir les modalités de transmission du CR (messagerie sécurisée, fax...)

2.5.2. Modalités de suivi du plan d'action

Pour suivre la réalisation du plan d'action, des outils et indicateurs de suivi ont été définis (Tableau 14) et un fichier Microsoft Excel® a été créé avec des items à renseigner pour exploiter les différentes données issues des entretiens.

Tableau 14. Suivi des actions (se référer au tableau 13 pour les intitulés des actions)

CC	RECOMMANDATIONS & ACTIONS	MODALITES DE SUIVI DES ACTIONS
1	1-A	Indicateurs de suivi (de structure)
	1-B	
	1-C	
	1-D	
2	2-A	Fiche technique présente dans le MAQ (manuel d'assurance qualité)
		Planning de formation des acteurs Questionnaire satisfaction des acteurs
	2-B	Fiche technique présente dans le MAQ (manuel d'assurance qualité)
	2-C	Fiche technique présente dans le MAQ (manuel d'assurance qualité) Indicateur de processus (patient traceur durée entretien...)
	2-D	Bibliographie définissant le contenu des entretiens Planning de mise à jour des informations
		Planning des réunions Questionnaire satisfaction médecin
		Attestation de formation / habilitation
	2-E	Compte-rendu de l'entretien
	2-F	Compte-rendu de l'entretien
	2-H	Fiche technique
		Résultats du questionnaire de connaissances avant/après
		Compte-rendu
2-I	Compte-rendu	
	Indicateurs de suivi (processus) : <i>nombre d'utilisation, questionnaire satisfaction</i>	
2-J	Résultats du questionnaire de connaissances Compte rendu	
3	3-A	Compte rendu (indiquant la remise du livret) Résultat du questionnaire de satisfaction patient
	3-B	Compte rendu
	3-C	Résultats du questionnaire de satisfaction auprès des officines

3. Création des entretiens pharmaceutiques ciblés

Les actions établies à partir des recommandations sont regroupées dans le tableau 13 et dans l'annexe 4. Elles ont été appliquées pour mettre en place les entretiens pharmaceutiques et décrites ci-après.

3.1. La procédure et les documents associés

Le manuel d'assurance qualité de la PUI comporte une procédure de pharmacie clinique qui s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Cette procédure a été mise à jour en y incluant les entretiens pharmaceutiques ciblés sur les maladies chroniques.

Une fiche technique reliée à la procédure a été créée pour guider à la préparation et à la réalisation des entretiens pharmaceutiques au sein du parcours du patient hospitalisé. Elle s'accompagne d'un support (Annexe 5), qui peut être rempli au fur et à mesure des étapes décrites dans la fiche technique et qui comprend :

- La description du patient : identité, chambre, autonomie.
- La liste des médicaments liés à sa maladie chronique.
- Les critères d'inclusion :
 - patients atteints d'une des maladies chroniques suivantes : IC, BPCO, diabète,
 - liste des médicaments établie.
- Les critères d'exclusion : le patient est incapable de communiquer et/ou le patient n'est pas autonome dans la prise des médicaments.
- La liste des objectifs pédagogiques à cocher en fonction de ce qui a été abordé pendant l'entretien.

Ce support, comme une « grille d'entretien », permet donc de rassembler l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation des entretiens et de renseigner les informations utiles à transmettre sur le compte rendu.

3.2. Les jeux de cartes

3.2.1. Choix de l'outil pédagogique

Les recommandations issues de la recherche bibliographique ont permis de choisir l'outil le plus adapté à l'entretien pharmaceutique ciblé et de le développer. Il a été décidé de créer un jeu de cartes « questions-réponses » pour chaque maladie chronique ciblée (BPCO, IC et diabète), qui doit permettre de guider l'entretien, favoriser la prise de parole du patient et l'apprentissage ludique.

Pour répondre à cela, le recto des cartes comporte des questions avec des propositions de réponses, parmi lesquelles le patient peut choisir celles qui lui semblent vraies. Au verso, se trouve la réponse accompagnée d'explications, soutenant le discours du pharmacien.

Afin de produire un contenu adapté et de qualité, chacun des jeux a été développé de la même façon selon les recommandations trouvées dans la bibliographie et décrites dans la première partie. Les étapes de la création, inspirées du guide méthodologique d'élaboration d'un document d'information de la HAS (85), sont décrites par la suite et synthétisées dans le diagramme présenté ci-dessous (Figure 5).

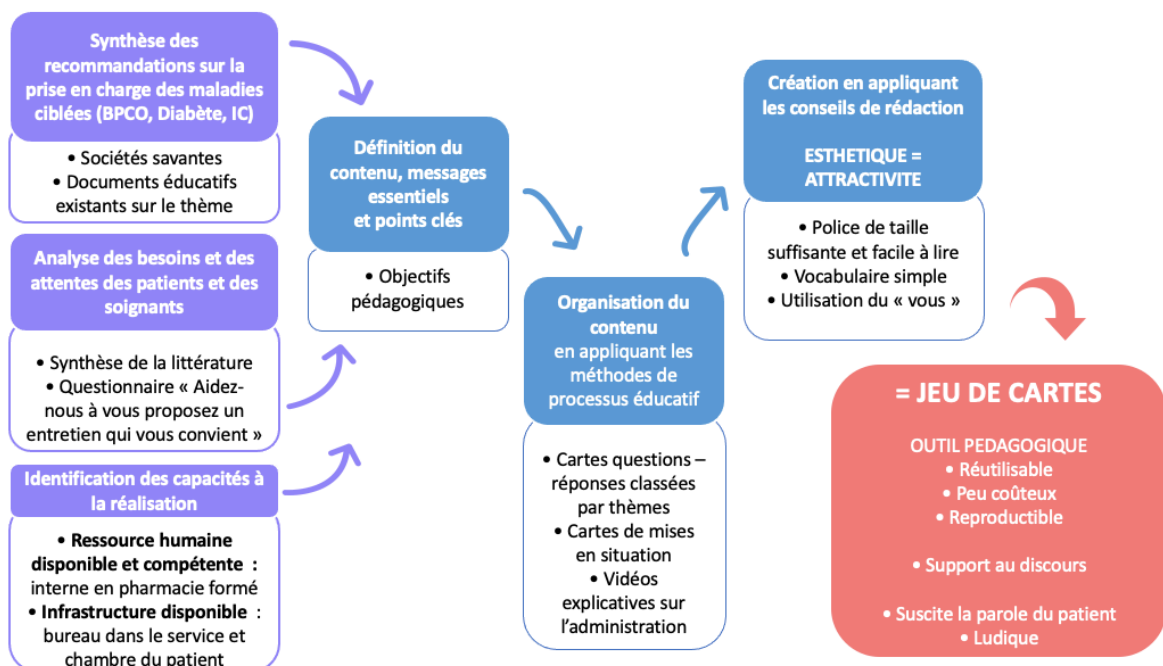


Figure 5. Étapes d'élaboration d'un outil pédagogique

3.2.2. Définition du contenu

Dans le but de définir un contenu éducatif complet, une synthèse bibliographique des recommandations de prise en charge de chaque pathologie a été réalisée en se basant sur les sociétés savantes et les documents d'éducation du patient existants dans la littérature.

En complément, dans le but de rendre l'entretien le plus attractif possible pour les patients, une bibliographie sur leurs besoins et attentes a été réalisée et est synthétisée dans le paragraphe « 2.5.2. Impliquer davantage le patient » de la partie 1.

Enfin, les résultats du questionnaire diffusé au patient, « Aidez-nous à vous proposer un entretien pharmaceutique qui vous convient » (Annexe 3), ont permis d'identifier les thèmes pour lesquels les patients ont le plus d'attrait.

Treize patients hospitalisés et atteints des maladies ciblées ont répondu au questionnaire sur deux mois. Les pourcentages de patients intéressés en fonction des thèmes sont résumés dans le diagramme suivant (Figure 6).

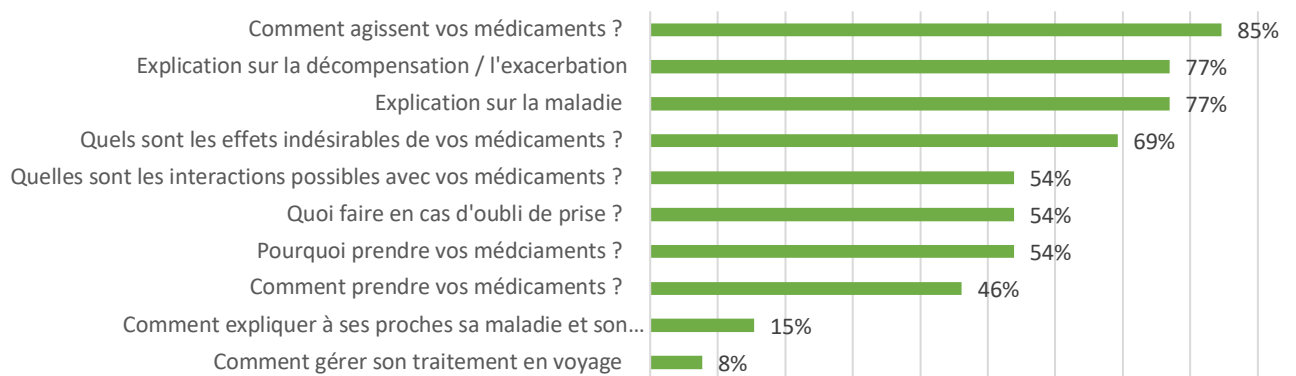


Figure 6. Pourcentage de patients intéressés par les différents thèmes (N=13)

Les thèmes que les patients souhaiteraient le plus aborder pendant l'entretien sont ceux sur le mécanisme d'action des médicaments, la physiopathologie de la maladie ainsi que les explications sur la décompensation / exacerbation. Les thèmes les moins plébiscités sont ceux sur la gestion du traitement en voyage et comment aborder la maladie avec ses proches.

Certains patients qui sont intéressés par les explications sur la maladie ne sont pas intéressés par des explications sur la décompensation et inversement.

Pour beaucoup de patients, discuter de la façon d'aborder leur maladie avec leurs proches ne les intéresse pas, car selon eux ils n'ont pas de soucis pour en parler ou alors ils n'en ressentent pas le besoin.

De même pour les voyages, beaucoup de patients n'ayant pas l'habitude de voyager ont répondu que ce thème ne les intéressait pas.

Dans les commentaires libres, un patient atteint de BPCO ne voyait pas l'intérêt pour lui de l'entretien car il a un bon suivi par son pneumologue qui lui suffit.

On y retrouve aussi une demande sur les explications des génériques.

En parallèle, les attentes des médecins du service en termes éducatif pour le patient ont été recueillies par le biais d'une réunion pluridisciplinaire, en complément des informations trouvées dans la littérature. Les principales demandes ressorties sont :

- Pour les patients BPCO, les pneumologues aimeraient que les entretiens abordent les modalités d'administration des inhalateurs et leur place dans la stratégie de prise en charge.
- Pour les patients insuffisants cardiaques, les cardiologues souhaitent que le patient comprenne bien la différence d'indication entre les médicaments et leur lien avec la décompensation cardiaque.
- Pour les patients diabétiques, l'interniste spécialisée en endocrinologie estime que les entretiens doivent permettre au patient de comprendre les modalités de prise de ses médicaments, de suivi de la maladie et la conduite à tenir en cas de glycémie anormale.

3.2.3. Les objectifs pédagogiques

L'étude de la littérature et la concertation des différents acteurs ont permis de définir les objectifs pédagogiques auxquels doivent répondre les entretiens pharmaceutiques et donc les outils associés :

- Comprendre la physiopathologie de la maladie et les symptômes.
- Comprendre l'indication et le mécanisme d'action des médicaments.
- Connaître les posologies, modalités de prise et d'administration des médicaments. Par exemple, le bon usage des dispositifs d'inhalation pour les patients BPCO ou l'utilisation des stylos à insuline pour les patients diabétiques.

- Comprendre l'importance de l'observance pour la qualité de vie.
- Savoir identifier et réagir face à l'aggravation des symptômes de la maladie. C'est-à-dire une exacerbation pour les patients atteints de BPCO, une décompensation cardiaque pour les patients insuffisants cardiaques ou encore une hyperglycémie pour les patients diabétiques.
- Savoir identifier les effets indésirables des médicaments et connaître la conduite à tenir en cas de survenue.
- Connaître les interactions médicamenteuses possibles.
- Connaître la conduite à tenir en cas d'oubli de prise d'un médicament.
- Comprendre le suivi clinico-biologique en lien avec les médicaments et les décompensations.
- Savoir gérer son traitement lors d'un départ en voyage.

3.2.4. Organisation du contenu

Afin d'organiser le contenu de façon cohérente, les questions sont classées par thème et un code couleur a été défini pour les cartes en fonction du sujet qu'elles abordent :

- Carte rose : la maladie
- Carte violette : la prise en charge thérapeutique de la maladie et son suivi
- Carte bleue : les médicaments
- Carte verte : le voyage & la vie quotidienne

Le contenu des cartes a été rédigé en respectant les conseils de rédactions et de présentations retrouvés dans la littérature pour un outil pédagogique :

- Police suffisamment grande et lisible.
- Utilisation d'un vocabulaire simple et de phrases courtes.
- Mise en évidence des points clés.
- Mise en page et couleurs attrayantes.
- Utilisation d'illustrations.
- Utilisation d'un ton personnel par utilisation du « vous » pour impliquer davantage le patient.

Des extraits des cartes contenues dans les jeux créés sont présentés dans l'annexe 6.

En complément des jeux de cartes, une tablette numérique est utilisée pour présenter aux patients les vidéos sur l'administration des inhalateurs (proposées par le guide Zéphir® de la SPLF (68)) ainsi que sur l'administration de l'insuline (58).

Enfin, une carte « règle du jeu » (Figure 7) permet d'expliquer en image les modalités d'utilisation du jeu de cartes pendant l'entretien pharmaceutique. Elle explique au patient qu'il peut choisir le ou les thèmes (ou couleurs) qu'il souhaite aborder et présente le fonctionnement des cartes.



Figure 7. Carte "Règle du jeu"

3.2.5. Production des jeux de cartes

Les jeux de cartes ont été créés à partir du logiciel Microsoft PowerPoint®. Ils ont ensuite été imprimés, découpés, plastifiés et reliés par le service reprographie de l'établissement.

Leur composition est décrite dans le tableau 15.

Tableau 15. Composition des jeux de cartes

Thèmes	Ce qui est abordé	BPCO	Diabète	Insuffisance cardiaque
Maladie	Physiopathologie Causes Symptômes Décompensation	5 cartes	5 cartes	5 cartes
Prise en charge thérapeutique et suivi	Résumé et intérêt de la prise en charge	1 carte	2 cartes	2 cartes
Médicaments	Indication (de fond et de crise/ décompensation) Mécanismes d'action, effets indésirables Conduite à tenir en cas d'oubli Mises en situation (observance) Interactions médicamenteuses	11 cartes	12 cartes	12 cartes
Voyage / Maladie au quotidien	Conseils pour gérer sa maladie et ses traitements au quotidien et/ou lors d'un voyage	2 cartes	1 carte	2 cartes

Ces jeux de cartes devront faire l'objet d'une mise à jour régulière en fonction des recommandations en vigueur, ce qui est mentionné dans la fiche technique (1 fois par an).

3.3. Les livrets patients

Il est recommandé de remettre au patient un document informatif (recommandation 3-A du tableau 12) qui résume les explications apportées durant l'entretien. Pour se faire, il a été décidé de créer des livrets à remettre aux patients à la fin des entretiens. L'annexe 7 présente un extrait de ces livrets.

Ils ont tous le même design et la même organisation en ce qui concerne le contenu puisqu'ils reprennent les thèmes associés au code couleur. Les informations synthétisées à partir des cartes réponses des jeux y sont regroupées. Le livret contient aussi une page pour noter les rendez-vous médicaux ainsi qu'une autre pour noter les coordonnées des professionnels de santé.

3.4. Le compte rendu

Les informations transmises lors de l'entretien doivent être tracées dans le dossier du patient (recommandation 3-B du tableau 12). Pour se faire, un compte rendu pré-rempli informatique a été créé et est disponible dans le logiciel AMADEUS®, ce qui permet de le rattacher au dossier informatisé du patient.

Le compte rendu (Annexe 8) mentionne la maladie chronique pour laquelle le patient a bénéficié de l'entretien et la liste des objectifs pédagogiques à cocher comme abordés, non abordés, à consolider. Un espace est dédié aux remarques, notamment sur les points à revoir avec le patient. Enfin, les coordonnées de la PUI sont renseignées afin que les professionnels de santé lisant le compte rendu puissent adresser leurs questions.

La fiche technique précise que ce compte rendu doit être envoyé à la pharmacie de ville du patient en s'aidant du répertoire des pharmacies d'officine déjà créé pour l'activité de conciliation médicamenteuse.

3.5. La formation des professionnels de santé

Une formation a été réalisée auprès des acteurs pouvant être amenés à réaliser les entretiens pharmaceutiques (Action 2-E du tableau 13) : pharmaciens, interne en pharmacie et préparateurs en pharmacie. Les objectifs de la formation sont de présenter l'organisation concrète d'un entretien, de donner les clés pour sa réalisation ainsi qu'apporter les connaissances nécessaires sur les pathologies ciblées.

Ainsi, la formation a été réalisée à l'aide d'un diaporama comprenant :

- La description du format de l'entretien pharmaceutique et son objectif : améliorer la connaissance du patient sur sa maladie et ses médicaments afin de favoriser son implication dans sa prise en charge.
- Le logigramme détaillant les différentes étapes et les outils associés (Annexe 9).
- La présentation du contenu d'un jeu de carte (BPCO).
- La réalisation des entretiens en pratique (Figure 8).

L'ENTRETIEN EN PRATIQUE



- Lieu : chambre du patient
- Durée : en moyenne 30-45 minutes
- **Se présenter et présenter les objectifs de l'entretien :**
vérifier que le patient est réceptif

Exemple :

« Bonjour, je suis Lola, interne en pharmacie.

Je viens vous rencontrer pour discuter avec vous de votre BPCO et de vos traitements, et répondre à vos éventuelles questions.

Etes-vous disponible maintenant ou pouvons-nous programmer un entretien plus tard ? »

- Expliquer le système du jeu de cartes → utiliser la carte « règle du jeu »
- Proposer les différents thèmes à aborder
- Adapter son discours / ses explications au patient
- Identifier les ressources et les freins du patient sur la prise en charge de sa maladie

Ex : oubli de prise → conseil : mettre une alarme, associer la prise à une activité quotidienne ...



- **Conclure et remettre le livret au patient**

Exemple : « Avez-vous d'autres questions ? Si jamais vous avez d'autres questions plus tard, n'hésitez pas à nous solliciter ».

Figure 8. Extrait du diaporama de formation aux entretiens pharmaceutiques ciblés

3.6. Élaboration des outils de suivi du plan d'action

3.6.1. Présentation du document Microsoft Excel® de suivi

Le fichier Microsoft Excel® créé pour renseigner les indicateurs de suivi du plan d'action comprend les items suivants :

- Les indicateurs de structure : description des patients (âge, sexe, autonomie, motifs d'hospitalisation, maladie chronique, liste des médicaments), description de l'entretien (qui prescrit, qui réalise, durée de réalisation des différentes étapes) et des modalités de transmission du compte rendu.
- Les indicateurs de processus : conciliations d'entrée et de sortie réalisées, outils utilisés pendant l'entretien, thèmes abordés pendant l'entretien, résultats du questionnaire de connaissances des patients.
- Les indicateurs de résultats : résultats des enquêtes de satisfactions.

3.6.2. Rédaction des questionnaires sur les connaissances des patients

Ils permettent d'évaluer les connaissances du patient comme il est recommandé de le faire pour la réalisation des entretiens pharmaceutiques (cf Tableau 12, recommandation 2-H : Évaluer les connaissances et compétences des patients).

Un questionnaire spécifique à chaque maladie chronique a été rédigé et permet de balayer rapidement l'ensemble des objectifs pédagogiques (exemple de questionnaire en Annexe 10).

Ils comprennent 5 questions avec des réponses à choix multiples et sont imprimés sur papier. La première question est commune à chaque questionnaire : le patient doit citer les médicaments qu'il prend pour sa maladie chronique (il peut s'aider de son ordonnance ou de ses boîtes de médicaments pour les reconnaître). Les questions et les réponses proposées sont présentées dans les tableaux 16, 17 et 18 suivants.

Tableau 16. Questionnaire de connaissances pour les patients diabétiques

Questions	Propositions de réponses
Q2- Le diabète est diagnostiqué lorsque le taux de sucre dans le sang est de plus de 1,26g/l à jeun et à deux reprises :	<ul style="list-style-type: none"> - Vrai - Faux - Je ne sais pas
Q3- Comment est régulée la glycémie ?	<ul style="list-style-type: none"> - L'hormone impliquée est la dopamine - Une hormone est produite en fonction du taux de sucre dans le sang - L'hormone est produite par le foie - Je ne sais pas
Q4- L'hémoglobine glyquée :	<ul style="list-style-type: none"> - Se mesure grâce au lecteur de glycémie - Donne le taux du sucre dans le sang - Reflète l'équilibre glycémique - Je ne sais pas
Q5- Tous les médicaments pour le diabète peuvent provoquer une hypoglycémie	<ul style="list-style-type: none"> - Vrai - Faux - Je ne sais pas

Tableau 17. Questionnaire de connaissances pour les patients atteints de BPCO

Questions	Propositions de réponses
Q2- Quelle est la principale cause de développement de la BPCO ?	<ul style="list-style-type: none"> - Une mauvaise alimentation - Le tabac - Une réaction allergique - Je ne sais pas
Q3- Savez-vous comment se développe la maladie ?	<ul style="list-style-type: none"> - La paroi des bronches gonfle sous l'action d'un irritant - Les sécrétions deviennent plus fluides - De l'eau se met dans les poumons - Je ne sais pas
Q4- Concernant les médicaments utilisés dans le traitement de la BPCO :	<ul style="list-style-type: none"> - Les médicaments utilisés agissent sur tout le corps - Certains médicaments vont avoir pour effet de dilater les bronches - Certains médicaments vont provoquer l'inflammation des bronches - Je ne sais pas
Q5- J'utilise toujours le même traitement, que ce soit en période de crise/décompensation ou non :	<ul style="list-style-type: none"> - Vrai - Faux - Je ne sais pas

Tableau 18. Questionnaire de connaissances pour les patients insuffisants cardiaques

Questions	Propositions de réponses
Q2- Quels sont les symptômes de l'insuffisance cardiaque ?	<ul style="list-style-type: none"> - Gain d'énergie - Œdèmes des jambes et des chevilles - Perte de poids - Je ne sais pas
Q3- Concernant la décompensation cardiaque :	<ul style="list-style-type: none"> - Elle survient lorsque le traitement est efficace - Elle peut se manifester par une perte de poids rapide - Elle peut se manifester par des essoufflements - Je ne sais pas
Q4- Concernant le furosémide (LASILIX®) :	<ul style="list-style-type: none"> - Il ralentit le rythme du cœur - Il permet d'éliminer les œdèmes - Il est toujours utilisé à la même dose - Je ne sais pas
Q5- Les médicaments utilisés sont les mêmes que ce soit en période de décompensation ou non :	<ul style="list-style-type: none"> - Vrai - Faux - Je ne sais pas

Le patient répond à ce questionnaire avant puis après l'entretien. Après présentation de l'objectif du questionnaire au patient, il répond en autonomie ou avec l'aide de l'interne en pharmacie.

3.6.3. Élaboration des enquêtes de satisfaction

Les enquêtes de satisfaction auprès des différents acteurs doivent permettre d'optimiser l'organisation et la réalisation des entretiens pharmaceutiques en fonction des réponses.

a) Questionnaire de satisfaction à destination des patients

Un questionnaire (Annexe 11) a été rédigé pour enquêter sur la satisfaction des patients vis-à-vis de l'entretien. Il comprend 5 questions ainsi qu'un espace pour des commentaires libres. Le questionnaire imprimé sur une feuille de papier est remis au patient à la fin de l'entretien pour qu'il puisse le remplir en autonomie et de façon anonyme. Le questionnaire peut aussi être rempli avec l'aide de l'interne en pharmacie si le patient le souhaite.

b) Questionnaire de satisfaction sur la formation de l'équipe pharmaceutique

Un questionnaire de satisfaction (Annexe 12) a été remis à la fin de la formation interne à la pharmacie. Il comprend 6 questions fermées avec possibilité de commenter pour évaluer la satisfaction des préparateurs en pharmacie, de l'interne en pharmacie et du pharmacien sur le contenu de la formation et évaluer leur attrait pour réaliser des entretiens pharmaceutiques.

c) Questionnaire de satisfaction à destination des médecins du service

Un questionnaire de satisfaction des médecins sur leur implication, l'organisation et le contenu des entretiens a été rédigé (Annexe 13) et comprend 8 questions fermées avec possibilité de les commenter. Il a été diffusé aux 6 médecins concernés via un lien Google Forms® envoyé par mail.

d) Questionnaires de satisfaction à destination de l'interne en pharmacie

Un questionnaire (Annexe 14) a été rédigé pour l'interne en pharmacie réalisant les entretiens pour évaluer sa satisfaction et établir son retour d'expérience. Il comprend 10 questions auxquelles l'interne en pharmacie doit répondre via un lien Google Forms®.

e) Questionnaire de satisfaction à destination des pharmaciens de ville

Un questionnaire de satisfaction a été rédigé (Annexe 15) et comprend 5 questions pour connaître l'avis des pharmaciens d'officine sur les informations transmises et les modalités de transmissions. Le pharmacien répond soit à l'écrit sur le formulaire et retourne sa réponse par fax ou par mail, soit il répond directement aux questions que lui pose l'interne en pharmacie par téléphone.

L'ensemble des actions (tableau 13) mises en place au regard des recommandations et présentées précédemment a permis d'élaborer les entretiens pharmaceutiques ciblés et de les évaluer.

4. Évaluation de la mise en place des entretiens

Les modalités de suivi du plan d'action indiquées dans le tableau 14 ont été appliquées pour évaluer les résultats de la mise en place des entretiens pharmaceutiques. Grâce au renseignement des items du fichier Microsoft Excel® de suivi, les données ont pu être exploitées sur une période de 6 mois (octobre 2021 à mars 2022 avec une pause de novembre à début décembre lié au changement d'interne). Ainsi deux internes en pharmacie se sont succédés pour réaliser les entretiens : j'ai réalisé les premiers entretiens et l'interne du semestre suivant les autres.

4.1. Indicateurs de structure

4.1.1. Nombre de patients hospitalisés et nombre d'entretiens réalisés

Le tableau 19 regroupe le nombre de patients, par pathologie chronique ciblée, hospitalisés durant la période de réalisation des entretiens (d'octobre 2021 à mars 2022). L'extraction a été réalisée à partir des données du département d'information médicale (D.I.M.).

Tableau 19. Nombre de patients atteints des maladies chroniques ciblées hospitalisés dans le pôle médical sur la période de réalisation des entretiens pharmaceutiques

Nombre de patients hospitalisés	
BPCO	68
Diabète	67
Insuffisance cardiaque	73

Au cours de la période, 23 entretiens pharmaceutiques ciblés sur les pathologies chroniques ont été réalisés par l'interne en pharmacie, soit une moyenne de 1 à 2 entretiens par semaine. Parmi ces 23 entretiens, 11 ont été réalisés auprès de patients diabétiques, 10 auprès de patients atteints de BPCO et 2 auprès de patients insuffisants cardiaques.

4.1.2. Description des patients ayant bénéficiés des entretiens pharmaceutiques ciblés

L'âge moyen des patients ayant bénéficié des entretiens pharmaceutiques est de 65 ans, 39% sont des hommes (n=9) et 61% sont des femmes (n=14) (Tableau 20).

Tableau 20. Répartition des patients bénéficiant d'entretiens pharmaceutiques ciblés par genre et moyenne d'âge par pathologie

	Homme	Femme	Moyenne d'âge	Écart-type âge (minimum et maximum)
BPCO (N=10)	10 %	90 %	62 ans	62 – 84 ans
Diabète (N=11)	64 %	36 %	60 ans	25 – 81 ans
Insuffisance cardiaque (N=2)	50 %	50 %	38 ans	57 – 76 ans

Les motifs d'hospitalisation des patients, par pathologie ciblée, sont décrits dans le tableau 21. Dans la majorité des cas, les patients rencontrés étaient hospitalisés pour un motif en lien avec leur pathologie chronique, que ce soit pour une découverte ou une décompensation.

Tableau 21. Motifs d'hospitalisation des patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique ciblé

Pathologie ciblée par l'entretien	Motifs d'hospitalisation		Nombre de patients
BPCO	Découverte	Découverte de BPCO sur décompensation	1
	Exacerbation	Dyspnée / Insuffisance respiratoire	5
		Décompensation de BPCO associée à un syndrome coronarien aigu sans sus décalage ST (SCA ST-)	2
	Autres	Hyponatrémie, chute	1
		Sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique (SIADH)	1
Diabète	Découverte	Découverte de diabète	5
	Déséquilibre	Déséquilibre de diabète	2
	Autres	Infection au membre inférieur	1
		Altération de l'état général sur carcinome hépatocellulaire	1
		Dyspnée et épanchement pleural	1
		Transfert de réanimation suite à infection au SRAS COV2 associé à un AVC ischémique	1
Insuffisance cardiaque	Découverte	Décompensation cardiaque avec trouble du rythme et sur crise d'asthme	1
	Autres	Anémie ferriprive chronique sur méléna	1

Les patients rencontrés étaient tous capables d'interagir pendant l'entretien. Dans un seul cas le patient était accompagné d'un de ses proches.

La liste des traitements a systématiquement été établie avant la réalisation de l'entretien pharmaceutique ciblé, soit par consultation du dossier informatisé, soit par la réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée.

L'autonomie des patients vis-à-vis de la prise médicamenteuse est présentée dans le graphique ci-dessous (Figure 9). On distingue parmi les passages infirmiers différents types de prise en charge : pour un patient cela se traduit par la préparation du pilulier et pour l'autre il s'agit d'une aide à l'injection de l'insuline.

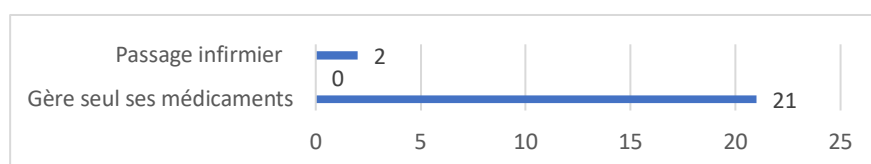


Figure 9. Autonomie des patients vis-à-vis de leur prise médicamenteuse (N=23)

4.1.3. Médicaments prescrits et indiqués pour la maladie chronique ciblée

a) Bronchopneumopathie chronique obstructive

Dix patients atteints de BPCO hospitalisés ont bénéficié d'un entretien pharmaceutique ciblé sur la période étudiée.

La figure 10 présente le nombre de dispositifs d'inhalation différents par patient.

Tous les patients ont au moins un inhalateur. La majorité en a au moins 2 différents.

Globalement, les patients ont un à deux inhalateurs pour la crise et un à deux inhalateurs pour le traitement de fond.

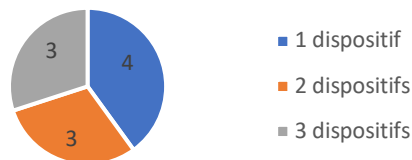


Figure 10. Nombre d'inhalateurs différents par patient

Parmi les types de dispositifs d'inhalation, on retrouve les aérosols doseurs pressurisés, les nébuliseurs, les inhalateurs de poudre en gélule unidose et les inhalateurs de poudre multidoses (Figure 11).



Figure 11. Types d'inhalateurs prescrits

Pour le traitement de la crise, c'est majoritairement un bronchodilatateur d'action rapide et courte de la classe des β_2 -agonistes qui est prescrit (Figure 12).

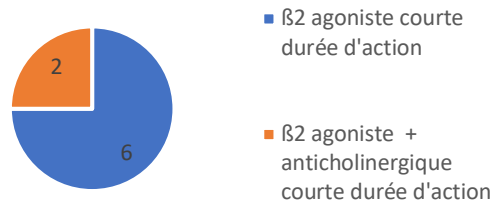


Figure 12. Médicaments de la BPCO prescrits pour les crises

En ce qui concerne le traitement de fond, les patients rencontrés étaient soit sous bithérapie de bronchodilatateurs longue durée d'action, soit sous trithérapie associant 2 bronchodilatateurs longue durée d'action avec un corticoïde inhalé (Figure 13).

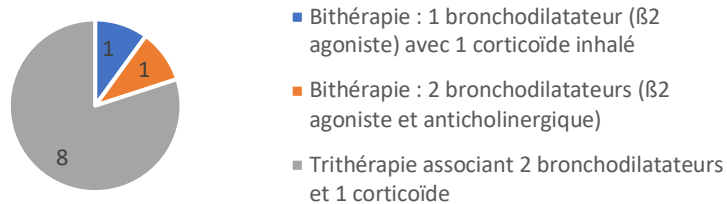


Figure 13. Médicaments de la BPCO prescrits en traitement de fond

Un patient ayant bénéficié d'un entretien était sous oxygène à domicile.

Le tableau 22 décrit les thérapies introduites durant l'hospitalisation, dans le cadre de l'exacerbation de la BPCO.

Tableau 22. Traitement instauré pour prendre en charge l'exacerbation pendant l'hospitalisation

TRAITEMENT INSTAURÉ DANS LE CADRE DE L'HOSPITALISATION		NOMBRE DE PATIENTS CONCERNES
Nébulisation	Ipratropium / Terbutaline	10
Oxygénothérapie		8
Antibiothérapie per os	Amoxicilline/acide clavulanique, Céfotaxime et spiramycine, Azithromycine	4
Corticoïde per os	Prednisone	1
Passage du kinésithérapeute		10

b) Diabète

Onze patients diabétiques hospitalisés ont bénéficié de l'entretien pharmaceutique ciblé sur la période étudiée.

La répartition du type de diabète et le nombre de médicaments prescrits selon le type de diabète sont décrits dans la figure 14. Les patients rencontrés lors des entretiens pharmaceutiques avaient entre 1 et 4 médicaments indiqués pour leur diabète. La majorité des patients rencontrés avait un diabète de type 2.

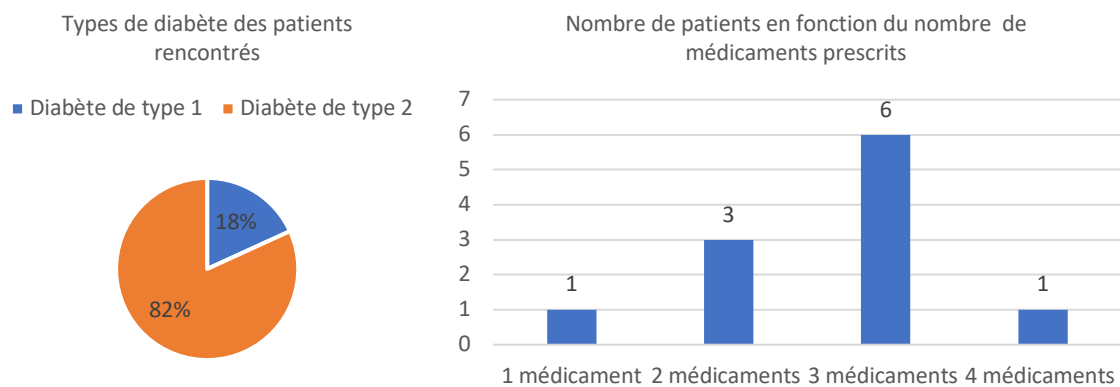


Figure 14. Types de diabète et nombre de médicaments

La figure 15 présente les associations médicamenteuses prescrites chez les patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique.

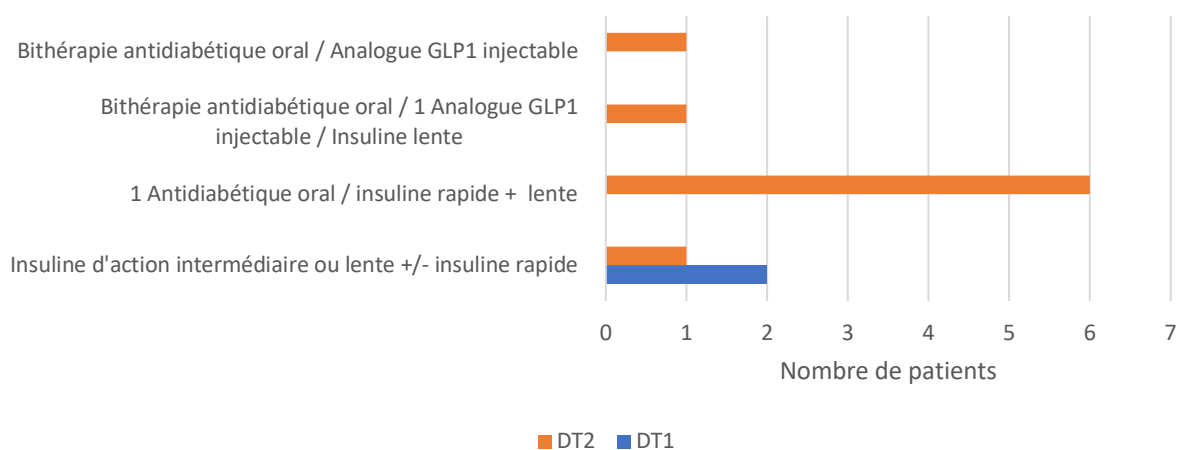


Figure 15. Médicaments prescrits pour le diabète chez les patients ayant bénéficiés d'un entretien

Les patients diabétiques de type 1 rencontrés étaient tous traités par injection d'insuline.

Pour les patients diabétiques de type 2, ils avaient un à deux antidiabétiques oraux dont la metformine plus ou moins un sulfamide hypoglycémiant (ex : glimépiride), associés à de l'insuline. Parmi eux, deux patients avaient aussi un analogue de GLP1 injectable (dulaglutide : Trulicity®) dans leur arsenal thérapeutique. Un patient diabétique de type 2 avait uniquement de l'insuline.

c) Insuffisance cardiaque

Deux patients insuffisants cardiaques hospitalisés ont bénéficié de l'entretien pharmaceutique ciblé sur la période étudiée.

Les médicaments prescrits aux patients et indiqués dans l'insuffisance cardiaque sont décrits dans le tableau 23 ci-dessous.

Tableau 23. Médicaments prescrits chez les patients rencontrés, pour leur insuffisance cardiaque

Médicaments prescrits		Patient 1 <i>Hospitalisé pour une découverte IC</i>	Patient 2 <i>Hospitalisé pour une anémie</i>
Traitement de fond			
β-bloquants	<i>Nébivolol, Bisoprolol</i>	X	X
IEC	<i>Entresto®</i>	X	X
Diurétique	<i>Spironolactone, Furosémide</i>	X	
Inhibiteur SGLT2	<i>Forxiga®</i>	X	
Traitement de crise			
Diurétique	<i>Furosémide</i>	X	NA
Traitement de la cause			
Anticoagulant	<i>Eliquis®</i>		X
Anti-arythmique	<i>Amiodarone</i>	X	X

4.1.4. Description de l'entretien

Tous les entretiens ont été réalisés par un interne en pharmacie. Dans 91% des cas (n=21) l'entretien a été réalisé à l'initiative de l'interne, dans les autres cas (9%, n=2) il s'agissait d'une demande du médecin spécialiste (Figure 16).

4.1.5. Compte rendu et cotation de l'acte

Une fois l'entretien réalisé, l'interne prend en moyenne 15 minutes pour compléter le compte rendu pré-rempli dans le dossier informatisé du patient et pour le transmettre à la pharmacie de ville. Le compte rendu est transmis soit par messagerie (13%), soit par fax (87%) (Figure 18). Le répertoire interne regroupant les pharmacies de ville du Finistère est utilisé par l'interne pour connaître les coordonnées de la pharmacie du patient.

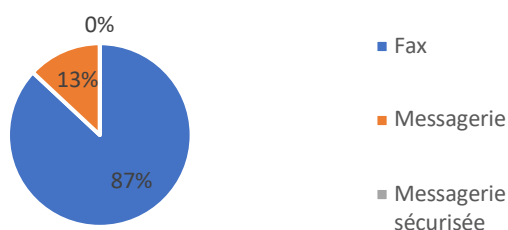


Figure 18. Moyens de transmission du compte rendu à la pharmacie de ville

4.2. Indicateurs de processus

4.2.1. Conciliations médicamenteuses d'entrée et de sortie

Cinquante-sept pour cent des patients (n=13) vus en entretiens pharmaceutiques ciblés ont bénéficié d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et 69% d'entre eux (n=9) ont aussi bénéficié d'une conciliation médicamenteuse de sortie, avec transmission du compte rendu à la pharmacie de ville du patient.

4.2.2. Entretiens réalisés

Sur les 25 entretiens proposés aux patients, 23 ont été réalisés, car 2 patients ont refusé l'entretien :

- un patient diabétique, car il n'y trouvait pas d'intérêt,
- un patient BPCO car il était trop fatigué pour le faire

4.2.3. Outils utilisés et thèmes abordés

a) Les outils utilisés

Pour chaque entretien, le jeu de cartes a systématiquement été utilisé et le livret a été remis au patient.

La présentation des vidéos sur l'administration des inhalateurs a été réalisée dans 60% des entretiens sur la BPCO (n=6). En ce qui concerne la vidéo sur l'administration de l'insuline, elle a été montrée pour 36% des entretiens sur le diabète (n=4).

b) Les thèmes abordés

Les patients pouvaient choisir parmi les cartes proposées les thèmes qu'ils souhaitaient aborder pendant l'entretien pharmaceutique.

La figure 19 représente la répartition des thèmes abordés lors des entretiens pour les 3 pathologies confondues. On observe que la physiopathologie de la maladie, le mécanisme d'action, les modalités de prise et les effets indésirables des médicaments ainsi que le suivi clinico-biologique (BPCO et IC) ont systématiquement été abordés.

En revanche, les interactions médicamenteuses ont été abordées dans 91% des entretiens. Les conduites à tenir en cas d'oubli de prise et en cas de décompensation ont été abordées dans 78% des cas. Enfin, dans 43% des entretiens la gestion du médicament en voyage a été traitée.

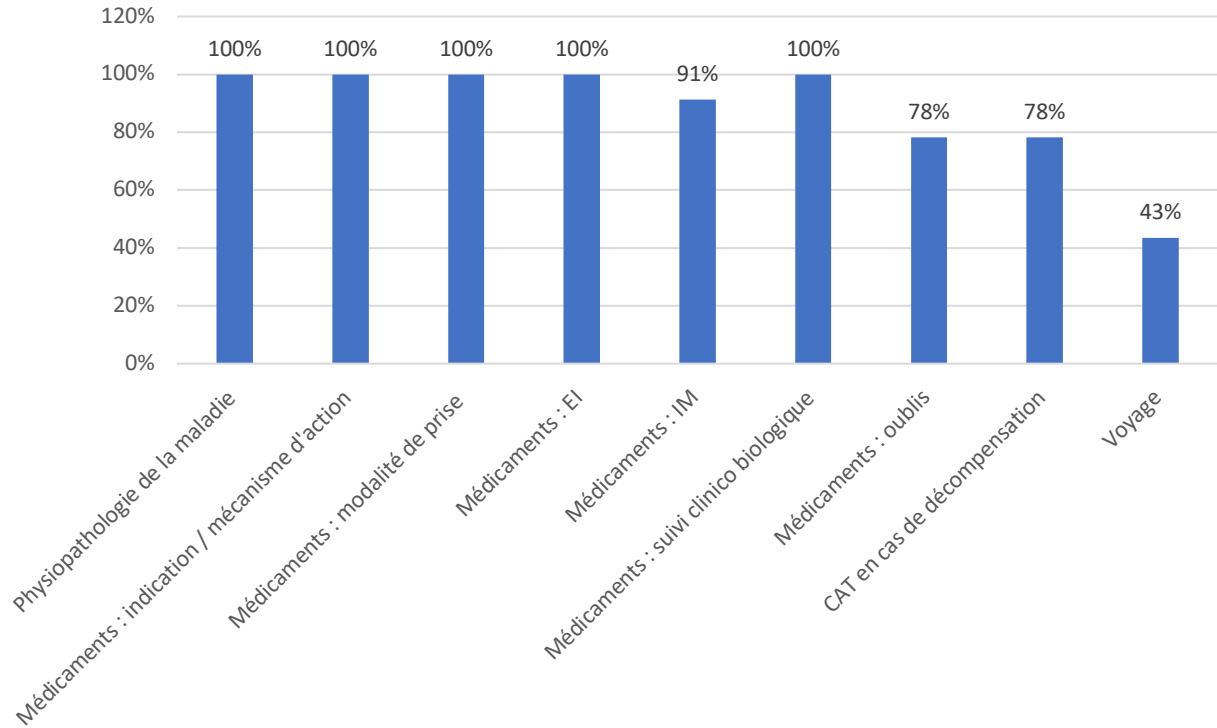


Figure 19. Répartition en pourcentage des thèmes abordés pendant les entretiens (N=23)

Les résultats des thèmes abordés par pathologie sont présentés dans la figure 20.

On observe que les interactions médicamenteuses ont toujours été présentées pendant les entretiens sur l'insuffisance cardiaque et la BPCO et dans 91% des cas pour les entretiens auprès des patients diabétiques. La conduite à tenir en cas d'oubli de prise a systématiquement été abordée pour les patients atteints de diabète ou d'insuffisance cardiaque et pour 90% des patients atteints de BPCO.

Quant à la conduite à tenir en cas de décompensation, elle a été abordée dans tous des entretiens sur l'insuffisance cardiaque, dans 80% des entretiens sur la BPCO et 73% des entretiens sur le diabète.

Enfin, pour la gestion des médicaments en voyage, ce thème a été abordé pour 55% des patients diabétiques, 50% des patients insuffisants cardiaques, et 30% des patients BPCO vus en entretien.

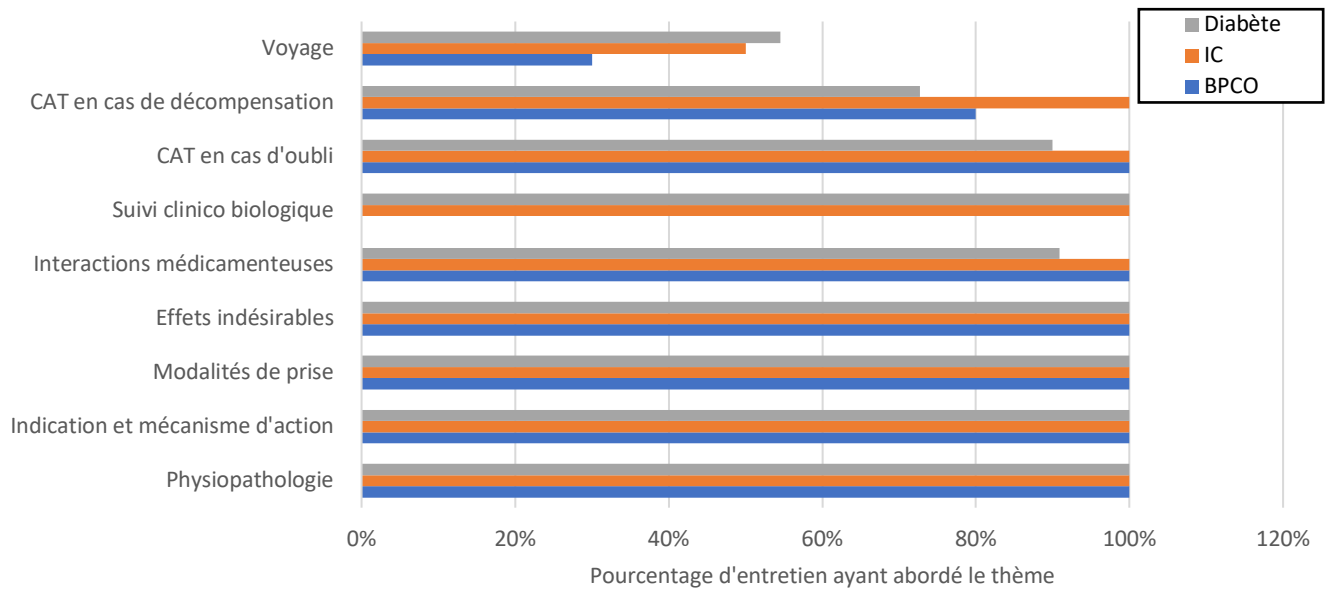


Figure 20. Répartition en pourcentage des thèmes par pathologie

La figure 21 compare les thèmes plébiscités par les patients ayant répondu au sondage (N=13) *versus* les thèmes réellement abordés durant les entretiens pharmaceutiques réalisés avec d'autres patients (N=23). On notera la différence d'effectif en biais de comparaison. On observe la même tendance entre les résultats du sondage et ce qui a été abordé en entretien.

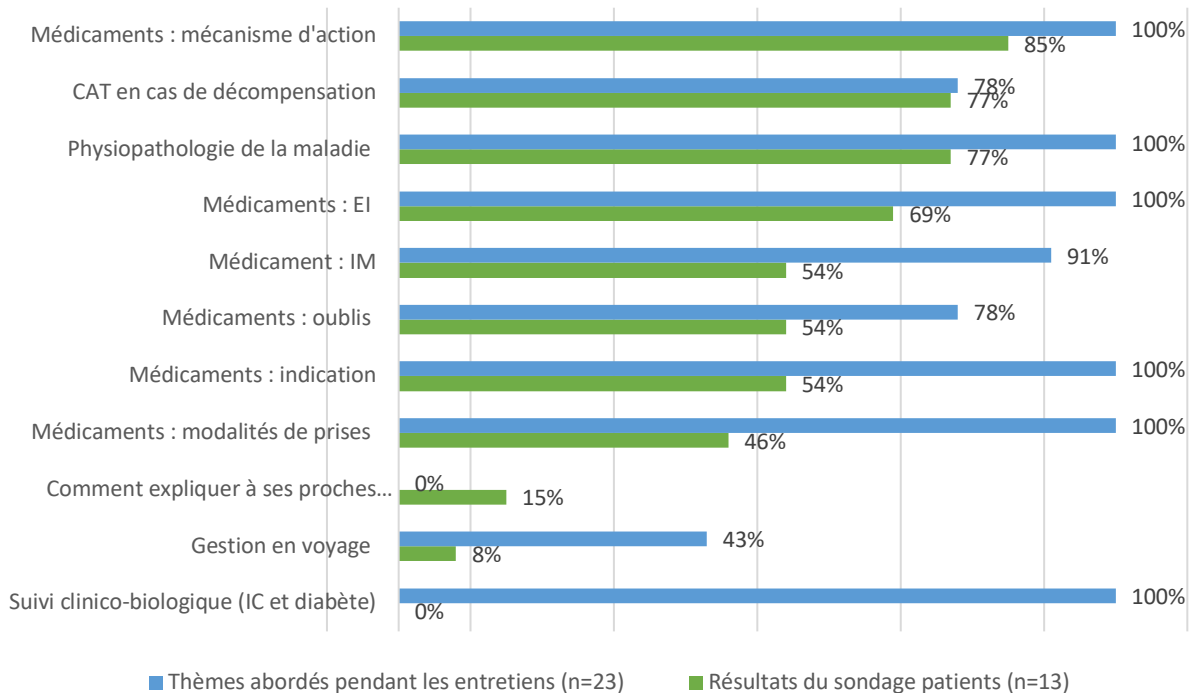


Figure 21. Comparaison des thèmes sondage versus réellement abordés

4.2.4. Résultats des questionnaires de connaissances des patients

Le questionnaire de connaissances spécifiques à la maladie chronique a été posé au patient avant l'entretien (identification des thèmes à aborder) puis après l'entretien (identifications des thèmes compris et à consolider). Les questions et propositions de réponses posées aux patients ont été présentées dans les tableaux 16, 17 et 18.

a) Résultats pour les patients diabétiques

L'évolution des réponses correctes, pour chaque patient ainsi que pour chaque question, avant et après l'entretien est présentée dans la figure 22.

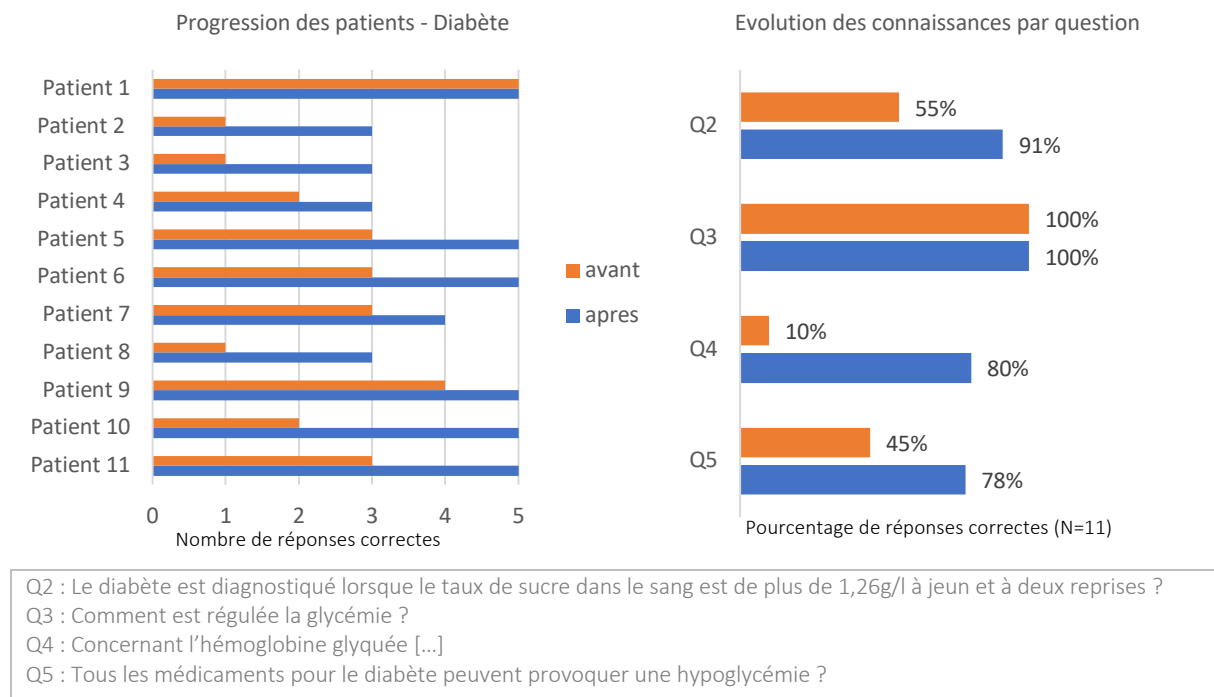


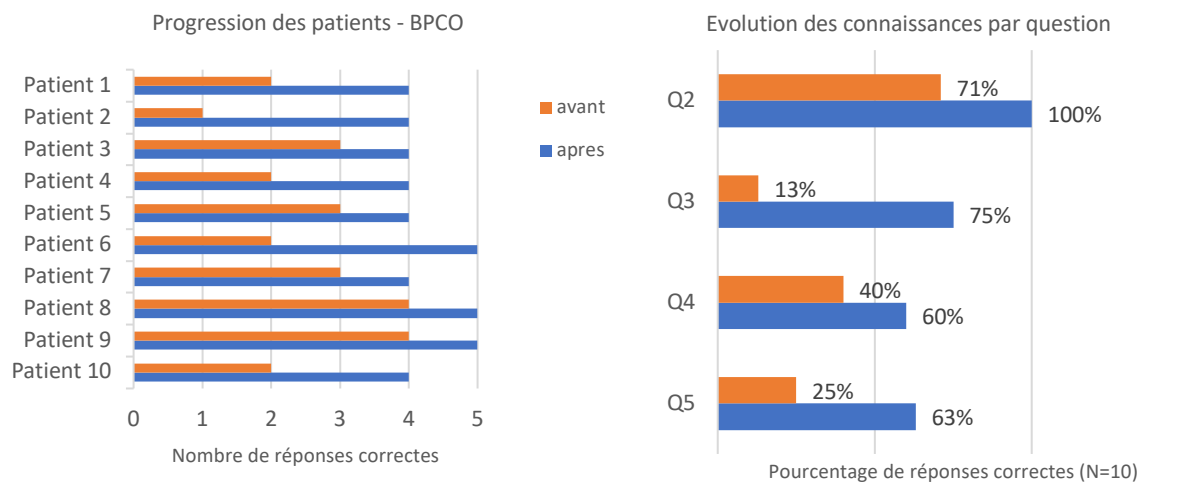
Figure 22. Résultats du questionnaire de connaissances avant - après l'entretien auprès des patients diabétiques

En moyenne, le score total des patients a progressé de 2 points sur le questionnaire une fois l'entretien réalisé. La meilleure progression est de 3 points avec une atteinte du score maximal. Concernant la première question, 5 patients savent bien identifier les médicaments qu'ils prennent pour leur maladie chronique avant l'entretien. Sur les 6 autres patients, 3 sont capables d'identifier la totalité de leurs médicaments après l'entretien et 2 ont identifiés davantage de médicaments qu'avant l'entretien sans pour autant tous les identifier et un n'a pas progressé.

Pour les questions 2, 4 et 5 on observe une progression globale des réponses correctes après l'entretien. Tous les patients savent répondre à la question sur la régulation de la glycémie par l'insuline (question 3) avant l'entretien.

b) Résultats pour les patients atteints de BPCO

L'évolution des réponses correctes, pour chaque patient ainsi que pour chaque question, avant et après l'entretien est présentée dans la figure 23.



Q2 : Quelle est la principale cause de développement de la BPCO ?
 Q3 : Savez-vous comment se développe la maladie ?
 Q4 : Concernant les médicaments utilisés dans le traitement de la BPCO [...]
 Q5 : J'utilise toujours le même traitement que ce soit en période de crise/décompensation ou non ?

Figure 23. Résultats du questionnaire de connaissances avant - après entretien auprès des patients BPCO

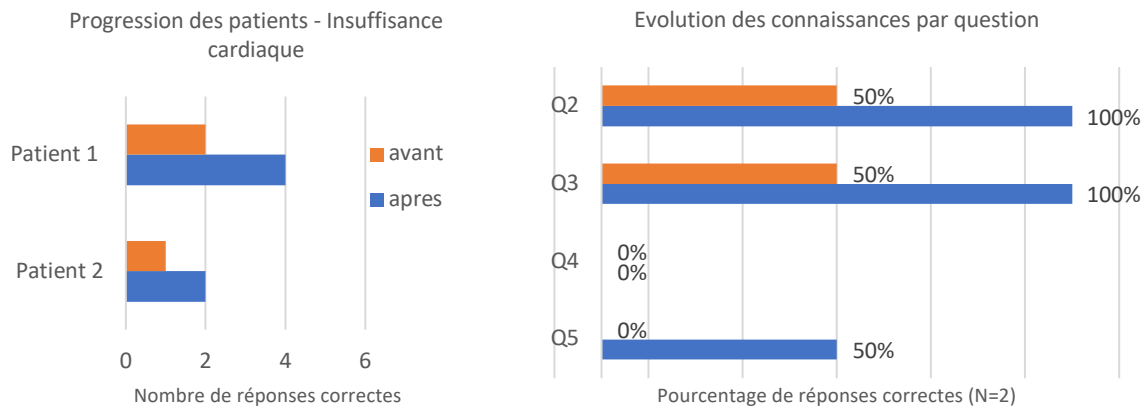
En moyenne, les patients ont progressé de 2 points sur le questionnaire. La meilleure progression est de 3 points avec atteinte du score maximal.

Concernant la première question, tous les patients sont capables de reconnaître leurs médicaments utilisés pour leur BPCO avant l'entretien.

Pour les questions 2, 3, 4 et 5 on observe une progression globale des réponses correctes après l'entretien.

c) Résultats pour les patients insuffisants cardiaques

L'évolution des réponses correctes, pour chaque patient ainsi que pour chaque question, avant et après l'entretien est présentée dans la figure 24.



Q2 : Quels sont les symptômes de l'insuffisance cardiaque ?
 Q3 : Concernant la décompensation cardiaque [...]
 Q4 : Concernant le furosémide [...]
 Q5 : Les médicaments utilisés sont les mêmes que ce soit en période de décompensation ou non ?

Figure 24. Résultats du questionnaire de connaissances avant - après l'entretien auprès des patients insuffisants cardiaques

Globalement, les patients ont progressé de 1,5 points sur le questionnaire une fois l'entretien réalisé. La meilleure progression est de 2 points.

Concernant la première question, un patient a reconnu l'ensemble de ses médicaments indiqués dans l'insuffisance cardiaque avant l'entretien. L'autre patient n'était pas capable d'identifier ses médicaments pour l'insuffisance cardiaque que ce soit avant ou après l'entretien.

Pour les questions 2, 3, et 5 on observe une progression globale des réponses correctes après l'entretien. Pour la question 4, il n'y a pas eu de progression.

4.3. Retour d'expérience et satisfaction des patients et des professionnels de santé

4.3.1. Résultats de la formation de l'équipe pharmaceutique

La formation à la réalisation des entretiens pharmaceutiques a été faite sur un temps dédié (planning de formation) et a duré 30 minutes. Dix préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) ont pu en bénéficier ainsi qu'un interne et un pharmacien.

L'ensemble des professionnels présents trouve la formation globalement très satisfaisante et d'une durée correcte. La formation a répondu à leur attente pour la majorité d'entre eux (sauf un qui n'avait pas d'attente particulière). Les commentaires font état d'une « formation très détaillée et accrochante » et « simple et claire ».

La partie de la formation la plus utile pour l'ensemble des professionnels présents est la présentation du jeu de cartes sur la BPCO, vient ensuite la présentation sur l'entretien en pratique puis la présentation du logigramme.

Parmi les thèmes à approfondir selon les professionnels présents :

- 3 PPH aimeraient avoir la présentation des autres jeux de cartes (IC et diabète),
- 3 PPH aimeraient avoir une formation sur d'autres pathologies (hypertension artérielle et dépression),
- 3 PPH auraient aimé développer davantage l'entretien en pratique avec des conseils pour « davantage stimuler le patient non réceptif ».
- 1 PPH aimerait approfondir la présentation de l'organisation avec le logigramme.

Pour l'interne en pharmacie et le pharmacien, c'est la partie sur l'entretien en pratique qu'ils aimeraient davantage développer.

Six PPH, l'interne et le pharmacien sont intéressés pour réaliser ce type d'entretien. Parmi les raisons citées, on retrouve un intérêt pour : développer le contact avec le patient, aider ce dernier à mieux comprendre sa maladie et le sensibiliser sur ses traitements.

Quatre PPH ne sont pas intéressés pour réaliser des entretiens, certains ne désirant pas développer le contact avec le patient, d'autres ayant peur de ne pas savoir répondre à ses

questions. Un autre PPH note qu'il serait intéressé pour réaliser ce type d'entretien mais trouve que la patientèle de l'établissement est trop âgée et donc peu sensible à ce type d'acte.

4.3.2. Enquête de satisfaction auprès des patients

En complément du questionnaire de connaissances, les patients ont répondu à une enquête de satisfaction sur l'entretien pharmaceutique dont ils ont pu bénéficier.

Tous les patients ayant bénéficié d'un entretien ont répondu au questionnaire de satisfaction et sont globalement satisfaits de l'entretien (Question 1 - durée, contenu, explications, moment et lieu de l'entretien...). Les résultats de l'enquête sont présentés ci-dessous (Figure 25). La majorité des patients déclare avoir appris de nouvelles notions (91,3%), les autres patients trouvent le rappel utile (8,7%). Concernant les outils proposés (jeu de cartes et livret), 91,3% des patients en sont satisfaits et 8,7% en sont plutôt satisfaits. Pour 78,3% d'entre eux, l'entretien va les aider à mieux vivre leur maladie et prendre leur traitement. Un second entretien serait utile selon 34,7% des patients, 47,8% pensent qu'il ne serait pas utile et 17,4% ne savent pas se prononcer.

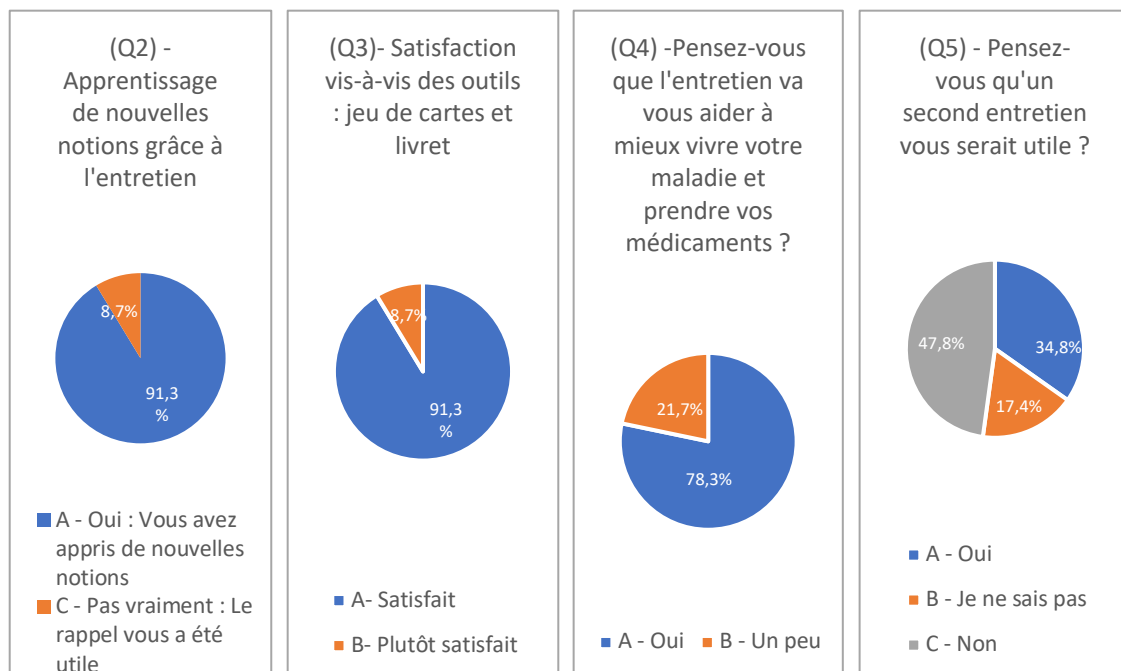


Figure 25. Résultats du questionnaire de satisfaction patients (N=23)

4.3.3. Enquête de satisfaction auprès des médecins du service

Tous les médecins (N=7) ont répondu à l'enquête de satisfaction qui leur a été proposée et leurs réponses sont résumées dans la figure 26.

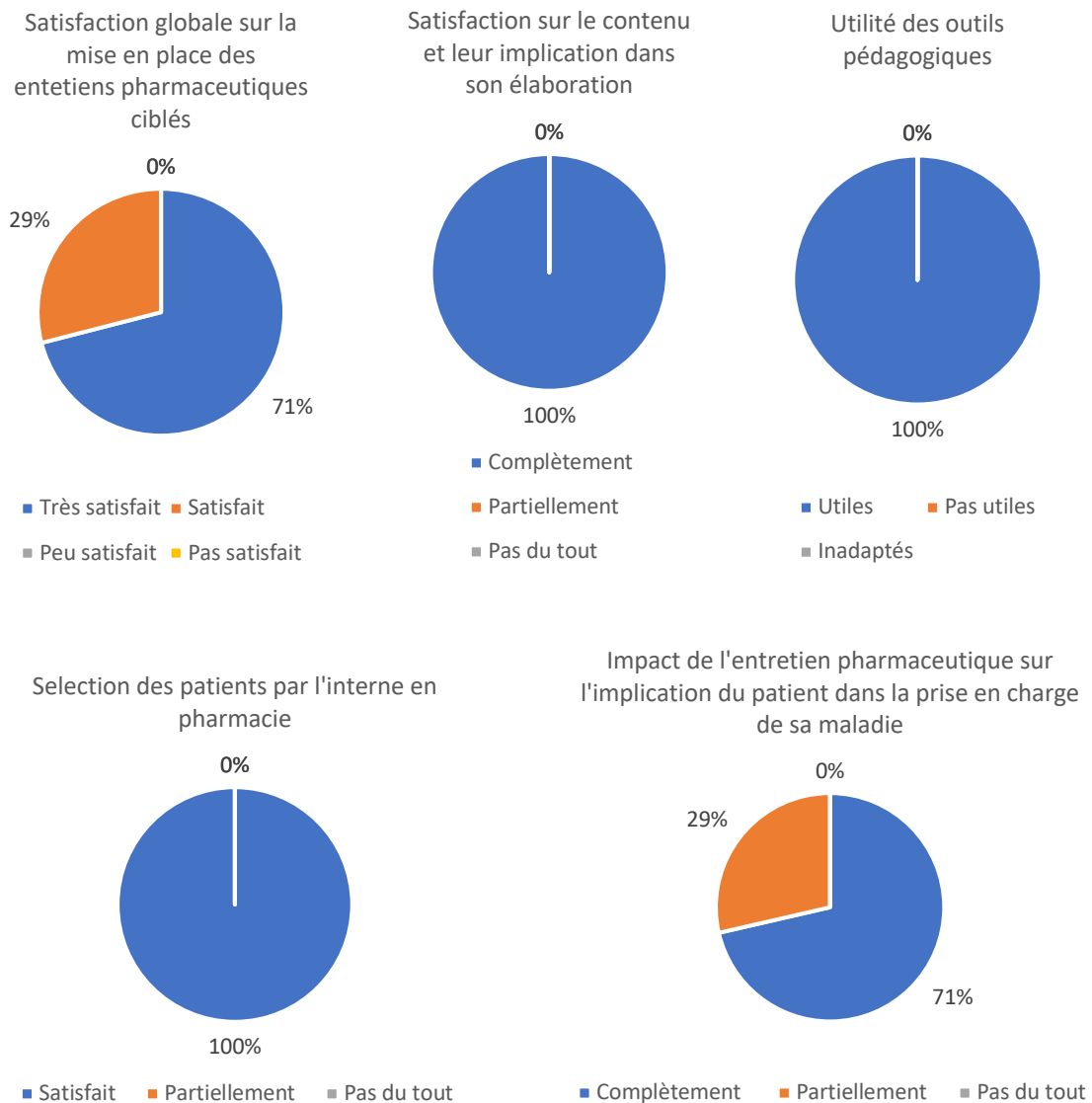


Figure 26. Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des médecins du service (N=7)

Les médecins sont globalement satisfaits (29%) ou très satisfaits (71%) de la mise en place des entretiens pharmaceutiques ciblés dans le pôle médical. Ils pensent tous avoir été suffisamment impliqués dans l'élaboration du contenu et celui-ci correspond complètement à leurs attentes. Le fait que ce soit principalement l'interne en pharmacie qui sélectionne les patients à rencontrer leur convient. Un des cardiologues précise tout de même qu'un échange régulier avec l'interne,

concernant les patients insuffisants cardiaques, permettrait de faire bénéficier de l'entretien à davantage de patients parfois non identifiés par l'interne en pharmacie. Enfin pour 71% des médecins, l'entretien pharmaceutique a complètement un impact sur l'implication du patient dans sa prise en charge. Pour les autres médecins (29%), l'entretien pharmaceutique impacte partiellement l'implication du patient. Un des médecins interrogés précise que dans l'idéal, il faudrait que le médecin puisse consacrer plus de temps à compléter et consolider ce qui est dit par l'interne en pharmacie lors de l'entretien pharmaceutique ciblé.

4.3.4. Enquête de satisfaction auprès de l'interne en pharmacie

La synthèse des réponses à l'enquête de satisfaction sur le retour d'expérience de l'interne en pharmacie est présentée dans la figure 27 et détaillée ci-dessous. On notera que je n'ai pas répondu au questionnaire pour que les résultats soient plus objectifs, avec un avis neutre sur le contenu et la réalisation des entretiens pharmaceutiques.



Figure 27. Synthèse des résultats sur la satisfaction de l'interne en pharmacie vis-à-vis des entretiens pharmaceutiques

L'interne en pharmacie est globalement satisfait d'avoir réalisé ce type d'entretien pharmaceutique.

Cela lui apporte professionnellement une amélioration de ses connaissances sur les pathologies chroniques et un aspect « pratique » grâce aux retours des patients sur leur vécu et aux échanges avec les médecins.

Les entretiens pharmaceutiques lui ont aussi permis d'avoir une activité plus diversifiée au quotidien. Il fait part d'une satisfaction à pouvoir aider les patients en les éduquant et en pouvant répondre à leurs interrogations.

La fiche technique ainsi que la grille d'aide à la réalisation des entretiens mises à sa disposition sont compréhensibles et utiles pour lui. Il trouve cependant une redite entre la grille d'aide à la réalisation de l'entretien et le tableau Microsoft Excel® des indicateurs de suivi à remplir pour le projet de ce mémoire.

Il explique la difficulté rencontrée parfois à identifier les patients hospitalisés atteints des pathologies chroniques ciblées, notamment pour l'insuffisance cardiaque. Il pense que la prescription de l'entretien pharmaceutique par les médecins pourrait l'aider à améliorer cela.

L'interne en pharmacie trouve le format du compte rendu pré-rempli (accessibilité et contenu) satisfaisant mais explique parfois oublier de compléter des parties qui ne sont pas suffisamment mises en évidence.

En ce qui concerne les outils pédagogiques, l'interne les trouve faciles d'utilisation. Selon lui, ils facilitent la communication avec le patient et aident le patient à comprendre les informations qui lui sont transmises. Les patients rencontrés ont été globalement réceptifs à l'échange.

Enfin, selon l'interne en pharmacie, les entretiens réalisés peuvent dans certains cas avoir un impact sur l'implication du patient dans sa prise en charge en venant renforcer le discours médical du service. En revanche, il n'a pas l'impression par ces entretiens d'avoir un impact sur les médecins puisqu'il estime que son action est un « plus » dans la prise en charge médicale du patient dans le service.

4.3.5. Enquête de satisfaction auprès des pharmaciens d'officine

L'envoi du compte rendu à la pharmacie de ville du patient a été systématiquement accompagné d'un questionnaire de satisfaction (Annexe 15).

Soixante-dix pour cent des pharmaciens (n=16) ont répondu au questionnaire. Les réponses sont résumées dans les diagrammes de la figure 28.

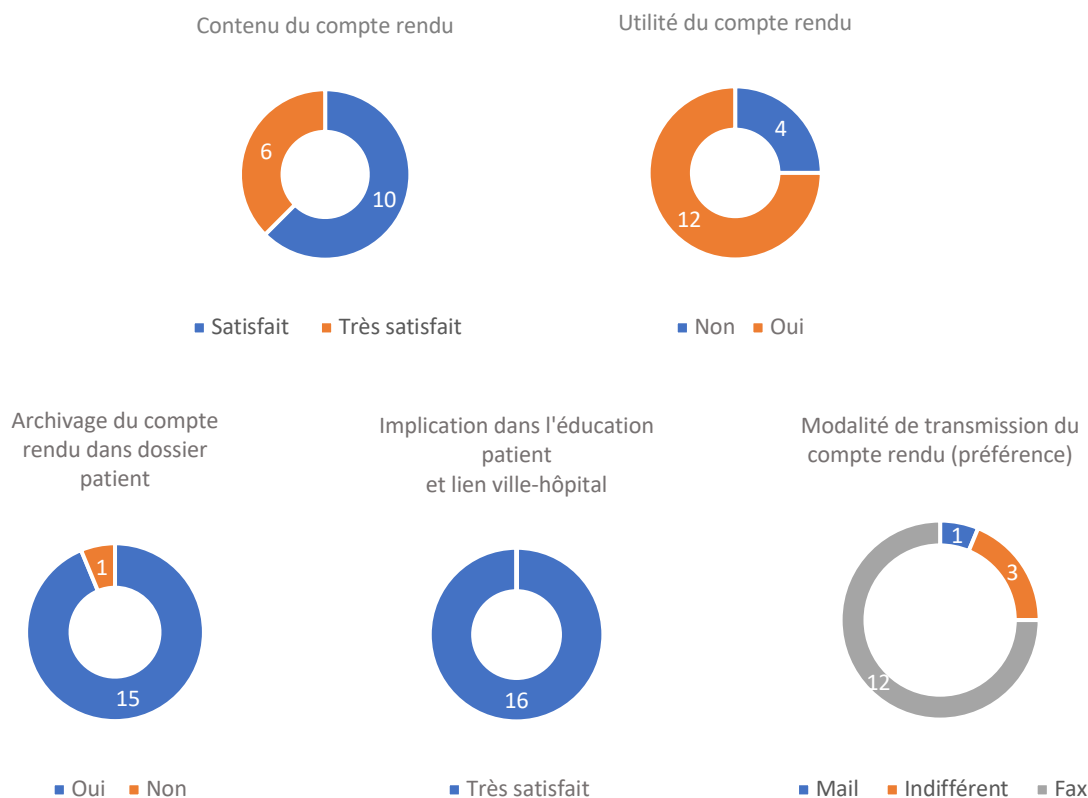


Figure 28. Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des pharmaciens d'officine (en nombre de pharmaciens, N=16)

Les pharmaciens d'officine sont globalement satisfaits du contenu du compte rendu (10 sont très satisfaits et 6 sont satisfaits).

Les pharmaciens qui trouvent utile le compte rendu (n=12) expliquent que celui-ci peut les aider à cibler et consolider ce qui n'a pas été compris pendant l'entretien lors du passage du patient. Il leur permet aussi de mieux anticiper et répondre aux questions du patient au comptoir.

Les pharmaciens qui n'ont pas trouvé d'utilité au compte rendu (n=4) expliquent que pour eux c'est un document uniquement informatif. Pour une pharmacie, ce n'était pas le patient qui venait chercher son traitement et donc cela aurait été plus utile, selon lui, de transmettre le compte rendu au médecin traitant et au cabinet d'infirmiers à domicile puisqu'ils rencontrent le patient.

Un pharmacien n'a pas archivé le compte rendu dans le dossier car il n'y a pas pensé et n'avait pas eu le temps compte tenu de la surcharge de travail liée à la pandémie SRAS-CoV2.

Concernant les modalités de transmissions, le fax est majoritairement préféré (12 pharmaciens), un pharmacien préfère l'utilisation de la messagerie et 3 pharmaciens n'ont pas de préférence. Un pharmacien propose que le patient apporte lui-même son compte rendu à la pharmacie.

Enfin, tous les pharmaciens d'officine interrogés sont très satisfaits de la volonté de les impliquer dans l'éducation du patient en développant le lien ville-hôpital via la transmission du compte-rendu de l'entretien pharmaceutique réalisé.

CHAPITRE III - Discussion et perspectives

1. Des entretiens pharmaceutiques issus d'une dynamique collective

Les médecins du service ont été impliqués dans les étapes d'élaboration des entretiens pharmaceutiques. D'une part, en exprimant leurs attentes sur ce type d'entretien et d'autre part, en apportant leur expertise pour valider et optimiser le contenu pédagogique. Cependant, les médecins n'ont pas participé aux réunions avec le SQGR. Leur présence aurait été bénéfique afin d'avoir, par exemple, l'expertise médicale sur le ciblage des patients. Mais la programmation de ces réunions et les disponibilités des médecins sur la période ne l'ont pas permis. Au final, l'enquête de satisfaction menée auprès des médecins spécialistes du service montre leur satisfaction vis-à-vis de leur implication dans le projet. La présentation au COMEDIMS (Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) a permis d'officialiser le projet auprès de l'équipe médicale et au sein de l'établissement.

Quant aux patients, ils ont été sollicités dès les prémices de la mise en place grâce au questionnaire visant à identifier les thèmes qui les intéressent le plus. Ils n'ont cependant pas été inclus dans l'ensemble des étapes de la création des outils mais l'enquête de satisfaction menée a permis d'obtenir leur avis sur ceux-ci. Il aurait été intéressant d'inclure des associations de patients dans l'élaboration du jeu de cartes et du livret comme le conseille le guide méthodologique de la HAS sur l'élaboration d'un document d'information des patients : « La participation des patients et usagers est requise à toutes les phases de la conception des documents écrits qui leur sont destinés » (85). Néanmoins, les entretiens pharmaceutiques ciblés mis en place ont été présentés au comité des usagers : le retour critique des représentants des patients est positif et confirme leur volonté d'être davantage impliqués dans la prise en charge de leur maladie.

Les besoins des médecins traitants et des pharmaciens d'officine n'ont pas été recensés en amont pour la création des entretiens pharmaceutiques. Néanmoins, les pharmaciens d'officine ont pu transmettre leurs besoins et leurs avis via l'enquête de satisfaction envoyée avec le compte rendu des entretiens réalisés.

2. Des entretiens pharmaceutiques qui répondent aux recommandations

2.1. Les patients rencontrés

2.1.1. La sélection des patients

Il a été choisi de ne pas restreindre l'inclusion des patients à ceux ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse d'entrée. En effet, l'entretien pharmaceutique ciblé peut être utile à certains profils de patients ne répondant pas aux critères d'inclusion pour la réalisation d'une conciliation médicamenteuse, qui sont : patients hospitalisés depuis moins de 48 heures, d'âge ≥ 75 ans ou ≥ 65 ans avec polymédication. Les conciliations de sortie non réalisées sont expliquées soit par l'absence de l'interne au moment de la sortie du patient, soit par l'absence de modification de traitement. Concernant l'autonomie du patient sur sa prise médicamenteuse, il a été choisi de réaliser l'entretien auprès des patients dès lors qu'ils gèrent seuls une partie de leur traitement, même s'ils ne sont pas complètement autonomes. Par exemple, une infirmière à domicile réalise les injections d'insuline mais le patient gère lui-même la prise de ses autres médicaments : l'entretien est alors adapté aux besoins du patient.

Les entretiens n'ont pas pu être réalisés auprès de tous les patients hospitalisés sur la période et atteints d'une des maladies chroniques ciblées (*cf* tableau 19). En effet, l'interne pouvait ne pas être disponible (congé, formation, etc.) pour réaliser l'entretien ou le patient ne répondait pas aux critères de sélection, par exemple, il n'était pas communicant. Cela concerne particulièrement les patients insuffisants cardiaques hospitalisés pour lesquels la moyenne d'âge est plus élevée que pour les patients atteints de diabète et la BPCO. Le faible nombre de patients insuffisants cardiaques rencontrés s'explique aussi par la difficulté de l'interne en pharmacie à identifier ces patients. En effet, dans certains cas le dossier informatisé ne renseigne pas clairement le diagnostic et la demande d'entretien n'est pas prescrite. Il semble intéressant, pour n'oublier aucun patient pouvant bénéficier de ce type d'entretien, de renforcer davantage la discussion avec les internes et médecins du service et généraliser davantage la prescription informatique de l'entretien pharmaceutique ciblé.

La majorité des patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique étaient hospitalisés pour découverte ou décompensation de leur maladie chronique (70%, n=16/23).

L'intervention pharmaceutique à ce moment du parcours de soins du patient peut participer à éviter des réhospitalisations pour décompensation. Par exemple, une étude aux Etats-Unis montre que l'intervention du pharmacien auprès des patients identifiés à haut risque de réadmission peut aider à réduire de 28% ce risque dans les 30 jours (86). Ce type d'intervention est aussi cité dans les recommandations, par exemple dans le document de la HAS intitulé « Comment prévenir les réhospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? » (64). Quant aux patients hospitalisés pour d'autres motifs (30%, n=7/23), leur passage en hospitalisation était aussi l'opportunité d'intervenir auprès d'eux. Cependant, la pertinence de réaliser l'entretien dans ce contexte peut être débattue : le patient peut avoir du mal à comprendre l'intérêt de l'entretien à ce moment et donc être moins réceptif à ce qui lui est transmis.

Ainsi, les critères d'inclusion et d'exclusion établis dans la fiche technique permettent de sélectionner correctement des patients pour lesquels les entretiens sont réalisables et leur apportent un intérêt. En effet, sur 25 entretiens proposés uniquement 2 n'ont pas été réalisés. L'entretien refusé par le patient pour cause de fatigue aurait pu éventuellement être programmé à un autre moment et cela aurait pu être anticipé en communiquant davantage avec l'équipe médicale et paramédicale sur l'état du patient. Il est important de noter que l'interne en pharmacie a trouvé globalement l'ensemble des patients réceptifs à leurs échanges.

2.1.2. La prise en charge médicamenteuse des patients

La prise en charge médicamenteuse des patients rencontrés correspond aux recommandations, avec quelques exceptions. Pour un patient diabétique de type 2, uniquement de l'insuline lui est prescrit : les médecins ont expliqué ne pas avoir instauré d'antidiabétique oral du fait du contexte oncologique et du faible poids du patient. Sur l'insuffisance cardiaque, la prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé pour anémie ne correspond pas totalement aux nouvelles recommandations de l'ESC 2021 puisqu'il manque un inhibiteur de SGLT2 et un anti-aldostérone dans le traitement de fond. Le contenu des cartes « médicaments », établi aux regards des recommandations, était donc adapté au traitement des patients rencontrés.

2.2. L'organisation des entretiens

La durée moyenne des entretiens pharmaceutiques ciblés (41 min) répond à l'objectif fixé par la fiche technique. Cette durée ne permet pas toujours d'aborder l'ensemble des thèmes du jeu de cartes mais permet de réaliser un entretien efficace, durant lequel le patient reste attentif. D'ailleurs, pour le patient nouvellement diagnostiqué insuffisant cardiaque, l'entretien a été beaucoup plus long : il aurait été préférable de le rencontrer plusieurs fois durant son hospitalisation. Cependant, le patient a pu reprendre les informations qui lui ont été transmises avec le cardiologue grâce au livret.

Les entretiens ont été réalisés le plus souvent en milieu ou à la fin d'hospitalisation. On se rapproche du concept de l'ETP *sh* qui consiste à éduquer de façon ciblée le patient hospitalisé avant sa sortie (49).

Les entretiens ont été réalisés dans les chambres des patients, qui étaient individuelles durant la période : la confidentialité pouvait facilement être respectée. Il faudra repenser l'organisation si les chambres deviennent doubles. Des alternatives sont disponibles dans le service comme le salon des familles ou le bureau de l'interne en pharmacie, si le patient souhaite que l'entretien soit réalisé dans un lieu davantage confidentiel et s'il est capable de se déplacer facilement.

Peu de proches (conjoint, ami, enfant...) ont pu assister à l'entretien car les visites étaient restreintes à cause de la pandémie SRAS-CoV2. Apprendre à organiser l'entretien pharmaceutique au moment de la présence d'un proche aidant est bénéfique. D'une part pour le patient qui peut y trouver un soutien mais aussi pour le proche aidant. En effet, l'enquête de A. Eugène sur les besoins éducatifs des proches aidants de personnes atteintes de cancers solides, rapporte que 39% (n=18) d'entre eux évoquent des difficultés de compréhension, à faire le tri, assimiler et intégrer les nombreuses informations qui leur sont transmises par les professionnels de santé rencontrés dans le parcours de soins (87). Les inclure dans les entretiens pharmaceutiques ciblés, avec l'accord du patient, leur permettrait d'être rassurés et de mieux comprendre la prise en charge. De plus, en faisant participer le proche aidant, il pourrait aussi être envisagé de revoir les critères de sélection pour inclure le patient non autonome mais pour qui la prise des médicaments est totalement gérée par le proche aidant.

2.3. Le contenu des entretiens

Au final, le contenu du jeu de cartes a été optimisé en croisant les besoins des patients identifiés par le sondage, la bibliographie et l'avis des médecins spécialistes. Le thème « comment expliquer à ses proches sa maladie et son traitement » proposé dans le sondage n'a pas été inclus dans la création des jeux de carte. D'une part, par le faible taux d'intérêt porté par les patients sur le sujet (15%) et d'autre part par la difficulté à aborder ce sujet, sur un temps restreint, qui s'éloigne aussi davantage des compétences de base du pharmacien (domaine de la psychologie). Le thème « physiopathologie et symptômes » est souvent déjà abordé lors des visites médicales par les médecins mais il a été décidé, en concertation avec ceux-ci, de le conserver pour l'entretien pharmaceutique si le patient souhaite un rappel. Ce thème permet aussi de consolider les explications sur l'implication des médicaments dans l'amélioration des symptômes de la maladie. De plus, le thème « suivi clinico-biologique » n'a pas fait l'objet du sondage auprès des patients car il a été ajouté après la rédaction du questionnaire, suite à des recherches bibliographiques pour la création du contenu.

Six thèmes sur dix ont été systématiquement abordés pendant l'entretien. Comme on l'observe dans la Figure 21, le nombre de thèmes réellement abordés pendant l'entretien dépasse ce qui était envisagé par les résultats du sondage sur l'intérêt des patients. Cela s'explique par la durée moyenne de l'entretien, qui permet d'exploiter davantage de thèmes, mais aussi par le fait que l'entretien soit semi-dirigé par l'interne qui peut donc orienter sur certains thèmes (suite aux conseils transmis par les médecins et les internes en médecine). Au final, les thèmes abordés durant un entretien sont la fusion des demandes du patient et des propositions de l'interne en pharmacie en fonction des objectifs pédagogiques ciblés. Les thèmes « conduite à tenir en cas d'oubli » et « conduite à tenir en cas de décompensation » sont abordés sous forme de cartes de mise en situation : elles sont moins faciles à aborder que les autres et demandent davantage d'investissement pour le patient, ce qui ne correspondait pas toujours aux profils de patients rencontrés. Par exemple, un insuffisant cardiaque déclarait « se laisser faire » par son médecin traitant, ce qui rendait difficile l'utilisation de ces cartes pendant l'entretien. Malgré un intérêt modeste lors du sondage, la carte sur les voyages a été rédigée puisque ce thème apparaît dans la synthèse des objectifs pédagogiques réalisée avec l'aide de la littérature (78) et des médecins spécialistes. Elle est commune aux trois jeux de cartes. C'est le thème qui reste le moins abordé

(43% des entretiens) car il n'intéressait pas certains patients (peu de voyage et déplacement hors de chez eux).

Le contenu et l'organisation de l'entretien sous forme de jeu de cartes « questions-réponses » permet de répondre aux recommandations sur la réalisation d'entretiens pharmaceutiques ciblés, présentées dans le tableau 12 (Repérer les besoins, freins, motivation, évaluer les connaissances et compétences, apporter et consolider les connaissances sur le traitement et la maladie, évaluer la bonne compréhension du patient).

En revanche, l'entretien pharmaceutique ciblé réalisé ne permet que partiellement d'évaluer l'automédication (recommandation **2-G**). En effet, la carte qui aborde les interactions médicamenteuses indique au patient d'être vigilant lors de la prise d'automédication mais l'entretien ne comprend pas de temps dédié pour l'interrogation sur les consommations du patient. L'évaluation de l'automédication a pu être réalisée en amont, lors de la conciliation médicamenteuse d'entrée, si le patient en a bénéficié. Une mise à jour de la carte avec l'ajout d'une question directe au patient permettrait de ne pas oublier d'explorer ce sujet.

Enfin, la recommandation **2-F**, qui vise à évaluer l'adhésion du patient à son traitement, n'a pas été appliquée aux entretiens. L'évaluation de l'adhésion thérapeutique (ou observance) du patient peut se faire à l'aide d'un questionnaire comme celui de Morisky à 4 items (88). Ce questionnaire est proposé lors de la réalisation de la conciliation médicamenteuse mais est rarement utilisé, notamment du fait de la difficulté à poser la totalité des questions sans que cela soit perçu par le patient comme un interrogatoire et du fait que cela soit chronophage pendant l'entretien. Cette difficulté à introduire et appliquer ce type de questionnaire est observée dans plusieurs études. Par exemple, le travail présenté dans la thèse de C. Renard sur les consultations pharmaceutiques en oncologie indique qu'uniquement 20% des pharmaciens ont réalisé le questionnaire d'observance (22). Nous avons donc fait le choix de ne pas inclure de questionnaire d'observance dans les entretiens pharmaceutiques ciblés pour privilégier davantage l'attention du patient autour du contenu du jeu de cartes.

Il pourrait être envisagé d'utiliser plutôt une échelle des capacités à la gestion du traitement pendant l'entretien, qui donne un résultat subjectif du patient, mais qui permettrait d'appliquer directement des conseils individuels pour améliorer la prise médicamenteuse. C'est ce qu'a mis au point le CHRU de Nancy pour les entretiens pharmaceutiques sur les anticoagulants : le patient doit déplacer un curseur sur une réglette entre un visage triste et un visage qui sourit pour estimer

son observance. Coté soignant, la réglette est graduée et cela permet d'obtenir un score entre 0 (pas du tout observant) et 10 (totalement observant) (89). Aussi, l'évaluation de l'impact sur l'observance de l'entretien pharmaceutique ciblé n'aurait pas pu être réalisée puisque le patient n'est pas rencontré à distance de l'entretien.

2.4. Les outils pédagogiques

Les jeux de cartes renforcent la participation du patient en sollicitant son intérêt et en facilitant sa compréhension. Les enquêtes de satisfaction montrent d'ailleurs que les jeux de cartes ont eu un réel succès auprès de l'animateur (interne en pharmacie), des patients ainsi que des médecins (utilité et contenu). Ils répondent aux principaux critères d'évaluation de la qualité des documents écrits d'information établis par la HAS (84) (Annexe 2). Certains points restent à améliorer pour répondre complètement aux critères comme l'intégration d'une rubrique de sources d'informations complémentaires.

Avant la création des entretiens, une tablette numérique était mise à disposition du service de la pharmacie mais n'était pas utilisée : son utilisation pour les entretiens pharmaceutiques n'a donc pas nécessité de coût supplémentaire. Les vidéos d'administration n'ont pas été systématiquement présentées aux patients concernés pour différentes raisons : soit le patient avait déjà fait le point avec une infirmière ou un médecin du service, soit le patient ne réalisait pas ses injections d'insuline car il bénéficiait d'un passage infirmier à domicile. En revanche, les vidéos ont été présentées pour tous les patients hospitalisés pour découverte de diabète et de BPCO, qui étaient donc naïfs des modalités d'administration de l'insuline ou des inhalateurs.

Enfin, le livret est le garant de la transmission des informations au patient puisqu'il les aide à mémoriser ce qui a été vu pendant l'entretien et peut être un support de notes pendant l'entretien. Les patients étaient très satisfaits et rassurés d'avoir un document reprenant l'ensemble des informations. Néanmoins, il présente la totalité des thèmes, qui n'ont pas forcément été abordés pendant l'entretien. Certaines parties sont donc complémentaires mais n'ont pas été accompagnées d'un discours du pharmacien. Ce point diverge avec les recommandations du guide méthodologique d'élaboration d'un document écrit (85). Nous n'avons pas eu de retour de patients nous interrogeant sur une partie écrite non abordée pendant l'entretien, il est donc difficile de savoir si cela est réellement problématique.

Pour que ces outils restent pertinents, leur contenu doit être actualisé. Nous avons programmé arbitrairement la fréquence d'une mise à jour par an, dans la fiche technique. Cependant, selon le mémoire de S.Gibelli sur l'élaboration d'un protocole de rédaction de fiches patients, la revue Prescrire conseille que la mise à jour des documents d'informations aux patients soit réalisée tous les 2 ans (90). Une étude de Shekelle et al. propose une limite de 3 ans, au bout de laquelle 90% des données sont encore à jour (91). Ainsi, la fiche technique a été modifiée pour qu'un travail de mise à jour soit réalisé tous les 2 ans, mais une nouvelle version peut être éditée plus tôt en cas de nouvelles ressources disponibles (par exemple des nouveaux médicaments ou des nouvelles recommandations) dans la prise en charge de la maladie chronique. Étant donné le changement régulier de l'interne en pharmacie chargé de réaliser les entretiens, c'est au pharmacien référent de la pharmacie clinique de suivre ce travail de mise à jour. La création d'un fichier Microsoft Excel® de suivi des principales recommandations dans chaque pathologie chronique pourrait permettre un gain d'efficacité dans ce travail de veille d'informations.

2.5. La traçabilité de l'entretien

La cotation de l'acte dans le logiciel de prescription n'entraîne actuellement pas de rémunération mais elle permet de tracer l'activité pharmaceutique et d'en apporter des preuves pour les bilans d'évaluation de l'activité de la PUI.

Les enquêtes de satisfaction auprès des différents professionnels de santé ont confirmé la praticité du format pré-rempli du compte rendu par sa facilité d'utilisation (rédacteur et lecteur). Sa transmission sécurisée assure la confidentialité et est obligatoire selon le règlement européen sur la protection des données (RGPD) appliqué en France depuis 2018 (92). Cependant le moyen d'échange qui a été privilégié avec la pharmacie d'officine est le fax, principalement par habitude. Un travail est à réaliser pour diffuser le compte rendu par messagerie sécurisée et sensibiliser les pharmaciens d'officine à leur utilisation. La mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'HIA Laveran de Marseille allait dans ce sens avec la majorité des comptes rendus envoyée par fax (70%) plutôt que par messagerie sécurisée, car les pharmaciens d'officine n'en n'avaient pas ou ne les consultaient pas (93).

De plus, le médecin traitant ne reçoit par ce document : il pourrait être envisagé de l'envoyer en même temps que le compte rendu d'hospitalisation, afin qu'il bénéficie davantage de précision

sur la prise en charge médicamenteuse et qu'il puisse travailler avec le patient sur les objectifs pédagogiques cités. Cependant, multiplier les destinataires et transmettre les informations par des intermédiaires sécurisés peut-être chronophage au quotidien. Utiliser le nouvel outil numérique proposé par la sécurité sociale « Mon espace santé », qui permet de stocker les documents de santé en toute sécurité, pourrait simplifier et faciliter la communication entre les différents professionnels de santé du parcours du patient (94).

Enfin, les retours des pharmaciens d'officine sur l'utilité du compte rendu sont positifs mais il n'y a pas de réel retour d'expérience de son utilisation lors du passage des patients au comptoir : ce qui limite l'interprétation de son utilité. Dans tous les cas, transmettre le compte rendu à la pharmacie d'officine du patient participe à renforcer le lien ville-hôpital, essentiel dans le parcours de soins du patient. Quant aux médecins du service, ils indiquent l'utiliser pour identifier les points à consolider avec le patient, soit lorsqu'ils rencontrent le patient avant sa sortie d'hospitalisation ou à distance lors d'une consultation externe.

Le compte rendu a été optimisé pour répondre aux demandent des différents acteurs : les parties à remplir par l'interne sont davantage mises en évidence grâce à des encadrés pour éviter les oublis et l'item mentionnant la maladie chronique signale désormais s'il s'agit d'une découverte récente.

3. Des entretiens pharmaceutiques intégrés à l'activité

Les entretiens pharmaceutiques ciblées sur les pathologies chroniques font désormais partie intégrante des activités de l'interne en pharmacie : il les réalise sur les créneaux disponibles, après avoir fait les conciliations médicamenteuses d'entrée et de sortie ainsi que les entretiens AOD. La moyenne d'un à deux entretiens par semaine confirme leur faisabilité sur le temps pharmaceutique déjà en place. La mise en place des entretiens pharmaceutiques ciblés vient compléter la fiche de poste de l'interne, en fonction du temps de travail disponible. Ils sont complémentaires aux entretiens réalisés pour la conciliation médicamenteuse d'entrée. En effet, durant ces derniers, certains patients posaient des questions sur leur pathologie et leur traitement alors que le temps n'était pas dédié et que l'interne n'était pas forcément « armé » pour répondre de façon efficiente. Il suffit maintenant à l'interne de retourner voir le patient, sur un temps spécifique et avec les outils adaptés pour répondre à ses interrogations.

4. Impact de la mise en place des entretiens pharmaceutiques

Le nombre d'entretiens réalisés ne permet pas de rendre des résultats statistiquement robustes. Ils ont cependant vocation à démontrer la faisabilité de ceux-ci avec différents profils de patients et de pathologies chroniques.

4.1. Impact sur le patient

4.1.1. Évolution des connaissances

Il a été choisi de limiter le nombre de questions dans les questionnaires (5 questions) et de proposer des réponses à choix simple, dans le but de faciliter leur utilisation et de les rendre abordables pour tous les patients. Par simplicité d'organisation, l'évaluation des connaissances se fait directement après l'entretien : ce qui ne permet pas de suivre l'évolution des connaissances dans le temps. Or, on sait que les informations retenues par le patient s'amenuisent avec le temps. Par exemple, l'étude d'Ansell et al. explique que 40% des patients oublient les informations transmises par leur médecin à l'instauration d'un traitement (95). Il pourrait être envisagé de réaliser un suivi à distance. Par exemple, proposer un second entretien téléphonique, qui permettrait de consolider ce qui a été vu pendant le premier entretien.

Selon le questionnaire de satisfaction réalisé après l'entretien, seulement un peu plus d'un tiers des patients pensent qu'un second entretien leur serait utile, alors qu'environ la moitié pense que ce ne serait pas le cas. Cependant, comme cette question leur a été posée directement après, les patients n'ont pas forcément le recul pour percevoir l'intérêt d'un second entretien. Aussi, le format serait à préciser : est-ce un second entretien identique au premier ou un suivi adapté en fonction du compte rendu ? Et à quelle distance du premier ? Il serait intéressant de travailler avec les patients pour leur présenter différents formats possibles de suivi post-entretien.

Il est aussi possible d'orienter le patient vers des programmes d'éducation thérapeutique mais cela dépend des places disponibles et de la situation géographique du programme par rapport au lieu de vie du patient. Les lieux et les horaires des séances d'ETP peuvent être des freins à leur accessibilité : une option à explorer pour faciliter l'accès à ces programmes pourrait être la réalisation d'une partie des séances d'ETP à distance (en visioconférence par exemple) grâce à la digitalisation. L'arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP

emploie la notion « e-ETP » pour décrire ce format qui se développe actuellement (96). Par exemple, le CHU d'Angers propose sur son site internet un ensemble de ressources pour aider les intervenants à dématérialiser leur programme (97).

Les questions posées au patient concernent des thèmes qui ont systématiquement été abordés pendant l'entretien. La progression du score de connaissances observée après l'entretien va en faveur de l'intérêt des entretiens pharmaceutiques ciblés sur l'apport des connaissances. Cependant, le score maximal n'est pas systématiquement atteint, ce qui montre qu'un seul entretien n'est pas suffisant pour que le patient acquière l'ensemble des informations transmises.

Connaissances des patients diabétiques

Les résultats montrent des profils assez homogènes en termes de connaissances de base : par exemple, avant l'entretien, les patients ont tous la notion de l'implication de l'insuline dans la régulation de la glycémie. En revanche, un seul patient sait à quoi correspond l'hémoglobine glyquée (HbA1c) *versus* 8 patients après l'entretien (N=11). Ce résultat va dans le sens d'une étude qui montre que 83% des patients naïfs d'ETP connaissent l'hémoglobine glyquée *versus* 100% des patients ayant bénéficié d'ETP (98). Un seul patient n'a pas progressé sur la connaissance de ses médicaments indiqués pour le diabète mais cela peut s'expliquer par ses séquelles d'un AVC et aussi du fait que son traitement médicamenteux soit géré par passage infirmier à domicile.

Connaissances des patients atteints de BPCO

L'ensemble des patients atteints de BPCO rencontrés connaissent avant l'entretien les médicaments indiqués pour leur pathologie chronique, contrairement aux patients des autres pathologies étudiées. Cela peut s'expliquer par la facilité à distinguer les inhalateurs des autres formes médicamenteuses (majoritairement en comprimés ou gélules). La meilleure progression globale observée se porte sur le thème de la physiopathologie de la maladie (1 *versus* 7 patients après l'entretien, sur N=10). Certains patients ne connaissent pas la principale cause de développement de la maladie avant l'entretien (n=3) mais ils répondent tous correctement après (n=10). Parmi les 3 patients, deux ont déclaré ne pas savoir (dont un avec des troubles cognitifs et un n'ayant jamais reçu d'information sur sa maladie) et le dernier a répondu qu'il s'agissait d'une réaction allergique (ce patient était d'ailleurs aussi asthmatique, maladie pour laquelle une composante allergique peut intervenir, en plus de BPCO).

Des difficultés ont été rencontrées lors de l'utilisation du questionnaire de connaissances, avec des questions qui nécessitent un ajustement pour une meilleure compréhension par le patient et une meilleure interprétation par l'interne en pharmacie. Pour la question 4, la proposition A « Les médicaments utilisés agissent sur tout le corps » est notée fausse car il était sous-entendu que l'on parlait des inhalateurs, mais cela pouvait porter à confusion avec les traitements corticoïdes per os prescrits en cas d'exacerbation par exemple. Le but était de voir si les patients avaient compris que les inhalateurs agissent directement au niveau pulmonaire, sans passer dans le sang. Aussi, certains patients ont rencontré des difficultés à comprendre la question 5 « J'utilise toujours le même traitement, que ce soit en période de crise/décompensation ou non », pour laquelle il fallait souvent que l'interne en pharmacie réexplique ou reformule. Ces problèmes rencontrés rendent difficilement interprétables les résultats de ces deux questions.

Connaissances des patients insuffisants cardiaques

Les 2 patients rencontrés ont globalement progressé après l'entretien pharmaceutique. Ils ont des notions partielles sur les symptômes (œdèmes) de l'insuffisance cardiaque ou de la décompensation avant l'entretien, ce qui semble logique puisqu'ils ont tous les deux pu manifester ces symptômes. Le questionnaire montre que les patients n'ont pas suffisamment de notion sur les médicaments indiqués pour l'insuffisance cardiaque. Après l'entretien, un seul patient a progressé sur ce thème : distinction entre le traitement de fond et le traitement de la décompensation. Et l'effet du furosémide n'a pas été compris par les 2 patients qui ont répondu qu'il « ralentit le rythme du cœur » au lieu de « il permet d'éliminer les œdèmes », pourtant expliqué pendant l'entretien : on voit ici la nécessité de répéter les informations pour que le patient les intègre. Le patient hospitalisé pour découverte de la maladie a le moins progressé (1 point) mais cela se justifie puisqu'il s'agissait des premières explications qui lui ont été données suite au diagnostic de la maladie. Et le médecin a pu reprendre avec le patient les informations expliquées pendant l'entretien avant sa sortie, ce qui montre bien la complémentarité de l'intervention médicale, paramédicale et pharmaceutique.

Enfin, aucun patient rencontré n'a trouvé l'entretien inutile puisque la majorité a appris de nouvelles notions sur la maladie et le traitement, tandis que les autres ont trouvé le rappel des notions utile.

4.1.2. Évolution de l'implication du patient dans son parcours de soins et qualité de vie

L'impact de l'entretien pharmaceutique ciblé sur le parcours de soins du patient n'a été évalué que de façon subjective via les enquêtes de satisfaction. L'avis des patients concernant l'impact des entretiens pharmaceutiques ciblés sur leur prise en charge est un des points forts de la mise en place puisqu'environ 80% (n=18) d'entre eux pensent que l'entretien les aide à mieux vivre avec leur maladie et à mieux prendre leurs médicaments. Ce qui est renforcé par l'avis médical, puisque la majorité des médecins pense que les entretiens pharmaceutiques ont complètement un impact sur l'implication du patient dans sa prise en charge. L'interne en pharmacie nuance davantage ses propos : selon lui, en fonction des patients rencontrés, l'entretien a plus ou moins un impact sur leur implication dans leur prise en charge.

Au final, les entretiens pharmaceutiques font partie de la dynamique globale et sont complémentaires aux discours des autres professionnels de santé : c'est la coordination de chacun qui favorise l'implication du patient dans sa prise en charge. La mise en place des entretiens pharmaceutiques ciblés participe ainsi à améliorer le parcours de soins des patients.

L'évolution de la qualité de vie des patients n'a pas pu être mesurée du fait de la singularité de l'entretien au moment de l'hospitalisation. Cependant, la plupart des patients pensent « mieux vivre » leur maladie grâce à l'entretien pharmaceutique et les réponses des patients au questionnaire de satisfaction vont dans le sens des études publiées sur l'impact de l'éducation du patient sur sa qualité de vie. Une étude montre par exemple une amélioration significative d'un score de qualité de vie (score Medical Outcome Study Short Form 36 : SF36), sur le plan physique et psychique, des patients diabétiques un an après un programme d'ETP (99).

4.2. Impact sur l'équipe soignante du service

Les médecins spécialistes sont satisfaits de la mise en place des entretiens pharmaceutiques ciblés dans leurs services et de leur implication dans le projet. Grâce à l'entretien pharmaceutique et au compte rendu, le médecin peut gagner du temps sur une consultation ou une visite médicale, en se concentrant davantage sur des points ciblés. Par exemple, les pneumologues trouvent un réel intérêt à l'entretien dans le fait que l'interne en pharmacie explique au patient le bon usage et les modalités de prises de leurs inhalateurs. Du point de vue de l'interne en pharmacie, il n'a pas

forcément l'impression que ces entretiens pharmaceutiques aient un réel impact sur l'activité des autres professionnels du service mais qu'ils sont cependant utiles, en consolidant les explications du médecin.

Par contre, même si l'équipe d'infirmier(e)s du pôle médical a été informée de la démarche, il n'y a pas eu d'enquête de réalisée auprès d'eux alors qu'ils sont les principaux interlocuteurs quotidiens des patients hospitalisés. Ce sont souvent eux les premiers à recevoir les questions des patients, ce qui peut interrompre régulièrement leurs tâches. On peut envisager que la mise en place d'entretiens pharmaceutiques ciblés puisse permettre de diminuer ces interruptions de tâches.

4.3. Impact sur l'équipe pharmaceutique

La formation proposée à l'ensemble de l'équipe de la pharmacie a finalement eu davantage une visée informative. D'ailleurs, uniquement le contenu de l'entretien sur la BPCO a été présenté ; les autres n'ont pas pu être présentés par manque de temps sur le créneau dédié et devront faire l'objet d'autres séances. L'interne en pharmacie a bénéficié d'une explication plus détaillée du contenu de chaque entretien, à l'aide des jeux de cartes, ainsi qu'un briefing sur la manière de mener un entretien pharmaceutique. Cette formation de l'interne sera réalisée à chaque début de semestre par le pharmacien encadrant afin qu'il soit habilité à réaliser des entretiens pharmaceutiques. La fiche technique et la grille d'aide à l'entretien ont été de réels supports pour l'interne de pharmacie au quotidien.

De plus, il serait intéressant de développer les connaissances et les compétences de chacun en leur permettant d'assister à des formations internes à l'établissement ou alors proposées par d'autres structures. Par exemple, la SFPC a récemment publié un kit sur la posture en entretien, composé d'une fiche mémo, détaillant les techniques posturales utiles au déroulement de l'entretien et d'un set de vidéos pédagogiques pour la formation. Il est d'ailleurs proposé un format pédagogique pour une utilisation locale et pourra donc être utilisé, en l'associant à une mise en pratique (100).

Finalement, la formation a pour but d'habiliter les professionnels de l'équipe pharmaceutique qui seront amenés à réaliser ce type d'entretien.

Actuellement il n'y a pas de préparateur qui réalise les entretiens pharmaceutiques ciblés sur les maladies chroniques. Le projet de la PUI de l'HIA de Brest prévoit de développer les compétences des préparateurs, notamment en les intégrant à l'activité pharmaceutique dans les services, sous la responsabilité du pharmacien et de l'interne en pharmacie. D'ailleurs, certains établissements en France intègrent déjà les PPH dans des activités de pharmacie clinique, comme la conciliation médicamenteuse d'entrée et l'éducation thérapeutique (101, 102). Depuis 2015, un(e) PPH est régulièrement mis(e) en poste dans le pôle médical avec l'interne de pharmacie et réalise les entretiens avec les patients pour la conciliation médicamenteuse d'entrée. L'implication des PPH dans ces activités de pharmacie clinique leur permet de monter en compétences, de varier leur activité et de s'intégrer davantage au sein des équipes de soins.

Cependant, selon l'enquête menée auprès des PPH, tous ne sont pas forcément intéressés pour réaliser des entretiens pharmaceutiques : certains parce qu'ils n'aiment pas le contact avec le patient mais d'autres parce qu'ils appréhendent ce contact. Il y a donc un travail à réaliser pour les aider à surmonter cette appréhension : cela passe par l'habilitation avec des mises en pratiques.

Enfin, comme vu précédemment les entretiens pharmaceutiques ciblés sur les maladies chroniques sont bien intégrés dans le stage de l'interne en pharmacie. Cette nouvelle activité permet de proposer un stage plus complet à l'interne et de répondre aux besoins de formation. En effet, la réforme du 3^{ème} cycle des études de pharmacie hospitalière a abouti à la création de fiches de compétences à acquérir progressivement au cours de l'internat : la réalisation des entretiens pharmaceutiques ciblés fait partie des compétences à valider par l'interne en pharmacie (103). La qualité de vie au travail de l'interne se trouve aussi améliorée. En effet, l'enquête menée auprès de l'interne en pharmacie révèle que celui-ci perçoit une satisfaction à la réalisation de ces entretiens pharmaceutiques, d'une part en améliorant ses propres connaissances sur les pathologies ciblées et d'autre part en apportant aux patients une aide pour les impliquer davantage dans leur prise en charge. Il insiste aussi sur le fait que ces nouveaux entretiens lui permettent de varier davantage son activité, ce qui était d'ailleurs aussi recherché en ajoutant ces entretiens pharmaceutiques ciblés au stage de l'interne.

5. Les perspectives

5.1. Une réponse aux objectifs de qualité

Comme expliqué précédemment, l'originalité de la démarche a été d'adapter un outil d'évaluation d'une pratique déjà en place à une pratique à mettre en place. L'adaptation de cet outil a permis de réaliser ce travail mais il fait aussi désormais partie intégrante du panel des outils du SQGR, pouvant être appliqué à d'autres projets.

Le chemin clinique a été uniquement centré sur l'entretien pharmaceutique ciblé et non sur la globalité du parcours pharmaceutique du patient hospitalisé. Analyser les pratiques déjà en place (analyse pharmaceutique, DJIN, conciliation médicamenteuse) pourrait permettre d'optimiser davantage le parcours du patient mais nécessite un travail complémentaire à celui réalisé et présenté dans ce mémoire.

Les entretiens pharmaceutiques ciblés sur les maladies chroniques mis en place sont également pris en compte dans le Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), sur le volet d'aide au développement de la pharmacie clinique. Cette activité répond aussi à des exigences de la certification 2023 des établissements de santé (104) puisqu'elle permet notamment :

- D'informer le patient et de rechercher son implication (critère 1.1), par le design semi-directif de l'entretien et la production de fiches de bon usage à destination des patients.
- De prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle (critère 2.2), en rendant disponible le compte rendu de l'entretien aux différents professionnels de santé (dossier informatisé, pharmacien d'officine...).
- De favoriser l'engagement des patients individuellement et collectivement (critère 3.2), grâce au questionnaire « aidez-nous à vous proposer un entretien pharmaceutique qui vous convient » et par la présentation au comité des usagers.
- De développer une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins (critère 3.7), en utilisant les indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

5.2. Maintien de l'activité

Pour s'assurer de la durabilité de la démarche, une réévaluation à un an, sous la forme d'une revue de pertinence devra être réalisée selon les recommandations de la HAS (105). Elle permettra de faire état de la réalisation et de l'utilité des entretiens mais aussi d'évaluer leur adéquation avec les besoins des patients et des médecins.

Le fait que l'activité repose sur l'interne en pharmacie était une crainte quant à la faisabilité de ces nouveaux entretiens, du fait du changement régulier d'interne chaque semestre avec un risque d'abandon de l'activité. Les premiers éléments montrent que l'activité est maintenue au changement d'interne. Cependant, obtenir du temps pharmacien et PPH semble essentiel pour que l'activité ne repose pas uniquement sur une personne et puisse se développer. Chercher un financement pour ce type d'activité, dans l'attente qu'elle fasse un jour partie de la nomenclature des actes est un réel défi pour notre profession. De nombreuses PUI ont intégré des entretiens pharmaceutiques aux HDJ intermédiaires pour leur rémunération, mais ce modèle de financement ne pourrait pas fonctionner pour les entretiens décrits ici puisqu'ils sont réalisés auprès de patients hospitalisés, et non en consultation externe. Il serait envisageable de travailler sur ce modèle de financement en proposant un nouvel entretien pharmaceutique aux patients hospitalisés qui seront suivis par la suite en consultation externe par les médecins de l'HIA, dans le cadre d'un HDJ intermédiaire.

5.3. Un projet transposable : perspectives d'évolution

Les entretiens pharmaceutiques pourraient aussi se développer au sein du pôle médical, où l'interne en pharmacie est présent, par le ciblage d'autres pathologies chroniques. L'enquête auprès des médecins du service montre d'ailleurs qu'ils en sont demandeurs. Par exemple, un entretien pharmaceutique ciblé sur l'hypertension artérielle pourrait être mis en place.

La mise en place des entretiens pharmaceutiques et leurs outils vont aussi faire l'objet d'une présentation dans un autre établissement, le CHRU de Brest, au sein du pôle regroupant la médecine interne, la médecine vasculaire et la pneumologie, avec pour projet de mettre en place le même type d'activité avec un interne en pharmacie. Cela montre l'intérêt inter-hospitalier de ce type d'activité et l'utilité des outils créés, qui peuvent être transposés facilement à d'autres établissements.

CONCLUSION

Les maladies chroniques prennent une part de plus en plus importante au sein de notre société. Optimiser le parcours de soins d'un patient atteint d'une pathologie chronique et favoriser son implication est un réel défi pour lui assurer sa qualité de vie et la sécurité de sa prise en charge. Le développement des activités de pharmacie clinique à l'HIA de Brest avec la présence de l'interne en pharmacie dans le pôle médical est une opportunité de participer à l'implication du patient en lui faisant bénéficier d'un entretien pharmaceutique ciblé.

Ces entretiens, mis en place depuis octobre 2021, ont révélé des résultats positifs avec la satisfaction de chaque acteur : médecins, pharmaciens de ville et pharmaciens hospitaliers, internes en pharmacie, PPH et bien sûr les patients. L'amélioration des connaissances des patients observée et l'atout pour la formation de l'interne en pharmacie confirment d'autant plus l'intérêt des entretiens pharmaceutiques ciblés réalisés et leur poursuite.

D'ailleurs, la méthodologie de mise en place, via l'application d'une EPP, a permis de produire et de maintenir des entretiens pharmaceutiques ciblés de qualité. La démarche éducative proposée se veut la plus pertinente possible grâce à l'implication de l'ensemble des acteurs dans son élaboration.

Une des menaces du projet peut être sa pérennisation : en effet, actuellement cette activité repose principalement sur l'interne en pharmacie, mais c'est aussi une opportunité de faire monter en compétences les PPH pour diversifier leurs activités. De plus, le financement de ce type d'acte de pharmacie clinique permettrait de valoriser le temps passé et l'investissement professionnel, tout en pérennisant plus sereinement l'activité.

Enfin, le support utilisé pour l'EPP et la création des outils (jeux de cartes et livrets patients) pourront être utilisés pour mettre en place de nouveaux entretiens pharmaceutiques ciblés à l'HIA de Brest. L'ensemble du travail présenté dans ce mémoire peut aussi être diffusé pour aider d'autres établissements de santé qui souhaiteraient mettre en place des entretiens pharmaceutiques ciblés de qualité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut conseil de santé publique. Les maladies chroniques (adsp n° 72) [Internet]. [cité 9 déc 2021]. Disponible à: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=112>
2. République française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
3. République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
4. Code de la santé publique. Legifrance. [Internet]. [cité 10 déc 2021]. Disponible à: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/2021-12-09/
5. Fiche mémo entretiens pharmaceutiques. SFPC. [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible à: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf
6. La pharmacie clinique : une activité en développement en France [Internet]. CMI | Conseil en stratégie, Conseil en organisation et Conseil en management. 2018 [cité 12 déc 2021]. Disponible à: <https://cmi-strategies.fr/la-pharmacie-clinique-en-france/>
7. Hansel-Esteller S, Castet-Nicolas A. De la recherche clinique à la pharmacie clinique. Dans: Pharmacie Clinique et Thérapeutique [Internet]. Elsevier; 2018 [cité 12 déc 2021]. p. 29-40.e2. Disponible à: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294750779000049>
8. Lexique de la Pharmacie Clinique 2021. Pharm Hosp Clin. juin 2021;56(2):119-23.
9. Le circuit du médicament à l'hôpital - Rapport IGAS mai 2011 publié novembre 2011 [Internet]. [cité 12 déc 2021]. Disponible à: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Le_circuit_du_medicament_a_l_hopital_-_Rapport_IGAS_mai_2011_-_publie_novembre_2011.pdf
10. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacist staffing, and drug costs in United States hospitals. Pharmacotherapy. déc 1999;19(12):1354-62.
11. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in United States hospitals. Pharmacotherapy. juin 2006;26(6):735-47.
12. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. Pharmacotherapy. avr 2007;27(4):481-93.
13. Impact Pharmacie : Accueil [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible à: <https://impactpharmacie.org/index.php?p=greeter.php>
14. République française. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 mai 21, 2019.
15. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. Pharm Hosp Clin. mars 2019;54(1):56-63.
16. Bonnes pratiques de Pharmacie Clinique 2022. SFPC. [Internet]. [cité 9 avr 2022]. Disponible à: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2022/03/Bonnes-Pratiques-de-pharmacie-Clinique-2022.pdf>
17. Convention nationale. Ameli. [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible à: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/convention-nationale>
18. République française. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
19. Nomenclature Générale des Actes de Prestation médicale. Ameli. [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible à: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>
20. Actualités de la section H [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible à: <https://www.yuca.tv/fr/ordre-national-des-pharmaciens/actualites-de-la-section-h>
21. République française. Instruction de la DGOS du 10 Sept 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé [Internet]. [cité

8 févr 2022]. Disponible à:

https://www.apmnews.com/documents/202009221616060.2020_52-Instruction-10-sept2020.pdf

22. Renard C. Mise en place et évaluation de consultations pharmaceutiques pour les patients sous thérapie orale anticancéreuse au CHRU de Brest. 2018;136.

23. Consultation pharmaceutiques, Biothérapies sous-cutanée AP-HP [Internet]. SFPC. [cité 12 déc 2021]. Disponible à: <https://sfpc.eu/presentation/>

24. Article 51 - LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 déc 2021]. Disponible à: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_1c/LEGIARTI000036358488/

25. Onco'link [Internet]. Oncolink. [cité 14 déc 2021]. Disponible à: <https://therapiesorales-onco-link.fr/>

26. Education thérapeutique du patient (ETP) : procédure de déclaration des programmes. ARS Bretagne. [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible à: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-etp-procedure-de-declaration-des-programmes>

27. République française. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

28. Jonchery M. Élaboration et évaluation d'une grille d'aide à l'entretien pharmaceutique pour accompagner les patients asthmatiques: de l'expérience de l'école de l'asthme grenobloise, à l'application en officine. :98.

29. Bib-Bop, base des outils pédagogiques [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible à: <https://www.bib-bop.org/index.php>

30. EDUCARD [Internet]. Edusante - Kits Educatifs. [cité 9 févr 2022]. Disponible à: <https://edusante.ecwid.com/EDUCARD-p75440650>

31. Créer un outil pédagogique en santé : guide méthodologique. PIPSa [Internet]. [cité 15 déc 2021]. Disponible à: <http://www.creerunoutil.be/-Introduction->

32. Élaboration d'un document d'information à destination des patients et des usagers. HAS [Internet]. [cité 15 déc 2021]. Disponible à: [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf)

33. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 déc 2021]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante

34. Avis du Conseil économique, social et environnemental : les maladies chroniques. CESE [Internet]. [cité 9 déc 2021]. Disponible à: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf

35. Les propositions de l'Assurance Maladie pour 202. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 21 déc 2021]. Disponible à: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2020-rapport-propositions-pour-2021-charges-produits>

36. Définition de l'ALD. Ameli [Internet]. [cité 23 déc 2021]. Disponible à: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>

37. Les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible à: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

38. Affections de longue durée [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 févr 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501105/fr/affections-de-longue-duree

39. Guides ALD et maladies chroniques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 févr 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241737/fr/guides-ald-et-maladies-chroniques

40. Diabète de type 2 : quand et comment optimiser le parcours de soins ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 janv 2022]. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1738230/fr/diabete-de-type-2-quand-et-comment-optimiser-le-parcours-de-soins
41. Prise en charge des maladies chroniques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 déc 2021]. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241701/fr/prise-en-charge-des-maladies-chroniques
42. HCSP. Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013 mars [cité 21 déc 2021]. Disponible à : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=370>
43. Masson E. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques [Internet]. EM-Consulte. [cité 27 déc 2021]. Disponible à : <https://www.em-consulte.com/article/66775/l-observance-therapeutique-determinants-et-modeles>
44. Bizouard F, Jungers C. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade: impact sur l'observance. :58.
45. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. Arch Intern Med. 13 mars 2006;166(5):565-71.
46. Medication without harms. WHO [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=E0CD9262FA9626FCD3224A9BF1EE678D?sequence=1>
47. Bouaziz J. Étude observationnelle pour évaluer l'impact des entretiens pharmaceutiques à l'officine sur la prise en charge des patients diabétiques de type 2. 7 avr 2017;202.
48. Ajoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique [Internet] [Thèse de doctorat]. Université catholique de Louvain ; 2007[cité 29 déc 2021]. Disponible à : https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A5226/datastream/PDF_01/view
49. Albano MG, Gagnayre R, Andrade V de, d'Ivernois JF. L'éducation précédant la sortie de l'hôpital : nouvelle forme d'éducation thérapeutique. Critères de qualité et perspectives d'application à notre contexte. Rech Soins Infirm. 12 août 2020;141(2):70-7.
50. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure. Circulation. 18 janv 2005;111(2):179-85.
51. Le diabète en France : les chiffres 2020. Santé publique France [Internet]. [cité 10 mars 2022]. Disponible à : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>
52. Diabète de type 2 · Inserm, La science pour la santé. Inserm [Internet]. [cité 31 déc 2021]. Disponible à : <https://www.inserm.fr/dossier/diabete-type-2/>
53. Qu'est-ce que le diabète ? | Fédération Française des Diabétiques [Internet]. [cité 31 déc 2021]. Disponible à : <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete>
54. Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, Detournay B, Gourdy P, Guerci B, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant dans le diabète de type 2 – 2021. Médecine Mal Métaboliques. déc 2021;15(8):781-801.
55. Panorama des principales recommandations HAS sur le diabète de type 2 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 févr 2022]. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058418/fr/diabete-de-type-2
56. ALD n°8 - Diabète de type 1 chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 janv 2022]. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_419399/fr/ald-n8-diabete-de-type-1-chez-l-adulte
57. Recommandations Diabète de type 1 [Internet]. VIDAL. [cité 4 janv 2022].

- Disponible à: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/diabete-de-type-1-1708.html>
58. Hopitaux Robert Schuman. Mesure de glycémie et injection d'insuline [Internet]. 2020 [cité 4 janv 2022]. Disponible à: <https://www.youtube.com/watch?v=iHRm3P4CHh0>
59. Lecteur de glycémie sans piqûre - Autosurveillance du diabète | FreeStyle Libre [Internet]. [cité 4 janv 2022]. Disponible à: <https://www.freestylelibre.lu/libre/decouvrir/demarrer-avec-freestylelibre.html>
60. Ma glycémie | Fédération Française des Diabétiques [Internet]. [cité 13 févr 2022]. Disponible à: <https://www.federationdesdiabetiques.org/diabete/glycemie>
61. FREESTYLE LIBRE : premier lecteur de glycémie sans piqûre [Internet]. VIDAL. [cité 13 févr 2022]. Disponible à: <https://www.vidal.fr/actualites/21469-freestyle-libre-premier-lecteur-de-glycemie-sans-piqure.html>
62. Outcomes of a pharmacist intervention on diabetic patients [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible à: <https://observia-group.com/en/insights/success-stories/outcomes-of-a-pharmacist-intervention-on-diabetic-patients>
63. ETP en Finistère – PLATEFORME D'ÉDUCATION THERAPEUTIQUE [Internet]. [cité 11 janv 2022]. Disponible à: <https://www.etp29.fr/etp-en-finistere/>
64. Comment prévenir les ré-hospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 janv 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1744728/fr/comment-prevenir-les-re-hospitalisations-apres-une-exacerbation-de-bronchopneumopathie-chronique-obstructive
65. Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). GOLD [Internet]. [cité 13 févr 2022]. Disponible à: <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>
66. Zysman M, Ribeiro Baptista B, Soumagne T, Marques da Silva V, Martin C, Thibault de Menonville C, et al. Optimisation du traitement médicamenteux des patients atteints de BPCO en état stable. Position de la Société de pneumologie de langue française. Actualisation 2021. Rev Mal Respir. mai 2021;38(5):539-61.
67. BPCO, sevrage tabagique et réhabilitation respiratoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 févr 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118947/fr/bpco-sevrage-tabagique-et-rehabilitation-respiratoire
68. Guide ZÉPHIR [Internet]. Société de Pneumologie de Langue Française. 2019 [cité 4 janv 2022]. Disponible à: <https://splf.fr/videos-zephyr/>
69. Béhague P, Deldicque A, Le Rouzic O, Briand J, Paris N, Bautin N, et al. Intérêt d'une coopération pneumologue/pharmacien dans l'optimisation des traitements inhalés chez les patients BPCO. Rev Mal Respir. 1 janv 2019;36:A102-3.
70. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 21 sept 2021;42(36):3599-726.
71. Recommandations Insuffisance cardiaque chronique [Internet]. VIDAL. [cité 6 janv 2022]. Disponible à: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/insuffisance-cardiaque-chronique-1584.html>
72. Éducation thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique : proposition d'un programme structuré multiprofessionnel par la Task Force française sous l'égide de la Société Française de Cardiologie. SFC. [Internet]. [cité 11 janv 2022]. Disponible à: https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/12/ICC_Soc.Franc_.cardio.Ed_.Tt-ICC.2011.pdf
73. Éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 janv 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2975155/fr/education-therapeutique-dans-l-insuffisance-cardiaque
74. Eduquer le patient insuffisant cardiaque. Dossier aide-soignant. [Internet]. [cité 11 janv 2022]. Disponible à: <https://www.em->

consulte.com/showarticlefile/169717/022_AS89.pdf

75. Prado, le service de retour à domicile. Ameli [Internet]. [cité 13 févr 2022]. Disponible à: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/service-patient/prado>

76. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible à: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables>

77. Yerly M., Goncalves M. Quelle stratégie d'éducation thérapeutique sont efficaces pour accroître l'adhérence des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique ? Une revue de la littérature. [Internet] [Mémoire soins infirmiers]. Haute école de santé Fribourg ; 2016 [cité 18 janv 2022]. Disponible à: http://doc.rero.ch/record/305223/files/Yerly-Gon_alves.pdf

78. Bruno A, Ferracioli AL. Comment répondre au mieux aux attentes et aux besoins des patients atteints de maladies chroniques face à leurs thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses ? Enquête auprès de patients diabétiques de type 2 et atteints de maladies respiratoires chroniques. [Thèse d'état]. Université de Grenoble ; 2018. 256p.

79. Robert N. Maladie chronique, parcours de soins : la parole du patient. *JMV-J Médecine Vasc.* 1 mars 2019;44(2):116.

80. Communication du collège de la HAS relative à l'évaluation des pratiques professionnelles. HAS. [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible à: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/epp_et_has.pdf

81. Critères d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 janv 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/c_438005/fr/criteres-d-evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp

82. Indicateurs dans le champ de l'éducation thérapeutique [Internet]. HAS. [cité 13 févr 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/indicateurs_etp_v2.pdf

83. Chemin clinique [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 janv 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique

84. Critères d'évaluation de la qualité des documents écrits d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. HAS. [Internet]. [cité 15 déc 2021]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_criteres_evaluation.pdf

85. Guide méthodologique pour l'élaboration d'un documents écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. HAS [Internet]. [cité 13 févr 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf

86. Ni W, Colayco D, Hashimoto J, Komoto K, Gowda C, Wearda B, et al. Impact of a pharmacy-based transitional care program on hospital readmissions. *Am J Manag Care.* mars 2017;23(3):170-6.

87. Eugène A. Évaluation des besoins éducatifs des proches aidants de personnes atteintes de cancer solide. :94.

88. Test de Morisky (4 items) - observance. OMEDIT [Internet]. [cité 2 avr 2022]. Disponible à: https://www.omedit-nag.fr/sites/default/files/public/54/formaconcil_bases_morisky_court.pdf

89. Morice S. Mise en place d'entretiens pharmaceutiques `` anticoagulants oraux `` au CHRU de Nancy: création d'outils, formation des étudiants en Pharmacie et collaboration ville-hôpital. :135.

90. Gibelli S. Élaboration d'un protocole de création de fiches conseils comme support d'information écrite centrée patient issues de données probantes de la littérature. 2020;61.

91. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA.* 26 sept 2001;286(12):1461-7.

92. Le RGPD appliqué au secteur de la santé | CNIL [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible à: <https://www.cnil.fr/fr/le-rgpd-applique-au-secteur-de-la-sante>
93. Grolier E. Entretiens pharmaceutiques sur les biothérapies à l'hôpital : mise en place et suivi de l'acquisition des connaissances. [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Aix-Marseille ; 2019 [cité 10 avr 2022]. Disponible à: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02169945/document>
94. Mon espace santé, un nouveau service numérique personnel et sécurisé. Ameli [Internet]. [cité 9 avr 2022]. Disponible à: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/mon-espace-sante-un-nouveau-service-numerique-personnel-et-securise>
95. Ansell JE, Buttaro ML, Thomas OV, Knowlton CH. Consensus guidelines for coordinated outpatient oral anticoagulation therapy management. Anticoagulation Guidelines Task Force. Ann Pharmacother. mai 1997;31(5):604-15.
96. Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Légifrance [Internet]. [cité 22 avr 2022]. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845767>
97. e-ETP : tutoriel interactif sur les outils numériques. CHU Angers [Internet]. [cité 22 avr 2022]. Disponible à: <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/etp-education-therapeutique-du-patient/e-etp-tutoriel-interactif-sur-les-outils-numeriquess-108860.kjsp?RH=1435659966334>
98. Mouyon R. État des connaissances des patients diabétiques de type 2 en médecine de ville et impact de l'éducation thérapeutique. 11 oct 2018;68.
99. Galea R. Evolution de la qualité de vie des patients diabétiques de type II après éducation thérapeutique. [Thèse d'exercice]. Université de Dijon ; 2019. 42p.
100. Posture en entretien. SFPC [Internet]. [cité 29 mars 2022]. Disponible à: <https://sfpc.eu/posture-en-entretien/>
101. Masson E. Implication du préparateur en pharmacie hospitalière dans le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux en France : représentations et engagement des préparateurs [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 avr 2022]. Disponible à: <https://www.em-consulte.com/article/1276520/implication-du-preparateur-en-pharmacie-hospitalie>
102. Masson E. Éducation thérapeutique du patient : et si c'était un préparateur en pharmacie ? [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 avr 2022]. Disponible à: <https://www.em-consulte.com/article/1278595/education-therapeutique-du-patient-et-si-c-etait->
103. Fiches de validation de compétences R3C. FNSIP-BM.pdf.
104. Manuel : certification des établissements de santé. HAS [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible à: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf
105. Revue de pertinence des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 avr 2022]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807060/fr/revue-de-pertinence-des-soins

ANNEXES

Annexe 1. Entretiens pharmaceutiques et objectifs selon la SFPC

	Type d'entretien						séance éducative d'ETP
	Conciliation médicamenteuse d'entrée	Conciliation médicamenteuse de sortie	Entretien pharmaceutique réalisé dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire	Entretien pharmaceutique ciblé	Bilan de médication (bilan partagé de médication si en officine)	Télésurveillance, Télésoin, Accompagnement thérapeutique	
Élément déclencheur	Entrée/Transfert	Sortie/Transfert	Nouveau traitement Modification d'un traitement Effet secondaire Défaut d'observance Marge thérapeutique étroite Consolidation des connaissances (traitement et maladie)	Nouveau traitement Modification d'un traitement Effet secondaire Défaut d'observance Marge thérapeutique étroite Consolidation des connaissances et maladie	Patient âgé polymédicamenté	Maladie chronique/ Maladie chronique ARS	ARS
Objectifs de l'entretien							
Faire connaissance avec le patient/évaluer son autonomie en vie quotidienne (MM5, GIR...)							
S'assurer de la capacité du patient à participer à l'entretien							
Établir la liste des traitements							
Repérer des problèmes pharmacothérapeutiques							
Évaluer le comportement du patient en lien avec sa qualité de vie							
Évaluer les connaissances et compétences des patients							
Évaluer l'organisation/traitement - Autonomie médicamenteuse/Parcours pharmaceutique							
Repérer les besoins/ressources/ freins/ la motivation du patient							
Améliorer la gestion des effets indésirables							
Évaluer la bonne compréhension des informations transmises							
Répondre aux besoins éducatifs							
Tracer l'activité							
Communiquer/Transmettre aux autres professionnels (DMP...)							
Temps (à titre indicatif, peut varier selon les patients)	10 à 20 min	10 à 20 min	30 à 60 min	30 à 60 min	20 à 40 min	30 à 60 min	30 à 60 min
Collectif/individuel	individuel	individuel	individuel	individuel	officine / ambulatoire* / hospitalier	officine / ambulatoire* / hospitalier	individuel
Lieu	hospitalier/officine	hospitalier	hospitalier	officine / ambulatoire* / hospitalier	officine / ambulatoire* / hospitalier	officine / ambulatoire*	officine / ambulatoire*
Acteurs	pharmacien, interne, étudiant, préparateur	pharmacien, interne	pharmacien	pharmacien	pharmacien	pharmacien si formation des 40h + DPC validé dans la formation des 40h	pharmacien si formation des 40h
Suivi	non	non	à périodicité définie (souvent par le médecin spécialiste)	à périodicité définie	à périodicité définie	à périodicité définie	à périodicité définie

* ambulatoire : dispensation aux patients ambulatoires, EHPAD, Maisons de santé pluriprofessionnelles...

Critères d'évaluation de la qualité des documents écrits d'information

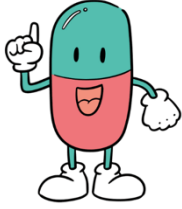
Critères d'évaluation de la rigueur de l'élaboration d'un document écrit d'information

- Implication des patients ou des usagers à toutes les étapes de l'élaboration du document
- Implication des experts de différentes disciplines
- Hiérarchisation de l'information : identification d'un message principal et de points clés
- Description précise du sujet abordé et de son importance : champs couverts (soins, investigation, thérapeutique, dépistage, etc.), ainsi que les limites du thème
- Précision et clarté des objectifs du document
- Description précise du public auquel le document est destiné
- Lien explicite entre le document d'information et les recommandations professionnelles ou les synthèses bien construites sur le plan méthodologique ou sur une synthèse de la littérature réalisée au préalable
- Description précise de la manière et du moment opportun d'utilisation du document dans une stratégie de participation du patient ou de l'utilisateur aux décisions qui le concernent
- Choix d'un support pratique, facile à actualiser et peu encombrant
- Définition précise d'une stratégie de diffusion comportant les canaux de diffusion les plus adaptés à la cible et les modalités de mise à disposition du document
- Test de la lisibilité, de la compréhension du document, de sa présentation
- Évaluation de l'utilisation du document et de la satisfaction des utilisateurs
- Planification de l'actualisation du document

Critères d'évaluation du contenu d'un document écrit d'information

- Prise en compte des attentes et des questions posées par les patients ou les usagers
- Précision et explicitation des données validées sur lesquelles se fondent les informations
- Présentation objective de l'information (non biaisée et équilibrée en particulier sur les bénéfices et les risques, les conséquences des traitements)
- Présentation des informations quantitatives sur la fréquence de la maladie ou des symptômes
- Description des bénéfices/risques et des conséquences des traitements et des soins sur la vie quotidienne et tous les aspects de la qualité de vie
- Description précise et concrète d'une conduite à tenir
- Proposition d'une liste de questions que le patient ou l'utilisateur peut poser au professionnel de santé
- Intégration d'une rubrique de sources d'information complémentaires
- Application des conseils de rédaction et de présentation d'un document écrit : être concis, simple et compréhensible, utiliser un langage et un ton appropriés, sans dramatisation ni optimisme excessif, choisir des illustrations pertinentes et adaptées
- Mention claire des rédacteurs du document, des différents secteurs d'activité avec lesquels ils sont en lien, les sources d'informations et de financement
- Mention de la date d'élaboration sur le document

Aidez-nous à vous proposer un entretien qui vous convient !



Nous souhaitons proposer aux patients hospitalisés des entretiens pharmaceutiques qui ont pour but d'échanger sur la maladie et la prise en charge.

Afin de comprendre les besoins, voici un questionnaire concernant **les thèmes que vous souhaitez aborder sur votre maladie** :
L'insuffisance cardiaque (IC) ou la Bronchopneumopathie obstructive (BPCO).

*Il vous suffit de cocher ce qui correspond le mieux à vos attentes.
N'hésitez pas à laisser un commentaire.*

	Cela m'intéresse beaucoup	Cela m'intéresse moins	Commentaires libres
Rappels et explications brèves de votre maladie			
Explications des différents médicaments que vous prenez en lien avec la maladie :			
• Comment agissent-ils ?			
• Pourquoi les prendre ?			
• Comment les prendre ?			
• Quels sont leurs effets indésirables fréquents et comment les gérer ?			
• Quoi faire en cas d'oubli ?			
Explications de la décompensation cardiaque / exacerbation bronchique			
Quelles sont les interactions de ces médicaments avec l'alimentation et les autres traitements ?			
Comment anticiper et gérer la prise de ses médicaments lors d'un voyage ?			
Comment parler et expliquer sa maladie, son traitement à ses proches ?			

Annexe 4. Chemin clinique

DONNEE D'ENTREE : patients hospitalisés dans le service POLE MEDICAL avec la liste des médicaments établies					
PROCESSUS - CHEMIN CLINIQUE	ACTEURS	Pratiques et outils déjà en place	RECOMMANDATIONS	ACTIONS	MODALITES DE SUIVI DES ACTIONS
1 : Sélectionner les patients auprès desquels réaliser l'entretien	Pharmacien, Internes en pharmacie Préparateur en pharmacie, Médecin, Interne en médecine	Logiciel AMADEUS® : dossier patient Transmissions (STAFF et visites) du service	Entretien pharmaceutique ciblé sur la maladie chronique (1)	Définition d'un critère d'inclusion	Indicateurs de suivi (de structure)
			S'assurer de la capacité du patient à participer (1) Établir la liste des traitements (1) Patient autonome dans sa PEC médicamenteuse (1)	Définition d'un critère d'exclusion Définition d'un critère d'inclusion Définition d'un critère d'exclusion	
2 : Rencontre avec le patient et/ou son entourage pour réaliser l'entretien	Pharmacien, Interne en pharmacie, Préparateur en pharmacie	Néant	Se présenter et présenter les objectifs de l'entretien (1)	Formuler les modalités de l'entretien Former les professionnels à l'entretien	Fiche technique présente dans le MAQ (manuel d'assurance qualité) Planning de formation des acteurs / Questionnaire satisfaction des acteurs
			Réalisation de l'EP dans un lieu défini (1)	Rédaction d'une fiche technique décrivant les modalités de l'entretien	Fiche technique présente dans le MAQ (manuel d'assurance qualité)
			Définir l'organisation de l'entretien (2)	Rédaction d'une fiche technique décrivant les modalités de l'entretien	Fiche technique présente dans le MAQ Indicateur de processus (patient traceur)
			Contenu : information conformes aux recommandations actuelles sur la pathologie chronique et les traitements (3)	Recherches bibliographiques sur les recommandations dans les maladies chroniques concernées	Bibliographie définissant le contenu des entretiens Planning de mise à jour des informations
Réunion pluridisciplinaire avec médecin	Planning des réunions Questionnaire satisfaction médecin				
Repérer les besoins du patient, ses ressources, ses freins et sa motivation (1)				Former les professionnels à l'éducation du patient	Attestation de formation
			Évaluer l'adhésion (1)	Rédaction d'une fiche technique décrivant les modalités de l'entretien	Compte-rendu de l'entretien
			Évaluer l'automédication (1)	Rédaction d'une fiche technique décrivant les modalités de l'entretien	Compte-rendu de l'entretien

	Définition des objectifs pédagogiques	Évaluer les connaissances et compétences des patients sur : - sa pathologie, ses médicaments - les effets indésirables (1) Évaluer le comportement du patient face à une situation à risque (comme un oubli, des interactions médicamenteuses) (1)		Fiche technique
<p>SOURCES :</p> <p>(1) SFPC - Fiche mémo "Les entretiens pharmaceutiques" - Mars 2019</p> <p>(2) Créer un outil pédagogique en santé : guide méthodologique de la PIPsa</p> <p>(3) HAS - Elaboration d'un document d'information à destination des patients et des usagers</p>	<p>Création d'un questionnaire de connaissances avant/après</p> <p>Création d'un jeu de cartes comprenant des questions avec proposition de réponses pour le patient</p> <p>Création d'un jeu de cartes comprenant une partie explicative aux questions posées</p>	<p>Apporter / consolider les connaissances sur le traitement et la maladie = objectifs pédagogiques (1)</p>		<p>Résultats du questionnaire de connaissances avant/après</p> <p>Compte-rendu (CR)</p> <p>Compte rendu</p>
	<p>Utiliser une tablette pour présenter des vidéos explicatives aux patients</p> <p>Créer des cartes de mises en situation</p> <p>Créer un questionnaire de connaissance Avant/Après</p>	<p>Évaluer la bonne compréhension des informations transmises (1)</p>		<p>Indicateurs de suivi (processus)</p> <p>Résultats du questionnaire de connaissances</p> <p>Compte rendu</p>
	<p>Création d'un livret d'information patient</p>	<p>Le patient a un document informatif qui résume les explications apportées durant l'entretien (3)</p>		<p>Compte rendu (indiquant la remise du livret)</p> <p>Résultat du questionnaire de satisfaction patient</p>
<p>3 : Tracer l'entretien pharmaceutique</p>	<p>Compléter un compte rendu pré-rempli "entretien pharmaceutique" dans le dossier patient (AMADEUS*)</p>	<p>Toute proposition pharmaceutique doit être consignée dans document sous forme d'avis ou de compte rendu et figurer dans le dossier patient (1)</p>	<p>Répertoire adresses pharmacien d'officine et médecins généralistes Finistère. Logiciel AMADEUS* : planning PHARMACIE</p>	<p>Compte rendu</p>
	<p>Définir les destinataires (officine, médecin traitant) du CR</p> <p>Définir les modalités de transmission du CR (messagerie sécurisée, fax...)</p>	<p>Communiquer/Transmettre aux autres professionnels de santé (1)</p>		<p>Résultats du questionnaire de satisfaction auprès des officines et médecins traitants</p>
DONNEE DE SORTIE : patient sortant d'hospitalisation du POLE MEDICAL				

Annexe 5. Support d'aide à la préparation et la réalisation des entretiens pharmaceutiques ciblés

Grille pour les entretiens pharmaceutiques ciblés

Réalisateur de l'entretien : _____
 Patient : _____ Date de naissance : _____ Chambre : _____
 Sexe : **M / F**
 Autonomie : **1** - Gère seul ses médicaments **2** - Aidé par ses proches **3** - Passage IDE
 Entretien : **I** - à l'initiative de la pharmacie **P** - sur prescription/demande médicale
 Conciliation entrée réalisée : **oui / non**

Date de l'entretien : _____
 Maladie chronique : _____ Motif d'hospitalisation : _____

Critères de sélection	OUI	NON	Commentaires
Diagnostic de la maladie chronique			
Liste des traitements établies			
Autonome			
Communicant			

Liste des traitements du patient liés à sa maladie chronique :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____


Liste des objectifs pédagogiques :

Cocher ce qui a été abordé pendant l'entretien et vos éventuelles remarques. Cela vous sera utile pour rédiger le compte-rendu.

Objectifs pédagogiques	Abordé	Remarques
Comprendre la physiopathologie de la maladie et les symptômes qui en découlent		
Comprendre l'indication (rôle) et le mécanisme d'action des médicaments		
Connaissance des posologies, modalités de prise et d'administration des médicaments <i>Ex : évaluer la prise d'inhalateurs pour BPCO, la prise d'insuline pour diabète...</i>		
Comprendre l'importance de l'observance		
Comprendre le suivi clinico-biologique en lien avec les médicaments et les décompensations (NA pour la BPCO)		
Savoir identifier les effets indésirables des médicaments et comment les gérer		
Connaître les principales interactions médicamenteuses possibles		
Savoir réagir en cas d'oubli de prise / de vomissement		
Savoir gérer son traitement en voyage		
Savoir comment réagir face à l'aggravation des symptômes <i>(exacerbation de la BPCO, décompensation cardiaque, hypoglycémie)</i>		

BPCO

LA MALADIE




Quelle est la principale cause de développement de la BPCO ?

- * Une mauvaise alimentation
- * Le tabac
- * Une réaction allergique

Principale cause


LE TABAC





Autres causes possibles : polluants de l'air, l'environnement du travail (construction, textile, sidérurgie...)


**Arrêt du tabac =
Premier traitement de la BPCO**

Amélioration des symptômes et des capacités à respirer

Arrêt de la progression de la maladie 

 Se faire aider → 



MEDICAMENTS POUR TRAITER LA BPCO



Savez-vous comment vos médicaments agissent sur les poumons ?

- * Ils favorisent l'inflammation des bronches
- * Ils dilatent les bronches pour un meilleur passage de l'air
- * Ils ont tous le même mécanisme d'action, c'est donc inutile de les associer.


BRONCHODILATATEURS
Dilatatent les voies respiratoires

Traitement de fond
Longue durée d'action
Pris 1 à 2 fois par jour

Traitement de la crise, effet rapide
Courte durée d'action
Pris à la demande
Si gêne respiratoire augmentée

CORTICOIDES
Diminuent l'inflammation



Peuvent être utilisés en association :

Potentiale l'effet
Facilite la prise

MEDICAMENTS POUR TRAITER LA BPCO



Connaissez-vous leur effets indésirables ?

- * Nez qui coule
- * Voix changée
- * Mycose buccale
- * Nausées et vomissements



Les effets indésirables ne se manifestent pas toujours et peuvent passer avec le temps !

Effets indésirables liés aux bronchodilatateurs :

- Sécheresse buccale (en début de traitement)
- Tremblements (des mains)
- Céphalées, palpitations

Effets indésirables liés aux corticoïdes inhalés :

- Risque augmenté de mycose buccale
- Enrouement, mal de gorge



→ Rincer la bouche après la prise

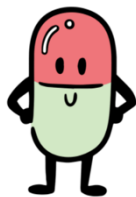


A bien différencier des effets secondaires des corticoïdes pris par voie orale au long cours : prise de poids, diabète...

→ Les corticoïdes inhalés ne provoquent pas ces effets secondaires.

DIABÈTE

LE SUIVI DE LA MALADIE



Qu'est-ce que l'hémoglobine glyquée ?

- * Elle se trouve dans le sang
- * Son dosage doit être supérieur à 7%
- * Elle est dosée avec le lecteur glycémique
- * Elle permet d'avoir une idée de l'équilibre glycémique sur une certaine période



L'hémoglobine glyquée est aussi appelée HbA1C

= Le reflet de l'équilibre de votre glycémie des 3 derniers mois



Se contrôle par une prise de sang tous les 3 mois

Une hémoglobine glyquée dans l'objectif (le plus souvent < 7%) fixé par le médecin

=

Prévention des complications



Sinon, les mesures hygiéno-diététiques (alimentation, activité physique) et les médicaments seront à adapter

MEDICAMENTS DU DIABETE



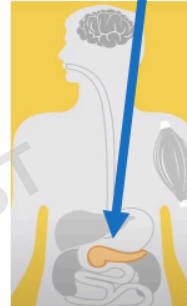
Savez-vous comment les sulfamides hypoglycémisants et les glinides agissent ?

AMAREL® (Glimépiride) **DIAMICRON®** (Gliclazide)
DAONIL® (Glibenclamide) **NOVONORM®** (Répaglinide)

- * Améliorent la sensibilité du corps à l'insuline
- * Stimulent la production d'insuline par le pancréas
- * Retardent l'absorption intestinale du sucre
- * Augmentent l'élimination du glucose dans les urines



SULFAMIDES HYPOGLYCEMIANTS ET GLINIDES



Stimulent la sécrétion d'insuline stockée dans le pancréas



Peuvent provoquer une **HYPOGLYCEMIE**

Pour l'éviter :

- Prendre le médicament **que si je mange**
- Prendre le médicament **en début de repas**



MEDICAMENTS DU DIABETE

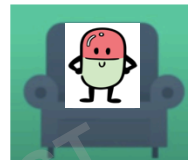


Vous avez une sensation de faiblesse, de sueur et une vision floue : que faites-vous ?

- * Je poursuis normalement ce que je suis en train de faire, cela va passer
- * Je suis sûrement en hypoglycémie
- * Je m'injecte de l'insuline
- * Je contrôle ma glycémie

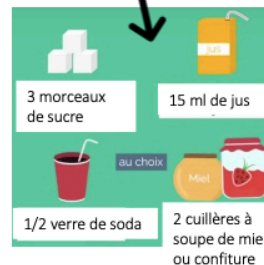
L'hypoglycémie est un effet indésirable de certains médicaments antidiabétiques : sulfamides, glinides, insulines.

AMAREL® (Glimépiride) **DAONIL®** (Glibenclamide)
DIAMICRON® (Gliclazide) **NOVONORM®** (Répaglinide)



Arrêtez votre activité et contrôlez votre glycémie

Si l'hypoglycémie est avérée (glycémie < 0,7 g/l) : Resucrez vous !



Puis 20 à 30 minutes après : Contrôlez à nouveau pour vérifier que vous n'êtes plus en hypoglycémie !

INSUFFISANCE CARDIAQUE

LA MALADIE



Que se passe-t-il en cas de décompensation cardiaque ?

- * Les symptômes s'aggravent
- * Le traitement est efficace
- * Je me sens bien
- * Je prends rapidement du poids



Quand le cœur n'arrive plus à compenser

DECOMPENSATION

= Apparition des symptômes

Important de connaître les signes pour réagir et pouvoir aller consulter

Jambes qui gonflent (OEDEMES)



ESSOUFLEMENTS

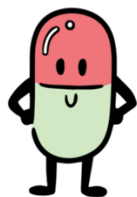


TOUX

BESOIN DE DORMIR EN POSITION DEMI-ASSISE



MEDICAMENTS



Lesquels sont utilisés comme traitement de fond de votre insuffisance cardiaque ?

Traitement de FOND de l'insuffisance cardiaque
=
Ralentir la maladie et éviter la décompensation

β-bloquants :

Ralentissent le cœur pour qu'il se remplisse mieux

Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC / Entresto®) :

Protègent le cœur en diminuant la dilatation, le remodelage ...

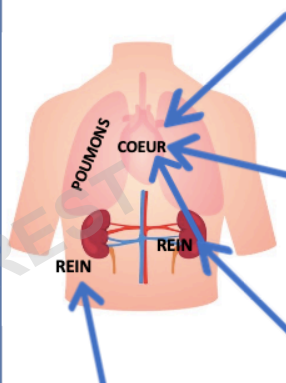
Gliflozines

(Inhibiteurs de SGLT2) : Améliorent de la fonction cardiaque & favorisent l'élimination de la surcharge d'eau et de sel dans le corps.

+ hypoglycémiant et protègent le rein

Diurétiques :

Facilitent l'élimination des œdèmes et diminuent l'engorgement des poumons (surtout lors des poussées)



MEDICAMENTS



Que faites vous si vous oubliez de prendre vos médicaments ?

- * Je double la dose à la prochaine prise
- * J'appelle mon médecin ou ma pharmacie pour savoir quoi faire
- * Je connais le délais au cours duquel je peux prendre mon médicament après l'heure habituelle



Dans tous les cas il ne faut pas doubler la dose à la prochaine prise si vous avez oublié

Demandez à votre médecin ou pharmacien !

β-bloquants & Vasodilatateurs : si oublié < 12h, prendre le comprimé sinon attendre la prochaine prise.

Diurétiques : si oublié constaté peu de temps après, prendre le comprimé. Sinon attendre la prochaine prise et surveiller les signes d'œdèmes/essoufflement.

Anticoagulants :

ELIQUIS oublié < 6H ou XARELTO oublié < 12H : prendre le comprimé oublié et ne pas décaler les prises suivantes



ASTUCES POUR NE PAS OUBLIER :

- Mettre une alarme sur son téléphone
- Tenir un carnet où noter ses prises
- Faire un pilulier
- ...

VOYAGES



Comment gérer son traitement en voyage ?

- * Je prévois pour la durée exacte du séjour
- * Je n'ai pas besoin d'emporter mon ordonnance
- * Je mets tous mes médicaments dans un même endroit
- * Je conserve les médicaments à l'abri de la lumière et de la chaleur



Assurez-vous d'avoir la quantité suffisante de médicament pour toute la durée de votre séjour, et même un peu plus !

Emportez votre ordonnance avec vous



Emportez votre carte vitale (dossier pharmaceutique)

Conservez vos médicaments dans un endroit frais




Séparez vos médicaments dans deux bagages différents (dont le bagage à main)

Avoir les coordonnées de votre médecin, prestataire etc... en cas de questions

Annexe 7. Extraits des livrets patients

Livret informatif


Ce livret regroupe l'ensemble des informations abordées lors de l'entretien pharmaceutique.




Pour toutes questions, n'hésitez pas à vous adresser à votre pneumologue, médecin ou pharmacien de ville.

Ce livret est produit par le service de pharmacie hospitalière en collaboration avec l'équipe médicale du POLE MEDICAL 3 de l'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre.


Usage personnel uniquement. Version 1, 05/10/2021.





L'INSUFFISANCE CARDIAQUE


Cœur = une pompe qui fait circuler le sang dans le corps pour apporter les besoins nécessaires



Insuffisance cardiaque = FATIGUE de la pompe

Compensation = **battements de cœur plus rapides** mais pas suffisants
 → **Traitement nécessaire**

C'est une maladie chronique = à vie



LES DIFFERENTS PILIERS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA BPCO :

Arrêt du tabac

La réhabilitation respiratoire


Elle intègre :
réentraînement à l'effort, musculation, gymnastique médicale, éducation thérapeutique
 = **réduit l'essoufflement, améliore la capacité d'exercice et la qualité de vie.**

Pour préserver les bénéfices : **pratiquer une activité physique 3 à 5 fois par semaine (30-45min)**

Vaccination


Les vaccins contre la **grippe**, la **covid** et le **pneumocoque** sont recommandés
 → car ces maladies peuvent provoquer des exacerbations.

Médicaments



LA METFORMINE
 Glucophage® Stagid®

Améliore la sensibilité du corps à sa propre insuline = évite les hyperglycémies



Diminue l'absorption intestinale du sucre



Diminue la production du glucose par le foie

i Premier médicament du DT2

Possibles troubles digestifs évités en :

- Prenant **pendant le repas**
- Augmentant progressivement les doses

Avantage : pas d'hypoglycémie

 COORDONNEES DES PROFESSIONNELS DE SANTE	 MES RENDEZ-VOUS MEDICAUX
Nom : Téléphone : Adresse :	NOM : Profession : Date et heure :
Nom : Téléphone : Adresse :	NOM : Profession : Date et heure :
Nom : Téléphone : Adresse :	NOM : Profession : Date et heure :
Nom : Téléphone : Adresse :	NOM : Profession : Date et heure :
Nom : Téléphone : Adresse :	NOM : Profession : Date et heure :
Nom : Téléphone : Adresse :	NOM : Profession : Date et heure :
Nom : Téléphone : Adresse :	NOM : Profession : Date et heure :

Annexe 8. Compte rendu pré-rempli de l'entretien pharmaceutique



Hôpital d'Instruction des Armées
"Clermont-Tonnerre"



Service de Pharmacie hospitalière

Chef de Service

➤ Pharmacien en chef **P. SOULE-GRIMONT**
Pharmacien des Hôpitaux des Armées
✉: pauline.grimont@intradef.gouv.fr

Adjoints au Chef de Service

➤ Pharmacien en chef **M. ROUAULT**
Pharmacien des Hôpitaux des Armées
✉: mederic.rouault@intradef.gouv.fr

➤ Pharmacien **F. JOUQUAND**
Pharmacien Hospitalier
✉: fanny.jouquand@intradef.gouv.fr

Cadres de Santé

➤ TLAB CASSP **F. THIBAUT**
Technicien de laboratoire cadre supérieur de
santé paramédical
✉: fabien.thibault@intradef.gouv.fr

➤ CaSPC **S. VISHOUARN**
Cadre de santé paramédical civil
✉: sylvie.lebloas@intradef.gouv.fr

Secrétariat

☎: 02.98.43.73.29
☎: 02.98.43.72.02
✉: pharma@hopital-armees-brest.fr

BCRM de Brest
Rue Colonel **Conferrier**
CC 41
29240 BREST Cedex 9
Standard : 02.98.43.70.00

Brest, le XXXXXX

Destinataire :
Téléphone :
Mail / Fax :

Destinataire :
Téléphone :
Mail / Fax :

Chère consœur, Cher confrère,

Votre patient(e), **XXXXX**, né(e) le **XXX**, a bénéficié d'un entretien pharmaceutique ciblé pendant son hospitalisation à l'Hôpital d'Instruction des Armées « Clermont-Tonnerre » à Brest dans le service de POLE MEDICAL.

L'objectif de l'entretien est de consolider ses connaissances sur sa maladie et ses traitements. Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'entretien.

Maladie chronique ou médicament concerné :

Les points suivants ont été abordés (*cases cochées*) :

Objectifs pédagogiques :	Abordé	Compris	A consolider
Comprendre la physiopathologie de la maladie et les symptômes			
Comprendre l'indication et le mécanisme d'action des médicaments			
Connaissance des posologies, modalités de prise et d'administration des médicaments			
Comprendre l'importance de l'observance			
Comprendre le suivi clinico-biologique			
Savoir identifier les effets indésirables et comment les gérer			
Connaître les principales interactions médicamenteuses possibles			
Savoir réagir en cas d'oubli de prise			
Savoir gérer son traitement en voyage			
Savoir comment réagir face à l'aggravation des symptômes			

Certains points mériteraient d'être ré-abordés, par exemple lors de la dispensation du traitement ou lors d'une consultation médicale, notamment :

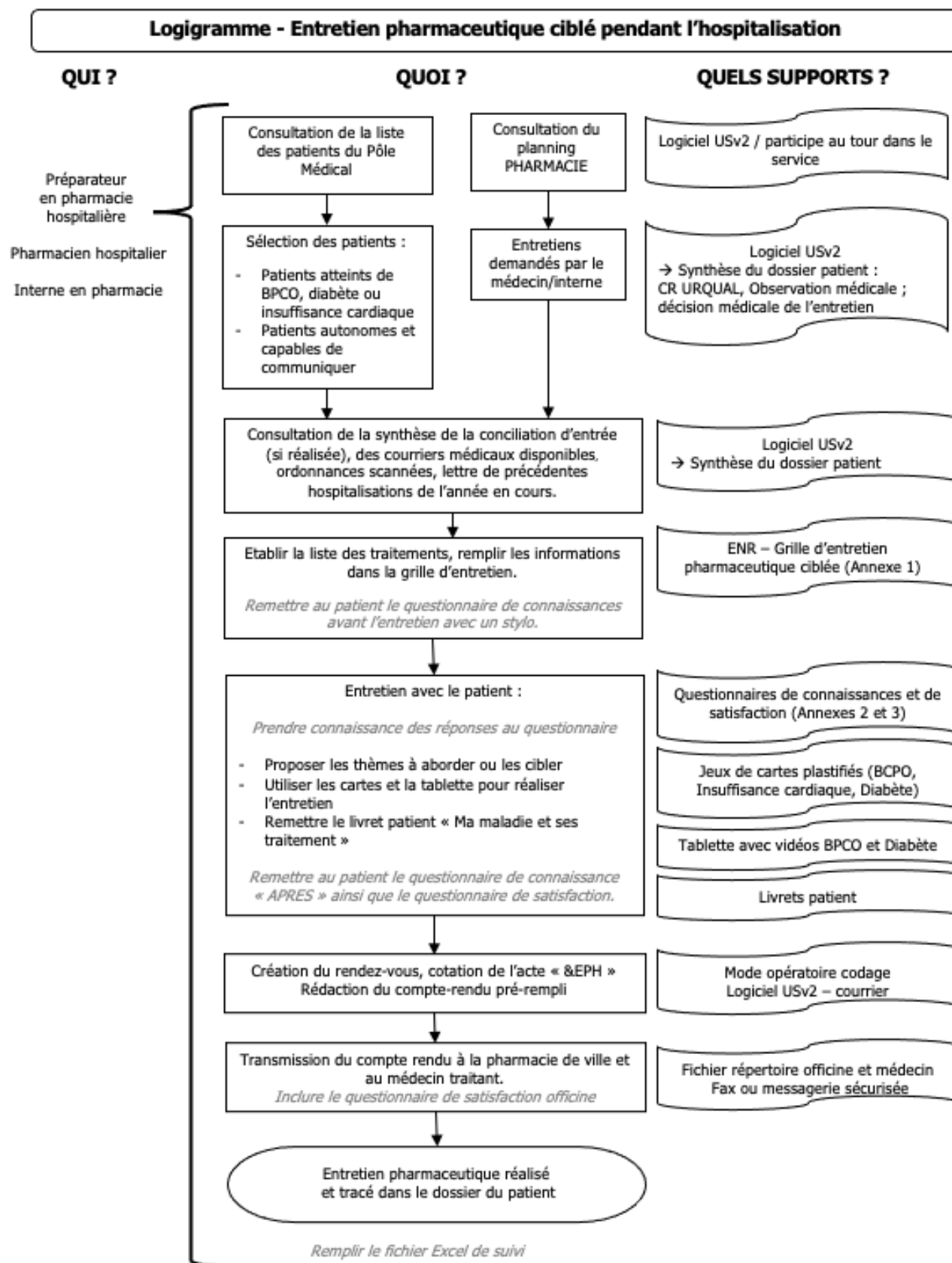
Un livret résumant chaque item a été remis au patient à la fin de l'entretien.

En espérant que ces informations vous permettent une meilleure prise en charge de votre patient(e), nous restons à votre disposition pour toute question complémentaire.

Très confraternellement,

NOM Prénom
Interne en pharmacie

Annexe 9. Logigramme entretiens pharmaceutiques



Annexe 10. Questionnaire de connaissances avant / après : exemple pour le diabète

Aidez-nous à améliorer les entretiens pharmaceutiques qui vous sont proposés !

Questionnaire de connaissances AVANT l'entretien

Pour Mr/Mme : _____



Ce questionnaire de connaissances a pour but de faire le point sur ce que vous connaissez de votre maladie et vos traitements. Il nous permettra d'améliorer les entretiens pharmaceutiques en répondant à vos besoins.

Pour qu'il soit plus représentatif nous vous demandons de répondre sans aide. Ne vous inquiétez pas si vous ne connaissez pas certaines réponses et n'hésitez pas à poser des questions au médecin ou au pharmacien.

Une ou plusieurs réponses sont possibles. Cochez les réponses qui vous semblent correctes.

1- Connaissez-vous le nom des médicaments que vous prenez pour votre diabète ?

(vous pouvez vous aider de votre ordonnance et de vos boîtes pour les identifier)

.....

2- Le diabète est diagnostiqué lorsque le taux de sucre dans le sang est de plus de 1,26g/l à jeun et à deux reprises :

- A - Vrai
 B - Faux
 C - Je ne sais pas

3- Comment est régulée la glycémie ?

- A - L'hormone impliquée est la dopamine
 B - Une hormone est produite en fonction du taux de sucre dans le sang
 C - L'hormone est produite par le foie
 D - Je ne sais pas

4- L'hémoglobine glyquée:

- A - Se mesure grâce au lecteur de glycémie
 B - Donne le taux du sucre dans le sang
 C - Reflète l'équilibre glycémique
 D - Je ne sais pas

5- Tous les médicaments pour le diabète peuvent provoquer une hypoglycémie

- A - Vrai
 B - Faux
 C - Je ne sais pas






Merci !

Service pharmacie – HIA Clermont-Tonnerre

Aidez-nous à améliorer les entretiens pharmaceutiques qui vous sont proposés !

Questionnaire de satisfaction

1. De façon globale, êtes-vous satisfait de l'entretien pharmaceutique qui vous a été proposé (durée, contenu, explications, moment et lieu de l'entretien...) :

- A - Satisfait 
- B - Plutôt satisfait 
- C - Pas satisfait 




2. L'entretien vous a-t-il appris de nouvelles choses sur votre maladie et ses traitements ?

- A - **Oui** : vous avez appris de nouvelles notions
- B - **Non** : mais le rappel vous a été utile
- C - **Pas vraiment** : l'entretien vous a paru inutile

3. Concernant le jeu de cartes utilisé lors de l'entretien et le livret donné, vous êtes :

- A - Satisfait 
- B - Plutôt satisfait 
- C - Pas satisfait 

4. Pensez-vous que cet entretien va vous aider à mieux vivre avec votre maladie et prendre votre traitement ?

- A - Oui 
- B - Un peu 
- C - Non 

5. Pensez-vous qu'un second entretien vous serait utile ?

- 6. A - Oui 
- 7. B - Je ne sais pas 
- 8. C - Non 

Faites-nous part de vos remarques !



**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION
FORMATION AUX ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES**

Vous êtes :

- Préparateur
- Pharmacien
- Interne en pharmacie

1- Globalement vous diriez que la formation a été :

- A- Très satisfaisante
- B- Satisfaisante
- C- Peu satisfaisante

Commenter :

.....

.....

2- Que pensez-vous de la durée de la formation ?

- A- Trop longue
- B- Correcte
- C- Trop courte.

3- La formation a-t-elle répondu à vos attentes ?

- A- Oui
- B- Non

Commenter :

.....

.....

4- Quelle partie de formation vous a semblé la plus utile ?

- A- Présentation du logigramme & documents associés
- B- Présentation des jeux de cartes
- C- « L'entretien en pratique »

Vous pouvez les classer :

.....

.....

5- Quelle partie de la formation ou autres thèmes auriez-vous aimé approfondir / aborder ?

- A- Présentation du logigramme & documents associés
- B- Présentation des jeux de cartes
- C- « L'entretien en pratique »
- D- Autre :

Commenter :

.....

.....

6- Êtes-vous intéressés pour réaliser des entretiens pharmaceutiques ?

- A- Oui
- B- Non

Pourquoi (quels sont vos éventuels freins etc...) :

.....

.....

Questionnaire de satisfaction médecins

Lien Google Form® :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSrnAGEZ2X_eHv0i8u8Pn_djT83p2SCdu8EwnVw8uMVA/viewform?usp=cf_link

Afin d'évaluer la mise en place des entretiens pharmaceutiques auprès des patients insuffisants cardiaques, BPCO et diabétiques dans le service, dans le cadre de ma thèse, je vous fais parvenir ce questionnaire de satisfaction.

Merci d'avance pour votre contribution.

Q1) Le contenu des entretiens pharmaceutiques correspond-t-il à vos attentes sur ce type d'entretien ?

- Complètement
- Partiellement
- Pas du tout

Si pas du tout ou partiellement, que faudrait-il adapter pour répondre davantage à vos attentes ?

Q2) Pensez-vous avoir été suffisamment impliqué dans l'élaboration du contenu de l'entretien pharmaceutique ?

- Complètement
- Partiellement
- Pas du tout

Si pas du tout ou partiellement, pourquoi ?

Q3) Que pensez-vous des outils utilisés lors des entretiens pharmaceutiques ? (Jeux de cartes questions-réponses, vidéos sur tablette, livrets patients)

- Utiles
- Pas utiles
- Inadaptés

Commentaires libres sur les outils :

Q4) Êtes-vous satisfait que les patients vus en entretiens pharmaceutiques soient principalement ciblés par l'interne en pharmacie ?

- Satisfait
- Partiellement satisfait
- Pas du tout satisfait

Si vous êtes partiellement ou pas du tout satisfait : pour quelles raisons ?

Q5) Pensez-vous que l'entretien pharmaceutique ait un impact sur l'implication du patient dans la prise en charge de sa maladie ?

- Complètement
- Partiellement
- Pas du tout

Commentaires libres :

Q6) En ce qui concerne le compte rendu (accessibilité et contenu), vous le trouvez :

- Très utile
- Utile
- Pas utile

Commentaires libres :

Q7) Globalement, êtes-vous satisfait de la mise en place des entretiens pharmaceutiques dans le service ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Commentaires libres :

Q8) Pour quels autres maladies et/ou médicaments pensez-vous qu'il serait utile de réaliser des entretiens pharmaceutiques dans le pôle médical ?

Annexe 14. Questionnaire de satisfaction interne en pharmacie

Enquête de satisfaction auprès de l'interne en pharmacie réalisant les entretiens pharmaceutiques

Q1) Globalement, êtes-vous satisfait de réaliser ce type d'entretien pharmaceutique ?

- Satisfait
- Plutôt satisfait
- Pas satisfait

Q2) D'un point de vue professionnel, qu'est-ce que cela vous apporte (formation / impact sur l'activité dans le service...)?

Q3) En ce qui concerne la fiche technique (procédure), les informations contenues sont-elles utiles et compréhensibles ?

- Oui
- Non
- Partiellement

Si non ou partiellement, pourquoi et comment l'améliorer ?

Q4) La grille d'aide mise à votre disposition et que vous pouvez remplir vous est-elle utile ?

- Oui
- Non
- Partiellement

Avez-vous des remarques pour l'améliorer ?

Q5) a) Concernant les outils utilisés pendant l'entretien (jeux de cartes et tablette), sont-ils faciles à utiliser ?

- Oui
- Non
- Partiellement

b) Pensez-vous qu'ils vous ont aidé à communiquer avec les patients ?

- Oui
- Non
- Partiellement

c) Pensez-vous qu'ils aient aidé le patient à comprendre certaines informations que vous lui transmettez pendant l'entretien ?

- Oui
- Non
- Partiellement

d) Commentaires libres :

Q6) Avez-vous trouvé les patients rencontrés globalement réceptifs lors des entretiens ?

- Complètement
- Pas du tout
- Partiellement

Commentaires libres :

Q7) Concernant l'identification des patients auprès desquels réalisés ce type d'entretien à votre initiative, vous avez trouvé cela :

- Facile
- Difficile
- Parfois difficile

Commentaires libres :

Q8) Pensez-vous que les médecins ont suffisamment prescrits les entretiens pharmaceutiques ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? Comment l'améliorer ?

Q9) Concernant le compte rendu (format, accessibilité, contenu à remplir) et sa transmission aux officines, vous êtes :

- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Commentaires libres :

Q10) Pensez-vous que l'entretien pharmaceutique ait un impact sur l'implication du patient dans la prise en charge de sa maladie ?

- Oui
- Non
- Partiellement

Commentaires libres :

Autres commentaires sur la réalisation des entretiens de façon globale :

Annexe 15. Questionnaire de satisfaction des pharmaciens de ville



MINISTÈRE DES ARMÉES

Brest, le 7 mars 2022



Hôpital d'Instruction des
Armées Clermont Tonnerre
Service de Pharmacie hospitalière

Chef de Service
Pharmacien en chef
P. SOULE-GRIMONT
Pharmacien des Hôpitaux des Armées
✉ : pauline.grimont@intradef.gouv.fr

Adjoints au Chef de Service

➤ Pharmacien en chef **M.ROUAULT**
Pharmacien des Hôpitaux des Armées
✉ : mederic.rouault@intradef.gouv.fr

➤ Docteur **F.JOUQUAND**
Pharmacien Hospitalier
✉ : fanny.jouquand@intradef.gouv.fr

Cadres de Santé

➤ TLAB CASSP **F.THIBAUT**
Technicien de laboratoire cadre supérieur de
santé paramédical

➤ CaSPC **S.LE BLOAS**
Cadre de santé paramédical civil
✉ : sylvie.lebloas@intradef.gouv.fr

Secrétariat

☎ : 02.98.43.73.29
☎ : 02.98.43.72.02
✉ : pharma@hopital-armees-brest.fr

BCRM de Brest
Rue Colonel **Eonfameur**
CC 41
29240 BREST Cedex 9
Standard : 02.98.43.70.00

Questionnaire de satisfaction – Compte rendu entretien pharmaceutique

Nous vous avons adressé un courrier rendant compte de l'entretien pharmaceutique ciblé (maladie chronique : BPCO, Diabète, Insuffisance cardiaque) réalisé auprès d'un de vos patients durant son hospitalisation à l'Hôpital d'Instruction des Armées « Clermont-Tonnerre » à Brest dans le service POLE MEDICAL.

Afin d'évaluer notre démarche, **dans le cadre d'une thèse**, nous vous envoyons ci-dessous un questionnaire de satisfaction. Nous vous remercions par avance pour votre contribution et nous vous proposons de nous le **retourner au plus vite** (sous une semaine) par fax au **02.98.43.72.02** ou par mail à nadege.rivalland@gmail.com.

1) Êtes-vous satisfait des informations contenues dans le courrier ?

A- Très satisfait B- Satisfait C- Peu satisfait D- Pas satisfait du tout

2) Avez-vous trouvé une utilité au document ?

A- Oui B- Non

Si Oui, Comment avez-vous utilisé ce document ?

3) Avez-vous archivé ce document dans le dossier patient ?

A- Oui B- Non

Si non, pourquoi ?

4) Avez-vous des remarques diverses pour l'amélioration de l'échange ? (modalités d'envoi, informations manquantes, appel téléphonique...)**5) Globalement, êtes-vous satisfait d'être impliqué dans cette démarche d'éducation au patient avec le lien ville-hôpital ?**

A- Très satisfait B- Satisfait C- Peu satisfait D- Pas satisfait du tout

SERMENT DE GALIEN

Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

-D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

-D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

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

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.



RIVALLAND Nadège

Une évaluation des pratiques professionnelles pour la création d'entretiens pharmaceutiques ciblés intégrés aux parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques

Résumé de la thèse :

Les maladies chroniques sont souvent associées à des parcours de soins complexes pour lesquels il est nécessaire d'impliquer davantage les patients afin d'assurer la sécurité de leur prise en charge et d'améliorer leur qualité de vie.

Dans notre établissement, la présence pharmaceutique au sein du pôle médical est l'opportunité de favoriser cela via la création d'entretiens pharmaceutiques ciblés pour répondre aux besoins éducatifs des patients. Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été appliquée et a abouti à la mise en œuvre d'un plan d'action pour créer des entretiens pharmaceutiques ciblés de qualité auprès des patients hospitalisés atteints de BPCO, de diabète ou d'insuffisance cardiaque.

Ce mémoire détaille et discute l'ensemble du travail réalisé, de l'EPP pour la création des entretiens pharmaceutiques jusqu'à leur réalisation.

Des indicateurs ont été définis pour suivre le début de l'activité. Vingt-trois entretiens ont été réalisés sur une période de six mois. Les premiers résultats montrent la satisfaction des différents acteurs : médecins, pharmaciens d'officine et hospitaliers, internes en pharmacie et préparateurs en pharmacie hospitalière. Les patients apprécient ce temps dédié à l'information sur leur maladie et leur traitement, et l'amélioration des connaissances observée encourage la poursuite de cette activité.

MOTS CLÉS : MALADIE CHRONIQUE, PARCOURS DE SOINS,
ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE CIBLE, BESOINS EDUCATIFS,
QUALITE, EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

JURY

PRÉSIDENT :

Dr Christine BOBIN-DUBIGEON, MCU-HDR, UFR Pharmacie de Nantes

ASSESEURS :

Dr Fanny JOUQUAND, Pharmacien hospitalier à l'HIA Clermont-Tonnerre de Brest

Dr Dominique NAVAS, MCU-PH, Pharmacien hospitalier, CHU de Nantes

Dr Laurence SPIESSER-ROBELET, MCU-PH, Pharmacien hospitalier, CHU d'Angers

Dr Claire ROUSSEAU, Spécialiste en Médecine Interne à l'HIA Clermont-Tonnerre de Brest

Adresse de l'auteur : nadege.rivalland@gmail.com